

BULETIN DE PERINATOLOGIE

REVISTĂ ȘTIINȚIFICO-PRACTICĂ



UN FĂT FRUMOS
ȘI SĂNĂTOS

Revistă științifico-practică
Fondată în 1998

REPUBLICA MOLDOVA, CHIȘINĂU ISSN 1810-5289

CUPRINS

CONTENTS

ARTICOLE ORIGINALE

Galina Leșco.

EXTINDEREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE
PRIETENOASE TINERILOR (SSPT) ÎN REPUBLICA
MOLDOVA. REALIZĂRI ȘI LECTII ÎNVAȚATE.

3

Jana Chihai, Andrei Eșanu, Diana Eșanu.
ATITUDINI FAȚĂ DE OAMENII CU DEPRESIE ÎN
ADOLESCENȚĂ.

13

Svetlana Jubîrcă.
EVOLUȚIA SARCINII ȘI NAȘTERII LA ADOLESCENȚELE PE
FUNDAL DE STĂRILE DE ANXIETATE.

17

Angela Cazacu-Stratu.
PARTICULARITĂȚILE ACCIDENTELOR RUTIERE ÎN
RÂNDUL COPIILOR ȘI ADOLESCENȚILOR.

24

Friptuleac Gr., Rubanovici Vl., Cebanu S.
CARACTERISTICA APORTULUI ENERGETIC AL
RAȚIEI ALIMENTARE LA ELEVII DIN INSTITUȚIILE
PREUNIVERSITARE CU PROFIL SPORTIV.

27

Popescu Maria.
ÎNTREBĂRI ÎN LEGĂTURĂ CU OBIECTUL DE
REPREZENTARE „MUNCA ÎNVĂȚĂTORULUI”.

32

Aliona Tihon.
VIOLENȚA ÎN FAMILIE

35

Gîscă Veronica, Țurcan Larisa, Topada Aculina, Cernelev Olga.
ASPECTELE CONSUMULUI DE TUTUN ÎN RÂNDUL
ELEVILOR DIN LICEELE MUNICIPIULUI CHIȘINĂU.

37

Kusturova Anna.
PATOLOGIE SOMATICĂ LA ȘCOLARI CU DIFORMITĂȚI ALE
COLOANEI VERTEBRALE.

42

ORIGINAL PAPAERS

Galina Leshco.

YOUTH FRIENDLY HEALTH SERVICES (YFHS)
SCALING UP IN REPUBLIC OF MOLDOVA.
ACHIEVEMENTS AND LESSONS LEARNED.

Jana Chihai, Andrei Eshanu, Diana Eshanu.
ATTITUDES TOWARDS PEOPLE WITH
DEPRESSION IN ADOLESCENTS.

Svetlana Jubirca.
ANXIETY: EFFECT ON ADOLESCENT PREGNANCY.

Angela Cazacu-Stratu.
PARTICULARITIES OF ROAD TRAFFIC CRUSHES
IN CHILDREN AND YOUTH.

Friptuleac Gr., Rubanovici Vl., Cebanu S.
THE CHARACTERISTIC ENERGY INTAKE OF DAILY DIET
OF PUPILS FROM PRE-UNIVERSITY INSTITUTIONS WITH
SPORTIVE PROFILE.

Popescu Maria.
THE QUESTIONS IN CONNECTION WITH THE SUBJECT
OF REPRESENTATION, "THE WORK OF THE MASTER".

Aliona Tihon.
DOMESTIC VIOLENCE.

Gisca Veronica, Turcan Larisa, Topada Aculina, Cernelev Olga.
ISSUES OF TOBACCO CONSUMPTION AMONG PUPILS
FROM HIGH SCHOOLS FROM CHISINAU.

Kusturova Anna.
SOMATIC PATHOLOGY IN PUPILS WITH SPINE
DEFORMITIES.

<p>Larisa Țurcan, Victor Zepca, Lora Gițu. AUTOAPRECIEREA STĂRII DE SĂNĂTATE ÎN RÂNDUL ELEVILOR DIN REPUBLICA MOLDOVA.</p> <p>Palii Ina, Eșanu Veronica. SINDROMUL METABOLIC LA COPII.</p> <p>Șalaru Virginia, Zarbailov Natalia, Ciubotaru Victoria, Comendant Rodica. OBȚINEREA SERVICIILOR DE PLANIFICAREA FAMILIALĂ DE CĂTRE FEMEILE TINERE ÎN VÎRSTA CUPRINSĂ ÎNTRE 25 ȘI 30 ANI.</p> <p>Topada Aculina, Zepca Victor, Gisca Veronica, Ieșeanu Cristina. CARACTERISTICILE ALIMENTAȚIEI UNUI LOT DE ADOLESCENȚI DIN MEDIU URBAN DIN REPUBLICA MOLDOVA.</p> <p>Zepca Victor, Giscă Veronica, Țurcan Larisa, Topada Aculina. PARTICULARITĂȚILE COMPORTAMENTULUI VIOLENT ȘI AUTOAGRESIV ÎN RÂNDUL ELEVILOR CLASELOR LICEALE DIN MUN. CHIȘINĂU, REPUBLICA MOLDOVA.</p>	<p>45</p> <p>49</p> <p>52</p> <p>57</p> <p>61</p> <p>65</p>	<p>Larisa Turcan, Victor Zepca, Lora GITU. SELF-ESTIMATION OF HEALTH LEVELS AMONG PUPILS IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA.</p> <p>Palii Ina, Eshanu Veronica. METABOLIC SYNDROME IN CHILDREN.</p> <p>Shalaru Virginia, Zarbailov Natalia, Ciubotaru Victoria, Comendant Rodica. OBTAINING FAMILY PLANNING SERVICES BY YOUNG WOMEN AGED BETWEEN 25 AND 30 YEARS.</p> <p>Topada Aculina, Zepca Victor, Gisca Veronica, Iesheanu Cristina. CHARACTERISTICS OF DIET A LOT OF TEENAGERS FROM URBAN AREA FROM REPUBLIC OF MOLDOVA.</p> <p>Zepca Victor, Giscă Veronica, Turcan Larisa, Topada Aculina. CHARACTERISTICS OF VIOLENT BEHAVIOR AND SELF HARM AMONG PUPILS FROM HIGH SCHOOLS IN THE CHISINAU, REPUBLIC OF MOLDOVA.</p>
<p>TEZE 65 TEZE</p>		

În baza Regulamentului „Cu privire la evaluarea și clasificarea revistelor științifice”, aprobat prin Hotărârea comună a Consiliului Suprem pentru Știință și Dezvoltare Tehnologică al Academiei de Științe a Moldovei și Consiliului Național pentru Acreditare și Atestare nr. 196 din 18.10.12, Consiliul Suprem pentru Știință și Dezvoltare Tehnologică al AȘM și Consiliul Național pentru Acreditare și Atestare **"Buletinul de Perinatologie"** s-a conferit **Categoria B**

EDITORIAL BOARD

President, executive Chairman of the editorial board - **GAȚCAN Ștefan**, M.D., General director of the MCI
Vice President - prof. **EȚCO Ludmila**, doctor habilitate in medical sciences, professor of the MCI
Vice President - prof. **REVENCO Ninel**, doctor habilitate in medical sciences, univ. professor, Head of Pediatric Department of the MFU "N. Testemițanu"
Responsible Secretary - **OPALCO Igor**, M.D., Senior Researcher, Scientific laboratory in obstetrics of the MCI

MEMBERS PROFESSOR

Gudumac Eva, Cemetchi Olga, Vasilos Liubovi, Boian Gavriil, Moșin Veaceslav, Curteanu Ala, Mișu Ion, Sacară Victoria, Palii Ina, Ciobanu Victor, Carauș Iurie, Babuci Veaceslav, Paladi Gheorghe, Friptu Valentin, Donduc Iurii, Sinițna Lilia, Strătilă Mihai, Serbenco Anatol (Republica Moldova); Suhil Ghenadie (Russia); Stamatina Maria (Romania); Burlea Marin (Romania); Zaporozhan Vladimir (Ukraine); Uvarova Elena (Russia); Gotea Stela (Romania); Stoicescu Silvia (Romania); Onofriescu Mircea (Romania); Iliev Gheorghe (Romania); Szabo Bela (Romania); Cernea Nicolae (Romania); S.Gabriel (Romania); Dahno Feodor (Ukraine); Maidanic Victor (Ukraine); Șunico Elizaveta (Ukraine); Godovaneț Iulia (Ukraine); Carapato RM. (Portugal); Jan Carlo di Renzo (Italy); Caganov Boris (Russia); Ivanov Oleg (Russia); Aprodu Șifman Efim (Russia); Rusnac Tudor (Russia); Covanova Natalia (Russia); Grepe Natalia (Russia); Maciej Banach (Polonia); Gardosi J. (Great Britain); Apostolis Athanasiadis (Greece); Anstadis Aris (Greece); Nejlė Dvazdiene (Lithuania); Valiulis Alghis (Lithuania).

Adresa redacției:

2032, Republica Moldova, Chișinău, str. Burebista, 93, bir. 207
Tel.: 022-52-19-35

Вестник перинатологии
Научно-практический журнал
Ответственность за достоверность информации, содержащейся в рекламных материалах, несут рекламодатели

Revista a fost înregistrată la Ministerul de justiție al Republicii Moldova a 03.06. 1998.
Certificat de înregistrare Nr. 48
Redactor V. Batâr/ Redactor tehnic și artistic C.C. Marius
Tiparul a fost executat la Tipografia "Reclama" sub Comanda nr. 304, tiraj 500 ex.
Chișinău, str. Alexandru cel Bun 111.

Galina Leşco^{1,2}

**EXTINDEREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE PRIETENOASE TINERILOR (SSPT)
IN REPUBLICA MOLDOVA. REALIZĂRI ŞI LECTII ÎNVAŢATE**

¹Centrul de Sănătate Prietenos Tinerilor Neovita, IMSP AMT Rîşcani, Chişinău, Republica Moldova

²Asociația "Sănătate pentru Tineri", Chişinău, Republica Moldova

SUMMARY

**YOUTH FRIENDLY HEALTH SERVICES (YFHS) SCALING UP IN REPUBLIC OF MOLDOVA.
ACHIEVEMENTS AND LESSONS LEARNED**

Keywords: adolescents, youth, youth friendly health services

Introduction. *This paper analyzed the first results in the youth-friendly health services (YFHS) scaling up, launched in Moldova in 2011. Based on this analysis have made a number of lessons learned, needed to be taken into consideration in planning the next steps in the development of YFHS.*

Materials and methods. *The work was based on analysis of official statistics in the health and development of adolescents and young people, the annual reports of activity Youth Friendly Health Centres (49san form) for 2011-2015 and monitoring visits; data coverage studies Services in the YFHS (2012, 2015) by interviewing 10-24 years old; results of evaluation of compliance mandatory health education curricula of educational institutions by applying SERAT assessment tool, UNESCO 2014 and operational reports of the Moldovan-Swiss project "Healthy Generation".*

Results. *The obtained results indicate that during the youth-friendly health services scaling up process, initiated in 2011, access of young people to YFHS increased in the last 5 years more than 3 times. Thus, in 2011 had access to YFHS about 5% of youth 10-24 years, and in 2015 - already 18%. About 35% of the beneficiaries of these services are boys.*

YFHS are currently (2016) offered by a network of 38 Youth Friendly Health Centers (YFHC), which operates in all districts and municipalities of the country. For comparison - in 2011 functioned, partly preponderant, only 12 YFHCs.

In the same time, from 2012 till 2015, in the districts where established new YFHCs proportion of parents who support their children adolescents in addressing to YFHS increased near 2 times - from 12,1% to 22,4%.

Conclusion. *However, that they yielded results in increasing access Remain young people from Moldova over 3 times in the last 3-4 years the youth-friendly health services, continued efforts are needed to ensure the quality and sustainability of these services. The impact of YFHS on the adolescent's and youth health indicators can be increased by introducing comprehensive programs for health education, including sexuality education in the compulsory school curricula; through ongoing information and communication with parents and other community members about the importance of adolescent health and the application of functional mechanisms of intersectoral collaboration and referral health of adolescents.*

РЕЗЮМЕ

**ЗАСШИРЕНИЕ ДОСТУПА К УСЛУГАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДРУЖЕСТВЕННЫХ К МОЛОДЕЖИ (УЗДМ)
В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА. ДОСТИЖЕНИЯ И ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ**

Ключевые слова: подростки, молодежь, услуги здравоохранения дружественных к молодежи.

Введение. *В этой статье были проанализированы первые результаты в процессе расширения услуг здравоохранения дружественных к молодежи (УЗДМ), начатого в Республике Молдова в 2011 году. На основе этого анализа были сформулированы ряд извлеченных уроков, необходимых принять во внимание планируя следующие шаги в развитии УЗДМ.*

Материалы и методы. *Работа основана на анализе официальных статистических данных в области здравоохранения и развития подростков и молодежи, ежегодные отчеты деятельности центров здоровья дружественных к молодежи (форма 49san) за 2011-2015 годы; данные исследований Охвата УЗДМ (2012, 2015) путем опроса молодых людей 10-24 лет в репрезентативной выборке; результаты оценки соответствия обязательных школьных программ по комплексного воспитанию здорового образа жизни, включительно половое*

воспитание, путем применения инструмента оценки программ профилактического образования SERAT, ЮНЕСКО, 2014, и оперативные отчеты молдавско-швейцарского проекта „Здоровое поколение”.

Результаты. Полученные результаты свидетельствуют о том, что в ходе расширения услуг здравоохранения дружественных к молодежи., инициированной в 2011 году, доступ молодежи к УЗДМ увеличился за последние 5 лет более чем в 3 раза. Таким образом, в 2011 году имели доступ к УЗДМ около 5% молодежи 10-24 лет, а в 2015 году - уже 18%. Около 35% получателей этих услуг являются юноши.

УЗДМ в настоящее время (2016 г.) предоставляют сеть 38 центров здоровья дружественных к молодежи (ЦЗДМ), которая осуществляет свою деятельность во всех районах и муниципалитетах страны. Для сравнения - в 2011 году функционировало, частично, только 12 ЦЗДМ.

Также, с 2012 до 2015 года, в районах, где они были открыты новые ЦЗДМ, доля родителей, которые поддерживают своих детей подростков в решении посетить УЗДМ увеличилась примерно в 2 раза – с 12,1% до 22, 4%.

Заключение. Вместе с тем, что в результате расширения доступа молодых людей и/з Республики Молдовы к УЗДМ более чем в 3 раза за последние 3-4 года, необходимы дальнейшие усилия для обеспечения качества и устойчивости этих услуг. Влияние УЗДМ на состояние здоровья подростков и молодежи может быть увеличено путем введения комплексного воспитания здорового образа жизни, включительно половое воспитание, в обязательных школьных программы, в ходе постоянного информирования и общения с родителями и другими членами сообщества о важности здоровья подростков и применение функциональных механизмов межсекторного сотрудничества и перенаправления в области подросткового здоровья.

Actualitate. Fiecare al 9-lea locuitor al Republicii Moldova este un adolescent de 10-19 ani, iar adolescenții și tinerii în vârstă de 10-24 ani reprezintă circa a cincea parte din populația Republicii Moldova la începutul anului 2016.¹ Cu toate ca proporția populației tinere este în descreștere esențială în decursul ultimului deceniu datorită proceselor de îmbătrânire a populației țării, cu atât mai mare este valoarea vieții și sănătății fiecărui adolescent. Astfel, conform datelor OMS, circa 70% din mortalitatea precoce la adulți sunt determinate de comportamentele inițiate în adolescență.

Tinerii din Republica Moldova sunt expuși la numeroase riscuri: sex neprotejat, sarcini timpurii, abuzul de droguri și de alte substanțe, ITS (inclusiv HIV/SIDA) și violență. Vulnerabilitatea acestora devine și mai mare din cauza sărăciei, lipsa supravegherii părintești datorată nivelului mare al migrației, fenomenului de violență în familie răspândit pe scară largă și lipsa accesului la servicii de calitate.

Adolescenții care trăiesc în mediul rural și provin din familii sărace și vulnerabile, tinerii cu comportamente riscante (cei ce fac abuz de substanțe, inclusiv droguri injectabile; cei ce practică relații sexuale neprotejate) au cea mai mare probabilitate de acces limitat la serviciile de bază și de a nu fi luați în seamă de prestatorii de servicii. În Moldova, majoritatea serviciilor de bază nu sunt centrate pe tineri, promovând o ambianță generală care nu oferă nici siguranță, nici susținere și nu satisface nevoile de bază ale adolescenților.

Pentru a rezolva eficient problemele expuse mai sus, Guvernul Republicii Moldova a enunțat ca prioritate sănătatea și dezvoltarea adolescenților și tinerilor într-un sir de documente de politici și strategice așa cum ar fi Conceptul Național pentru serviciile de sănătate prietenoase tinerilor, 2005, Politica Națională de Sănătate pentru perioada 2007-2021, Strategia

pentru Tineret pentru perioada 2009-2013, Strategia Națională privind sănătatea reproducerii pentru perioada 2005-2015 și Strategia în Sănătatea și Dezvoltarea Copiilor și Adolescenților (care este în proces de aprobare). În aceste documente obiectivele de baza la capitolul dat sunt orientate spre sporirea accesului adolescenților și tinerilor la informații și servicii de calitate de sănătate, așa cum sunt serviciile de sănătate prietenoase tinerilor.

Ca un pas important, a fost crearea rețelei de Centre de Sănătate Prietenoase tinerilor în anii 2002-2005, când cu sprijinul UNICEF, Asociației Internaționale pentru Dezvoltare (AID), Băncii Mondiale, și Agenției Elvețiene pentru Dezvoltare și Cooperare, au fost instituite unsprezece centre noi. Aceste Centre din 2007 au fost încadrate în sistemul de stat de asistența medicală ca unități funcționale ale instituțiilor medico-sanitare publice, la baza cărora au fost create, iar din 2008 a început finanțarea acestor centre de către CNAM.

Conform Standardelor de Calitate SSPT, Centrele de Sănătate prietenoase tinerilor și alte servicii de sănătate destinate tinerilor trebuie să-și organizeze activitatea în conformitate cu criteriile acestor standarde, oferind pachetul minim sau desfășurat de servicii, ce includ informarea, consilierea, serviciile medicale integrate cu asistența psiho-socială și referirea, orientate pentru a reduce un număr de probleme prioritare din domeniu, așa cum ar fi: ITS/HIV/SIDA; Sarcina precoce; Probleme de sănătate mintală în rezultatul abuzului de substanțe; Tulburări psiho-emoționale și de personalitate; Probleme de sănătate în rezultatul violenței; Dereglări de nutriție, în special malnutriția (I, Fe); Tulburări de dezvoltare în perioada pubertară.²

Din anul 2011, a pornit procesul de extindere a SSPT inițiat prin ordinul MS nr nr.956 din 13.12.2011 cu privire la extinderea serviciilor de sănătate priete-

noase tinerilor. Acest proces prevedea măsuri de extindere pe verticală (legate de perfecționarea cadrului normativ în domeniu, a mecanismelor de finanțare a acestor servicii, de monitorizare și evaluare etc.), cât și pe orizontală - crearea centrelor de sănătate prietenoase tinerilor în fiecare raion, formarea capacităților umane etc.

Procesul de extindere a serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor este susținut de către SDC, UNICEF prin intermediul Proiectului "Generație sănătoasă - extinderea serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor".

Scopul lucrării. Analiza primelor rezultate obținute în procesul de extindere a serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor (SSPT), inițiat în Republica Moldova din 2011. În baza analizei date - formularea de lecții învățate, necesare de a fi luate în considerație în planificarea pașilor următori în dezvoltarea SSPT.

Materiale și metode. Lucrarea s-a bazat pe analiza datelor statisticilor oficiale în domeniul sănătății și dezvoltării adolescenților și tinerilor, pe rapoartele anuale ale activității Centrelor de Sănătate Prietenoase Tinerilor (forma 49san) pentru anii 2011-2015; rapoartele operaționale ale Proiectului moldo-elvețian "Generație Sănătoasă".

S-au utilizat în analiza situației și datele studiilor de acoperire cu servicii de sănătate prietenoase tinerilor, efectuate de Asociația Sănătate p-u Tineri (SPT) în 2012 pe un eșantion reprezentativ de tineri de 10-24 ani și în 2015, pe un eșantion de tineri. Metodologia Studiului s-a bazat pe *WHO. Coverage assessment guidebook - a guide to assessing the coverage of quality health services for adolescents, 2011*.³

Pentru a crea tabloul complex în domeniul intervențiilor implementate în domeniul sănătății adolescenților s-au analizat și rezultatele evaluării corespunzătoare educației pentru sănătate din curricula obligatorie a instituțiilor de învățământ preuniversitare prin aplicarea instrumentului de evaluare SERAT, UNESCO, efectuate de către SPT de comun cu reprezentanții Ministerului Educației în 2014.⁴

Un sumar al constatărilor referitor la rezultatele cheie a procesului de extindere a serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor este prezentat în continuare.

Rezultate și discuții

În rezultatul procesului de extindere a SSPT, inițiat în 2011, accesul tinerilor la astfel de servicii adaptate nevoilor lor reale, a sporit mai mult de 3 ori. (fig.1)

Acest progres a fost asigurat prin măsurile de extindere SSPT pe verticală și orizontală realizate.

I. Rezultatele extinderii SSPT pe verticală. În corespundere cu recomandările OMS⁵, extinderea inovației pe verticală adică extindere la nivel de politici/juridic/instituțional are loc atunci când sunt luate decizii ale organelor guvernamentale pentru adoptarea inovației la nivel național sau subnațional și acestea sunt instituționalizate prin mecanisme naționale de planificare, schimbări de politici sau acțiune legală. Sunt adaptate sisteme și structuri și resursele sunt redistribuite pentru a consolida mecanismele instituționale care pot asigura durabilitatea.

Astfel, extinderea pe verticală a SSPT în Republica Moldova a inclus următoarele măsuri:

- **Optimizarea cadrului legislațiv și normativ existent pentru a asigura accesul universal la SSPT**

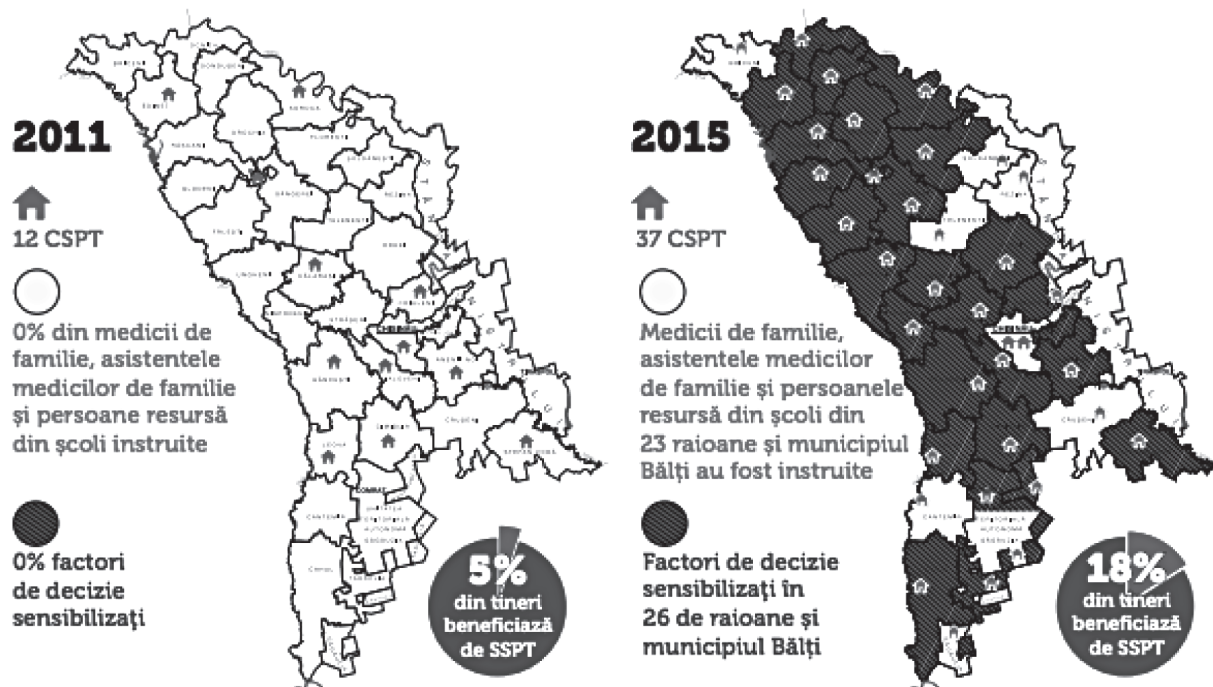


Fig.1 Rezultate intermediare a procesului de extindere SSPT în Republica Moldova, 2011 - 2015

○ Elaborarea componentului ”Sănătatea sexual-reproductivă ale adolescenților” în cadrul Legii privind Sănătatea Reproducerii, (**Legea** Nr. 138 din 15.06.2012) ⁶

○ Elaborarea normelor de funcționare a CSPT (ordinul MS nr. 868 din 31.07.2013), inclusiv a formelor de monitorizare și raportare a activității CSPT.⁷

○ Elaborarea Strategiei în domeniul Sănătății și Dezvoltării Copiilor și Adolescenților cu suportul OMS – în proces de aprobare

- Perfecționarea mecanismelor de finanțare a SSPT:

○ Elaborarea standardelor de referință în estimarea bugetului global p-u CSPT în rezultatul Evaluării economice a SSPT în Republica Moldova. Ca rezultat, CNAM în 2016 aloca **13,9** mln lei p-u finanțarea CSPT, de 1,8 ori mai mult de cât în 2014, dar aceasta a acoperit ceva mai mult de jumătate din costurile necesare pentru a asigura activitatea optimă a CSPT, evaluate de către MS și UNICEF în 2012/2013 (tab.1).

Tabelul 1.

Date despre numărul CSPT și sumele de contractare a lor de către CNAM

<i>anii</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>	necesitatea în finanțarea CSPT⁸
nr. CSPT contractate de CNAM	12	28	36	37	37	38	35
suma finanțării	2,075 mln lei	4,98 mln lei	5,2 mln lei	7,6 mln lei	10,94 mln lei	13.9 mln lei	1 mln USD

*Studiul de evaluare economică a SSPT, 2012-2013, MS, UNICEF

○ Din 2014 a fost utilizată modalitatea de sporire a finanțării CSPT în baza analizei indicatorilor de calitate - a sporit finanțarea diferențiat la diferite centre în funcție de performanțele demonstrate, care s-a dovedit a fi un instrument bun motivațional și necesită a fi dezvoltat mai departe.

○ În 2015 a început procesul de procurare a contraceptivelor, testelor, medicamentelor p-u asigurarea prestării pachetului extins de SSPT în cadrul CSPT din sursele statului – la nivel minim, dar prin mecanisme durabile

- **Pledorie cu factorii de decizie** naționali și locali în vederea implementării SSPT. Ghidarea acțiunilor care trebuie să fie întreprinse de către autoritățile medicale de la nivel municipal/raional și instituțional în procesul de extindere a SSPT

○ Material de pledorie cu APL în sănătatea adolescenților elaborat

○ Ședințe de orientare a factorilor de decizie locali în extinderea serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor – efectuate în fiecare raion și municipiu, în cadrul cărora s-a elaborat:

- Planuri locale în domeniul sănătății și dezvoltării adolescenților

- Cadru de referință intersectorial a adolescenților cu probleme de sănătate la nivel local

Un rol important în activitățile de pledorie îl au cele efectuate cu sectorul de educație pentru a introduce în curricula școlară programele comprehensive de educație pentru sănătate, inclusiv educația sexuală. Experiența internațională a demonstrat în diferite contexte, că numai implementarea acestor două mpsuri relevante, cum ar fi asigurarea accesului la SSPT și implementarea programelor durabile din curricula obligatorie școlară a acestor programe complexe de promovare a sănătății adolescenților. Pentru a argu-

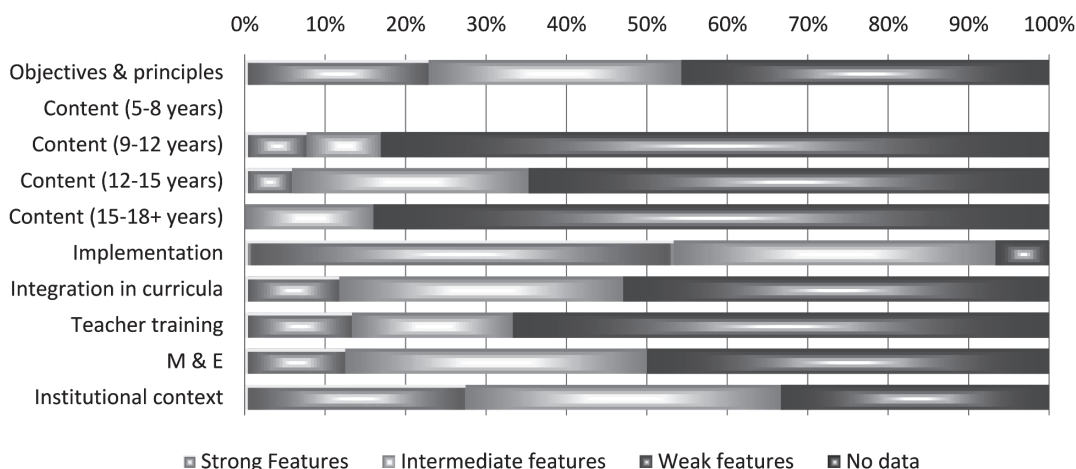


Fig.2 Corespundere programelor de educație pentru sănătate din curricula obligatorie școlară (din cadrul disciplinei educație civică) cu Standardele Internațională educației comprehensive de educație sexuală, UNESCO, Republica Moldova, 2014

menta mai eficient necesitate revizuirii programelor existente școlare în Republica Moldova, a fost aplicat instrumentul SERAT, elaborate de UNESCO în evaluarea corespunderii programelor de educație pentru sănătate din curricula obligatorie școlară (din cadrul disciplinei educație civică) cu Standardele internațională educație comprehensivă de educație sexuală (fig.2.)

Rezultatele obținute au evocat corespunderea acestor programe numai în proporție minimă cu cerințele internaționale, atât la nivel de obiective de studiu, cât și la conținut, adaptarea pe vârste, integrarea în curiculă, instruirea profesorilor, monitorizare și evaluare etc. Aceste date au argumentat primii pași care se efectuează în prezent pe-a revizui curricula școlară în acest domeniu.

- **Revizuirea curriculumului** universitar și post-universitar pentru a îmbunătăți competențele și atitudinile personalului medical față de lucrul cu/asistența sănătății adolescenților

o Programul de instruire în sănătatea adolescenților a specialiștilor de la diferite nivele elaborat.

o Curricula universitară și postuniversitară a USMF "N. Testemițanu" revizuită cu introducerea cursului în sănătatea adolescenților în Programul de instruire continuă și programul de pregătire a medicilor pediatri resident. Procesul continuă

- **Elaborarea/adaptarea materialelor de auto-instruire, materialelor de instruire și ghidurilor pentru profesioniștii implicați în asistența și promovarea sănătății adolescenților**

o Ghidul de asistență integrată a sănătății adolescenților (AISA), OMS, pentru prestatorii de servicii medicale adaptat și tradus în limba română și rusă, este în proces de desiminare și implementare.

o Ghidul în promovarea sănătății și dezvoltării adolescenților elaborat și editat (pentru persoanele resursă din școli și comunitate).

o Protocoalele/algoritmele cazurilor de prevenție în cadrul CSPT sunt în proces de elaborare.

o Site-ul de resurse pentru specialiștii în domeniul sănătății adolescenților www.sspt.md funcționează – circa 40000 vizite anual

- **Elaborarea/adaptarea materialelor informaționale pentru tineri și pentru alți membri ai comunității**

o În decursul anului 2014-2015 CSPT este în derulare campania informațională "Fac ce vreau, dar știu ce fac", lansată în februarie 2014. În cadrul acesteia au fost elaborate un set de 7 filme informaționale, un set de materiale informaționale, distribuite de CSPT, campanie care va continua și anii viitori.

o Sursele de informare pentru tineri și părinți privind sănătatea tinerilor sunt diversificate și disponibile cu:

▪ site-ul de informare a adolescenților și tinerilor www.teenslive.info funcționează – au început prestare consilierilor on-line din iunie 2015 (SPT&UNESCO). La fel www.neovita.md - circa 25000 vizite anual (SPT)

▪ Emisiunea pentru părinții de adolescenți „UȘA”, difuzată săptămânal la TV Moldova 1

▪ Ghidul părinților de adolescenți – în editare

▪ „Programul 15” pentru familiile vulnerabile – în pilotare

▪ Programul de pregătire prenatală a cuplurilor tinere – în dezvoltare

II.Rezultatele extinderii SSPT pe orizontală. Expansiunea sau replicarea (numită și **extindere orizontală**) are loc atunci când inovațiile sunt replicate în diferite regiuni geografice sau sunt extinse pentru a servi categoriilor mai largi sau noi ale populației.⁹

Extinderea pe orizontală a SSPT în Republica Moldova conține 2 tipuri de replicare și acțiuni care necesită a fi întreprinse la nivel de municipiu/raion și instituție medicală pentru a asigura acest proces:

1. Replicarea pachetului extins al SSPT oferit actualmente de către CSPT prin organizarea spațiilor pentru servicii prietenoase tinerilor în fiecare raion și instruirea și organizarea activității echipei multi-disciplinare în cadrul CSR

2. Replicarea pachetului de bază oferit de SSPT (abordare prietenoasă) pilotat în CSR în practica medicilor de familie și asistentelor acestora, asistentelor din școli, serviciilor medicale specializate prin instruirea și supravegherea prestatorilor de servicii menționate mai sus.

Pentru a asigura **replicarea pachetului extins al SSPT** oferit de către CSPT au fost întreprinse următoarele măsuri:

II.1. Generarea resurselor pentru prestarea serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor

Finanțarea CSPT. În decursul perioadei de extindere a SSPT, inițiată din 2011, numărul CSPT contractate de către CNAM a sporit de peste 3 ori - de la 12 CSPT în 2011 la 38 CSPT în 2016. Totodată, CSPT existente funcționează în regimul resurselor limitate (tab.1).

Resurse umane a CSPT. În cadrul CSPT în 2016 sunt ocupate circa 136 funcții de către 214 persoane, 48% dintre ei fiind angajații de bază a centrelor, iar 52% - prin cumul. În mediu, un CSPT are 3.7 unități de salariu ocupate de 5-6 persoane fizice. În 9 CSPT au încadrate numai 2 și mai puține unități de salariu, necorespunzând în mare parte prevederilor Ordinului nr. 100 a MS din 10.03.2008 cu privire la normativele de personal medical. În pofida limitărilor, majoritatea CSPT asigură abordarea multidisciplinară a beneficiarilor și au în componența sa echipe de voluntari (fig.2).

Circa 75% din personalul angajat în cadrul CSPT au trecut instruirea de bază în asistența sănătății adolescenților în decursul ultimilor 3 ani. Iar specialiștii din 7 CSPT- Neovita (Chișinău), Edinet, Cîmislia, Ștefan Vodă, Drochia, Orhei, Balti, Nisporeni, Sîngerei, Dondușeni, Strășeni participă activ în instruirea personalului din alte centre.

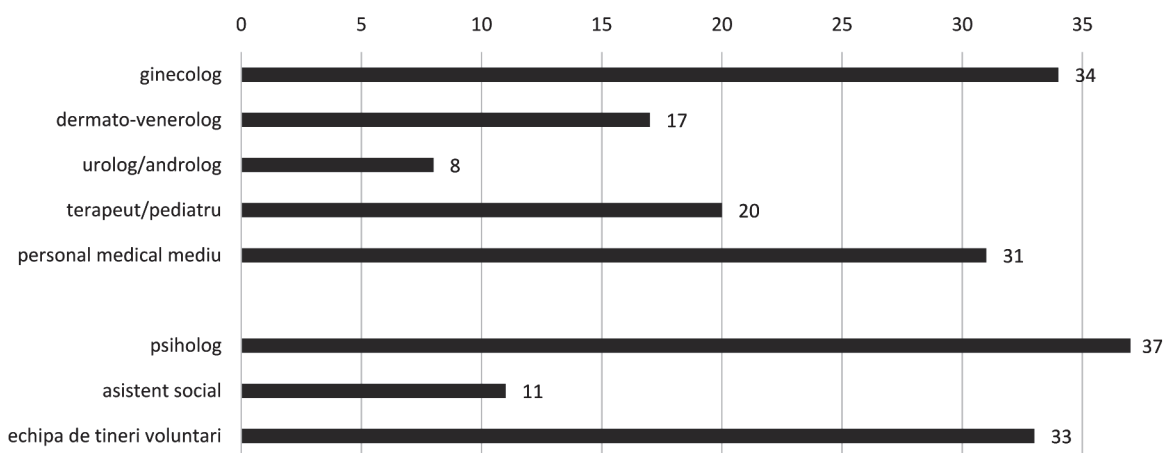


Fig.2 Asigurarea cu specialiști și tineri voluntari a CSPT, I sem.2016

Asigurarea CSPT cu spații. În 2015, 22 CSPT (16 în 2013) din 37 activau în spații separate cu înțrare separată. Numai 14 CSPT din ele au și grup sanitar (cu WC) în spațiu Centrului. 9 CSPT activau în zone separate în spațiu și cu înțrare comună cu alte servicii. În 6 cazuri specialiștii angajați p-u oferirea serviciilor în cadrul CSPT, ofera servicii tinerilor în oficiile locului lor de bază, nu într-un spațiu comun, unde beneficiarii adolescenți s-ar simți mai în siguranță.

Este necesar de menționat în mod special eforturile administrației CS unde s-a efectuat reparație în ultimii 2 ani și utilizarea CSPT ca să corespundă standardelor de calitate – **Ungheni, Orhei, Fălești, Cimișlia, Șoldănești, Criuleni, Anenii Noi, Cahul, Edineț.**

II.II. Organizarea activității CSPT.

Toate CSPT activează în baza standardelor de calitate SSPT, aprobate prin ordinul MS nr.168 din 12.06.2009 și Normele de funcționare ale CSPT, aprobate prin ordinul MS nr.868 din 31.07.2013. Toate CSPT își organizează activitatea în baza unui plan de activitate în corespundere cu planul tip al CSPT.

Toate CSPT au elaborat și aprobat cadru de referință raional și unul republican. Majoritatea CSPT au stabilit relații bune de colaborare cu APL, în special direcția de învățământ și serviciul de asistență psiho-

pedagogică, de asistență socială, specialiștii în domeniul tineretului și sportului, serviciul de probațiune, poliția, cu instituțiile și ONG-le care lucrează cu grupurile vulnerabile (ex. școlile profesionale, internatele, casele de plasament, penitenciare de copii, părinții foster etc.) Aici pot fi menționate următoarele CSPT, cele mai active în conlucrarea cu actorii comunitari – CSPT Bălți, Calarași, Cimișlia, Soroca, Leova, Orhei, Drochia, Edineț, Singerei, Costești (Ialoveni), Comrat, Chișinău.

În 23 din 24 raioane unde au fost instruiți specialiștii din SMP și persoanele de resurse din școală (cu excepția raionului Hincești) se organizează de către CSPT ședințe de învățare colaborativă în mediu 2 pe lună cu personalul instruit, precum și alte persoane implicate la nivel de raion în asistența sănătății și dezvoltării adolescenților, pentru a asigura durabilitatea implementării cunoștințelor obținute în cadrul trainingurilor de bază și sporirea acestora continuă în mod durabil. Din noimbrie la acest proces s-au alăturat alte 8 CSPT unde instruirile în trainingurile de bază au avut loc în vara - toamna 2015.

Dacă în 2013 numai 7 CSPT aveau bloguri/site-uri funcționale, în 2016 deja numărul acestora a sporit de 4 ori – în 29 CSPT se aplică această cale de informare

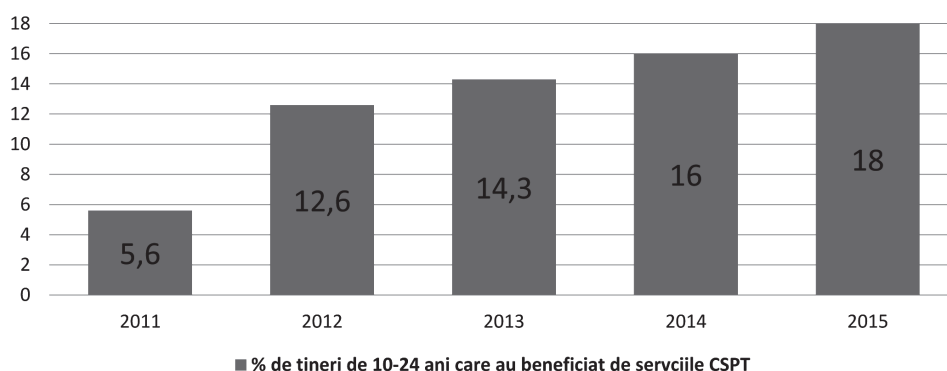


Fig 3. Acoperirea cu SSPT anuală, % din populația tînăra de 10-24 ani din Republica Moldova (prin intermediul CSPT)

a beneficiarilor, iar CSPT Neovita a început să piloteze din 2014 și modalitate de consiliere online în cadrul site-ului www.neovita.md/www.teenslife.info

Toate CSPT își înregistrează activitatea în formele de monitorizare aprobate și sunt implicate în pilotarea bazei de date electronice p-u CSPT.

III. Rezultatele atinse.

CSPT au oferit acces în creștere tinerilor în decursul procesului de extindere inițiat în 2011, cînd a activat numai 12 CSPT, de la 5,6% în 2011, la 12,6% în

2012, 14,3% în 2013 și 16% de tineri de 10-24 ani în 2014 și 18 % în 2015 (fig.3)

În I semestru a anului 2016, CSPT au acoperit cu serviciile sale de 98640 beneficiari, cu circa 10% mai mult decît în perioada respectivă a 2015 (83442 de beneficiari). În 2015 serviciile CSPT au fost oferite la 173769 beneficiari, dintre care circa 85% o constituie adolescenții și tinerii pînă la 24 ani. În comparație cu anul 2014, numărul beneficiarilor CSPT în 2015 a sporit cu circa 15%, iar în comparație cu 2011 – de circa 4 ori. (tab.2)

Tabelul 2.

Beneficiarii Centrelor de Sănătate Prietenoase Tinerilor, 2011 - 2015

Nr.	Indicatorii	2011	2012	2013	2014	2015	2016, I sem
1.	Numărul de tineri care au beneficiat de servicii de sănătate prietenoase tinerilor	53066	111750	130589	149340	173769	98640
	nr. total al beneficiarilor CSPT, dintre ei - tineri de 10-24 ani)	44642	96958	96240	116567	134877	74126
	- beneficiari ai consultațiilor oferite de specialiștii CSPT	17345	38745	42614	43302	70983	25945
2.	% băieți din beneficiarii CSPT	36%	38%	36%	35%	38,9%	35%
3.	% rural din beneficiarii CSPT	n/a	n/a	42%	36,4%	30,1%	33%
4.	% adolescenții vulnerabili și tinerii în stare de risc din beneficiarii activităților consultative oferite de CSPT	n/a	n/a	10%	10,1	10,5%	7,5%

Majoritatea beneficiarilor sunt fetele tinere, care constituie circa 65% de beneficiari, băieții constituind, respectiv, circa 35%. Este foarte evidentă legătura între asigurarea echipei multi-disciplinare, în special prin încadrarea în schema de state și implicarea activă a medicului dermato-venerolog sau urolog/androlog în prestarea serviciilor CSPT și sporirea numărului de beneficiari băieți.

Beneficiarii din mediu rural constituie circa o treime din numărul total de beneficiari, managerii tuturor CSPT evocînd problema transportului p-u activitățile out-reach a CSPT în regiunile rurale.

Circa fiecare al 10-lea beneficiar al consultațiilor CSPT sunt tineri din grupurile vulnerabile, iar lipsa transportul pentru a oferi servicii mobile acestui grup

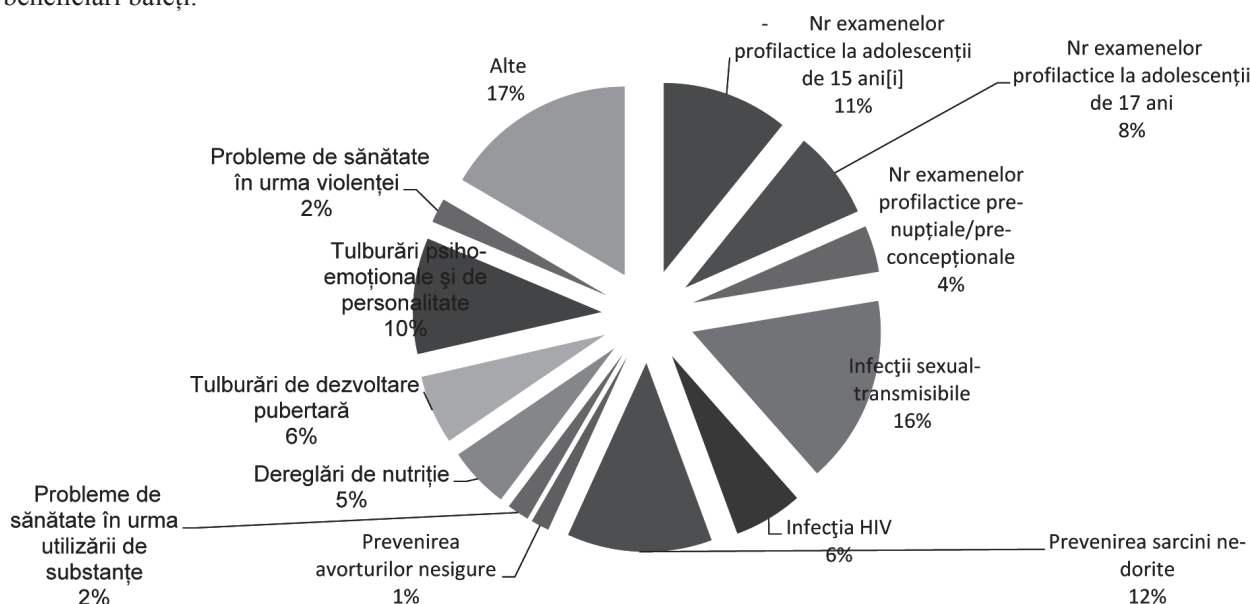


Fig 4. Structura problemelor de sănătate adresate în cadrul CSPT, I sem, 2016

foarte important de beneficiari reduce accesul acestora la SSPT.

CSPT în I semestru al anului 2016 au acordat 39785 (33379 în perioada respectivă a anului 2015) consultații individuale la 25945 beneficiari (25186 beneficiari - în perioada respectivă a anului 2015).

Analiza spectrului de probleme abordate în cadrul serviciilor consultative acordate de CSPT, în conformitate cu rapoartele disponibile, se observă sporirea complexității acestora prin abordarea unui spectru mai mare de cazuri de prevenție în cadrul CSPT. (fig.4)

Datele respective ne demonstrează ca CSPT sunt focusate prevenirea și rezolvarea problemelor de sănătate prioritare p-u SSPT, efectuate într-un mod integrat și comprehensiv. Astfel, în cadrul asistenței consultative, în semestru al anului 2016 CSPT au fost abordate 27518 cazuri de prevenție (27414 în perioada respectivă a a.2015), printre care au efectuat 6588 examene profilactice (spre comparație - 5368 examene profilactice în perioadei similare 2015), în 7750 cazuri (comparativ cu 9702 în perioadei similare 2015) au abordat ITS / HIV, în 3221 (comparativ cu 3454 în 2015, I sem.) – prevenirea sarcinii nedorite, în 734 cazuri (comparativ cu I sem 2015 – 482) - problemele legate de utilizarea de substanțe, în 1253 (comparativ 1175 cazuri în I sem 2015) – dereglările de nutriție, în 1225 cazuri (pentru I sem 2015- 1339 cazuri) - dereglări în dezvoltarea pubertară, în 3377 cazuri (p-u I sem 2015– 2340 cazuri) – tulburări psiho-emoționale și de personalitate și în circa 320 cazuri (988 cazuri pentru I sem 2015) - problemele de sănătate în urma violenței.

În cadrul activităților consultative, în I sem a anului 2015 specialiștii CSPT au oferit circa 55958 consilieri/informari (în decursul I sem.2015 – 39711); s-au efectuat 24866 examinări/testari (23280 în decursul I sem.2015) - ca rezultatul acestora au fost depistate în decursul I sem. 2016 34 cazuri de gonoree, 881 de trihomoniază, 58 de sifilis, 210 de hlamidii, 396 de alte ITS (ureaplasmoza, candidoza, gardnereloza etc), 202 de patologii a colului uterin, au fost diagnosticate 675 de sarcini). Au fost prescrise circa 10651 tratamente, efectuate sesiuni de psiho-corecție. 2750 de benefici-

ari au fost referiți la alte instituții/nivele de asistență. Au fost distribuite în cadrul activităților centrelor 76319 de preservative, oferite 6724 COC și 502 de alte contraceptive.

Cu părere de rău, CSPT, cu mici excepții nu au avut posibilitatea în mare parte să efectueze expres testarea la HIV și la alte ITS pe loc, precum și nu au posibilitatea să ofere medicamente p-u tratamentul sindromal al ITS, în special p-u tinerii din grupurile vulnerabile.

Datele disponibile denotă o sporire esențială în decursul anilor 2014-2016 a rolului CSPT ca centre de resursă la nivel local în promovarea sănătății tinerilor. Astfel, în decursul I sem. 2015 a fost efectuate **13033** activități instructiv metodice (spre comparație -15410 pe parcursul întregului an 2013). Cîra jumătate dintre ele au fost efectuate cu ieșiri în teritoriu). De activitățile instructiv-metodice au beneficiat în decursul I sem. 2015, 91571 beneficiari (în comparație cu 84172 de beneficiari pentru anul 2013). Majoritate acestor activități fiind p-u adolescenți și tineri - 8746, 754 p-u părinți, 2670 p-u alți profesioniști și circa 863 p-u APL și alți membri ai comunității.

Preponderent aceste activități au fost în I sem.2016: orele informative - 2778 (circa 4200 p-u întreg anul 2013), urmate de treninguri/seminare organizate – 608 (circa 830 p-u anul 2014), diferite activități de pledorie - 2340 (circa 2400 p-u întreg anul 2013), etc. în cadrul activităților instructiv-metodice au fost distribuite 89593 materiale informative (97200 p-u anul întreg 2013).

Pentru a asigura replicarea pachetului de bază al SSPT oferit de către CSPT au fost întreprinse următoarele măsuri:

- Medicii de familie și asistentele medicilor de familie, precum și asistentele medicale din școli, pe linga alte 2-3 persoane de resurse din fiecare școală din toate rioanele republicii au instruite în decursul anilor 2013-2016 în treningurile de baza - în asistența integrată a sănătății adolescenților (p-u lucrătorii medicali) și în promovarea sănătății adolescenților (p-u persoanele de resurse din școli și comunități).

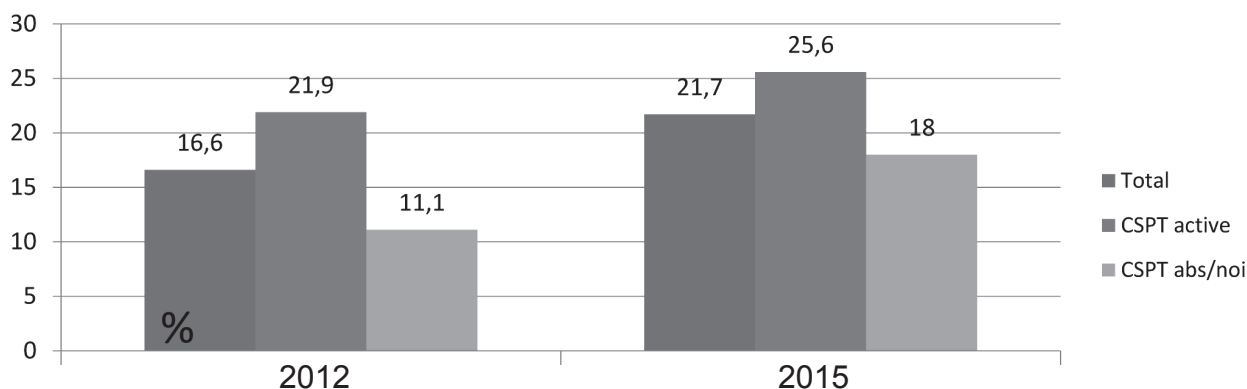


Fig.5. Proporția tinerilor de 10-24 ani din localități care cunosc despre CSPT*

* Studiul de acoperire cu SSPT. SPT. 2012, 2015

- Durabilitatea competențelor obținute în cadrul trainingurilor de bază se asigură prin ședintele regulate de învățare colaborativă în domeniul sănătății adolescenților organizate de către CSPT pentru lucrătorii medicali și persoanele de resurse din școli și comunități.

Ca rezultat, tot mai multe persoane cunosc despre CSPT (fig.5)

La fel, în decurs de 3 ani - din 2012 până în 2015, a crescut proporția tinerilor care cred că părinții lor ar susține adresarea lor la CSPT de la 17% în 2012 până la 21% în 2015. Iar în raioanele unde s-au organizat CSPT noi proporția părinților care susțin adresarea copiilor lor adolescenți la SSPT a sporit de circa 2 ori – de la 12,1% până la 22,4%.

Aceste intervenții, presupunem, au început să influențeze în mod pozitiv și unii indicatori cheie a sănătății adolescenților, așa cum ar fi:

- Incidența la HIV a persoanelor de 15-24 de ani s-a diminuat de la 21,3% în 2012 până la 17,9% în 2015

- Rata avorturilor printre adolescente s-a redus de la 13,6% în 2011 până la 9,4% în 2015.

- Incidența la sifilis la adolescenții de 18-19 ani s-a redus de la 165/100000 în 2012 la 121,5/100000 în 2015, la gonoree aceasta tendință de descreștere fiind mai puțin semnificativă în aceeași perioadă – de la 96,3/100000 spre 92,5/100000

- În raioanele unde CSPT au oferit pachetul complex de servicii mai mult de 5 ani, rata nașterilor la adolescente este cu 50% mai joasă decât în alte localități.

- S-a redus de circa 3 ori în perioada 2012-2015 numărul cazurilor de mortalitate printre adolescenții de 15-19 ani de cauza leziunilor auto-provocate (de la 30 cazuri în 2012 la 9 cazuri în 2016).

Exemplu Republicii Moldova este prezentat ca un exemplu de succes în extinderea SSPT în cadrul Raportului global referitor starea sănătății adolescenților "A doua șansă în a două decadă", lansat de către OMS anul 2014¹⁰ și alte câteva ediții internaționale, așa cum ar fi revista ONU "Entre nous", BMC Health Services Research¹¹ etc.¹²

La fel specialiștii din cadrul rețelei CSPT din Moldova au servit ca persoane de resurse în domeniu la nivel global – au fost implicați în consultarea documentului de standarde globale de calitate a serviciilor de sănătate pentru adolescenți, lansate de OMS în 2015¹³; consultarea globală în elaborare răspunsului de prevenire a sarcinii precoce și neintenționate, noiembrie 2014, UNESCO, ca consultanți temporari OMS/UNICEF în elaborarea și evaluarea standardelor de calitate SSPT etc.

S-a stabilit, că printre factorii cheie care au contribuit la succesul procesului de extindere au fost existența unui grup de inițiativă printre profesioniștii implicați în asistența sănătății adolescenților

care să promoveze activ importanța sănătății adolescenților și a SSPT; asumarea responsabilității de către MS în inițierea și organizarea procesului de extindere a SSPT; organizarea procesului de extindere în corespunde cu ghidurile relevante ale OMS și cele mai bune practice existente la nivel internațional; suportul agențiilor internaționale și autorităților publice locale, în mod special a celor medicale; motivația personală și poziția civică activă a majorității personalului CSPT.

Totodată, finanțarea insuficientă a CSPT; fluxul cadrelor din sistemul de sănătate, în special din mediul rural; subdezvoltarea serviciilor de sănătate și școli și existența doar parțială a componentelor educației comprehensive pentru sănătate în curricula obligatorie școlară; deteriorarea comunicării și suportului familial pentru adolescenți din cauza implicării părinților în migrația masivă a forțelor de muncă, sărăciei, sunt unii dintre principalii factori care reduc impactul activității serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor asupra indicatorilor de sănătate și dezvoltare a adolescenților și tinerilor.

Concluzii.

1. Procesul de extindere a serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor a asigurat sporirea de peste 3 ori în ultimii 3-4 ani a accesului la servicii de sănătate adaptate nevoilor lor reale și au obținut cele mai mari succese în perioada inițială de extindere în implementarea măsurilor de informare și educare a tinerilor, precum și a părinților și altor membri ai comunităților în sănătatea și dezvoltarea tinerilor și serviciile pentru ei.

2. Sporirea accesului la servicii de sănătate prietenoase tinerilor poate un factor important de contribuție la ameliorarea unor indicatori cheie în sănătatea adolescenților și tinerilor, în special ce tin de sănătatea sexual-reproductivă și cea mentală.

3. Cu toate, că s-au obținut rezultate remarcabile în sporirea accesului populației tinere din Republica Moldova la servicii de sănătate prietenoase tinerilor, sunt necesare eforturi continue în asigurarea calității și durabilității acestor servicii. La etapa următoare rămâne de sporit în egală măsură eficiența serviciilor propriu zise și lucru cu grupurile de adolescenți în stare de vulnerabilitate și de risc, în special pentru tinerii din mediul rural.

4. Impactul SSPT asupra stării sănătății adolescenților și tinerilor poate fi sporit prin introducerea programelor comprehensive de educație pentru sănătate, inclusiv educație sexuală, în curricula obligatorie a instituțiilor de învățământ, prin programe continue de informare și comunicare cu părinții și alți membri ai comunității despre importanța sănătății adolescenților, precum și prin aplicare unor mecanisme funcționale de colaborare și referire intersectorială în domeniul sănătății adolescenților.

Mulumiri.

Procesul de extindere a serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor a fost posibil cu asumarea angajamentului Ministerului Sănătății pentru implementarea la scară largă a acestor servicii, implicarea activă la toate etapele a Campaniei Naționale de Asigurări în Medicină, motivarea umană înaltă a majorității personalului CSPT de a se implica în acest proces, dedicația echipei Proiectului Generație Sănătoasă, și desigur suportul oferit de către Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare, UNICEF, OMS, UNFPA și alte agenții internaționale.

Bibliografie

1. Biroul Național de Statistică. Banca de date statistice Moldova. Accesat 11.10.2016. http://statbank.statistica.md/pxweb/pxweb/ro/30%20Statistica%20sociala/30%20Statistica%20sociala__08%20SAN__SAN040/?rxid=9a62a0d7-86c4-45da-b7e4-fecc26003802

2. V. Moșin, V. Ciubotaru, G. Leșco. Standardele de Calitate ale SSPT în Republica Moldova. Ordinul nr. 168 din 12 iunie 2009 a Ministerului Sănătății. <http://sspt.md/index.php?pag=news&id=309&rid=221&l=ro>

3. Galina Lesco. Acoperirea cu servicii de sănătate prietenoase tinerilor în Republica Moldova. Factsheet. 2016. Chișinău.

4. UNESCO. Sexuality Education Review and Assessment Tool (SERAT). *UNESCO, 2013*, <http://hi-vhealthclearinghouse.unesco.org/library/documents/sexuality-education-review-and-assessment-tool-serat-0>

5. WHO. Practical guidance for scaling up health services innovations. WHO. Geneva, 2009. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/strategic_approach/9789241598521/en/

6. Parlamentul Republicii Moldova. **Legea** Nr. 138 din 15.06.2012 privind Sănătatea Reproduserii, <http://>

lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=344838

7. Ordin nr. 868 din 31.07.2013 cu privire la organizarea activității Centrelor de Sanatate Prietenoase Tinerilor. http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/868_din_31.07.2013-_privind_organizarea_activitatii_cspt.pdf

8. Jari Kempers, Evert Ketting, Galina Lesco. Cost analysis and exploratory cost-effectiveness of youth-friendly sexual and reproductive health services in the Republic of Moldova. *BMC Health Serv Res 2014 21;14:316. Epub 2014 Jul 21*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4118647>

9. WHO. Practical guidance for scaling up health services innovations. WHO. Geneva, 2009. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/strategic_approach/9789241598521/en/

10. WHO. Health for world's adolescents. A second chance in the second decade. Global report, 2014. <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section6/page3/quality-&-coverage.html>

11. Chandra-Mouli, Venkatraman; Baltag, Valentina; Ogbaslassie, Luwam. Strategies to sustain and scale up youth friendly health services in the Republic of Moldova. **BMC Public Health**.13. (2013): 284. <http://search.proquest.com/openview/352c5c538cba0fa6b638b3c3610e05ed/1?pq-origsite=gscholar>

12. Susanne Carai, Stela Bivol, Venkatraman Chandra-Mouli. Assessing youth-friendly-health-services and supporting planning in the Republic of Moldova. *Reprod Health 2015 30;12:98. Epub 2015 Oct 30*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4627613>

13. **WHO**. Global standards for quality health care services for adolescents. 2015, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-standards-adolescent-care/en/

Jana Chihai¹, Andrei Eșanu², Diana Eșanu³

ATTITUDES TOWARDS PEOPLE WITH DEPRESSION IN ADOLESCENTS

1 - MD, MSc, PhD Senior Mental Health Advisor TRIMBOS Moldova

2 - Master in Health Education, University of Porto, Portugal

3 - Master in Cardiovascular Pathophysiology, University of Porto, Portugal

SUMMARY

ATTITUDES TOWARDS PEOPLE WITH DEPRESSION IN ADOLESCENTS

Key words: Attitude, Depression, Adolescents.

Introduction: Depression is one of the most significant public health challenges because of its prevalence and impact on the population. Attitudes towards people with depression make it difficult to control the disease and its consequences, by conditioning the search for appropriate care and can contribute to the increase of depression and anxiety.

Objective: To study attitudes towards people with depression in adolescents in Republic of Moldova. To compare the results from answers regarding their own attitude and answers regarding others attitude.

Methods: A cross-sectional analysis of 421 secondary school students in Moldova was held. Data were collected using an anonymous questionnaire that assessed individual and family characteristics of the participants. The attitudes towards people with depression was assessed using the scale - The Depression Stigma Scale (DSS), this scale contain 2 subscales – a) Individual Stigma and b) Perceived Stigma. The scores on the stigma scales were compared using student t test or ANOVA.

Results: In relation to attitudes against people with depression, higher levels were found in Moldova comparing to other countries such as Australia, USA, where this tool was used. Data from Perceived Stigma subscale showed higher negative attitude comparing to Individual Stigma in Moldova [22.62 (5.15) vs 19.84 (4.78), $p < 0.001$].

Conclusions: The results show that in Republic of Moldova there is negative attitude towards people with depression among adolescents this represent a barrier in seeking help journey of the adolescents that suffer from depression. Perceived stigma is higher than individual stigma in Moldova, this is showing that actually adolescents and people in general hide their true attitudes by giving social acceptable answers, but they express answers more honestly about the situation when the question is about others in society.

Introduction

1. Burden of Mental Disorders in Adolescence

Although adolescence is, in general, a healthy period of life, mental disorders are the most frequent in this age group (Headstrong, 2012). Around 15.6% of adolescents aged from 12 to 15-year-olds met the criteria for a current psychiatric disorder. Recently, a study of 6,085 adolescents aged from 12 to 19-year-olds indicated that 11% of the sample were classified as having mild depression, 11% had moderate depression, while 8% had severe depression (Headstrong, 2012). This data suggests that around 30% of young people experience some level of depression. Moreover, the study showed that the percentage of these disorders increased with developmental age. In other studies in different European countries it is estimated that 9.5% of adolescents have a psychiatric condition. Based on these prevalence rates we can conclude that psychiatric disorders exist in every classroom.

Mental disorders in adolescence often persists during the life, estimating that 74% of 26-year-olds with a current psychiatric diagnosis experienced their condition before they were 18 years of age. Moreover,

50% of participants in that study suffered from their condition prior to 15 years of age. (Kim-Cohen, 2003)

2. Adolescence

According to WHO adolescence is considered to be the period between childhood and adulthood, between the ages of 10-19 years. This period represents the transition from childhood to adulthood and is one of the critical transitions in life. Besides physical and sexual maturation, during this period also is expected the development of identity and towards social integration.

During personality development adolescents go through crises and some authors wrote about eight stages of personality development, each presenting a particular psychosocial crisis. Adolescence, according to the theory of psychosocial development is the period in which individuals develop a sense of identity and the concept of the self. In adolescence the main crisis is identity versus identity diffusion (Marcia, 1980). During this period, young people strive to find the answer to the question - who they are, what kind of person they will be and who others are in their life. Moreover, in the same period people are greatly influenced by the norms and values of society and culture,

find their own identity within that framework and also experience a shared identity with others. For a harmonious adulthood young people should emerge from this stage with a firm identity. (Erickson, 1968)

3. Adolescents and attitudes towards people with depression

Research indicates that social deficit, passivity, withdrawal, fearfulness often observed as behavioral characteristics in adolescents with depression make them vulnerable to rejection by other adolescents (Kochel, 2012). Adolescents with depression are often rejected by other adolescents, as a consequence of their symptoms such as poor emotional regulation, anxious behaviors, withdrawal and reticent behavior in the peer group (Parker, 1995). Adolescents with depression are less categorized as popular in comparison with other adolescents without a disorder. However, in comparison with ADHD much less studies are conducted for depression and relationships between adolescents. (McCabe, 2011).

Regarding causality attribution of mental disorders and attitudes towards people with mental disorders, studies show different results sometimes contradictory, this highlight the importance of further research. Some studies found that the belief of adolescents that mental disorders have psychosocial causes and they can be treated showed less desire for social distance, than was a belief in physical causes and treatment. Attribution theory say that if the causes of mental illness are attributed to psychosocial factors that are outside of the individual's control the behavior towards these individuals will be less negative with less desire for social distance. One component of stigma towards people with depression is that they are weak this was sustained by studies in adolescents where causal beliefs that people with depression are not trying hard enough were frequently endorsed as causes for depression by adolescents.

Objective: To study attitudes towards people with depression in adolescents in Republic of Moldova. To compare the results from answers regarding their own attitude and answers regarding others attitude.

Methods: This study was developed among adolescents studying between 10th and 12th grades in public schools in Chişinău, Moldova. To estimate the sample size we assume a mean (standard deviation) value of 2.2 (1.2) based on previous results from Moldova and a difference of 1.0 between countries. We also take into account the cluster effect by the adolescents in schools we increased our sample by 1.24. Which result in a sample size of 400 participants per country. In total 500 questionnaires were distributed and 421 students filled the questionnaires which represent 87% of participation rate.

The attitude was evaluated using The Depression Stigma Scale (DSS), developed by Kathleen Griffiths. A vignette about a person with depression was pre-

sented and students had to fill in a questionnaire measuring the personal stigma (what students themselves believe about a person with mental disorder) and the perceived stigma (what students think most of the people believe about a person with mental disorder). For each subscale (personal and perceived) 9 items were evaluated using a Likert scale from 0 to 4. Total score for each subscale range from 0 to 36, with higher values representing higher level of stigma.

The study was approved by the Ethical committee of the State University of Medicine and Pharmacy in Moldova. Parents and adolescents received written and oral information explaining the purpose and the design of the study. All information is collected using an anonymous questionnaire. After checking for normal distribution, data were summarized using means and standard deviations, comparison were performed using the independent t-test. Comparison of proportions were done. Analyses were performed using SPSS - 24.

Results. Regarding attitudes towards persons with depression, higher scores were found, both for personal and perceived stigma. Scores were higher in perceived stigma than in personal stigma for all items with mean 2.26 (1.04) (Figure 1).

In order to evaluate the effect of contact the item about presence of someone with mental disorder in the same class is taken into consideration. There is no significant difference between stigma levels when comparing students that have someone in their class with mental disorder. Mean difference for those that have someone with mental disorder (-1.18; 95% CI [-2.59; 0.23], $p = 0.10$). There is lower stigma in students that have relatives with mental disorders when comparing DSS between students that have someone in their family with mental disorder and students that don't have someone with mental disorder in their family - mean difference (-3.78; 95% CI [-4.26; -2.43], $p < 0.001$). There is significant statistical difference between girls and boys, mean difference - [-1.91; 95% CI (-2.28; -1.54)].

Discussion. Our results show that the attitude measured by both scales is negative and the level of stigma is high in Moldova. Moldova is a developing country, and supposedly have higher level of stigma than in developed countries, however in a study by Kurihara et al (Kurihara, 2000) people from Bali (developing country) had a lower stigma level than people from Japan (developed country). Further studies need to be performed with measurement of economic level taken into consideration in order to understand these contradictory results from different studies.

Previous studies show that contact with people that have mental disorder decrease level of stigmatization (Corrigan, 2010; Yamaguchi S, 2011). Data from our study show similar results. Regarding the item about the presence of one student with mental disorder in the

same class, students that had someone in their class with depression reported lower level of stigma than students that had no other students with depression in the same class. In a study developed by Schomerus et al (Schomerus, 2006) comparing Germany, a western and more inclusive society which allow higher level of contact, with Slovakia and Russia, less inclusive countries, with higher rate of institutionalization and though lower level of contact found higher level of stigma in countries with institutionalization and lower in the country where there is deinstitutionalization.

Moreover mental health literacy is considered an important factor for reducing level of stigma. In our study we didn't measure mental health literacy. Through this measurement we could verify the assumption made on the basis of results from other studies (Yamaguchi S, 2011) that mental health literacy decrease the level of stigma. However, mental health literacy may be related to level of education. Studies show that people with higher level of education have higher mental health literacy and lower level of stigma. In our study, there is difference between levels of education of parents and significant difference on level of stigma is found according to educational level of the parents. These results are different from findings in the literature (Griffiths, 2004). One possible explanation for our results, we can find in the literature is that both factors – contact and mental health literacy

should stick together in order to decrease stigma, and one without the other has lower or no impact on the level of stigma (Yamaguchi S, 2011).

This study have some limitations. One major limitation is that we didn't do validation of this scale. Another limitation is that we evaluated students only from urban area participated, as a result it is not possible to generalize the results for each sample for the country. We also need to recognize our limitation to describe determinants of stigma, first because there is no measurement of mental health literacy which is a very important issue.

Conclusion. The results show that in Republic of Moldova there is bad attitude towards people with depression among adolescents this represent a barrier in seeking help journey of the adolescents that suffer from depression. Perceived stigma is higher than personal stigma in Moldova, this is showing that actually adolescents and people in general hide their true attitudes by giving social acceptable answers, but they express answer more honestly about the situation when the question is about others in society.

Bibliography

1. Corrigan, P. W. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical Psychology Review*, 907-22.
2. Erickson, E. (1968). *Identity: Youth and crisis*.
3. Griffiths, K. C. (2004). Effect of web-based de-

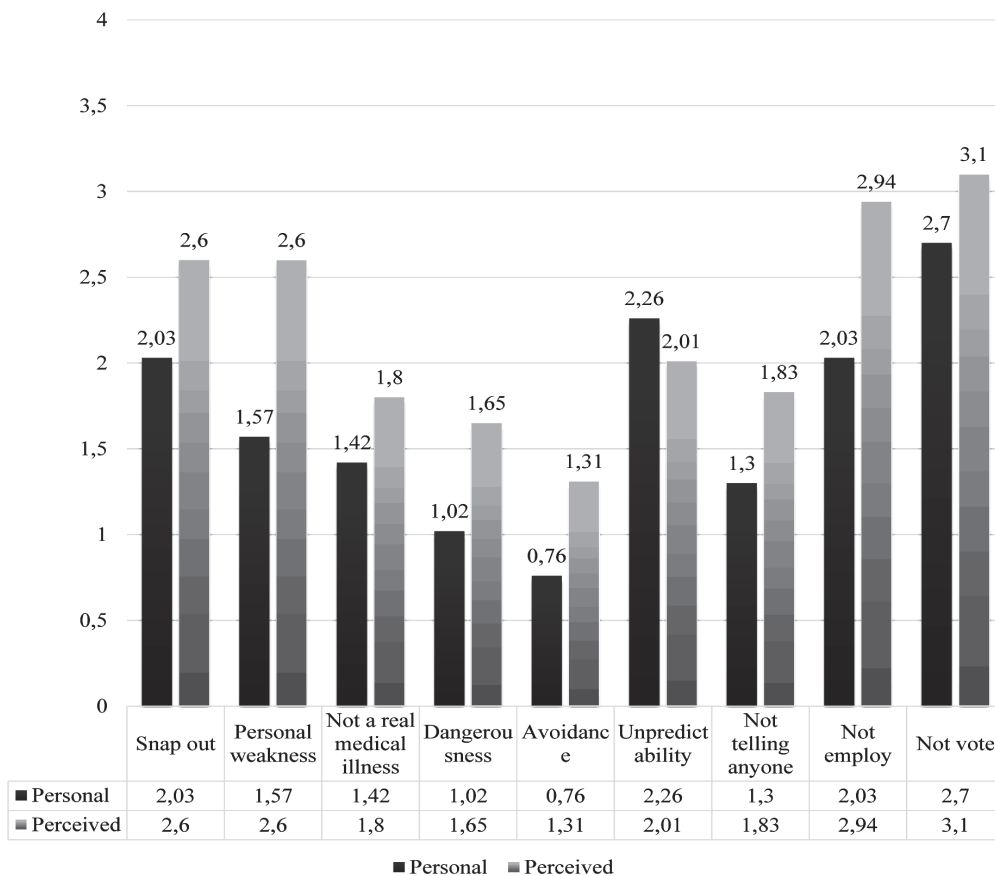


Fig.1. Depressions Stigma Scale, comparison between personal and perceived stigma

pression literacy and cognitive behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*(185), 342 – 349.

4. Headstrong. (2012). My World Survey: National Study of Youth Mental Health.

5. Kim-Cohen, J. C. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry*(60), 709-717.

6. Kochel, K. P. (2012). Longitudinal associations among youth depressive symptoms, peer victimisation, and low peer acceptance: An interpersonal process perspective. *Child Development*(83), 637-650.

7. Kurihara, T. K. (2000). Public attitudes towards the mentally ill: A cross cultural study between Bali and Tokyo. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*(54), 547-552.

8. Marcia, J. (1980). Identity in adolescence. In J. Adelson (Ed.), *Handbook of Adolescent Psychology*.

9. McCabe, M. R. (2011). Depressive symptoms and psychosocial functioning in preadolescent children. *Depression Research & Treatment*.

10. Parker, J. G. (1995). Peer Relationships Child Development, and Adjustment: A Developmental Psychopathology Perspective In D. Cicchetti, & D. J. Cohen (Eds.). *Developmental Psychopathology* , 2.

11. Schomerus, G. M. (2006). Public attitudes towards mental patients: A comparison between Novosibirsk, Bratislava and German cities. *European Psychiatry*(21), 436-441.

12. Yamaguchi S, M. Y. (2011). Strategies and future attempts to reduce stigmatization and increase awareness of mental health problems among young people: a narrative review of educational interventions. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* , 65 (5), 405-15.

© Svetlana Jubîrcă

Svetlana Jubîrcă

**EVOLUȚIA SARCINII ȘI NAȘTERII LA ADOLESCENȚELE
PE FUNDAL DE STĂRILE DE ANXIETATE**

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

SUMMARY

ANXIETY: EFFECT ON ADOLESCENT PREGNANCY

Key-words: anxiety; adolescent pregnancy; outcomes for mothers and children.

Nowadays the problem of psychological training before pregnancy and birth is actual because these two periods have an significant impact on the life and psychological state of women. Depression and anxiety during pregnancy and after birth remain one of the major problems of public health. Numerous studies show decrease in the number of physiological births to an average of 36.9% that shows pregnant women unreadness and psychological disadaptation. Anxiety, depression and stress during pregnancy represent the risk factors for development of complications during pregnancy and birth both mother and fetus. According to T. Field, at. al. (2010), about 54% of women have anxiety in different periods of pregnancy and 34% have manifestations of perinatal depression that explains the necessity of this research.

Materials and methods. *In order to achieve the goal of this research was effectuated prospective descriptive study. The research group have constituted 261 pregnant women between 13 and 25 years old, who gave birth of their child in the Institute of Mother and Child, during the period 01.01.2013- 31.12.2014. For analysis were used the following research methods: interview method, method of clinical and obstetrical examination. We studied the psychological aspects in pregnant adolescents using Spilbergher questionnaire that allows to detect the anxiety at the moment, called reactive anxiety (AR) and personal anxiety (PA).*

According to results of psychometric questionnaires data in pregnant teenagers the level of AR constitutes $31,3 \pm 8,5$ (respectively AR $28,1 \pm 9,4$) ($p < 0,01$) and PA $46,2 \pm 8,7$, respectively ($43,7 \pm 7,9$) ($p < 0,05$). Obtained PA parameters where high in both groups, with significant prevalence of high AP level in the main group of research ($OR = 1,59$ ($0,95$

$<OR < 2,69$), $p < 0,05$, $\chi^2 = 3,04$). In the pregnant adolescents personal anxiety was identified more frequently in 63 (50,0%) of cases, compared with 52 (38,5%) of cases in women of older age ($OR = 1,60$ ($0,98 < OR < 2,61$), $p < 0,05$, $\chi^2 = 3,04$). Among the pregnant adolescents with expressed high level of AP during pregnancy were revealed the following complications: early toxicities ($OR = 2,4$ ($1,1 < OR < 5,2$), $p < 0,05$, $\alpha^2 = 4,5$), genital tract infection ($OR = 2,5$ ($1,2 < OR < 5,4$), $p < 0,05$, $\chi^2 = 5,1$), premature delivery in the early terms of pregnancy (22-25 weeks of pregnancy) ($OR = 3,1$ ($1,3 < OR < 7,6$), $p < 0,01$, $\alpha^2 = 5,8$).

Newborns were registered significantly more often with IUGR ($OR = 7,8$ ($1,7 < OR < 1,7$), $p < 0,01$, $\alpha^2 = 7,5$), and GMVG ($OR = 3,6$ ($1,1 < OR < 11,6$) $p < 0,01$, $\alpha^2 = 3,9$).

The average term of pregnancy in adolescents decreases with increasing severity of AP. We have found that the weight of infants is lower in adolescent mothers in cases when they have a higher degree of AP $2948,5 \pm 713,7$ g, Compared with $3340,9 \pm 628,6$ g in the control group ($p < 0,05$). Evaluation of the psychical state of young mothers four days after birth showed that the AP level increased at postpartum period to $47,15 \pm 10,2$ points ($p < 0,01$, $t = 2,6$).

Conclusions. In the group of pregnant adolescents was identified higher level of anxiety AR and AP in 50% of cases. In young women, with high levels of anxiety birth occurred in an earlier period, to $37,8 \pm 1,2$ weeks of pregnancy, and newborns were born with a low birth weight that was $2869,8 \pm 337,1$ g, a higher incidence of complications in newborns was detected ($p < 0,05$) from young mothers with prenatal anxiety, namely: IUGR, intrauterine fetal hypoxia, low weight for gestational age, the SDR. The level of anxiety at the postpartum period, from young mothers increases to $47,15 \pm 10,2$ points ($p < 0,01$, $t = 2,6$). The findings showed the need for the introduction of a screening program for anxiety in young pregnant prenatal care, especially with a history of depression and from disadvantaged families with low social status.

РЕЗЮМЕ

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПОДРОСТКОВ НА ФОНЕ ТРЕВОЖНОСТИ.

Ключевые слова: тревожность, подростковая беременность, осложнения беременности и родов у матери и ребенка.

Введение. В настоящее время очень актуальна проблема психологической подготовки к материнству и родам, так как беременность и роды, оказывают влияние на качество жизни и психосоматическое состояние женщины. Проявления депрессии и тревоги во время беременности и после родов остается одной из основных проблем общественного здравоохранения. Многочисленные исследования выявили снижение частоты физиологических родов в среднем на 36,9%, что доказывает неподготовленность беременных к родам, а также их психологическую дезадаптацию. Тревога, депрессия и стресс во время беременности являются факторами риска развития осложнений во время беременности и родов у матери и ребенка. Согласно данным Field T., Diego M., Hernandez-Reif M. (2010), в среднем 54% женщин переживают беспокойство в разные периоды беременности и в 34% испытывают проявления перинатальной депрессии, что и привело к необходимым данным исследований.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели, было произведено проспективное описательное исследование. Группу исследования составили 261 беременных женщин в возрасте 13-25 лет, которые родили в Институте матери и ребенка, в период 01.01.2013- 31.12.2014. Для анализа были использованы следующие методы исследования: метод интервью, клинического и акушерского обследования. Мы оценивали психологические аспекты беременных подростков, при помощи индивидуального опросника Spilbergher, который позволяет выявлять тревогу в данный момент, называемой реактивной тревожностью (РТ) и личностная тревожность (ЛТ).

По результатам психометрических опросов у беременных подростков выявлены статистически значимо высокие средние значения РТ равные $31,3 \pm 8,5$ (соответственно РТ - $28,1 \pm 9,4$) ($p < 0,01$) и ЛТ равные $46,2 \pm 8,7$ баллов, соответственно ($43,7 \pm 7,9$) ($p < 0,05$). При более детальном анализе ЛТ выявлен высокий уровень ЛТ обеих группах со значительным преобладанием в основной группе ($OR = 1,59$ ($0,95 < OR < 2,69$), $p < 0,05$, $\alpha^2 = 3,04$). У беременных подростков ярко выраженная личностная тревожность встречалась достоверно чаще в 63 (50,0%) случаев, по сравнению с 52 (38,5%) случаями женщин старшего возраста ($OR = 1,60$ ($0,98 < OR < 2,61$), $p < 0,05$, $\alpha^2 = 3,04$). У беременных подростков с ярко выраженным уровнем ЛТ во время беременности были выявлены следующие осложнения: ранний токсикоз ($OR = 2,4$ ($1,1 < OR < 5,2$), $p < 0,05$, $\alpha^2 = 4,5$), инфекции полового тракта ($OR = 2,5$ ($1,2 < OR < 5,4$), $p < 0,05$, $\alpha^2 = 5,1$), преждевременные роды преимущественно в ранние сроки (22-25 н.б) ($OR = 3,1$ ($1,3 < OR < 7,6$), $p < 0,01$, $\alpha^2 = 5,8$). Средний срок беременности у подростков уменьшался с увеличением тяжести тревожности. Среди осложнений у новорожденных значительно чаще были обнаружены с ЗВУР ($OR = 7,8$ ($1,7 < OR < 1,7$), $p < 0,01$, $\alpha^2 = 7,5$), и низкий для гестационного возраста вес ($OR = 3,6$ ($1,1 < OR < 11,6$) $p < 0,01$, $\alpha^2 = 3,9$). Следует отметить что вес младенцев меньше ($2948,5 \pm 713,7$ гр.), в тех случаях, когда у юной матери выявляется более высокая степень ЛТ, по сравнению с $3340,9 \pm 628,6$ гр. в

контрольной группе ($p < 0,05$). Оценка психического состояния юных матерей на четвертый день после родов, выявила, увеличение уровня ЛТ до $47,15 \pm 10,2$ баллов ($p < 0,01$, $t = 2,6$).

Выводы. У беременных подростков в 50,0% случаев отмечена более высокая частота распространенности РТ и ЛТ тревожности. У юных беременных с повышенным уровнем тревожности роды произошли в более ранний срок, до $37,8 \pm 1,2$ недели беременности, и новорожденные были рождены с более низкой массой тела, которая составила $2869,8 \pm 337,1$ гр. У новорожденных рожденных от матерей с дородовой тревогой отмечалась более высокая частота осложнений ($p < 0,05$), а именно: ЗВУР, внутриутробная гипоксия плода, низкий для гестационного возраста вес, СДР. Уровень тревожности в послеродовом периоде, у юных матерей возрастает до $47,15 \pm 10,2$ баллов ($p < 0,01$, $t = 2,6$). Полученные данные доказывают необходимость введения скрининга по тревожности в программу перинатальной подготовки юных беременных, особенно с депрессией в анамнезе и из неблагополучных семей с низким социальным статусом.

Introducere. În prezent, problema pregătirii psihologice către maternitate și naștere este actuală având în vedere că perioada sarcinii și a nașterii au un impact considerabil asupra vieții și stării psihosomatice ale femeilor, deoarece stările depresive și de anxietate în timpul sarcinii și după naștere rămân o problemă majoră de sănătate publică [9, 15, 20, 26].

În ultimul deceniu, cercetătorii au elaborat conceptul de relație dintre anxietate și depresie într-un singur proces patogen, având în vedere aspectele generale neurochimice, farmacologice și neurofiziologice de anxietate și depresie. Stresul este un factor important în patogeneză, în special a anxietății și depresiei, ca cele mai frecvente patologii ale psihicului [13, 26].

Numeroase studii ne arată o reducere a frecvenței nașterii fiziologice la o medie de 36,9% [Сухих Г.Т., Адамян Л.В., 2007; Berglund S. et al., 2010; Brennan D Jetal., 2011; Pevzner L. et al., 2012], indicându-ne lipsa pregătirii organismului femeii gravide către naștere, dar la fel și a dezadaptării psihologice. Conform datelor lui Field T., Diego M., Hernandez-Reif M. (2010), în medie 54% de femei percep stările de anxietate în diferite perioade ale sarcinii și 34% trec prin depresie, ceea ce a dus la necesitatea studiilor în acest domeniu.

Este știut faptul că anxietatea generalizată este o stare de teamă, îngrijorare sau preocupare greu de controlat, în legătură cu diferite lucruri, evenimente sau aspecte ale vieții, care durează de cel puțin 6 luni și care este însoțită de iritabilitate, senzații subiective de stres, dificultăți de concentrare, tensiune musculară, oboseală, perturbări ale somnului. Spielberg C.D. o definește ca pe o teamă generalizată, difuză, sursă a căreia poate rămâne inconștientă [29].

Termenul de anxietate a fost introdus în psihologie de către Sigmund Freud (1925), caracterizând anxietatea ca teama de o despărțire, o anumită nesiguranță, o teamă irațională ce poartă un caracter intern, profund [30]. Modificările specifice persoanei anxioase includ: **la nivel cognitiv** – îngrijorare, preocupări intense; **la nivel emoțional** – teamă, neliniștire, iritabilitate; **la nivel fiziologic** - tremur, agitație, tensiune musculară, transpirație, respirație scurtă sau rapidă, palpitații ale inimii, mâini reci și

umede, uscăciune în gură, puseuri de căldură sau reci, greață, slăbiciune, insomnie, senzație de gol în stomac; **la nivel comportamental** – evitare, evadare, amânare [23].

Anxietatea care apare în timpul sarcinii poate fi definită ca o stare emoțională negativă, fatigabilitate rapidă legată de grijile despre sănătatea și dezvoltarea copilului, iminență de naștere, lipsa experienței de îngrijiri de sănătate (inclusiv sănătatea proprie și supraviețuirea în timpul sarcinii), îngrijorare privind nașterea și perioada post-partum, asumarea rolului maternal [9]. Stările anxioase din timpul sarcinii sunt în general normale până la o anumită limită. Pornind de la aceste constatări, am stabilit scopul studiului prezent.

Scopul studiului: determinarea incidenței stărilor de anxietate la gravidele adolescente și evaluarea ratei complicațiilor materno-fetale specifice comparativ cu grupul de gravide adulte.

Materiale și metode. În vederea realizării acestui scop noi am efectuat un studiu prospectiv, descriptiv. Grupul de cercetare l-au constituit femeile gravide, cu vârsta cuprinsă între 13-25 de ani, care au născut în clinica Institutului Mamei și Copilului, pe parcursul perioadei 01.01.2013- 31.12.2014. Pentru analiză au fost utilizate următoarele metode de cercetare: metoda interviului, metoda de anchetă, examenul clinic, examenul obstetrical.

În cadrul studiului am evaluat aspectele psihologice ale gravidelor adolescente, comportamentele lor cu ajutorul chestionarului Spilbergher, care permite depistarea anxietății la momentul dat, numită anxietate reactivă (AR) și anxietății de personalitate (AP). **Anxietatea reactivă (AR)** – nivelul anxietății în prezent și se caracterizează prin neliniște, nervozitate, tensiune internă. **Anxietatea de personalitate (AP) – constituie o particularitate caracteristică individului exprimată prin tendința lui stabilă de a aprecia un cerc larg de situații** ca fiind primejdioase, amenințătoare și particularitatea de a reacționa în acest caz prin stare de neliniștire și neîncredere [18,26,33]. Răspunsurile sunt apreciate conform următorului punctaj: - anxietate în limitele normei ≤ 30 de puncte; - anxietate majorată 31-45 puncte; - anxietate foarte exprimată – 46 puncte.

Pentru crearea și administrarea bazei de date, precum și pentru importul și exportul de date cum ar fi Excel am utilizat programul Microsoft Office Access. Datele au fost analizate prin folosirea statisticii descriptive, fiind exprimate în termeni medii, deviație standard, Student Test, Epi Info7 (Stat Calc) și au fost analizate conform normelor statistice impuse de biostatistica medicală.

Rezultate și discuții. În total în studiu au fost incluse 261 de gravide cu vârsta cuprinsă între 13-25 de ani. Ulterior au fost repartizate în două loturi în funcție de vârstă, Lotul I l-au constituit 126 adolescente însărcinate cu vârsta 13-18 ani, iar lotul II a inclus 135 de femei gravide de vârstă reproductivă cuprinsă între 19-25 de ani. Vârsta medie a gravidelor adolescente a fost de 16,54 ani (Std.Div.1,22; Std Er. Mean 0,109), comparativ cu 21,8 (Std.Div.1,95; Std Er. Mean 0,168) ($p < 0,0001$) de ani – vârsta gravidelor din lotul II.

Conform datelor din literatura de specialitate, depresia și anxietatea sunt foarte răspândite în timpul nașterii [3,15] și au un impact asupra rezultatelor materno-fetale [5,11,13]. Nivel crescut de simptome depresive și de anxietate în timpul sarcinii au fost constatate la 37,1% și 54% dintre gravide, [15,16], în timp ce în perioada pos-tpartum, frecvența stărilor depresive a fost de 23% ~ 42.6% [3], iar a stărilor de anxietate de 24,3% ~ 30.7% [1].

Analiza datelor psihometrice, evaluate conform testului Spilbergher, la pacientele incluse în studiu a constatat valori medii ale AR și AP statistic semnificativ mai înalte la adolescentele gravide. Rezultatele sunt prezentate în tabelul 1.

Tabelul 1.

Scorul testului SPILBERGHER pentru anxietate în trimestrul III de sarcină.

Scor, puncte	Lotul I	Lotul II
	N=126	N=135
Anxietate reactivă	31,3±8,5**	28,1±9,4
Anxietate de personalitate	46,2±8,7*	43,7±7,9

* - diferența statistică între loturi:

* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$.

AR este statistic relevant mai înaltă la gravidele adolescente în raport cu femeile gravide de vârstă mai înaintată, ceea ce denotă faptul că sarcina prezintă un stres major pentru adolescente, cu afectarea tuturor sferelor vieții contemporane, ducând la creșterea scorurilor anxietății ca reacție la acest factor de stres. Scorul anxietății de personalitate a avut valori mai înalte de asemenea în grupul gravidelor adolescente, fiind caracteristic pentru o anxietate foarte exprimată (≥ 46 puncte), ceea ce denotă că adolescentele sunt bazal anxioase. Conform datelor unor savanți indicele înalt al AR peste 30% cazuri demonstrează un nivel inferior de informare despre sarcină și naștere, indicele înalt al AP indică tendința spre apariția anxietății în naștere și în interacțiunea mamă -copil [3,15,25].

Efectuând distribuția cazurilor examinate conform nivelurilor de severitate ale anxietății, am evidențiat următoarele momente. La parametrul AR, constatăm că femeile gravide de vârstă reproductivă au o probabilitate mai mare pentru a avea un nivel normal de AR în perioada trimestrului trei de sarcină, decât adolescentele gravide. Acest fapt sugerează formarea schimbărilor optime ale componenței psihologice dominantei gestaționale la femeile din grupul de comparație, sau o adaptare bună la starea de graviditate [24,27, 32]. Dar frecvența AR ușoară și majorată este nesemnificativ mai înaltă în grupul de cercetare, ceea ce denotă că adolescentele gravide au o adaptare mai precară către graviditate.

La analiza parametrilor AP s-a constatat că în ambele loturi prevalează nivelul de AP majorată și foarte exprimată, cu o prevalență semnificativă a nivelului de AP foarte exprimată în grupul de cercetare ($OR=1,59$ ($0,95 < OR < 2,69$), $x^2=3,04$, $p < 0,05$).

Efectuând analiza stărilor de anxietate mai detaliat, ținând cont de gradul de severitate al anxietății, am obținut că sarcina la adolescente evoluează pe un fundal de anxietate de personalitate foarte exprimată în 63 (50,0%) cazuri, comparativ cu 52 (38,5%) cazuri la femeile de vârstă mai înaintată ($OR=1,60$ ($0,98 < OR < 2,61$), $x=3,04$, $p < 0,05$) (tabelul 2) [5].

Tabelul 2.

Gradul de anxietate al gravidelor în trimestrul III de sarcină

Vârsta	cazuri	AR (anxietate reactivă)						AP (anxietate de personalitate)					
		normală		majorată		exprimată		Normală		majorată		exprimată	
		abs	%	abs	%	Abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
13-18 ani	N=126	59	46,8	63	50,0	4	3,2	3	2,4	60	47,6	63	50,0*
19-25 ani	N=135	76	56,3	57	42,2	2	1,5	3	2,2	80	59,3	52	38,5

* - diferență statistică între loturi: * - $p < 0,05$;

La adolescentele nulipare cu un nivel crescut de AP se observă formarea componenței psihologice anxioase a dominantei gestaționale, care se caracterizează printr-o creștere a nivelului de anxietate în trimes-

trul al treilea a sarcinii, precum și printr-o atitudine contradictorie asupra sarcinii, care se caracterizează, pe de o parte prin anxietate față de starea copilului și grija pentru el și îngrijorarea de a nu face fața îndato-

ririlor de mamă - pe de altă parte [24,27,32]. Ast fel, rezultatele obținute denotă faptul că pe parcursul sarcinii adolescentele se confruntă cu reacții emoționale inadecvate, manifestă tendința spre un comportament deviant, prezintă o capacitate redusă de a-și controla emoțiile, reacții extrasensibile apreciate prin cei doi parametri ai anxietății.

Analizând datele evoluției sarcinii în cazul gravidelor cu anxietate reactivă majorată, nu am observat influențe semnificative asupra sarcinii și nașterii, comparativ cu anxietatea de personalitate. Din aceste considerente am hotărât să efectuăm analiza mai detaliată a evoluției sarcinii pe fond de AP.

Tabelul 3.

Complicațiile sarcinii pe fondal de AP.

C o m p l i c a Ț i i l e sarcinii	AP la gravidele din lotul I						AP la gravidele din lotul II					
	exprimată n=63		majorată n=60		normală n=3		exprimată n=52		majorată n=80		normală n=3	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Disgravidii precoce	38*	60,3	32	53,4	2	66,7	21	40,4	31	38,8	3	100
Disgravidii tardive	4	6,4	5	8,3	-	-	5	9,6	7	8,8	-	-
Colpită	22	34,9	17	28,3	-	-	12	23,1	24	30,0	-	-
Vaginoză bacteriană	19	30,2	17	28,3	1	33,3	10	19,2	14	17,5	-	-
Preeclampsie	1	1,6	7	11,7	1	33,3	4	5,0	4	7,7	-	-
Iminentă de NP												
22-25 s.a.	25**	39,7	15	25	-	-	9	17,3	16	20	1	33,3
26-28 s.a.	6	9,5	6	10	-	-	3	5,8	-	-	-	-
29-32 s.a.	1	1,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RDIU	15**	23,8	7	11,7	-	-	2	3,9	7	8,8	-	-

* diferență statistică între loturile: *- p<0,05, ** - p<0,01.

Din datele tabelului 3 rezultă că la gravidele adolescente cu nivel exprimat al AP, în timpul sarcinii, au fost evidențiate următoarele complicații: disgravidie precoce, în 38 (60,3%) din cazuri, comparativ cu 21 (40,4%), (OR=2,4, (1,1<OR<5,2), p<0,05, $\alpha^2=4,5$) cazuri la gravidele din lotul II; infecțiile ale căilor genitale (colpită și vaginoză bacteriană) în 41 (65,1%) cazuri în lotul de cercetare, respectiv 22 (42,3%) cazuri în lotul de control (OR=2,5 (1,2<OR<5,4), p<0,05, t=2,5, $\alpha^2=5,1$), iminența de naștere prematură la termene de sarcină precoce (22-25 s.a.) a avut o frecvență semnificativă în grupul de cercetare (OR=3,1 (1,3<OR<7,6), p<0,01, t=2,8, $\alpha^2=5,8$) [8,9,10].

Nou-născuții cu RDIU pe fondal de AP exprimată a mamei, au constituit 15 (23,8%) cazuri în lotul de cercetare și respectiv 2 (3,8%) cazuri în lotul de control (OR=7,8(1,7<OR<1,7), p<0,01, t=3,3, $\alpha^2=7,5$) [4,7]. Alte complicații în trimestrul III de sarcină (disgravidie tardivă, preeclampsie) au fost depistate în cazuri unice pe fondal de diferit grad de severitate al AP. Valorile exprimate și majorate ale anxietății de personalitate au o influență semnificativă asupra apariției disgravidii precoce, infecțiilor căilor genitale, iminenței de NP și RDIU.

Este știut faptul că anxietatea în timpul sarcinii este asociată cu gestație mai mică și cu consecințe negative asupra sănătății nou născuților, îndeosebi asupra dezvoltării neurologice a lor [6,7]. Termenul mediu de gestație la momentul nașterii în lotul de cercetare pe fondal de AP normală a constituit 39 s.a. (St. Er.0,6; Std.Div. 1,0), respectiv în lotul de control de

39,3 s.a. (Std Er. 0,9; Std. Div. 1,5), pe fond de AP majorată - 38,6 s.a. (Std.Er. 0,4; Std.Div. 2,6), respectiv 39,0 s.a. (Std. Er. 0,2; Std. Div. 1,8) și pe fond de AP foarte exprimată 38,1s.a. (Std.Er. 0,4; Std Div.2,9), respectiv 39,4 s.a. (Std. Er. 0,3; Std. Div. 2,4) în lotul de control. Prin urmare, cu creșterea gradului de severitate al AP la gravidele minore termenul de gestație la naștere scade.

Efectuând analiza evoluției travaliului, am observat că, în totalitatea cazurilor de cercetare, nivelul ridicat al AP (exprimat și majorat) în ambele loturi de studiu s-a soldat cu apariția complicațiilor în travaliu, inclusiv NP, dischinezie uterină, traumatism obstetrical și nașteri asistate (vacuum-extracție, o/c), (tab.4).

Conform datelor din tabelul 4 insuficiența secundară a forțelor de contracție a avut loc semnificativ mai rar în lotul de cercetare - 9 (14,3%) cazuri comparativ cu 16 (30,8%) (p<0,05) cazuri în lotul de control. Nașterea a fost finisată prin O/C semnificativ mai frecvent la gravidele de vârstă mai înaintată în 18 (34,6%) cazuri, comparativ cu gravidele adolescente - 7 (11,1%) (p<0,05) cazuri.

Conform datelor a 7 studii din cele 11 revizuite recent, stările de anxietate în timpul sarcinii, au un impact semnificativ asupra vârstei gestaționale și / sau nașterii premature [8]. Aceste date sunt confirmate și în alte studii care arată că anxietatea prenatală este de asemenea legată de incidența mai mare a GMPVG și a prematurității [20]. Tulburările de anxietate și de anxietatea de valori exprimate în timpul sarcinii au fost asociate cu scoruri Apgar mai scăzute [4].

Analiza comparativă a evoluției travaliului pe fundal de AP

Evoluția travaliului	Lotul I						Lotul II					
	exprimată n=63		majorată n=60		normală n=3		exprimată n=52		majorată n=80		normală n=3	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
NP	8	12,7	7	11,7	-	-	5	9,6	8	10,0	-	-
Insuf. f/c, primară	8	12,7	4	6,7	1	33,3	5	9,6	7	8,8	1	33,3
Insuf. f/c, secundară	9	14,3	12	20,0	-	-	16	30,8*	11	13,8	1	33,3
Insuf.scrementelor	9	14,3	9	15,0	2	66,7	10	19,2	11	13,8	1	33,3
Hipoxie i/u	9	14,3	7	11,7	-	-	13	21,2	11	13,8	-	-
Traumatism obstetrical												
ruptura c/u	31	49,2	22	36,7	2	66,7	19	36,5	28	35,0	2	66,7
ruptura vaginului	12	19,1	18	30,0	1	33,3	17	32,7	28	35,0	1	33,3
ruptura perineului	14	22,2	13	21,7	-	-	11	21,2	16	20,0	1	33,3
Vacuumextracție	5	7,9	6	10,0	1	33,3	9	17,3	9	11,3	1	33,3
O/C	7	11,1	14	23,3	-	-	18	34,6*	14	17,5	1	33,3
Analgezie epidurală	28	44,4	23	38,3	-	-	28	53,8	36	45,0	3	100

* diferențe statistică între loturi: *- p < 0,05.

Starea nou-născutului a fost apreciată după următoarele criterii: masa, lungimea, scorul Apgar la 1 minut și la 5 minute de viață. Greutatea medie a nou-născuților în lotul de cercetare a fost de 3029,1 g, comparativ cu 3481,4 g în lotul de control, lungimea medie a copiilor din lotul de cercetare a fost semnificativ mai mică - de 49,6 cm, comparativ cu 51,1 cm în lotul de

control. Menționăm faptul că greutatea nou-născuților este mai mică în cazul când mamele au un grad de AP mai înalt. Astfel la gravidele din lotul I cu AP foarte exprimată greutatea medie a nou-născuților a fost de 2948,5±713,7g, comparativ cu 3340,9±628,6 g în lotul de control [17,21].

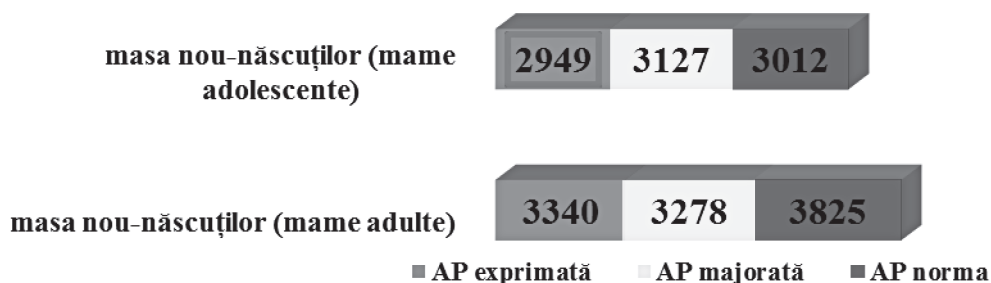


Figura 1. Masa nou-născuților mamelor cu diferit grad de anxietate de personalitate (g).

În privința scorului Apgar nu au fost observate diferențe statistice semnificative între loturi. Nou-născuții mamelor din lotul de cercetare, au avut scorul Apgar de 7,5 de puncte la minutul 1, respectiv 7,5 în lotul de control, și de 7,9 de puncte au avut la minutul 5 vs. 8,04 de puncte în lotul de control [2,4].

Nou-născuții de la mamele cu indici înalți, de AP au prezentat următoarele complicații: GMVG, prematuritate, SDR, hipoxie i/u. În lotul de cercetare numărul copiilor născuți pe fond de AP exprimată sufereau mai frecvent de GMVG - 15 (23,8%) cazuri, comparativ cu lotul de control 4 (7,7%) cazuri (OR=3,6 (1,1<OR<11,6), p<0,01, $\alpha^2=3,9$). Plus la acesta, în lotul de cercetare nou-născuții au prezentat SDR cu o rată nesemnificativ mai înaltă -

7 (11,1%) cazuri, față de 2 (3,2±%) cazuri în lotul de control și prematuritate - 7 (11,1%) cazuri față de 4 (7,7%) cazuri în lotul de control. Infecția i/u a nou-născutului s-a atestat în 1(1,6%) caz, iar icterul nou-născutului în 6 (9,5%) cazuri, numai în lotul de cercetare [17,21].

Analiza comparativă a datelor expuse anterior cu datele perioadei post-partum, la acest grup de paciente, ne arată că nivelul anxietății rămâne stabil înalt. Evaluând starea psihică a lăuzelor la a 4-a zi după naștere, am observat o descreștere a nivelului de anxietate la mamele de vârstă mai înaintată, comparativ cu mamele adolescente la care predomină un nivel stabil înalt al anxietății, îndeosebi al AP, ce a crescut în perioada post-partum până la 47,15 ± 10,2 de puncte (p < 0,01, t=2,6), tabelul 4.6.

Complicațiile depistate la nou-născuții mamelor cu nivel ridicat de anxietate de personalitate

Complicații la nou-născuți	Lotul I, AP						Lotul II, AP					
	exprimată n=63		majorată n=60		normală n=3		exprimată n=52		majorată n=80		normală n=3	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
GMVG	15	23,8*	7	11,7	-	-	4	7,7	7	8,8	-	-
Prematuritate	7	11,1	7	11,7	-	-	4	7,7	7	8,8	-	-
SDR	7	11,1	4	6,7	-	-	2	3,2	1	1,3	-	-
Hipoxie i/u	10	15,9	4	6,7	-	-	8	15,4	6	7,5	-	-
Icter n/n	6	9,5	2	3,3	-	-	-	-	1	1,3	-	-
Infecție i/u	1	1,6	2	3,3	-	-	-	-	-	-	-	-
BHN	11	17,5	10	16,7	2	66,7	10	19,2	19	23,8	1	33,3

Tabelul 4.1.6.

Nivelul AP în perioada post-partum

Anxietate post-partum (puncte)	Lotul I N=126	Lotul II N=135
Anxietate reactivă	31,3 ± 8,9**	27,1 ± 8,6
Anxietate de personalitate	47,2 ± 10,2*	44,1 ± 8,7

Concluzii. Prevalența anxietății a avut o frecvență mai mare în rândul gravidelor adolescente ea constituind 50% cazuri. La gravidele minore cu un nivel crescut de anxietate nașterea survine la termene mai precoce la 37,8±1,2 s.a., nou-născuții lor au greutatea mai mică - de 2869,8±337,1 g, Starea nou-născuților mamelor adolescente apreciată cu ajutorul scorului Apgar la 1 minut de viață a fost mai precară acumulând în medie 6,4±0,8 puncte, scorul Apgar la 5 minute de viață a fost de 7,2±0,9 puncte. Am evidențiat o frecvență mai mare a complicațiilor la nou-născuții ($p < 0,05$) mamelor cu anxietate în sarcină: RDIU, hipoxia i/u a fătului, greutate mică pentru vârsta gestațională, SDR. Evaluând starea psihică a lăuzelor la a 4 zi după naștere, am observat o descreștere a nivelului de anxietate la femeile de vârsta mai înaintată, comparativ cu lăuzele adolescente la care predomină un nivel stabil înalt al anxietății, îndeosebi al AP al cărei nivel a crescut în perioada post-partum până la 47,15 ± 10,2 puncte ($p < 0,01$, $t = 2,6$). Prin urmare, există necesitatea de a introduce screeningul pentru anxietate în programele de evidență perinatală a femeilor în timpul sarcinii, în special în cazul celor cu antecedente de depresie și celor care provin din familii precare, familii cu venituri mici. Studiul arată necesitatea integrării sănătății mintale materne existente în programul de sănătate a mamei și copilului pentru a asigura sănătatea mamei și a copilului.

Bibliografie.

1. Barker E.D., Jaffee S.R., Uher R., Maughan B. The contribution of prenatal and postnatal maternal anxiety and depression to child maladjustment. 2010. *Depress Anxiety* 28: 696–702 [PubMed].
2. Berglund S., Pettersson H., Cnattingius S., Gru-

newald C. How often is a low Apgar score the result of substandard care during labour? *BJOG*. 2010. Jul; 117(8): 968–978. Published online 2010 Apr. 21. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02565.x

3. Beck C.T. State of the science on postpartum depression: what nurse researchers have contributed-part 2. 2008. *MCN Am J Matern Child Nurs* 33: 151–156 [PubMed].

4. Berle J., Mykletun A., Daltveit A., Rasmussen S., Holsten F., Dahl A. Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. A linkage study from the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT) and Medical Birth Registry of Norway. *Arch Womens Ment Health*. 2005;8:181–9. [PubMed].

5. Britton J.R. Maternal anxiety: course and antecedents during the early postpartum period. 2008. *Depress Anxiety* 25: 793–800 [PubMed].

6. Brennan J.D., Sharon F. McGee, Elton Rexhepaj, Darran P O'Connor, Michael Robson, Colm O'Herlihy. Identification of a myometrial molecular profile for dystocic labor. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011; 11: 74. Published online 2011 Oct. 16.

7. Dunkel Schetter C., Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Curr Opin Psychiatry* 2012 Mar; 25 (2): 141-148. Author manuscript; available at PMC 2015 May 28.

8. Dunkel Schetter C., Glynn L. Stress in pregnancy: empirical evidence and theoretical issues to guide interdisciplinary researchers. In: Contrada, R.; Baum, A., editors. *Handbook of stress science: biology, psychology, and health*. Springer Publishing Company; New York, NY: 2011. p. 321-343.

9. Dunkel Schetter C., Glynn L. M. Stress in Pregnancy: Empirical Evidence and Theoretical Issues to Guide Interdisciplinary Research. In: Contrada R, Baum A, editors. *Handbook of Stress*. New York: Springer; 2011.

10. Faisal-Cury A., Rossi Menezes P. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Archives of Women's Mental Health*. 2007;10(1):25–32. [PubMed].

11. Field T., Diego M., Hernandez-Reif M., Figueiredo B., Deeds O., et al. Comorbid depression and anxiety effects on pregnancy and neonatal outcome. 2010. *Infant Behav Dev* 33: 23–29 [PMC free article] [PubMed].
12. Field, T., Diego M., Hernandez-Reif M., Schanberg S., Kuhn C., Yando R., Bendell D. Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger: effects on the fetus and neonate. *Depress. Anxiety*. 2003 с 17, 140–151.
13. Field T., Diego M., Hernandez-Reif M., Figueiredo B., Deeds O., Ascencio A., Schanberg S., Kuhn C. Comorbid depression and anxiety effects on pregnancy and neonatal outcome. *Journal of Affective Disorders*. 2008 с;33:23–29. [PMC free article] [PubMed].
14. [<http://ruminref.eu/index.php?newsid=283363>].
15. Lee A.M., Lam S.K., Sze Mun Lau S.M., Chong CSY., Chui HW., et al. . Prevalence, Course, and Risk Factors for Antenatal Anxiety and Depression. 2007. *Obstet Gynecol* 110:1102–1112 1110.1097/1101.AOG.0000287065.0000259491.0000287070. [PubMed].
16. Lovisi G.M., López JR.RA., Silva Freire Coutinho E., Patel V. Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil. *Psychological Medicine*. 2005;35(10):1485–1492. [PubMed].
17. Misri S., Oberlander T.F., Fairbrother N., et al. Relation between prenatal maternal mood and anxiety and neonatal health. *Can. J. Psychiatry*. 2004;49:684–9. 47.
18. Odobescu S. Migrena cronică și sistemul nervos vegetativ. Chișinău 2012. p.167-171.
19. Pevzner L., Preslicka C., Bush M.C., Chan K. Women's attitudes regarding mode of delivery and cesarean delivery on maternal request. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2011 Jul;24 (7):894-9. 2012.
20. Rondó P.H., Ferreira R.F., Nogueira F., Ribeiro M.C., Lobert H., Artes R., Eur J. Clin Nutr. Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. 2003 Feb;57(2):266-72.PMID: 12571658.
21. Van den Bergh B.R, Marcoen A. High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalising problems, and anxiety in 8 and 9 year olds. *Child Dev* 2004;75:1085-97.
22. WHO. Mental Health Aspects of Women's Reproductive Health: A Global Review of the Literature. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009.
23. www.paxonline.ro/?q=ce_este_anxietatea_generalizata.
24. Бронфман С.А., Перова Е.И., Кудаева Л.М. Сравнительное исследование клинко психопатологических особенностей перво- и повторнородящих женщин в третьем триместре беременности., *Вестник Новых Медицинских Технологий – 2014 – N 1 с.; 4.*, Москва, Россия.
25. Глебова Е.В., Мингалева Н.В., Хачак С.Н., Воробьева И.Л., Мингалева Е.А., Злобина А.В., Маслюк А.Е. Изучение особенностей психологической готовности к родам и материнству . Материалы VII регионального научного форума «Мать и дитя» , 25–27 июня, 2014 года, Геленджик М., 2014 – 419 с.37-38.
26. Глебова Т.К., Филиппов О.С. Медико-социальные аспекты половой жизни подростков. Материалы форума «Мать и дитя», Москва, 2002, с. 21-22.
27. Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб.: Питер, 2010. 272 с.; 20.
28. Осепайшвили М.Н. Особенности психического состояния у беременных женщин в условиях подготовки к родам методом биологической обратной связи: автореф. дис. канд. мед. наук. – СПб., 2005. – 26 с.
29. Спилбергер Ч.Д. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги// Стресс и тревога в спорте. – М., 1983.
30. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста – СПб.: Издательство «Питер», 2000.
31. Сухих Г. Т., Адамян Л. В. Состояние и перспективы репродуктивного здоровья населения России // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – 2007. – С. 5–19.
32. Филиппова Г.Г. Психология материнства. М.: Издательство Института психотерапии, 2002.;
33. Ханин Ю.А. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера, Л.: ЛНИИТЕК, 1976, с.5-41.

Angela Cazacu-Stratu
PARTICULARITĂȚILE ACCIDENTELOR RUTIERE ÎN RÂNDUL COPIILOR ȘI ADOLESCENȚILOR
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Catedra de igienă

SUMMARY

PARTICULARITIES OF ROAD TRAFFIC CRUSHES IN CHILDREN AND YOUTH

Key words: road traffic injuries, children, road accidents, death.

This article reveals the analysis of road traffic crushes in children and youth from Republic Moldova and Chisinau. The data used for the research were presented by the Traffic Police Department of the Republic of Moldova during the last 8 years. As a result of the analysis of data, months, days of the week and districts, sectors of the Republic of Moldova and city where more cases crushes of children have been registered, were revealed.

Introducere. În fiecare an, peste 1.200 de copii cu vârsta mai mică de 15 ani decedează în țările europene și alți 134.000 sunt răniți în urma accidentelor rutiere [3]. Deși există o tendință de scădere a acestor cazuri în Europa, sunt încă multe de întreprins pentru a îmbunătăți siguranța rutieră pentru copii.

Accidentele de trafic rutier au reprezentat principala cauză de deces (28%) prin traumatisme neintenționate la copiii și adolescenții din grupa de vârstă 0-14 ani în Regiunea Europeană a OMS [7]. Traumatismul rutier este cauza principală a decesului prematur în rândul tinerilor cu vârsta cuprinsă între 5-29 ani în regiunea Europeană [8]. Accidentele de trafic rutier la copii și tineri constituie o povară importantă a bolii datorită numărului considerabil de ani de viață pierduți prin deces prematur și, de multe ori, prin handicapi severe pe viață la supraviețuitori [9].

Reieșind din importanța problemei guvernul Republicii Moldova, în anul 2010, a aprobat Strategia națională pentru siguranță rutieră. Scopul principal al

Strategiei constă în reducerea cu 50% a accidentelor rutiere, reducerea procentuală treptată a numărului deceselor și a răniților grav, printr-o îmbinare de măsuri de siguranță rutieră pasivă și activă cu privire la factorul vehicul, precum și în îmbunătățirea infrastructurii rutiere și a comportamentului participanților la trafic prin educație, prin creșterea gradului de conștientizare, acordarea de licențe, precum și prin respectarea regulilor de circulație [6].

Materiale și metode de investigație. Noi am efectuat un studiu al incidenței accidentelor rutiere pe o perioadă de 8 ani (2008-2015) în Republica Moldova și separat în municipiul Chișinău. Materialul statistic ne-a fost oferit de Inspectoratul Național de Patrulare al Inspectoratului General de Poliție.

Datele obținute în cadrul cercetării sunt prelucrate prin aplicarea unui set de operații efectuate prin procedee și tehnici de lucru specifice.

Rezultatele investigațiilor. Potrivit datelor furnizate de Inspectoratul Național de Patrulare al IGP, pe

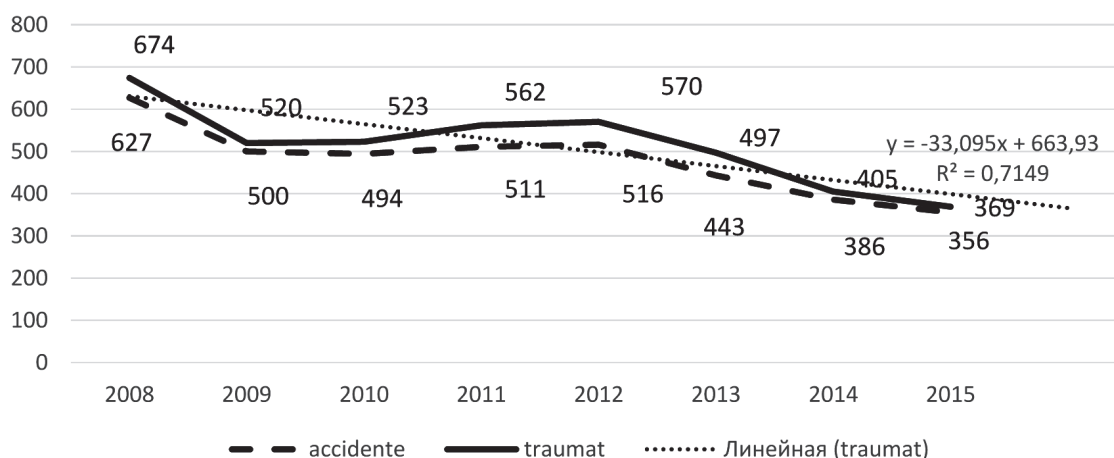


Fig. 1. Dinamica accidentelor rutiere în Republica Moldova, anii 2008-2015 (cifre absolute).

parcursul celor opt ani investigați, în Republica Moldova accidentele rutiere cu implicarea copiilor au avut o tendință de descreștere, cu 127 cazuri, în 2009 față de anul 2008. În următorii patru ani s-a înregistrat o creștere ușoară a numărului de accidente, cu 16, din 2009 până în 2012, după care s-a atestat o descreștere bruscă cu 160 accidente din 2012 până în 2015. În perioada 2008 - 2015 numărul accidentelor rutiere a descrescut în medie cu 271 de cazuri, indicele de dinamică înregistrând o descreștere cu 40,8% (figura 1).

În mun. Chișinău pe parcursul aceleiași perioade, dinamica accidentelor rutiere precum și traumatismele rutiere au înregistrat o tendință de descreștere. Inițial, în primii patru ani, s-a înregistrat o creștere bruscă a accidentelor și traumatismului rutier de la 274 la 464 accidente și respectiv de la 295 la 507 cazuri de traumatism. În următorii ani s-a constatat o descreștere considerabilă a numărului de accidente rutiere și a traumatismului rutier, respectiv cu 381 și 420 cazuri.

Din figura 2 se observă că pe parcursul a opt ani (2008-2015) cele mai multe accidente rutiere în s-au înregistrat în lunile august (11,3%), septembrie (10,9%) urmate de lunile iulie și mai cu 10,6% și respectiv 10,3%, urmate apoi de lunile iunie – 9,5% și octombrie – 9,2%. Pe seama lunilor vacanței de vară a revinit o cotă de 31,3%, ceea ce constituie 1/3 din toate accidentele rutiere înregistrate anual. totodată cota cea mai mare de accidente revine lunilor mai – octombrie, constituind 61,7%.

În mun. Chișinău pe parcursul aceleiași perioade, cele mai frecvente accidente rutiere s-au înregistrat în luna septembrie – 11,1%, urmată de luna mai – 10,9%, ceea ce coincide cu începutul și sfârșitul anului școlar și de luna august – 9,0%. În lunile aprilie, iulie și octombrie s-au produs câte 8,9% accidente rutiere cu implicarea copiilor.

Orele de vârf în care au loc cele mai multe accidente rutiere cu implicarea copiilor sunt 16:00-18:00

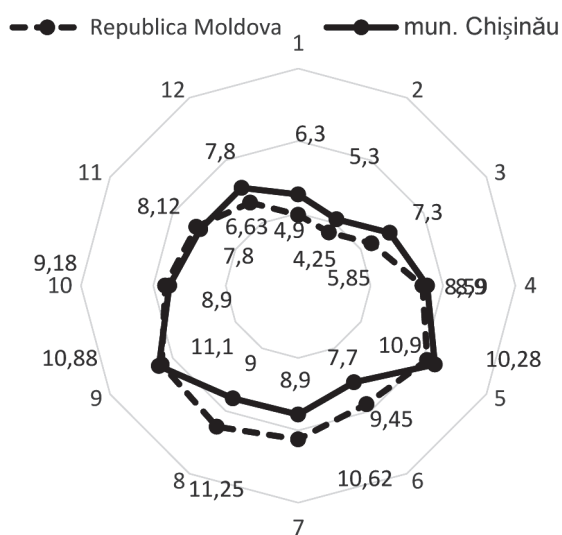


Figura 2. Distribuția accidentelor rutiere în funcție de lunile anului (2008-2015, %).

atât în țară cât și în municipiul Chișinău, constituind 16,6% și respectiv 17,9%. Indicele atestat în mun. Chișinău depășește cu 1,3% accidentele pe țară.

De asemenea, s-a observat că atât în mun. Chișinău cât și în țară cele mai mari cote parte ale accidentelor rutiere s-au atestat în intervalul orelor 12:00-20:00, ele constituind 55,1% în Republica Moldova și 62,6% în mun. Chișinău. Adică pe parcursul a nouă ore din 24 se produce majoritatea accidentelor rutiere.

Raioanele cele mai afectate în ceea ce privește implicarea copiilor în accidente rutiere s-au dovedit a fi Ialoveni cu 6,2‰, Criuleni cu 6‰, urmate apoi de Strășeni, Telenești, Dubăsari și Florești unde au fost înregistrate câte 5 accidente la 1000 de copii (fig. 3).

Cel mai mic indicator s-a atestat în r-nul Basarabeasca – 1,2 accidente rutiere la 1000 de copii, urmat de r-nul Leova cu 1,4‰ și r-nele Briceni, Dondușeni și Hâncești cu 1,7 cazuri de accidente rutiere la 1000

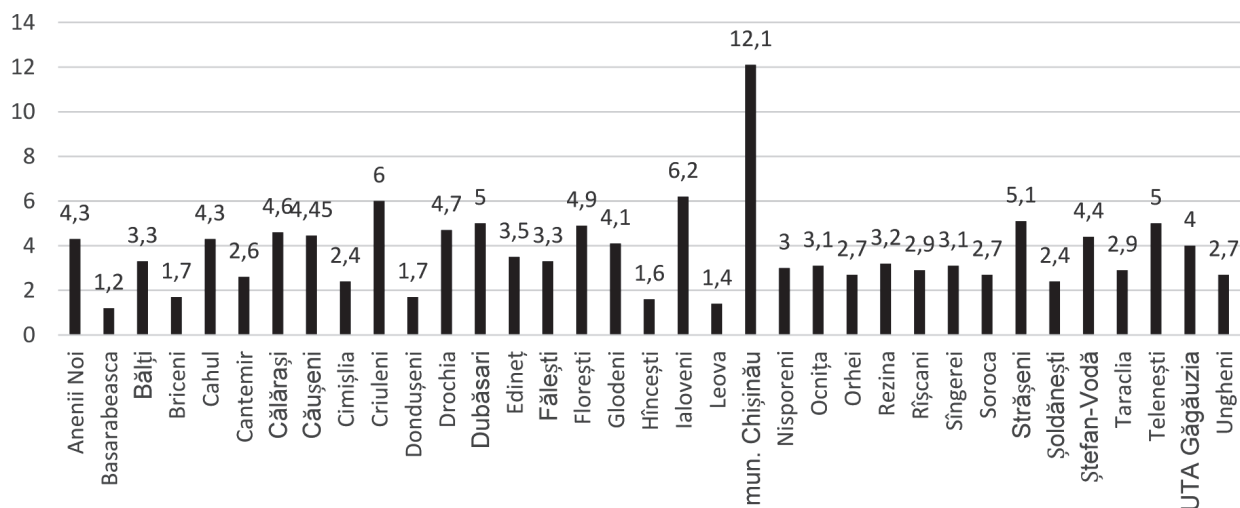


Figura 3. Distribuția accidentelor rutiere în funcție de raioanele republicii (%)

de copii (fig. 3). Cel mai înalt indicator a fost determinat în mun. Chișinău, fiind de 12,1 cazuri de accidente rutiere la 1000 de copii. În mun. Chișinău, majoritatea accidentelor s-au produs în sectoarele Buiucani – 4,9%, Râșcani – 3,4%, urmate de sectorul Botanica cu 3,0%.

De regulă accidentele rutiere cu implicarea copiilor au loc pe spațiile destinate circulației pietonilor și constau în tamponarea lor. În mun. Chișinău aceste accidente au constituit 45,5%, iar în medie pe Republică – 22,7%. Analizând tipul participanților implicați în accidentele rutiere cu implicarea copiilor am stabilit că cel mai frecvent sunt afectați pietonii, ei constituind la nivel de țară 46,2% din numărul total de copii accidentați. O altă categorie sunt copiii pasageri ai autoturismelor, care au constituit 24,5%, de asemenea cicliștii – 5,4%. În mun. Chișinău, cel mai frecvent în accidente sunt implicați copiii pietoni – 60,3%, pasagerii autoturismelor – 22,8%, cicliștii – 5,6% și ca pasageri ai mijloacelor de transport personal – 4,9%.

Raportul de sex masculin: feminin, constituie 2:1 în republică și 1,4:1 în mun. Chișinău. Referitor la repartizarea accidentelor rutiere cu implicarea copiilor pe sexe am determinat că cel mai frecvent sunt implicați băieții în ambele loturi studiate.

În Republica Moldova în ultimii 8 ani, s-au înregistrat 61,4% accidente rutiere cu implicarea copiilor de gen masculin și 38,6% accidente cu implicarea genului feminin, respectiv în mun. Chișinău 58,3% și 41,7%. Indicii privind vârsta copiilor implicați în accidentele rutiere au variat ducând cum urmează: 15-17 ani – 32,4% cazuri, 10-14 ani – 25,9% și 0-06 ani – 23,4%. În mun. Chișinău, în 31,7% accidente rutiere au fost implicați copii cu vârsta de 10-14 ani, urmată de vârsta 15-17 ani – 26,7% cazuri și 0-06 ani – 23,4% cazuri.

Discuții. Datele obținute în studiul efectuat de noi sunt în concordanță cu datele din literatura de specialitate. Astfel studiile efectuate de Hunter K., 2007 și Simons-Morton B., 2005 arată că există o predominanță a băieților în accidentele rutiere și a vârstei de 14-17 ani [4, 5]. În studiul nostru, s-a determinat că cel mai frecvent în accidentele rutiere sunt implicați copiii pietoni urmași de pasagerii auto. Date similare s-au obținut și în alte studii [1, 2].

Concluzii

1. În Republica Moldova, accidentele rutiere cu implicarea copiilor au o tendință de descreștere, cu 305 și 208 cazuri. Indicele de dinamică a înregistrat

o descreștere cu 40,8% și respectiv 54,7%. Frecvența accidentelor rutiere cu implicarea copiilor variază în funcție de oră, ziua săptămânii și luna anului.

2. Accidentele rutiere cu implicarea copiilor au loc de regulă pe spațiile destinate circulației pietonilor. Astfel în mun. Chișinău aceste accidente constituie 45,5%, iar în medie pe republică – 22,7%. Ele se soldează cu un număr major de traumatizați și de decedați.

3. Vârsta medie a copiilor implicați în accidentele rutiere este de 15-17 ani la nivel de republică, înregistrând 32,4%. În mun. Chișinău, în 31,7% accidente rutiere, au fost implicați copii cu vîrstă de 10-14 ani, urmată de vârsta 15-17 ani – 26,7% cazuri

Bibliografie

1. Chen I.G. et al. Teen drivers and the risk of injury to child passengers in motor vehicle crashes. *Injury Prevention*, 2005, 11:12–17.
2. Cross D, Hall M. Child pedestrian safety: the role of behavioural science. *The Medical Journal of Australia*, 2005, 182:318–319.
3. Commission of the European Communities European Road Safety Action Programme. *Halving the number of road accident victims in the European Union by 2010: a shared responsibility*. Communication from the Commission of the European communities. 2003, p. 311.
4. Hunter K., Elkington J. Report on available evidence about preventing injury to young people including a systematic review of the evidence of preventing work and sports related injury to young people aged 15 to 24 years. Sydney, Australia. 2007. www.youthsafe.org/publications-resources/special-interest-reports.
5. Simons-Morton B, Lerner N, Singer J. The observed effects of teenage passengers on the risky driving behavior of teenage drivers. *Accident Analysis and Prevention*, 2005, 37:973–982.
6. Strategia Națională pentru Siguranța Rutieră 2011-2020.
7. WHO *Violence injury prevention report*. 2013. http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/UN_GA_resolution-64-255-en.pdf, accesat 16.03.2015.
8. WHO Global health estimates 2014 summary tables: Deaths by cause, age and sex, by WHO region, 2000–2012 http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/, accessed 01 October 2015.
9. WHO European facts and the Global status report on road safety 2015. 15p.

Grigore Friptuleac, Vladislav Rubanovici, Serghei Cebanu
**CARACTERISTICA APORTULUI ENERGETIC AL RAȚIEI ALIMENTARE LA ELEVII
 DIN INSTITUȚIILE PREUNIVERSITARE CU PROFIL SPORTIV**

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu" (rector – acad. AȘM Ion Ababii), Catedra de igienă

SUMMARY

**THE CHARACTERISTIC ENERGY INTAKE OF DAILY DIET OF PUPILS
 FROM PRE-UNIVERSITY INSTITUTIONS WITH SPORTIVE PROFILE**

Keywords: energy intake, daily diet, students athletes.

The study has included the results of daily notes for a week of food consume by 212 athletes during winter-spring period and by 214 athletes during summer-autumn period.

The energy of daily diet during the winter-spring and in the summer-autumn was deficient for all students taken in the study. Distribution of the energy value of the daily diet after meals is characterized by surplus of energy received at supper. The energy provided by lipids account exceeded hygienic recomandations.

Introducere. Dintre nutrimentele principale ale rației alimentare, un rol de vază pentru sănătate le aparține proteinelor, lipidelor și glucidelor, substanțe din care organismul obține energia necesară [1, 2, 3, 4].

Alimentația rațională a sportivilor se bazează indiscutabil pe asigurarea organismului cu o cantitate necesară de energie. Această importantă valoare aparține celor mai performante politici sportive care contribuie la menținerea și fortificarea stării de sănătate a organismului.

Material și metode. Drept obiect de studiu au servit elevii liceului-internat republican și celui municipal cu profil sportiv din mun. Chișinău ce practică un anumit gen de sport (atletism, lupte libere, lupte greco-romane, judo, haltere, caiac-canoe, natație) pe o durată de peste 2 ani. Elevii sportivi au completat

agenda alimentară cu specificarea alimentelor consumate timp de o săptămână în perioadele anului incluse în studiu (iarnă-primăvară și vară-toamnă). Ulterior, prin metoda statistică, utilizând tabelele „Compoziția chimică și valoarea energetică a produselor alimentare”, s-a calculat valoarea energetică a alimentelor ingerate de elevii sportivi cu rația alimentară. Din lipsa normativelor naționale care ar reglementa necesarul în substanțe nutritive pentru sportivi, noi am apelat la normativele rusești „Нормы обеспечения минимальным суточным рационом питания учащихся училищ олимпийского резерва” aprobată de către Agenția pentru cultură fizică și sport a Federației Ruse, prin hotărârea nr.194 din 05.03.2004. Au fost anchetați în total 212 elevi sportivi care au furnizat date în perioada de iarnă-primăvară și 214 – privind

Tabelul 1

Valoarea energetică a rației alimentare a elevilor sportivi (kcal/zi)

Sportul practicat	Tip gender	Norma	Valorile energetice reale		Diferența iarna-primăvara		Diferența vara-toamna		p ₁ – p ₂
			Perioada de iarnă-primăvară, p ₁	Perioada de vară-toamnă, p ₂	Carență	Surplus	Carență	Surplus	
Atletism	F	3000-4000	3128,5±99,9	3314,1±39,9	371,5	-	185,9	-	>0,05
	M	3000-4500	3790,0±56,0	4051,5±111,6	-	40,0	-	301,5	<0,05
Lupte libere	F	4000-5000	3888,8±87,1	3375,8±44,9	611,2	-	1124,2	-	<0,001
	M	4500-5500	3827,4±64,6	3627,3±40,5	1172,6	-	1372,7	-	<0,05
Lupte greco-romane	M	4500-5500	3987,5±64,6	3879,0±64,5	1012,5	-	1120,9	-	>0,05
Judo	F	4000-5000	3134,4±83,7	3102,8±59,7	1365,6	-	1397,2	-	>0,05
	M	4500-5500	3871,1±60,5	3673,8±25,0	1128,9	-	1326,2	-	<0,01
Haltere	M	4500-5500	4005,8±72,1	3927,5±47,1	994,2	-	1072,5	-	>0,05
Caiac-canoe	F	5000-5500	3331,3±47,9	3526,2±65,3	1918,7	-	1723,8	-	<0,05
	M	5500-6000	3510,3±59,5	4131,9±75,9	2239,7	-	1618,1	-	<0,001
Natație	M	5500-6000	4094,1±79,7	4584,4±126,6	1655,9	-	1165,6	-	<0,01

perioada de vară-toamnă, dintre ei 47 au fost fete în ambele sezoane [5, 6, 7, 8].

Rezultate. Valoarea energetică a rației alimentare a elevilor este prezentată în tabelul 1. Din datele tabelului se observă că alimentația elevilor sportivi se caracterizează printr-un deficit semnificativ de energie, care diferă în funcție de sportul practicat și perioada luată în studiu. Astfel, carența valorii energetice a rației alimentare zilnice a elevilor sportivi a constituit în perioada de iarnă-primăvară – 371,5 kcal/zi pentru elevele sportive ce practică atletismul ușor; 2239,7 kcal/zi pentru elevii sportivi ce practică caiac-canoe, iar în perioada de vară-toamnă aceasta a constituit 185,9 kcal/zi pentru elevele sportive ce practică atle-

tismul ușor și 1723,8 kcal/zi pentru cele ce practică caiac-canoe ($0,05 > p < 0,001$).

Valoarea energetică a rației alimentare normale este furnizată de principalele substanțe nutritive din produsele alimentare: proteine (12%), lipide (30%) și glucide (58%).

În cadrul studiului nostru ponderea acoperirii cu energie pe contul principalelor substanțe nutritive la elevii sportivi este prezentată în figurile 1–4. Astfel, elevii sportivi au primit rații alimentare în care s-a respectat necesarul energetic doar pe contul proteinelor, dar au avut deficit de glucide cu 4,5 – 7,6% și un surplus de lipide cu 2,2 – 6,7%.

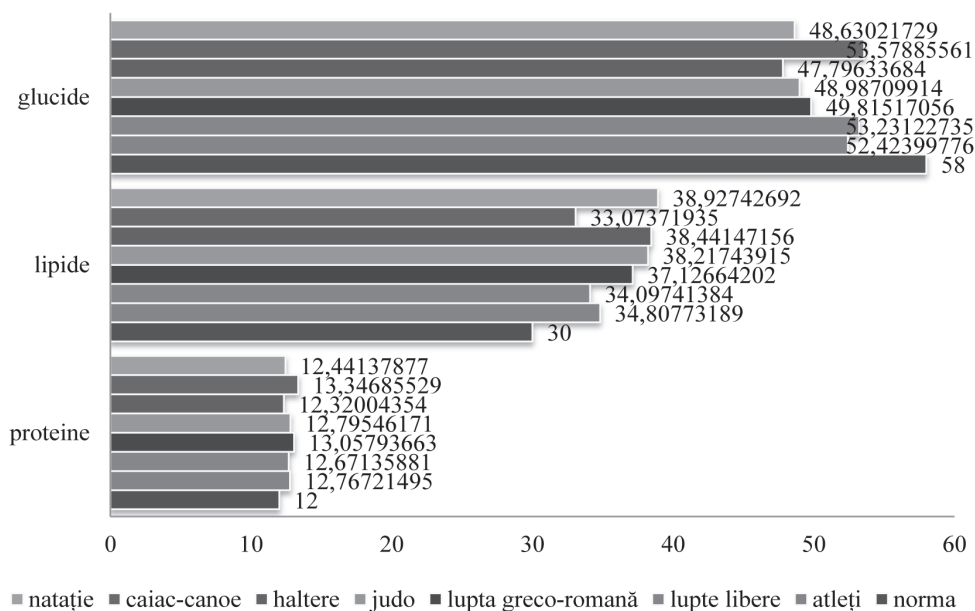


Fig. 1. Ponderea acoperirii necesarului de energie pe contul principalelor substanțe nutritive în rația alimentară a elevilor sportivi, perioada de iarnă-primăvară (%)

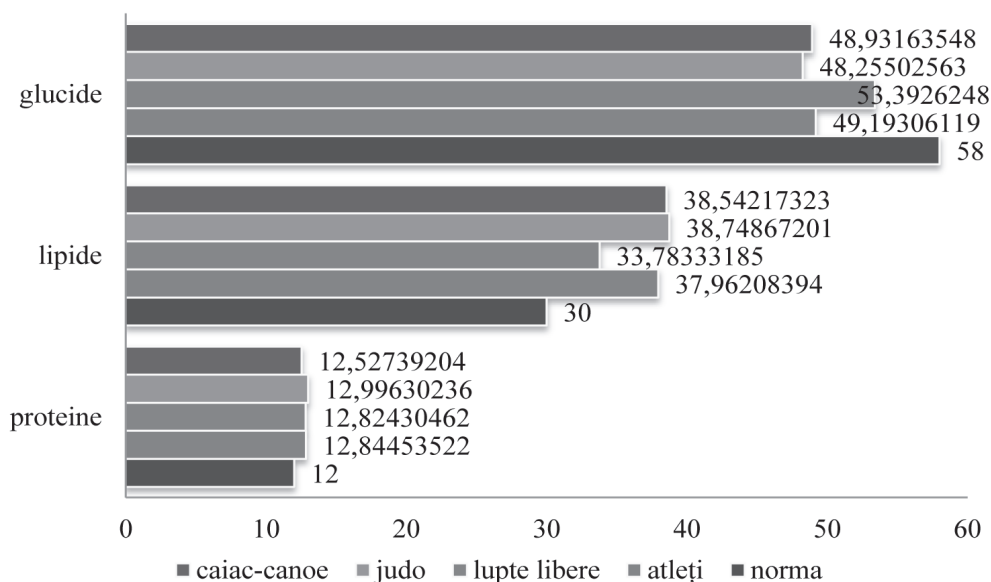


Fig. 2. Ponderea acoperirii necesarului de energie pe contul principalelor substanțe nutritive în rația alimentară a elevilor sportive, perioada de iarnă-primăvară (%)

În perioada de iarnă-primăvară ponderea acoperirii necesarului de energie pentru elevii și elevele sportive este asemănătoare, fiind caracterizată prin deficitul de glucide și surplusul de lipide ($0,05 > p < 0,001$) (fig. 1, 2).

În perioada de vară-toamnă (fig.3) acoperirea necesarului de energie pe contul principalelor substanțe nutritive este caracterizată printr-un nivel puțin mai crescut pe contul proteinelor la elevii sportivi ce prac-

tică natația, caiac-canoie, haltere, luptele libere (cu 14,8 – 15,2%) și la elevele sportive ce practică judo (cu 15,4%).

Ponderea acoperirii necesarului de energie pe contul lipidelor este crescută în rația alimentară a elevilor sportivi care practică atletismul ușor cu 7,5%. Acoperirea cheltuielilor de energie pe contul glucidelor este mai mică față de valoarea necesară atât în rația alimentară a elevilor sportivi cât și a elevelor sportive (fig. 3, 4.).

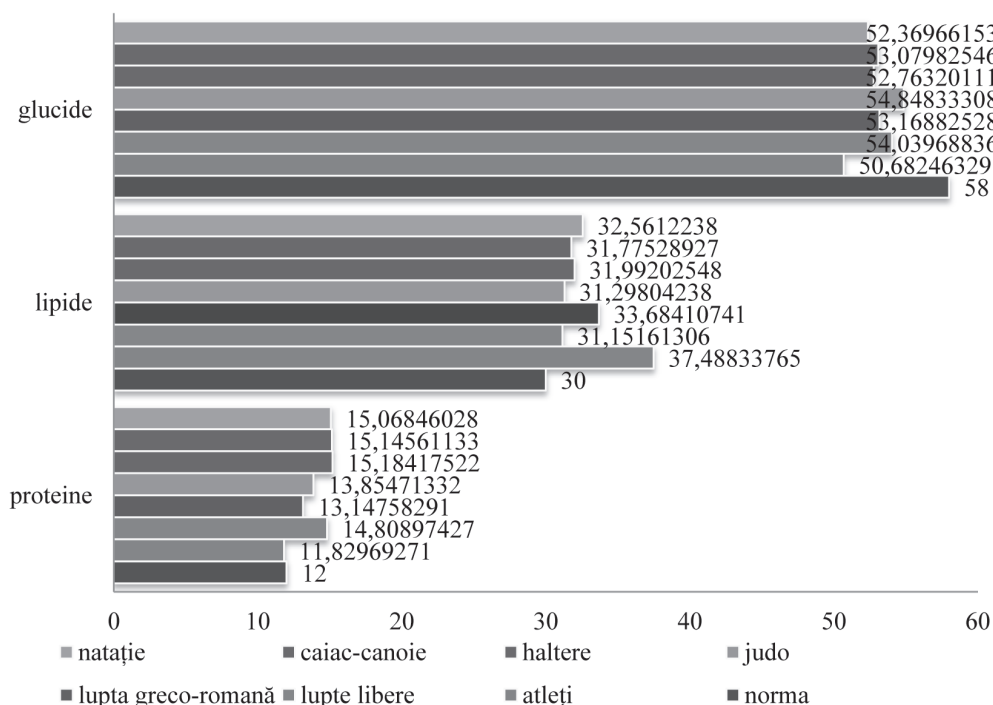


Fig. 3. Ponderea acoperirii necesarului de energie pe contul principalelor substanțe nutritive în rația alimentară a elevilor sportivi, perioada de vară-toamnă (%)

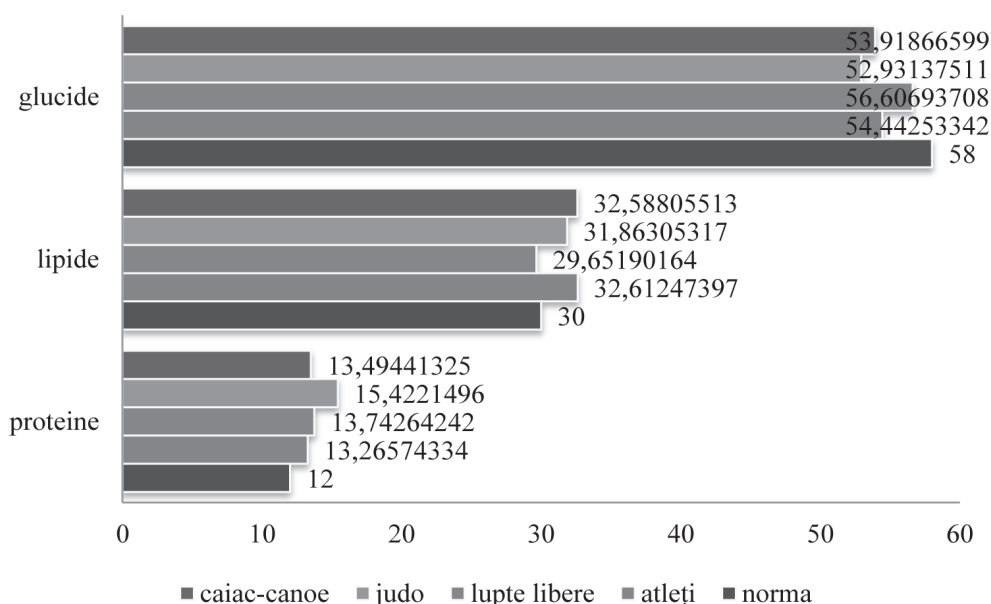


Fig. 4. Ponderea acoperirii necesarului de energie pe contul principalelor substanțe nutritive în rația alimentară a elevelor sportive, perioada de vară-toamnă (%)

Repartizarea valorii energetice a rației alimentare zilnice în raport de mesele servite trebuie să constituie 35% pentru dejun, 35% pentru prânz, 5% gustare, cină – 25%, în cazul când sportivii au patru mese pe zi, iar în cazul când ei au trei mese pe zi raportul constituie 35% – pentru dejun, 40% – pentru prânz și 25% – pentru cină.

În cercetările noastre, repartizarea valorii energetice în funcție de servirea meselor (fig.5) diferă de nor-

mele recomandate. Astfel, în perioada de iarnă-primăvară repartizarea valorii energetice conform meselor servite se caracterizează printr-un deficit energetic la dejun și la prânz pentru elevii sportivi care practică atletismul ușor, luptele libere, lupte greco-romane, judo, halterele, caiac-canoe, de asemenea pentru elevele sportive ce practică luptele libere. Factor caracteristic pentru toți elevii sportivi din studiu a fost surplusul de energie la cină (fig. 5, 6).

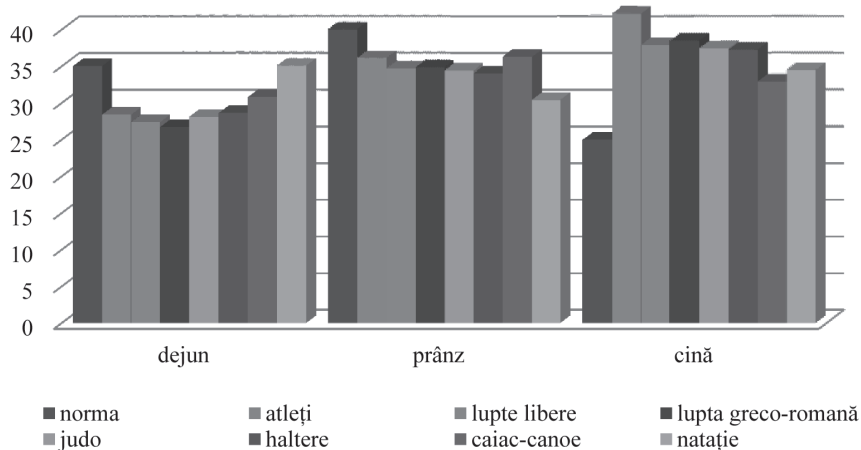


Fig. 5. Repartizarea valorii energetice a rației alimentare pe parcursul zilei la elevii sportivi, perioada de iarnă-primăvară (%)

Fig. 6. Ponderea repartizării valorii energetice a rației alimentare pe principalele mese la elevele sportive în perioada de iarnă-primăvară (%)

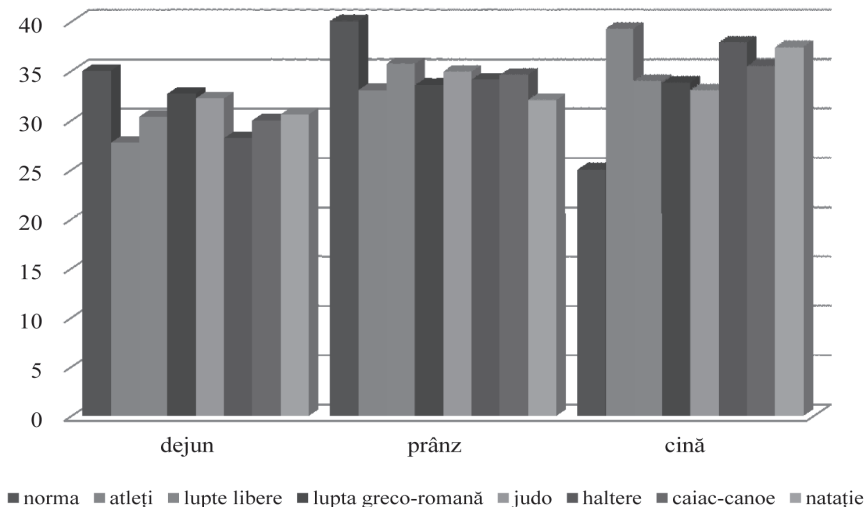
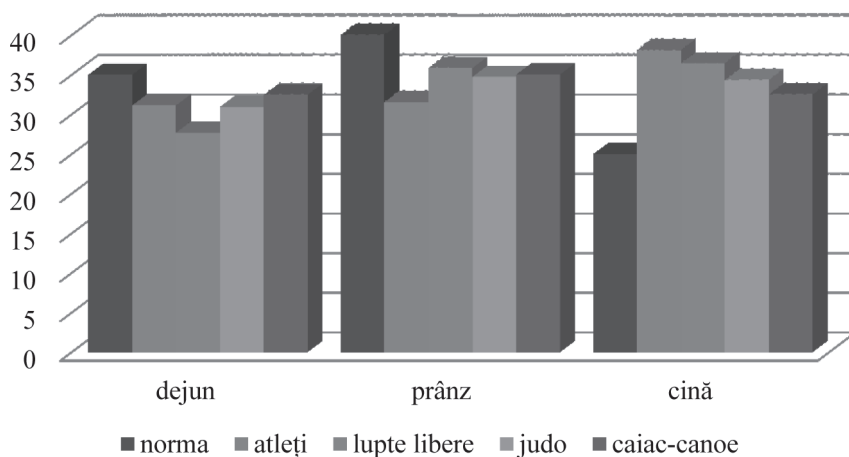


Fig. 7. Ponderea repartizării valorii energetice a rației alimentare pe principalele mese la elevii sportivi în perioada de vară-toamnă (%)

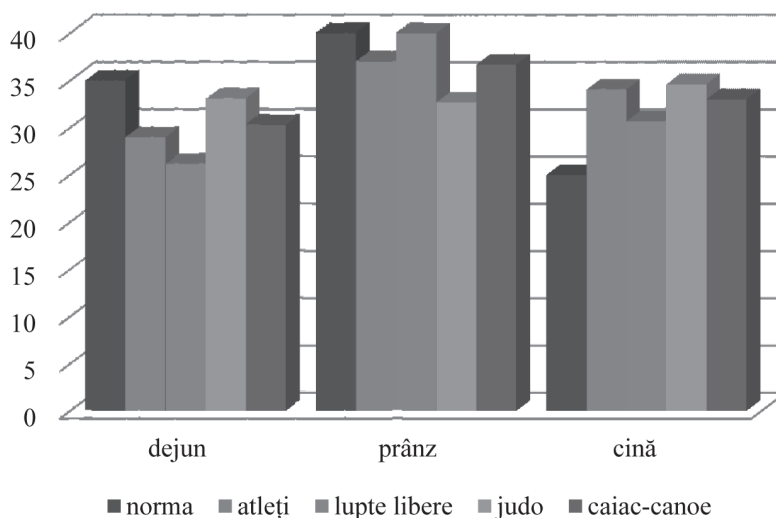


Fig. 8. Ponderea repartizării valorii energetice a rației alimentare pe principalele mese la elevii sportivi în perioada de vară-toamnă (%)

Valoarea energetică a rației alimentare repartizată pe mese servite pentru perioada de vară-toamnă reflectă tabloul din perioada de iarnă-primăvară atât la elevii sportivi cât și la elevele sportive, indicând un deficit de energie în medie de 4,8% la dejun, de 6,01% - la prânz și un surplus de 10,1% - la cină pentru băieți, iar pentru sportive acest deficit a constituit 5,8% la dejun, 2,6% la prânz și un surplus de 8,1 % la cină (fig. 7, 8).

Aceste particularități ce decurg din studiul nostru argumentează necesitatea elaborării unor recomandări practice pentru raționalizarea repartizării valorii energetice alimentare pentru elevii sportivi.

Concluzii:

1. După mesele servite, valoarea energetică a rației alimentare a fost în carență la dejun și prânz și în surplus la cină pentru toți elevii sportivi din studiu.

2. Valoarea energetică a rațiilor alimentare zilnice ale sportivilor este asigurată preponderent pe contul lipidelor, în timp ce energia furnizată de glucide este în carență și doar ponderea energetică furnizată de proteine este în limitele recomandărilor igienice.

3. Este necesar de corijat regimul alimentar al elevilor sportivi, prin repartizarea rațională a valorii energetice a rației alimentare zilnice după mesele servite și produsele alimentare consumate.

Bibliografie:

1. Martin Ștefan Adrian, Tarcea Monica Nutriția sportivului: compendiu. – Târgu-Mureș: University Press, 2015, 400 p.;
2. NUTRIȚIA în ATLETISM Ghid Practic (bazat pe concluziile Conferinței internaționale de la Monaco, din aprilie 2007, organizată de IAAF), București, 2007, 43 p.
3. Opopol N., Obreja G., Ciobanu A. Nutriția în sănătatea publică, Chișinău, 2006, 180 p.;
4. Колеман, Эллен Питание для выносливости.: Пер. с англ. - Мурманск : Издательство „Тулума”, 2005.-192 с.;
5. МакКанс, Уиддоусон Химический состав и энергетическая ценность пищевых продуктов, Профессия, 2006 г., 420 стр.;
6. Нормы обеспечения минимальным суточным рационом питания учащихся училищ олимпийского резерва утв. Агентством по физической культуре и спорту РФ 05.03.2004 г. № 194;
7. Скурихин И. М., Шатерников В. А. Химический состав пищевых продуктов. Справочные таблицы содержания основных пищевых веществ и энергетической ценности блюд и кулинарных изделий, Москва: Легкая и пищевая пром-сть, 1984, 328 с.;
8. Скурихин И.М., Волгарев М.Н. Химический состав пищевых продуктов. Кн. 2: Справочные таблицы содержания аминокислот, жирных кислот, витаминов, макро- и микроэлементов, органических кислот и углеводов, Москва.: Агропромиздат, 1987, 360 с.

Popescu Maria

ÎNTREBĂRI ÎN LEGĂTURĂ CU OBIECTUL DE REPREZENTARE „MUNCA ÎNVĂȚĂTORULUI”

Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”

Rector Chicuș Nicolae - doctor, conferențiar universitar

SUMMARY

THE QUESTIONS IN CONNECTION WITH THE SUBJECT OF REPRESENTATION, "THE WORK OF THE MASTER"

Keywords: representation, social work teacher, social object, group, social interaction.

In the article the Questions in connection with the subject of representation, „the work of the master” revealed the criteria which is the basis for the definition of a social object as the object of representation, with particular reference to the work of the master.

The study of social representations is necessary for better understand the actions, the behaviours of individuals, to penetrate into the essence of the scenarios developed and prescribed by the groups. For the representation of social, better than any other construction extraction of the brain, guides the actions and behaviors of the people, guiding the relationships and organise their actions. We are in an era dominated by information and only a very small percentage of what we know is the result of our knowledge direct. If in the past the man was the organizer and transmitter of experience, currently he is the „organizer and transmitter of the social representations”.

Social objects have been selected over time as the objects represented in emphasizing the usefulness of the theory of social representations to understanding human behavior related to different areas of the contemporary society. One of the functions of social representations refers to the anticipation of conducting social relations and in the framework of the professional activity. In the framework of the social group arise certain prejudices, it creates certain attitudes across the different professions which are shared by the members of this group. Social representations appear as the prophets what would have the particularity to create necessary conditions of their inclusion sustainable in social reality.

Reprezentarea socială, în opinia psihologului francez de origine română Serge Moscovici, exprimă valorile, normele și atitudinile unor grupuri sociale în legătură cu anumite obiecte sociale. Reprezentările sociale sunt mijloace de re-creare a realității: este vorba de *ceva refăcut și reconstruit*, având la dispoziție ceea ce a fost structurat de generațiile trecute [5]. Ele sunt niște producții colective, sau *forme de cunoaștere elaborate social* și împărtășite consensual de un anumit grup, având un scop practic și concurând la construirea unei realități comune unui grup social [6]. Astfel, cercetătorii teoriei date subliniază importanța interacțiunilor și a dinamicilor inter- și intragrupale, precum și a practicilor sociale în formarea și transformarea unei reprezentări sociale.

Studierea conținutului reprezentării sociale a muncii la cadrele didactice prezintă un mare interes, deoarece de atitudinea învățătorilor față de munca prestată depinde, în mare măsură, eficiența și calitatea procesului instructiv-educativ. Acest proces este extrem de complex, atât sub aspectul organizării, cât și, mai ales, sub acela al fundamentării științifice a raporturilor instituite între principalii factori implicați în acest proces [7]. Școala este mai mult decât un simplu loc de acumulare a cunoștințelor, este o microsocietate ai cărei membri interacționează permanent și se influen-

tează reciproc. Natura acestor interacțiuni și influențe reprezintă un factor foarte important în raport cu percepțiile și atitudinea față de școală a elevilor, respectiv cu implicarea lor la îndeplinirea sarcinilor și a misiunii procesului educațional. Acest factor, la fel, implică o interacțiune dinamică între personalitatea cadrului didactic și a elevului. Atitudinea elevilor față de învățător este, în mare parte, expresia trăsăturilor de personalitate ale cadrului didactic [9]. Învățătorul suportă o presiune mare în declanșarea și dezvoltarea la elevi a motivației intrinseci, cognitive și de a crea atitudinea pozitivă față de învățatură și față de școală [7]. Învățătorii prin gândirea pozitivă și optimism ar trebui să le insuflă elevilor ideea că școala este instituția unei societăți a cărei frecvență este esențială pentru obținerea succesului în plan personal, profesional și social [7, 8]. Învățătorii de clasele primare continuă eforturile educatorilor din învățământul preșcolar și, în același timp, prin eforturile lor sunt predecesori ai procesului educațional desfășurat de către profesorii din învățământul gimnazial și liceal.

În mod incontestabil, dacă munca este bine organizată, este bogată în conținut și interesantă, omul se realizează în această sferă și se dezvoltă ca o personalitate creatoare și independentă în acțiunile sale. În orice gen de activitate profesională este important ca

omul să se simtă bine, confortabil în procesul muncii, căci numai atunci când el acceptă cu plăcere munca, capătă satisfacție de la ea. Numai în aceste condiții el va obține rezultate bune, calitate înaltă, succes profesional și se va realiza din punct de vedere profesional și social [8]. Cu referire la munca învățătorului, unde subiectul muncii este și agent al schimbării prin intervenția educațională, cadrul didactic asigură întreg sistemul socio-cultural al unei țări cu generații bine pregătite, capabile să contribuie la dezvoltarea acelei țări. El contribuie direct la formarea noilor generații care, implicit, vor interioriza atitudinea față de activitatea fundamentală a omului. Importanța unui obiect pentru o anumită comunitate sau grup determină existența unor mize în legătură cu acesta, mize care pot fi de natură identitară sau legate de coeziunea grupului. Astfel, vorbim despre grupuri sociale a căror existență este strâns legată de existența unui obiect social; grupul se formează în jurul acelui obiect și își consolidează identitatea prin raportare la obiectul în cauză [2, 3].

O profesie poate fi percepută ca fiind prestigioasă, nobilă, interesantă, adică cu o conotație pozitivă, pe când alta poate fi percepută altfel. Ceea ce putem observa astăzi în societatea noastră, majoritatea tinerilor absolvenți în orientarea lor spre viitoarea profesie se conduc după criteriul „profesie socialmente prestigioasă”, puțini sunt acei care se conduc de interesele personale, aptitudini, vocație etc. Pentru ca un cadru didactic să participe în mod activ și să aibă o contribuție consistentă la eforturile educaționale sistematice, pe lângă deținerea setului de resurse necesare: cunoștințe vaste, aptitudini, competențe care se formează în traseul dezvoltării profesionale, este important ca la el să fie prezentă persistența motivațională în activitatea sa, să fie formată atitudine pozitivă față de munca prestată, să fie stimulată gândirea pozitivă atât față de propria activitate, cât și față de activitatea și viitorul elevilor [8].

Reprezentările sociale, precum am afirmat mai sus, sunt determinate de contextul social, atât de contextul în care s-au format, cât și de contextul specific în care ele sunt activate [2, 3]. Expresia unei reprezentări sociale reflectă specificul contextului socio-cultural în care există grupul a cărui reprezentare socială a căruia ne interesează [1, 2]. De aceea, atunci când studiem o anumită reprezentare socială, trebuie să ținem cont și de aceste caracteristici contextuale, orice reprezentare socială este caracterizată de un obiect de reprezentare. În una din lucrările sale, Mihai Curelaru [1, 2] examinează diversitatea obiectelor de reprezentare până în prezent. Orice studiu al unei reprezentări sociale poate fi inițiat prin răspunsul la întrebarea dacă obiectul social propriu-zis, în cazul nostru „munca învățătorului”, este un obiect de reprezentare pentru grupul analizat, în cazul nostru grupul fiind cadrele didactice. Adrian Neculau [6] subliniază că indivizii reconstruiesc obiectul social, îl reevaluează și, astfel, obiectul

există doar prin semnificația oferită de indivizi. Deci, reprezentarea este socială pentru că indivizii, intrând în contact cu realitatea, o reconstituie, o reevaluează și o integrează sistemului de valori, organizării cognitive, contextului ideologic. Grație reprezentării elaborate, subiectul își ajustează conduita la contextul social, ceea ce-i asigură adaptarea la mediu. Prin urmare, subiectul nu procesează doar propria experiență, ci și reprezentarea socială furnizată de grupul de apartenență. Serge Moscovici [5] a accentuat deseori acest aspect și orice studiu empiric din domeniu precizează, de regulă, categoria populațională sau grupul generator al reprezentării. În același timp, reprezentarea se elaborează în raport cu alte instanțe sociale aflate în interacțiune cu grupul respectiv printr-un contract real sau imaginar. Deci, reprezentarea socială este a reprezentare a ceva produs de către cineva, iar această producere se face în raport cu altcineva.

Din aceste considerente, Pascal Moliner sugerează cinci întrebări pentru definirea obiectului de reprezentare: *ce obiecte, pentru ce grupuri, cu ce scopuri, în raport cu cine și reprezentare sau ideologie?* Autorul consideră că ar trebui întrunite cinci condiții pentru ca un obiect să suscite într-un grup dat formarea unei reprezentări sociale și anume: *polimorfismul obiectului, grupul social, identitate sau coeziune, dinamica socială și absența ortodoxiei* [4].

Este munca învățătorului un obiect de reprezentare? În încercarea de a răspunde la întrebările propuse de Pascal Moliner (1997), am procedat după cum sugerează autorul, încercând să articulăm obiectul nostru de reprezentare la întrebările evidențiate mai sus. Constatăm că în societatea moldovenească munca învățătorilor este un obiect social polimorf, ce se manifestă printr-o diversitate de cogniții, capabilă de a genera noi semnificații și reevaluări în contextul schimbărilor sociale actuale. Activitatea profesională a cadrului didactic este un obiect social perceput și gândit într-un mod diferit: pe de o parte, munca învățătorului este nobilă, necesară societății, dar pe de altă parte, ea este neprestigioasă, prost plătită, la unii reprezentanți ai ei sunt observate comportamente indezirabile cum ar fi corupția, favoritismul ș.a. Deși profesia de învățător este nobilă, necesară societății, ea nu este cea mai solicitată în prezent din mai multe motive. Este o profesie „intelectuală, respectată, care nu distribuie deținătorului putere, influență sau venituri mari, dar conferă prestigiu și satisfacții, vocația fiind considerată unul din motivele de bază în alegerea acestei profesii” [7]. Din păcate, nu întotdeauna în instituțiile de formare a cadrelor didactice sunt înmatriculați studenți cu vocație pedagogică, nici chiar aptitudinile pedagogice nu sunt testate. După cum arată datele unui studiu realizat de Institutul de Marketing și Sondaje (IMAS Chișinău), profesia de pedagog este, actualmente, una dintre cele mai neprestigioase și nesolicitate meserii. Această realitate tristă este confirmată și de statisticile Minis-

terului Educației [Sursă: Publika TV, 16.04.2014]. Doar 12 la sută din absolvenții facultăților pedagogice ajung să lucreze în școală.

În Republica Moldova există un număr mare de instituții de învățământ cu profil pedagogic și fiecare dintre acestea este interesată să înmatriculeze cât mai mulți studenți. Ca urmare, universitățile acceptă și candidați cu performanțe modeste. Nu există o medie academică minimă sub limita căreia nu s-ar accepta înmatricularea la specialitățile pedagogice, cu excepția celei de trecere. Tot în acest sondaj, datele statistice arată că peste 60% din corpul profesoral-didactic actual este compus din profesori cu o vechime de peste 18 ani lucrați în sistemul educațional. Ponderea cadrelor didactice aflate la vârsta de pensionare este în continuă creștere și de la cota de 6,6%, în anul de studii 2001-2002, a ajuns la peste 18% în 2012. Cu alte cuvinte, astăzi, fiecare al cincilea cadru didactic din sistemul de învățământ primar și secundar general este pensionar.

În același timp, acest obiect social are o miză importantă în definirea identității profesionale a cadrelor didactice din învățământul primar, iar reprezentarea socială a acestora originează din dinamicile și interacțiunile atât intragrupale (colegii de muncă), cât și cu alte grupuri sociale (elevi, părinți, alte categorii profesionale). Pe de altă parte, reprezentarea socială a muncii cadrului didactic s-a conturat și cristalizat în corespundere cu schimbările sociale survenite pe măsură ce a apărut necesitatea reformelor educaționale cu scopul de a îmbunătăți calitatea procesului instructiv-educativ. Reforma sistemului educației din Republica Moldova, începând cu aderarea la sistemul din Bologna, a impus restructurarea curriculumului și deci a tuturor planurilor de învățământ, fiind secundată de un spectru larg de inovații și schimbări care au ca rezultat îmbunătățirea calității studiilor. Contextul social pentru reprezentarea socială a muncii este caracterizat de absența reglementărilor stricte, restricțiilor. Într-un sistem ortodox [Deconchy, apud Curelaru, 1], grupul se supune unor instanțe reglatoare, de control, iar reprezentările sociale nu sunt elaborate colectiv, deoarece instanța reglatoare controlează difuzia informației. Astfel de instanțe ar fi sistemul științific (organisme ca universitatea, comunitatea științifică, consiliul și colegii de avizare sau disciplină etc.) sau ideologia (instituția politică a propagandei).

În concluzie, putem afirma că reprezentarea socială este centrată și focalizată pe un anumit obiect social.

Nu însă orice obiect social poate fi obiect de reprezentare. Pentru ca un obiect social să devină obiect de reprezentare este necesar ca el să întrunească anumite condiții și anume: să fie un obiect polimorf, să fie caracteristic unui grup social, să constituie o miză pentru identitatea sau coeziunea grupului dat, să fie în centrul unor dinamici sociale intergrupuri și să nu fie supus unor instanțe ideologice de control.

Munca învățătorului poate fi considerată obiect social susceptibil de a fi și obiect de reprezentare deoarece ea întrunește toate condițiile unui astfel de obiect social. Ea este un obiect social polimorf, ce se manifestă printr-o diversitate de cogniții, capabil de a genera noi semnificații și reevaluări în contextul schimbărilor sociale actuale, are o miză importantă în definirea identității profesionale a cadrelor didactice, iar reprezentarea socială a acestora originează din dinamicile și interacțiunile atât intragrupale (colegii de muncă), cât și cu alte grupuri sociale (elevi, părinți, alte categorii profesionale). În plus, reprezentarea socială a muncii învățătorului se cristalizează în corespundere cu schimbările sociale și reformele educaționale.

Bibliografie:

1. Curelaru, M. *Reprezentări sociale*. Iași: Polirom, 2007. 235 p.
2. Curelaru M., Negură I., Cristea M. The influence of the ideological – global context on social representations of the European Union. In: *Annals of the Alexandru Ioan Cuza University. Psychology Series*. 2010, vol. 19, nr. 2. p. 35-50.
3. Jodelet D. *Reprezentările sociale, un domeniu în expansiune*. În: Neculau A. (coord). *Reprezentările sociale. Psihologia câmpului social*. Iași: Polirom, 1997. p. 85-106.
4. Moliner P. Les deux dimensions des representations sociales. In: *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, Nr. 20, 1994. p. 5-14.
5. Moscovici S. Fenomenul reprezentărilor sociale. În: A. Neculau (ed.). *Reprezentările sociale. Psihologia câmpului social*. Iași: Polirom, 1997. p. 15-75.
6. Neculau A., Curelaru M. *Reprezentările sociale*. În: A. Neculau (coord.). *Manual de psihologie socială*. Iași: Polirom, 2004. p. 294-318.
7. Losii E. *Psihologia educației*. Chișinău: CEP USM, 2014. 204 p.
8. Seligman M. Ce putem și ce nu putem schimba. *București: Humanitas*, 2013. 414 p.
9. Sirbu M. *Reprezentarea socială a muncii la cadrele didactice*. În: *Cultura profesională a cadrelor didactice. Exigențe actuale*. Chișinău: CEP UPS „Ion Creangă”, 2013. p. 322-325.

Aliona Tihon
VIOLENȚA ÎN FAMILIE
State University of Medicine and Pharmacy „Nicolae Testemitanu”

SUMMARY

DOMESTIC VIOLENCE

The United Nations defines violence against women as “any act of gender-based violence that results in, or is likely to result in, physical, sexual or mental harm or suffering to women, including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivation of liberty, whether occurring in public or in private life.”

Objective: Violența umană constituie o temă a prezentului întrucât există peste tot în lume și în toate domeniile vieții sociale și individuale. Violența împotriva femeilor, este o încălcare a drepturilor fundamentale ale femeilor privind demnitatea și egalitatea.

Material și metode: Analiza modului în care violența în familie este abordată de către specialiști în literatura științifică națională. Sondaje la nivel de populației pe baza rapoartelor de la victime, ale prevalenței violenței partenerului intim și violența sexuală în contexte non-conflict.

Rezultate: Agresivitate versus toleranță, extreme între care ne trăim viața fiecare după cum știm mai bine. Orice stimul care acționează asupra noastră declanșează în noi un impuls. Cum e mai bine? Să lăsăm impulsul să se descarce așa cum apare el, fără nici un control din partea conștiinței? Să ținem totul în frâu cu ajutorul conștiinței? Să menținem un echilibru? Mult mai ușor de spus, mult mai greu de făcut! Agresivitatea este considerată, de-a lungul timpului instinct (Freud, 1932), comportament dobândit (A. Bandura și R. H. Walters, 1963) sau efect al frustrării (A. Heymer, 1977). Agresivitatea este tendința potențială ei reală a oamenilor ei a animalelor de a ataca o anumită situație: cea de inițiere (ofensivă) ei sau cea de răspuns (defensivă).

Violența este o formă particulară a agresivității. Pentru a constrânge voința altuia, pentru a distruge bunuri materiale sau pentru a se apăra, individul folosește adeseori forța. Actul violent (verbal, fizic, emoțional sau sexual) se poate declanșa, desfășura și finaliza în mod instinctiv sau conștient, spontan sau premeditat, voluntar sau involuntar și, de asemenea, poate fi provocat de persoane sănătoase sau bolnave, cu sau fără discernământ. În ciuda faptului că violența în familie și în special violența împotriva femeii constituie de câteva decenii un subiect de dezbatere, comunitatea internațională nu a reușit, până în prezent, să pună capăt acestei forme extrem de distructive. Violența în familie este o problemă complexă, care implică atât

protecția integrității personale a victimelor, cât și protejarea intereselor lor sociale comune, precum libertatea și democrația.

Mai multe studii au demonstrat că măsurile concrete luate pentru atingerea egalității de gen în viața publică și privată a unei țări contribuie la o dezvoltare economică și democratică mai rapidă și durabilă. Deși violența în familie și traficul de ființe umane afectează atât femeile cât și bărbații, precum și toate sferele societății, indiferent de sex, vârstă, afiliere etnică și religioasă, acestea afectează în mod disproporționat femeile din Moldova. Studiile arată că în Moldova fiecare a patra femeie este supusă unei forme anumite de violență în familie, în timp ce numărul ordonanțelor de protecție emise și executate este în creștere. Organizația pentru Securitate și Cooperare în Europa (OSCE) recunoaște importanța egalității în drepturi a femeilor și bărbaților drept element esențial în promovarea păcii, democrației durabile și a dezvoltării economice.

Violența în familie cunoscută și sub numele de violență domestică (abreviat VD), abuz domestic, abuz familial, abuz marital/conjugal sau violență intimă (abreviat VI), poate fi definită pe larg ca fiind un model comportamental abuziv al unuia sau al ambilor parteneri dintr-o relație intimă precum mariajul, concubinajul, familia, prietenia sau conviețuirea. Violența domestică are mai multe forme precum agresiunea fizică (efectivă sau sub formă de amenințare), abuzurile sexuale, abuzurile emoționale, controlul excesiv, dominarea, intimidarea, urmărirea, abuzurile pasive/as-cunse (de exemplu, neglijența) și privarea economică. Conștientizarea, percepția, definirea și documentarea violenței domestice diferă substanțial, în funcție de țară și epocă. Violența domestică include toate actele de violență apărute într-o relație de tip familial între rude de sânge, rude prin alianță, soți sau concubini. Indiferent de factori ca etnia, mediul cultural de proveniență, educația, culoarea pielii, starea economică, femeile sunt victime predilecte ale violenței domestice, sintagma folosindu-se în vorbirea curentă pentru

a desemna, de obicei, violența bărbatului împotriva partenerei sale. Violența domestică se poate manifesta prin:

- abuz fizic, de orice formă, de la bătaie la omucidere, de la mutilarea genitală feminină la uciderea soției după moartea soțului sau infanticidul feminin;
- abuz sexual – viol marital, obligarea partenerei să se prostitueze;
- abuz psihic și emoțional – intimidări, amenințări (inclusiv la adresa copiilor sau altor rude apropiate), agresiune verbală, umilire constantă, folosirea poreclelor, distrugerea demonstrativă a unor obiecte, lovirea animalelor domestice, confiscarea obiectelor personale, afișarea ostentativă a armelor, șantajul, izolarea de familie, prieteni;
- abuz economic – lipsirea de mijloace de subsistență (hrană, medicamente), refuzul de a contribui la susținerea familiei, împiedicarea femeii să meargă la slujbă sau să lucreze, luarea cu forța de către partener a banilor câștigați de femeie, lipsirea femeii de orice control asupra bugetului comun.

Deși violența domestică are o istorie veche, fenomenul a fost prezentat public în Statele Unite și în Europa Occidentală drept o problemă generală gravă a societății abia în ultimele trei decenii ale secolului al XX-lea. Anii '90 au adus recunoașterea violenței domestice drept o încălcare a drepturilor omului. (Sewall et alii, 1996). Răspunsul societății se manifestă deseori prin blamarea victimei, care este considerată a fi vinovată pentru că a încălcat diferite norme de comportament. Violența domestică este perpetuată de o serie de factori, evidențiați de numeroase studii feministe:

- culturali – socializarea de gen (care presupune atribuirea de roluri precise femeilor și bărbaților), considerarea bărbaților ca superiori a priori femeilor, considerarea familiei ca sferă privată, controlată de bărbat, "capul familiei"
- economici – dependența economică a femeilor de partenerii lor; accesul limitat al femeilor la resurse financiare; accesul limitat la slujbe și la educație;
- legali – lipsa unor reglementări legislative adecvate, care să sancționeze violența în interiorul cuplului și discriminarea femeii în societate; proceduri legale greoaie și defavorizante în cazul divorțului și solicitării custodiei copiilor; neimplicarea poliției în cazurile de violență domestică;
- politici – subreprezentarea femeilor în parlamente, instituții publice; considerarea violenței domestice, în particular, și a problemelor femeilor, în general, ca fiind subiecte de minim interes politic; valorizarea excesivă a familiei, prin limitarea intervenției statului în viața acesteia; neimplicarea femeilor în viața politică.

Violența în familie este probabil cea mai gravă formă de violență. Actele de violență, în general, și cele de violență în familie, în special, sunt generatoare de noi acte de violență. Casa este locul cel mai pe-

riculos din societatea modernă. În termeni statistici, o persoană de orice vârstă sau sex poate fi mult mai ușor supusă unei agresiuni fizice în propria casă decât noaptea pe stradă. Una din patru crime în Marea Britanie este comisă de un membru de familie asupra altui membru. (Anthony Giddens, Sociologie, Ed. Bic All, București, 2001, pg. 178)

Statisticile arată că totuși violența domestică se manifestă cel mai frecvent de la bărbat către femeie.

- 13% dintre femeile victime ale violenței domestice au murit,
- 74% dintre femeile victime ale violenței domestice au fost agresate de către soți,
- 4% de către concubini,
- 7% de către foștii soți,
- 15% de către alte rude.

Pe plan mondial (Statistici furnizate de Fundația Șanse Egale pentru Femei (<http://www.sef.ro>), violența domestică deține 25% din totalul infracțiunilor violente și doar 5% din atacurile violente asupra femeilor sînt raportate la Poliție și mai puțin de 1% sînt pedepsite. Violența domestică e mult mai des întalnită decît violența pe stradă sau la locul de munca și statisticile arată că:

- peste 90% dintre agresori sînt bărbați,
- 82% dintre abuzatori sînt cunoscuți ai victimei,
- 19% sînt rude,
- 85% dintre violatori sînt bărbați, cunoscuți ai victimelor,
- 61% dintre violuri sînt comise în casa cuiva, de regula a victimei,
- 78% din cazurile de viol sînt achitate,
- 70% dintre femei au fost hărțuite sexual într-un anumit moment al vieții lor,
- 1 din 7 femei sînt violate de către soții lor,
- 1 din 11 femei au fost violate, iar 1/3 din acestea la prima lor întîlnire,
- 1 din 2 fete vor fi victimele unei forme de abuz sexual înainte de a împlini vîrsta de 18 ani,
- în S.U.A., la fiecare 6 minute o femeie este agresată sexual,
- în Canada la fiecare 4 minute o femeie este agresată sexual,
- în Europa, prevalența violenței domestice între celelalte forme de infracțiuni ale căror victime sînt femeile este de 14% (Moldova) și de 58% (Turcia).

Pentru a putea înțelege fenomenul, violența domestică a fost definită în baza a trei criterii (Borkowski, Murckle și Walker, 1983):

- comportamentul în sine,
- consecințele suferite de victime,
- reacția specialiștilor implicați.

Tipuri de violență prezente în cadrul familiei:

- Violența fizică activă, prin care se provoacă cel puțin un membru din familie o serie de victime,
- Violența fizică pasivă, care impune victimei izolare, inclusiv refuzul de a-i vizita copiii,

- Violențar psihologică activă, reprezentând agresiuni verbale periodice ei susținute la adresa victimei

- Violența psihologică pasivă, care constă în întreruperea sau insuficiența relațiilor sociale și sexuale, oprirea accesului la bani sau la alte mijloace economice,

- Violența sexuală, formarea la activitatea sexuală nedorită, realizarea unor lucruri cu conotații sexuale, atingerea fizică a corpului.

Concluzii: Spre deosebire de alte subiecte, violența în familie, cel puțin în Moldova, este unul mai puțin studiat. Agresorul este adesea înțeles chiar ca fiind permis. Actele sale sunt justificate și scuzate prin afirmații dintre cele mai penibile (este beat, este stresat, are dreptul, muncește mult, de dimineață până seara, este bărbat, este mama lui, o caută cu lumonarea e.a.). Pe de altă parte victima este văzută de societate mai degrabă drept o cauză a agresiunii și nu efectul acesteia. De asemenea, victima, de foarte multe ori, este ținta jignirilor și a ironiilor celor din jur, vecinii râd, fac glume și încearcă să descopere motivele pentru care a fost agresată. Adevărul este că nu există nici o scuză pentru violență fie că este verbală, fizică, emoțională sau sexuală. Întemeierea unei familii nu este echivalent cu deținerea unei familii. În familie toți – soț, soție, copil și alte rude în cazul familiilor extinse – au

aceleași drepturi: dreptul la viață, dreptul la un trai decent, dreptul la opțiune, dreptul la apărare pentru a aminti doar drepturile fundamentale.

Bibliografie

1. Anthony Giddens, *Sociologie*, Ed. Bic All, București, 2001, pg. 178

2. Borkowski, Murclie ei Walker, 1983

3. Butoi B. Tudorel-Severin, *Interogatoriul. Psihologia confrunțării în procesul judiciar*, Ed. Pinguin Book, București, 2004

4. Butoi B. Tudorel-Severin, *Victimologie*, Ed. Pinguin Book, București, 2003

5. Helena Cornelius, Shoshana Faire, *Cum se rezolvem conflictele*, Revista Psihologia, vol.28, an V, nr.6 (1995)

6. Anthony Giddens, *Sociologie*, Ed. Bic All, București, 2001

7. Anthony Giddens, *Transformarea intimității*, Ed. Antet, București, 2000

8. Conf. Dr. Elena Macavei, *Agresivitatea și violența moduri primare și primitive de exprimare și comunicare*, Revista Psihologia, vol.63, an IX, nr.5 (2001)

9. Statistici furnizate de Fundația Șanse Egale pentru Femei (<http://www.sef.ro>)

© Gîscă Veronica, Țurcan Larisa, Topada Aculina, Cernelev Olga

Gîscă Veronica, Țurcan Larisa, Topada Aculina, Cernelev Olga
**ASPECTELE CONSUMULUI DE TUTUN ÎN RÂNDUL ELEVILOR
DIN LICEELE MUNICIPIULUI CHIȘINĂU**

*Centrul Național de Sănătate Publică, Chișinău, Republica Moldova
Laboratorul Sănătatea copiilor și adolescenților*

SUMMARY

ISSUES OF TOBACCO CONSUMPTION AMONG PUPILS FROM HIGH SCHOOLS FROM CHISINAU

Keywords: smoking, pupils, language teaching.

Introduction. *The World Health Organization estimated smoking is becoming the leading cause of preventable morbidity and mortality in the world. The purpose of the study was to analyze the peculiarities of smoking among pupils in high schools with teaching in Romanian and Russian from Chișinău.*

Materials and Methods: *The sample study comprised 1779 pupils (boys - 884, girls - 895) of V-XIIth classes from 10 high schools in the Chișinău, Republic of Moldova.*

Results. *Pupils from V-VIIIth classes from high schools with teaching in Romanian have smoked at least once, a whole cigarette in a proportion of 14.4%, those from high schools with teaching in Russian - 15.6% pupils, in grades IX-XII of the high schools with teaching in Romanian-48.4% and those from high schools with teaching in Russian - 53.3%. Pupils from middle school grades with teaching in Romanian smoked regularly about once, in a rate of 3.6%*

and 4.1% pupils from middle school grades with teaching Russian, pupils in lyceum classes with teaching in Romanian 20.5% and 32.7% pupils from lyceum classes with teaching in Russian. In the past 30 days, pupils from middle school grades have smoked cigarettes at least a day - 3.2% of middle school grades with teaching in Romanian and 4.8% pupils middle school grades with teaching in Russian, compared to those named above, pupils from lyceum classes smoked more - 18.6% from high schools with teaching in Romanian and 23.0% pupils from high schools with teaching in Russian.

Conclusions: With increasing age increases the share of pupils practicing smoking, especially among pupils from high schools with teaching in Russian.

РЕЗЮМЕ

АСПЕКТЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА СРЕДИ УЧЕНИКОВ ГОР. КИШИНЕВА

Ключевые слова: курение, ученики, язык обучения.

Введение. По оценкам Всемирной Организации Здравоохранения, курение становится ведущей предотвратимой причиной заболеваемости и смертности в мире. Цель исследования состояла в том, чтобы проанализировать особенности курения среди учащихся в школах с преподаванием на румынском и русском языках гор. Кишинева.

Материалы и методы: В исследовании участвовали 1779 учеников (884 мальчиков и 895 девочек) с V по XII класса из 10 школ гор. Кишинева, Республика Молдова.

Результаты. Ученики V-VIII классов школ с преподаванием на румынском языке курили хотя бы один раз целую сигарету в пропорции 14,4%, те из школ с преподаванием на русском языке - 15,6%, ученики из IX-XII классах из школ с преподаванием на румынском - 48,4% и те из школ с преподаванием на русском языке - 53,3%. Ученики V-VIII классов из школ с преподаванием на румынском языке курили регулярно в пропорции 3,6% и 4,1% из средних школ с преподаванием на русском языке; ученики из IX-XII классов - 20,5% из школ с преподаванием на румынском языке и 32,7% из школ с преподаванием на русском языке. В течение последних 30 дней, курили хотя бы один день - 3,2% учеников средних классов из школ с преподаванием на румынском языке и 4,8% из школ с преподаванием на русском языке. По сравнению с ними, старшеклассники курили больше - 18,6% из школ с преподаванием на румынском языке и 23,0% из школ с преподаванием на русском языке.

Выводы: С увеличением возраста увеличивается доля учащихся, которые курят, особенно среди учеников из школ с преподаванием на русском языке.

Introducere. Tabagismul este definit ca fiind: „Toxicomanie prin utilizarea de tutun, caracterizată de extinderea sa mondială și de grave consecințe sociale. Unele consecințe ale tabagismului pot implica persoanele expuse în mod prelungit și involuntar la fumul de țigară.”[8]

Tinerii sunt esențiali atât pentru prezent cât și pentru viitorul populației, starea de sănătate a tinerilor fiind avuția cea mai de preț, astfel beneficiul suprem al investiției în sănătatea tinerilor fiind bunăstarea întregii societăți. Pe măsură ce elevii cresc tind să imite comportamente pe care le consideră caracteristice celor adulți. Îmbinarea exemplului oferit de adulți cu experimentarea comportamentelor cu risc pentru sănătate se întâmplă din cauza practicării adulților a unor activități ca fiind interzise doar copiilor și permise lumii maturilor. Elevii la această vârstă fac alegeri importante privind sănătatea lor și dezvoltă atitudini și obiceiuri ce le continuă și pe perioada maturității. [3; 5]

Fumatul este unul din cele mai vechi obiceiuri de pe glob, acesta a devenit în prezent o problemă majoră de sănătate publică în întreaga lume, este unul din factorii principali de risc major, care conduce la consecințe extrem de grave pentru sănătatea omului și mai ales a generației în creștere. Grupul vulnerabil pentru

acest viciu îl reprezintă tinerii deoarece o mare parte din fumătorii curenți au început să fumeze înainte de vârsta de 10 ani. În mai multe țări europene peste 70% din adulții foști fumători sau fumători actuali au început să fumeze până la vârsta de 18 ani. Majoritatea elevilor sub presiunea anturajului, din curiozitate de a încerca ceva nou și interzis sau ca alternativă la griji și probleme, alege drogul (tutun, alcool sau droguri) ca stil de viață. [1; 6; 9]

După aprecierile Organizația Mondială a Sănătății, tabagismul este pe cale să devină principala cauză evitabilă de morbiditate și mortalitate de pe glob. La nivel mondial, tutunul ucide, anual, aproximativ 4,0 milioane de oameni, dintre care 1,2 milioane sunt europeni, iar cele mai afectate sunt țările în perioada de tranziție și cele în curs de dezvoltare. Conform rezultatelor studiului ESPAD 2011, în medie, 54% dintre elevi din țările incluse în acest studiu, au încercat țigări cel puțin o dată în viață și 28% au folosit țigări în ultimele 30 de zile. Conform studiului ”Global Youth Tobacco Survey” (GYTS), efectuat în Moldova în 2004-2008, cu suportul Centers for Disease Control and Prevention Atlanta, Statele Unite ale Americii, privind fumatul la adolescenți, aproximativ 10% dintre adolescenții fumători, la nivel global, utilizează până la 15 țigări pe

zi, 20 de zile pe luna (deși procentul este în continuă creștere). [7; 9; 11]

Fumatul, abuzul de alcool și substanțe toxice este o realitate în rândul elevilor și trebuie privită cu seriozitate. Tutunul are efecte nocive multiple pe termen lung și creează, de asemenea, în termene foarte scurte dependență. Un adolescent care fumează de mai mult de 1 an, are o șansă de 80% de a deveni dependent. [7]

Materiale și metode. În cadrul studiului au fost utilizate următoarele metode de cercetare: analitice, descriptive, sociologice, statistice și matematice.

Eșantionul studiului a cuprins 1779 elevi (băieți – 884, fete - 895) din clasele a V-XII-a din 10 licee (5 cu predare în limba română și 5 cu predare în limba rusă) din mun. Chișinău, Republica Moldova.

Instrumentul de studiu a constituit două Chestionare, primul Chestionar destinat claselor a V-VIII-a ce a inclus 43 de întrebări dintre care 5 referitor la consumul de tutun în rândul elevilor și al doilea Chestionar destinat claselor a IX-XII-a format din 94 de întrebări dintre care 9 referitor la consumul de tutun în rândul elevilor. Clasele participante au fost alese aleator, fiind chestionați toți elevii din clasă prezenți în ziua chestionării la lecții. Prelucrarea matematico-statistică a datelor primare a fost efectuată prin intermediul programului *Statistical Package for the Social*

Science și au fost utilizate metodele de analiză variațională, corelațională și de modelare matematică.

Rezultate. Conform datelor rezultate din aplicarea chestionarului, elevii din clasele a V-VIII-a din liceele mun. Chișinău cu predare în limba română au fumat cel puțin o dată o țigară întreagă într-o proporție de 14,4% (19,1% băieți și 9,5% fete), cei din liceele cu predare în limba rusă – 15,6% (16,8% băieți și 14,3% fete). Comparativ cu elevii din clasele a V-VIII-a, cei din clasele a IX-XII-a, au fumat cel puțin o dată o țigară întreagă într-o proporție mai mare, elevii din liceele cu predare în limba română – 48,4% (62,6% băieți și 35,3% fete,) și cei din liceele cu predare în limba rusă – 53,3% (68,8% băieți și 48,0% fete). Putem afirma că elevii din clasele gimnaziale au încercat vreodată să fumeze într-o proporție mai mică decât cei din clasele liceale, cu o diferență semnificativă – $p < 0,001$.

Vârsta la care majoritatea elevilor trec prin această experiență pentru prima dată la elevii din clasele a V-VIII-a este de 13-15 ani (40,3% elevi din liceele urbane cu predare în limba română și 41,6% elevi din liceele urbane cu predare în limba rusă), iar la cei din clasele a IX-XII-a este de 15-16 ani – la elevii din liceele urbane cu predare în limba română (30,8%) și de 13-14 ani – la elevii din liceele urbane cu predare în limba rusă (34,9%) (tab.1).

Tabelul 1.

Răspunsul elevilor la întrebarea „La ce vârstă ai fumat o țigară întreagă pentru prima dată?” (%)

	Elevi din clasele a V-VIII-a		Elevi din clasele a IX-XII-a	
	Liceele urbane cu predare în limba română	Liceele urbane cu predare în limba rusă	Liceele urbane cu predare în limba română	Liceele urbane cu predare în limba rusă
< 9 ani	15,3	23,1	6,3	7,5
9-10 ani	15,3	7,7	8,1	5,7
11-12 ani	29,2	27,7	12,7	18,4
13-14 ani	40,3	38,5	25,3	34,9
15-16 ani	0,0	3,1	30,8	29,2
17-18 ani	0,0	0,0	15,8	3,8
19- 20 ani	0,0	0,0	0,9	0,5

Elevii claselor gimnaziale au fumat vreo dată în mod regulat, câte cel puțin o țigară pe zi timp de 30 de zile, într-o proporție de 3,6% (4,3% băieți și 2,9% fete) din liceele cu predare în limba română și 4,1% (6,0% băieți și 2,0% fete) din liceele cu predare în limba rusă, față de aceștia, elevii din clasele liceale au fumat vreo dată în mod regulat, câte cel puțin o țigară pe zi timp de 30 de zile – 20,5% (32,3% băieți și 9,8% fete) din liceele cu predare în limba română și 32,7% (39,5% băieți și 26,3% fete) din liceele cu predare în limba rusă. Elevii din liceele cu predare în limba rusă din clasele liceale au fumat vreo dată în mod regulat într-o proporție mai mare față de cei din liceele cu predare în limba română de aceeași vârstă ($p < 0,05$) și față de cei din clasele gimnaziale ($p < 0,001$). Elevii claselor licea-

le din liceele cu predare în limba română au fumat vreo dată în mod regulat într-o proporție mai mare decât cei din clasele gimnaziale, atât față de cei din liceele cu predare în limba română ($p < 0,01$), cât și față de cei din liceele cu predare în limba rusă ($p < 0,05$).

O proporție mai mare a elevilor din clasele a V-VIII-a (33,3% elevi din liceele urbane cu predare în limba română și 35,3% elevi din liceele urbane cu predare în limba rusă) au început să practice în mod regulat acest comportament vicios la vârsta de 13-15 ani, iar elevii din clasele a IX-XII-a la 13-18 ani (la 15-18 ani 66,7% elevi din liceele urbane cu predare în limba română și la 13-16 ani 75,6% elevi din liceele urbane cu predare în limba rusă) (tab 2).

Răspunsul elevilor la întrebarea „La ce vârstă ai început să fumezi țigări în mod regulat (cel puțin o țigară zilnic, timp de 30 de zile)?” (%)

	Elevi din clasele a V-VIII-a		Elevi din clasele a IX-XII-a	
	Liceele urbane cu predare în limba română	Liceele urbane cu predare în limba rusă	Liceele urbane cu predare în limba română	Liceele urbane cu predare în limba rusă
< 9 ani	27,8	29,4	1,1	3,1
9-10 ani	5,6	5,9	5,4	5,5
11-12 ani	33,3	29,4	3,2	5,5
13-14 ani	33,3	35,3	20,4	37,8
15-16 ani	0,0	0,0	32,3	37,8
17-18 ani	0,0	0,0	34,4	8,7
19- 20 ani	0,0	0,0	3,2	1,6

În ultimele 30 de zile, elevii claselor gimnaziale, au fumat țigări cel puțin o zi în proporție de 3,2% (3,8% băieți și 3,7% fete) din liceele cu predare în limba română și 4,8% (5,5% băieți și 3,9% fete) din liceele cu predare în limba rusă. Comparativ cu cei sus numiți, cei din clasele liceale au fumat mai mulți – 18,6% (26,0% băieți și 11,8% fete, $p < 0,05$) din liceele cu predare în limba română și 23,0% (24,0% băieți și 22,2% fete, $p < 0,01$) din liceele cu predare în limba rusă.

Din elevii ce au practicat tabagismul în ultimele 30 de zile, majoritatea celor din clasele gimnaziale au afirmat că au fumat până la o țigară în zi 60,0% (60,0% băieți și 60,0% fete) din liceele cu predare în limba română și 56,2% (40,0% băieți și 80,0% fete) din liceele cu predare în limba rusă, iar cei din clasele liceale câte 2-5 țigări în zi – 38,2% (43,1% băieți și 19,0% fete) din liceele cu predare în limba română și 33,0% (32,6% băieți și 34,9% fete) din liceele cu predare în limba rusă.

Discuții. Comparând răspunsurile primite de la elevii de 13-15 ani care au fumat vreodată și au început să fumeze înainte de 10 ani incluși în Raportul GYTS 2009 (The Global Youth Tobacco Survey) aplicat în România ce raportează cota de 38,3% (46,6% băieți și 27,7% fete) [5], cu răspunsurile elevii incluși în studiu dat de aceeași vârstă, putem observa că ei au trecut prin această experiență într-o proporție mai mică – 4,4% (6,6% băieți și 2,2% fete) din liceele urbane cu predare în limba română și 6,5% (6,3% băieți și 6,7% fete) din liceele urbane cu predare în limba rusă.

Ancheta Organizației Mondiale a Sănătății „Health Behavior in School Aged Children, International Report from 2009/2010 Survey” oferă date din frecvențe înregistrate într-un șir de 36 state privind ponderea elevilor de 13 ani ce fumează de obicei cel puțin o dată pe săptămână, la acest capitol, conform răspunsurile primite de la elevii anchetați de către noi, Republica Moldova s-ar fi plasat pe locul 11 cu 3,7% băieți și 1,5% fete. [12]

În anul 2005, Centrul de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog Arad în colaborare cu Direcția

de Sănătate Publică a Județului Arad și Inspectoratul Școlar al Județului Arad, a realizat un studiu în vederea evaluării consumului de alcool, tutun și droguri ilegale în municipiul Arad, la nivelul elevilor din ciclul gimnazial și cel liceal. Pentru evaluarea consumului de alcool, tutun și droguri ilegale în rândul elevilor din ciclul gimnazial au fost anchetați elevi din clasele a VIII-a. Astfel au fost obținute rezultatele că 4,5% elevi de această vârstă fumează în mod regulat [3], ceea ce este mai puțin în comparație cu rezultatele obținute de studiul nostru (fumează în mod regulat 7,7% elevi din liceele cu predare în limba română și 7,6% elevi din liceele cu predare în limba rusă). Dacă se are în vedere numărul de țigări fumate zilnic, distribuția elevilor din clasele a VIII-a din Arad este următoarea: 2,5% elevi fumează mai puțin de o țigară pe zi, 8,1% fumează maxim jumătate de pachet de țigări pe zi, 0,4% fumează între 11-20 țigări pe zi, 0,6% peste un pachet de țigări pe zi [3] iar distribuția celor din liceele incluse în studiu: 2,7% elevi fumează mai puțin de o țigară pe zi, 4,5% fumează maxim jumătate de pachet de țigări pe zi, 0,9% fumează între 11-20 țigări pe zi și 0% elevi fumează peste un pachet de țigări pe zi.

Cu ocazia activităților desfășurate pentru marcarea „Zilei Mondiale fără Tutun” – 31 mai 2007 (28-31 mai 2007), specialiștii Centrului de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog Botoșani, cu sprijinul voluntarilor și al Asociației pentru Sănătate, Educație și Familie, a realizat un studiu în vederea evaluării consumului de tutun în rândul adolescenților/tinerilor cu vârsta între 10-25 de ani. Din răspunsurile participanților reiese că 41,3% din respondenți fumează zilnic [2], ceea ce este mai mult decât datele obținute de la elevii din mun. Chișinău (4,6%). Asta se explică probabil prin faptul că în studiul din Botoșani au fost anchetate și persoane cu vârstă mai mare decât în studiu actual. În ceea ce privește numărul de țigări fumate zilnic 58% din cei ce fumează zilnic consumă - 1-10 țigări/zi, 31% - 11-20 țigări/zi și 11% - mai mult de 1 pachet /zi [2], comparativ cu Republica Moldova unde 84,6% elevi fumează 1-10 țigări/zi, 8,8% - 11-20 țigări/zi și 6,5% - mai mult de 1 pachet /zi. Din analiza răspunsurilor ce au vizat vârsta de debut în consumul de tutun ma-

joritatea dintre respondenții din Botoșani (44%) care fumează sau au fumat au făcut-o pentru prima dată la vârsta de 10 - 12 ani [2], iar elevii din liceele mun. Chișinău (32,3%) la vârsta de 13-14 ani.

Elevii din clasele a IX-XII-a din liceele urbane (50,6%) au încercat să fumeze într-o proporție mai mare decât cei din liceele rurale (31,5%) de aceeași vârstă cu o diferență semnificativă de $p < 0,001$, cei din liceele urbane (26,2%) fumează sau au fumat vreo dată în mod regulat într-o proporție mai mare față de cei din liceele rurale (11,5%) însă diferența nu este semnificativă – $p > 0,05$. Diferențe semnificative între nivelul fumatului în rândul elevilor din liceele urbane și cei din liceele rurale nu se atestă. [4]

Concluzii

1. Elevii din clasele gimnaziale au încercat vreo dată să fumeze într-o proporție mai mică decât cei din clasele liceale;

2. Majoritatea elevilor încearcă pentru prima dată să fumeze la vârsta de 13-16 ani;

3. Elevii din liceele cu predare în limba rusă din clasele liceale fumează sau au fumat vreo dată în mod regulat într-o proporție mai mare față de cei din liceele cu predare în limba română de aceeași vârstă;

4. Elevii claselor liceale fumează sau au fumat vreo dată în mod regulat într-o proporție mai mare decât cei din clasele gimnaziale;

5. Majoritatea elevilor din clasele gimnaziale fumează până la o țigară pe zi iar ei din clasele liceale câte 2-5 țigări.

Bibliografie

1. Agenția Națională Antidrog, 2008. Evaluarea consumului de alcool, tutun și droguri (cast) în rândul elevilor de liceu din Timișoara, în perioada 2001-2005. REPERE ȘTIINȚIFICE ALE CONSUMULUI DE DROGURI ÎN SOCIETATEA ROMÂNEASCĂ. Editura NAPOCA STAR, Cluj-Napoca, p. 167-178. ISBN: 978-973-647-592-4

2. Axinciuc, V. și colab., 2008. Studiul privind consumul de tutun în rândul tinerilor din municipiul botoșani. Repere științifice ale consumului de droguri în societatea românească. Agenția Națională Antidrog, Editura NAPOCA STAR, Cluj-Napoca, p. 36-40. ISBN: 978-973-647-592-4

3. Bișcă, F. și colab., 2008. Evaluarea consumului de alcool, tutun, droguri în rândul adolescenților din municipiul Arad. Repere științifice ale consumului de droguri în societatea românească. Agenția Națională Antidrog, Editura NAPOCA STAR, Cluj-Napoca, p. 16-23. ISBN: 978-973-647-592-4

4. Cazacu-Stratu, A. și colab., 2015. Consumul de tutun printre elevii claselor a V-a – a XII-a din localitățile rurale din Republica Moldova. Sănătate publică, economie și management în medicină., nr.3(60), pp. 106-109. ISSN 1729-8687.

5. Cucu, A. M., 2013. Raportul Național de Sănătate a Copiilor și Tinerilor ROMÂNIA.

6. Filippidis, F.T., Agaku, I.T. și Vardavas, C.I., 2015. The association between peer, parental influence and tobacco product features and earlier age of onset of regular smoking among adults in 27 European countries. Eur J Public Health. 25(5):814–818.

7. Mireștean, I. M. PROGRAMUL NAȚIONAL DE SĂNĂTATE PUBLICĂ NR. 1.4, Programul național de monitorizare a factorilor determinanți din mediul de viață și muncă. Sinteza națională pentru anul 2009, Centrul Regional de Sănătate Publică Cluj.

8. Richard Denis și Senon Jean-Louis, 2007. Dicționar de droguri, toxicomanii și dependențe, București. Editura Științelor Medicale, p.817, ISBN 973-86571-0-5;

9. Șalaru, I., Zloteanu, R. și Calmîc, V., 2013. Ghid pentru renunțare la fumat : consiliere și tratament. Chișinău, p. 96, ISBN 978-9975-53-277-8

10. Vacarciuc, O. și Costin, T., 2012. Rezultatele studiului național privind consumul de alcool, droguri și tutun în rândul elevilor din Republica Moldova (ESPAD 2011). Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Centrul Național de Management în Sănătate.

11. Vladescu, C., 2004. Fumatul și sănătatea publică în România: cunoștințe, atitudini și practici legate de consumul de produse din tutun în rândul populației generale din România. Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate, București, p. 154, ISBN 9738-65-406-8, 978-9738-65-406-8.

12. *** WHO Regional Office for Europe, 2012. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study : International Report from the 2009/2010, Survey, Copenhagen, (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).

Kusturova Anna
PATOLOGIE SOMATICĂ LA ȘCOLARI CU DIFORMITĂȚI ALE COLOANEI VERTEBRALE

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"

Catedra de ortopedie și traumatologie

SUMMARY

SOMATIC PATHOLOGY IN PUPILS WITH SPINE DEFORMITIES

Keywords: spine deformities, screening, somatic pathology, premorbid conditions

Function disorders of the spine lead to breakdown of innervation and vascularization to internal organs that are manifested through various somatic diseases and functional conditions. The study presents results of school spinal screening examination when the internal organs and nervous system pathology was analyzed in this group of students (n = 773) in comparison with the total sample (n = 2741). We used orthopedic clinical examination, with the obligatory Adams test, scoliometry and plumb line. For the students at risk, it was indicated as necessary X-ray of the spine, photometry, stabilometry, plantography, electromyography, examination of respiratory function, electrocardiography, computed tomography, magnetic resonance imaging. Analysis of medical cards, clinical and laboratory data has shown that pupils with spine deformities (especially scoliosis and posture disorders gr.II-III) in comparison to the total population often meet chronic diseases of ENT organs (5% vs 4%), acute viral infections and food allergies (not mentioned in the medical documentation) confirms decreased immunity. In the study group digestive organs pathology (11.7% vs 3%), urinary system (3.98% vs 5.4%) and different neurotic conditions (5.8% vs 4%) ($p < 0,05$) were diagnosed more often. Therefore early diagnosis of spine pathology at school is an important condition for screening and management of premorbid pathological conditions of the adolescent health.

Introducere. Toate structurile corpului uman sunt legate inseparabil de interacțiunea funcțională și mecanică. Cu lezarea funcției coloanei vertebrale apare dereglarea inervației și furnizării de sânge către organele interne aferente; odată cu lezarea funcției organelor interne, iritația cronică care induce durere, va provoca spasme musculare și tulburări circulatorii vegetative la nivel de coloană vertebrală. Acest lucru se datorează legăturilor vegetative strânse ale coloanei vertebrale cu diferite organe interne. Fluxul de impulsuri patologice la nivelul organelor interne, din cauza iritării sau comprimării formațiunilor vegetative de către discurile intervertebrale modificate sau alte structuri ale coloanei vertebrale și ale țesutului paravertebral (ligamentul longitudinal anterior, articulații deformate, mușchi profunzi tensionați etc.) provoacă formarea sindroamelor reflectorii complexe [1,2]. Deaceia, la apariția diferitor dereglări de postură, suferă nu numai sistemul musculo-scheletar dar, de asemenea, și organele interne [3].

Conform rezultatelor studiilor numeroase, coloana vertebrală poate fi inițiatorul diferitelor tulburări viscerale. La copiii cu deficiențe de postură și scolioză sunt reduse rezervele fiziologice ale respirației și a circulației, prin urmare este diminuat răspunsul adaptativ, ceea ce creează la copiii din acest grup o predispoziție la patologii pulmonare și cardiace. Pentru această patologie somatică este caracteristică rezistența statică redusă a corpului, fatigabilitatea, performanța elevilor fiind scăzută. Sindromul algic nu este tipic

pentru manifestările inițiale ale diformităților coloanei vertebrale. Conform datelor din literatura de specialitate, frecvența afectării organelor interne în cazul scoliozei ajunge la 40-50% [4].

Întrucât tratamentul diformităților coloanei vertebrale trebuie să fie etiopatogen, a fost efectuată cercetarea multilaterală a stării somatice a elevilor. În cazul patologiilor sistemului respirator, rinichilor, aparatului vizual ș. a., copiii au fost consultați de specialiștii respectivi. Totodată, au fost efectuate cercetări ale funcției respirației externe, ultrasonografia organelor interne, rinichilor, electrocardiografia.

Materiale și metode: În studiul prospectiv sunt prezentate rezultatele examenului screening al copiilor de vârstă școlară și adolescenților din mun. Chișinău. Examinarea elevilor a fost efectuată în cadrul Liceului Teoretic «I.S.Neciu-Levițchi», Liceului Teoretic «Dante Alighieri», Liceul Teoretic «Ion și Doina Aldea Teodorovici», gimnaziul nr.86. Examinarea screening a fost realizată în școli pe clase. Copiii care nu au frecventat școala în perioada de screening, au primit recomandarea de a trece controlul ortopedic la policlinică, în cazul adresării cu alte acuze sau pentru măsuri profilactice.

În total, au fost examinați 2741 de școlari, dintre care fetele au constituit 1278 (46,63%), iar băieții – 1463 (53,37%). Raportul F:B=1:1,15. Vârsta elevilor a variat de la 6 până la 17 ani, vârsta medie a constituit $11,47 \pm 0,057$ (95% CI: 11,36-11,58) ani.

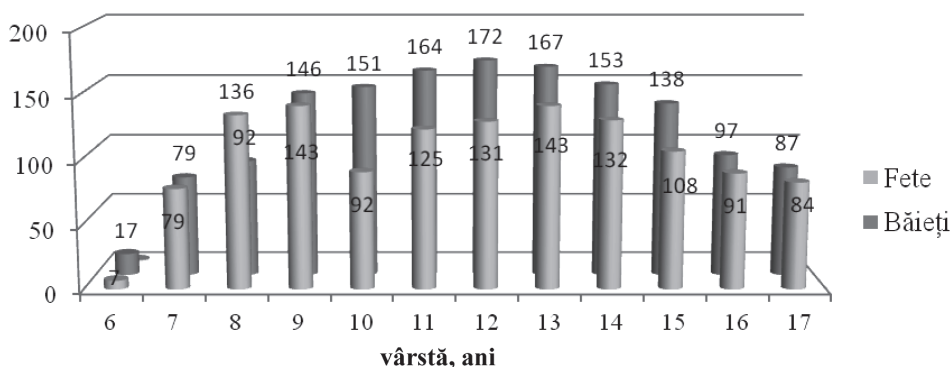


Fig. 1. Distribuția elevilor examinați după vârsta și sex.

Examinarea elevilor a inclus examen ortopedic primar sub formă de „school spinal screening” cu folosirea metodelor recomandate pentru efectuarea screeningului. Au fost elaborate chestionare speciale pentru fiecare clasă cu includerea obligatorie a datelor personale ale elevilor și rezultatelor screeningului.

Examinarea primară generală a tuturor școlărilor (n = 2741) a fost efectuată în scopul depistării patologiei ortopedice a aparatului locomotor, o atenție sporită fiind acordată modificărilor coloanei vertebrale. Din anchetarea verbală a elevilor și în baza datelor din cartelele medicale, au fost obținute informații despre afecțiunile somatice concomitente, maladii suportate, traume etc.

În baza rezultatelor examinării primare, a fost format grupul de risc în care au fost incluși 773 de școlari (28,3%), în baza criteriilor, ca orice diformitate a coloanei vertebrale depistată primar cât și evidența la evidență la ortopedul-pediatru/chirurgul-pediatru cu diagnosticul “scolioză” sau “dereglare de ținută”. O atenție deosebită a fost acordată copiilor cu patologii ale aparatului locomotor, îndeosebi, cu maladii ortopedice ale membrelor pelvine, în special celor unilaterale, întrucât dezechilibrul ambelor picioare afectează neapărat și coloana vertebrală.

Analiza cartelelor medicale a constatat, că din maladiile somatice, cel mai frecvent, se întâlnea patologia

sistemului nervos (Figura 2) - în 131 de cazuri (4,8%), sindrom neurotic - 54 de elevi (41,2% din numărul total de maladii SNC), disfuncția minimă cerebrală - 24 de copii (18,3%), encefalopatie - 23 de elevi (17,6%), consecințele traumatismului cranio-cerebral - 12 cazuri (9,2%). Dereglări de vedere au fost diagnosticate de oftalmolog la 119 elevi (4,3%): miopie de diferite grade - 70 de cazuri (58,8%), hipermetropie - 31 de cazuri (26,1%), strabism (n=7), spasm acomodativ (n=2), astigmatism (n=8) etc. Patologia cronică a organelor ORL s-a depistat în 112 cazuri (4,1%), mai des amigdalită cronică - 59 de elevi (52,7%) și adenozizi de gr. I-II - 33 de copii (29,5%). Pielonefrita cronică s-a diagnosticat în 102 cazuri, constituind 93,6% din patologia aparatului urogenital, depistată la 109 elevi (3,98%). Patologia organelor sistemului digestiv a fost constatată la 83 de copii (3,0%), mai frecvente erau gastroduodenitele și gastroenteritele cronice - 34 de cazuri (40,9%), pancreatită cronică - 24 de cazuri (28,9%), dischinezia vezicii biliare - 4 cazuri (4,8%), hepatită cronică - 2 cazuri (2,4%). Boli endocrine au fost diagnosticate numai la 5 elevi (0,2%): diabet zaharat - 3 cazuri, disfuncția glandei tiroide - 1 caz și obezitate pe fon de disfuncție hormonală - 1 adolescent. Patologia sistemului cardiovascular s-a constatat în 4 cazuri (0,1%).

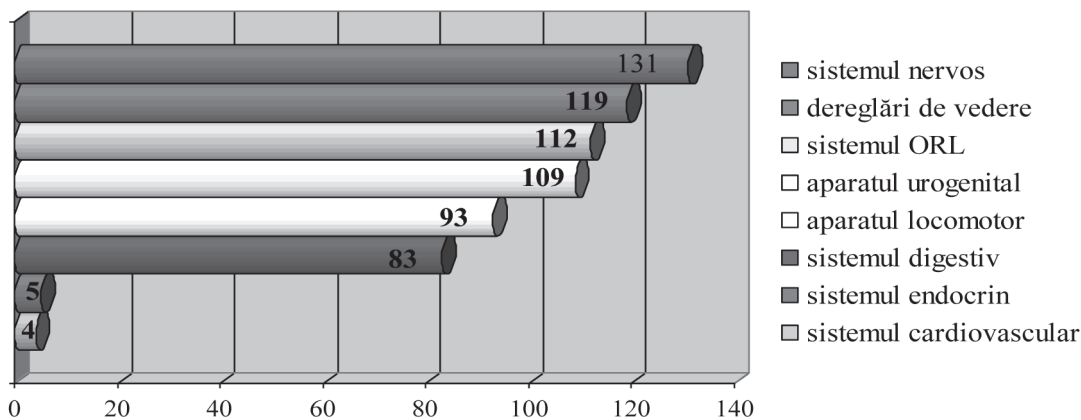


Fig. 2. Patologie somatică depistată la copiii și adolescenții

Patologia aparatului locomotor s-a depistat la 93 de elevi (3,4%), și prezenta o varietate de maladii: *coxa valga* - 9 cazuri (9,7%), displazie acetabulară - la 5 copii (5,4%), cazuri unice de boala Legg-Calve-Perthes (n=2), boala Keller II (n=2), osteocondroză cervicală (n=1), spondilopatie (n=1), dorsalgie (n=2), deformarea cutiei toracice (n=1). La 65 (69,9%) elevi a fost diagnosticată patologia piciorului.

Rezultate: Examinarea detaliată a 284 de copii cu diformități ale coloanei vertebrale, care a fost efectuată la indicația medicului ortoped, a permis identificarea unor patologii incipiente ale organelor interne.

Cel mai frecvent, copiii prezentau acuze la dureri de spate, care se acutizau în cazul eforturilor fizice, poziției statice sau șezând îndelungate - 92 de copii (32,4%), cefalee - 86 de copii (30,2%), defect cosmetic - 73 de elevi (25,8%). Totodată, copiii acuzau dureri în regiunea cervicală - 19 persoane (6,7%), amorțirea mâinilor sau picioarelor - 16 elevi (5,6%), dureri de picioare - 15 copii (5,2%), dureri abdominale recurente - 12 (4,2%). Oboseala sporită și slăbiciunea au fost acuzate de 28,5% copii (n=81). Foarte rare au fost acuzele privind hemoragiile nazale, durerile articulare, dereglări ale scaunului și, de regulă, acestea corespundeau maladiilor respective.

Evaluarea cartelelor medicale ale copiilor și adolescenților a evidențiat faptul, că odată cu dereglările aparatului locomotor, copiii cu diformități ale coloanei vertebrale (n=773) prezentau comorbidități ale organelor și sistemelor. Cele mai frecvente erau maladiile organelor ORL, tractului gastro-intestinal, urinar. Tulburările sistemului imunitar la copiii cu diformități ale coloanei vertebrale pot fi deduse în baza existenței unor focare cronice de infecție, virozelor frecvente, predispoziției alergice a organismului. Virozele frecvente au fost atestate în 37% cazuri (n=286); tonsilită cronică, rinosinusita cronică diagnosticate la 39 de elevi, ceea ce a constituit 5% (în comparație cu lotul total de copii examinați, frecvența acestor maladii constituind 3,3%). Alergia alimentară, de regulă, la citrice și ciocolată a fost depistată la 14% dintre copii (n=108) și n-a fost menționată în cartelele medicale. Pielonefritele cronice au fost atestate la 42 de copii, ceea ce a constituit 5,4%. Afecțiunile tractului gastrointestinal s-au diagnosticat la 91 de elevi (11,7%),

exprimându-se ca dischinezia căilor biliare - la 2 copii, gastroduodenită cronică - în 46 de cazuri (6%), gastrită - în 23 de cazuri (4,1%), pancreatită cronică - în 9 cazuri (1,1%). Cu referire la sistemul nervos, au fost atestate distonii vegeto-vasculare - în 8 cazuri (1%), stări astenice neurotice - la 37 de elevi (4,8%). Investigarea sistemului cardiovascular la copiii cu spate rotund și postură scoliotică a relevat modificări la jumătate dintre elevi.

Trebuie de menționat, că la o treime dintre elevii (31%) examinați, patologiiile aferente au fost diagnosticate, pentru prima dată, în urma investigațiilor clinice și paraclinice.

Concluzii: Dereglarea funcției coloanei vertebrale duce la dereglarea inervației și vascularizării către organele interne aferente ce se manifestă prin diferite maladii somatice și stări funcționale. Diagnosticul precoce al patologiei coloanei vertebrale la școlari constituie o condiție importantă pentru screeningul și monitorizarea condițiilor premorbide și patologice ale sănătății copiilor și adolescenților. Acest fapt trebuie să fie luat în considerație nu numai de ortopezi, dar și de medici pediatri și medici de familie, care mai des consultă elevii și pot primi observațiile coloanei vertebrale.

Bibliografie:

1. Виссарионов С.В., Попов И.В. Вопросы диагностики нестабильности позвоночника у детей. В: Травматология и ортопедия России. 2009, № 4(54), с. 74-78.
2. Еналдиева Р.В. и др. Состояние респираторной системы при грудном сколиозе. В: Пульмонология. 2006, № 6, с. 43-47.
3. Степкина М.А., Федотов В.К., Жуков С.Ю. Система выявления нарушений осанки и деформаций позвоночника у детей и подростков. Диагностика, профилактика и коррекция нарушений опорно-двигательного аппарата у детей и подростков. В: Материалы II Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Москва, 2008, с. 180-181.
4. Caproș N. Elemente de patologie a coloanei vertebrale. Chișinău: Edit-Prest, 2009, 152 p.

Larisa Țurcan, Victor Zepca, Lora Gițu
AUTOAPRECIEREA STĂRII DE SĂNĂTATE ÎN RÂNDUL ELEVILOR DIN REPUBLICA MOLDOVA

Centrul Național de Sănătate Publică
USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Medicină de familie

SUMMARY

SELF-ESTIMATION OF HEALTH LEVELS AMONG PUPILS IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA

Keywords: pupils, complaints, organ systems.

Introduction: Self-estimation of health levels among pupils represents a fundamental criterion in assessing the results of the methods applied in order to increase the living and occupational standard in the main, and medical care activity particularly.

Objectives: The aim of this study was self-estimation of health levels in different organ systems, among pupils from high schools (9th - 12th classes), so in the rural area, as in the urban area from the Republic of Moldova.

Methods and materials: Data were collected from a sample of 1624 pupils from high schools (9th - 12th classes) of the Republic of Moldova, 742 of them being from rural area by high schools with teaching in Romanian (419 – girls, 323 – boys); urban area included 466 pupils (249 – girls, 217 – boys) from high schools with teaching in Romanian, and 416 pupils (211 – girls, 205 - boys) from high schools with teaching in Russian.

Results: According to the research data, a main percentage of complaints on the targeted 9 organ systems were defined. On central nervous system was noted (80.0% - 83.9%) of complaints. Gastro-intestinal tract was affected as follows: subjective complaints (67.6% - 75.0%), abdominal complaints (74.5% - 76.7%). On genitourinary system, the number of complaining pupils was (80.9% - 88.5%), while the respiratory system was affected in (77.9% - 83.0%) of cases. Health issues related to osteoarticular system, especially big joints, were noted in (53.4% - 59.9%); wrist joints were involved in (26.8% - 40.3%) of cases, while pain in the different muscle groups – in (57.9 - 76.9%). On peripheral innervations and vascularisation, (33.5% - 50.5%) of complaints were noted. Vision issues were underlined in (59.1% - 64.7%) cases; about (27.4% - 41.9%) of pupils claimed of dull pain in specific regions. Also, dermatological issues were registered as follows: subjective complaints – (36.7% - 45.4%), objective complaints – (26.7% - 43.8%).

Conclusion: Most of the complaints were marked on the following organ systems: genitourinary system (80.9% - 88.5%), central nervous system (80.0% - 83.9%), respiratory system (77.9% - 83.0%).

РЕЗЮМЕ

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ В РЯДАХ УЧЕНИКОВ РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА

Ключевые слова: ученики, жалобы, системы органов.

Введение: Самостоятельная оценка состояния здоровья учеников, является основным критерием в определении результатов принятых мер, в виду повышения стандарта занятости и уровня жизни, в общем, и медико-санитарной деятельности в частности.

Цель: Цель исследования состоит в самостоятельной оценке состояния разных органов и систем, в рядах учеников 9-го по 12-го классов из городской и сельской местности Республики Молдова.

Материалы и методы: В исследовании было включено 1624 учеников с 9-го по 12-го классов из Республики Молдова, из которых 742 — из сельской местности (419 — девочек, 323 — мальчиков) из лицеев с преподаванием на румынском языке; из городской местности 466 учеников (249 – девочек, 217 – мальчиков) из лицеев с преподаванием на румынском языке и 416 учеников (211 — девочек, 205 — мальчиков) из лицеев с преподаванием на русском языке.

Результаты: Исходя из результатов исследования, по 9 анализируемым органам, количество жалоб распределилось следующим образом: связанные с центральной нервной системой - (80,0% - 83,9%); желудочно-кишечным трактом, субъективные жалобы - (67,6% - 75,0%), жалобы в области живота - (74,5% - 76,7%); мочеполовой системой - (80,9% - 88,5% девочек); дыхательной системой - (77,9% - 83,0%); костно-суставной системой, а именно, на уровне больших суставов - (53,4% - 59,9%), маленьких суставов кисти - (26,8% - 40,3%), боли в различных группах мышц - (57,9% - 76,9%); периферической кровообращение и иннервации -

(50,5% - 33,5%); визуального аппарата - (59,1% - 64,7%); ноющие боли в разных местах - (27,4% - 41,9%); а также субъективные - (36,75 - 45,4%) и объективные дерматологические жалобы - (26,7% - 43,8%).

Заклучение: Самое большое количество жалоб были связаны с: мочеполовой системой - (80,9% - 88,5% девочек), центральной нервной системой - (80,0% - 83,9%) и дыхательной системой - (77,9% - 83,0%).

Introducere. Starea de sănătate reprezintă un indicator important al condițiilor de mediu, de viață și un criteriu fundamental în vederea aprecierii rezultatelor privind măsurile aplicate în scopul ridicării standardului de trai și ocupațional, în general, și a activității medico-sanitare, în special [1].

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) definește adolescența ca “o perioadă de tranziție” de la copilărie la maturitate, în timpul căreia tinerii experimentează marea schimbare, adică pubertatea, dar nu își asumă imediat rolurile, privilegiile și responsabilitățile maturității” [2].

Copilăria și adolescența sunt perioade cruciale în punerea bazelor pentru o dezvoltare sănătoasă și de sănătate mintală bună. La nivel mondial, circa 10-20% dintre persoanele tinere s-au confruntat cu probleme de sănătate mintală [3].

Adolescenții suferă schimbări de dezvoltare biologice, psihologice și sociale rapide, care duc la diverse vulnerabilități. Tranzițiile sociale și progresul au schimbat sănătatea adolescenților. Astăzi problemele lor de sănătate sunt adesea legate de comportamentul riscant și boli cronice [4].

Sănătatea elevilor, în paralel cu alți factori de risc, este determinată, în mare măsură, și de factorii mediului ocupațional, care contribuie la diminuarea rezistenței nespecifice și specifice a organismului, favorizând diverse dereglări funcționale, precum și apariția și răspândirea unor maladii [5].

Cu toate că plângerile de sănătate subiective nu corespund întotdeauna unui diagnostic specific, ele oferă un anumit disconfort, cu impact ulterior asupra calității vieții. Majoritatea acestora sunt legate de bunăstare [6].

La studierea autoaprecierii stării de sănătate a adolescenților, plângerile sunt caracterizate prin două dimensiuni: somatică (*ex: dureri de cap, dureri de spate*) și psihologică (*ex: nervozitate, iritabilitate*), ce pot avea diferite etiologii [7].

O prevalență în creștere a plângerilor fizice, cum ar fi durerile de cap, gât, spate și umăr, a fost raportată anume în rândul adolescenților [8].

Sănătatea mintală este determinată de o rețea largă și diversificată de factori individuali (*ex.: genetica, stilul de viață, psihica*), (*ex.: structura familiei, prieteni, izolare*), sociali și cei legați de comunitate (*ex.: educația, ocuparea forței de muncă*), demografici (vârsta, sexul și originea etnică) [9,10].

Adolescenții, în prezent, constituie 20% din populația lumii, iar 85% din ei trăiesc în țările în curs de dezvoltare [11].

Asocierea dintre sărăcie și sănătatea mintală pare a

avea un caracter universal, care apare în toate societățile, indiferent de nivelul lor de dezvoltare [12].

Scopul studiului este autoaprecierea stării de sănătate la nivelul diferitor sisteme de organe, în rândul elevilor din clasele liceale (IX – XII – a) atât din mediul rural, cât și din cel urban, din Republica Moldova.

Materiale și metode. Cercetările au fost efectuate în cadrul Laboratorului “Sănătatea copiilor și adolescenților” a Centului de Sănătate Publică din Chișinău. S-au utilizat metode tradiționale de prelucrare a datelor și metoda anchetării prin chestionar. Este un studiu extensiv desfășurat cu caracter static. Au fost chestionați elevi din clasele liceale (IX – XII – a), în mediul rural – 742 elevi (fete – 419, băieți – 323) din licee cu predare în limba română; în mediul urban 466 elevi (fete – 249, băieți – 217) din licee cu predare în limba română și 416 de elevi (fete - 211, băieți - 205) - din licee cu predare în limba rusă. Întrebările adresate elevilor au fost de tip închis, ele conțin plângeri specifice sistemelor de organe.

Rezultate și discuții. Primul sistem evaluat la elevi, pentru autoaprecierea stării de sănătate personală, a fost sistemul nervos vegetativ, sistemul de coagulare a sângelui, funcționalitatea inimii, sistemul endocrin la care - 604 (81,4%) elevii din mediul rural au prezentat plângeri. Dintre cei care au acuzat plângeri, cele mai frecvente au fost: extenuarea (oboseala) – 32,8% (198), cefaleea (dureri de cap) – 28,5% (172), înțepături în regiunea inimii – 28,0% (169). Însă din mediul urban, în liceele cu predare în limba română - 373 (80,0%), dintre cele mai frecvente fiind: extenuare (oboseală) – 45,0% (168), iritabilitate (nervozitate) – 31,1% (116), cefalee (dureri de cap) – 28,4% (106). Din mediul urban - 349 (83,9%) de elevi, din licee cu predare în limba rusă, cele mai frecvente plângeri au fost: iritabilitate (sunteți iritat, nervos?) – 39,3% (137), cefalee (dureri de cap) – 38,1% (133), slăbiciune – 29,5% (103).

La capitolul acuzelor sistemului gastro-intestinal, 551 (74,3%) elevi din mediul rural acuză plângeri ce țin de senzații subiective. Cele mai frecvente sunt: scăderea poftei de mâncare – 60,9% (336), greața – 34,1% (188), pirozismul (arsură la stomac) – 25,6% (141). În cazul plângerilor abdominale, 569 (76,7%) elevi din mediul rural atestă prezența lor. Printre cele mai frecvente se enumeră: dureri periodice – 37,9% (216), dureri pe nemâncate – 31,3% (178), dureri postprandiale (după luarea mesei) – 18,3% (104). Însă elevii din mediul urban, cu predare în limba română – 315 (67,6%) au cele mai frecvente senzații subiective ca: scăderea poftei de mâncare – 56,2% (177), greață – 38,7% (122), pirozism (arsură la sto-

mac) – 33,7% (106). Iar, 347 (74,5%) elevi acuză plângeri abdominale, cele mai frecvente fiind: dureri periodice – 44,4% (154), dureri pe nemâncate – 34,6% (120), xerostomie (uscăciune în gură) – 19,6% (68). Elevii din mediul urban, cu predare în limba rusă au afirmat prezența plângerilor subiective a tractului gastro-intestinal în număr de 312 (75,0 %), cele mai frecvente fiind: greața – 58,3% (182), scăderea poftei de mâncare – 47,1% (147), pirozis (arsură la stomac) – 41,3% (129). Plângeri abdominale au acuzat - 318 (76,4%) elevi, cele mai dese au fost: dureri periodice – 39,9% (127), dureri în epigastru (în regiunea stomacului) – 26,1% (83), diaree (scaune lichide frecvente) – 25,8% (82).

Afirmă prezența dereglărilor ciclului menstrual - 371 (88,5%) eleve din mediul rural, printre cele mai frecvente au fost: menstruații dureroase – 39,4% (146), ciclul menstrual neregulat – 35,6% (132), menstruații cu durata până la 3 zile – 25,1% (93). În liceele din mediul urban, cu predare în limba română - 200 (80,3%) eleve au acuzat dereglări ale ciclului menstrual, cele mai frecvente fiind ciclul menstrual neregulat – 46,5% (93), menstruații dureroase – 37,5 (75), menstruații cu durata până la 3 zile – 21,5% (43). Din mediul urban 181 (85,9%) eleve din liceele cu predare în limba rusă au afirmat că au dereglări ale ciclului menstrual, cele mai dese fiind: ciclul menstrual neregulat – 49,7% (90), menstruații dureroase – 40,3% (73), menstruații cu durata de peste 7 zile – 18,8% (34).

La nivelul sistemului respirator - 616 (83,0%) elevi din mediul rural, au afirmat că prezintă acuze, printre cele mai frecvente: tuse periodică – 43,5% (268), tuse uscată – 35,9% (221), senzație neplăcută de „zgârie” în gât – 34,7% (214). Elevii din mediul urban, cu predare în limba română - 363 (77,9 %) au acuzat plângeri, cele mai frecvente fiind: tuse uscată – 43,3% (157), tuse periodică – 38,3% (139), senzație neplăcută „zgârie” în gât – 33,6% (122), iar în liceele cu predare în limba rusă, din mediul urban 342 (82,2%) elevi au avut plângeri, cele mai dese fiind: tuse periodică – 43,9% (150), tuse uscată – 41,5% (142), tuse cu eliminarea de spută în cantități mici (tuse „umedă”) – 34,2% (117).

La întrebările cu referire la acuzele legate de sistemul osteo-articular și muscular 445 (59,9%) elevi din mediul rural, au afirmat că au dureri în articulații, care se intensifică la mișcări. Cele mai frecvente acuze fiind: dureri în articulațiile genunchiului – 55,9 % (249), dureri în articulația umărului – 28,9% (129) și 26,1% (116) – au dureri în articulațiile radio-carpiane. La această întrebare, 249 (53,4%) elevi din mediul urban, cu predare în limba română, au cele mai dese plângeri în articulațiile genunchiului – 68,9% (174), în articulațiile umărului – 22,1% (55), în articulațiile mâinii – 19,3% (48). Și 223 (53,6%) elevi din licee cu predare în limba rusă din mediul urban, au acuzat cele

mai frecvente plângeri în articulațiile genunchiului – 69,5% (155), dureri în articulația umărului – 31,8% (71), în articulațiile mâinii – 19,3% (43). Acuză dureri în regiunea articulațiilor mici ale mâinii: 299 (40,3%) elevi din mediul rural, 125 (26,8%) elevi din mediul urban cu predare în limba română și 134 (32,2%) elevi din liceele cu predare în limba rusă. Acuză dureri în regiunile unor grupe de mușchi 497 (66,9%) elevi din mediul rural, cele mai dese regiuni fiind: în mușchii spatelui – 63,6% (316), gâtului – 22,5% (112), regiunea lombară (a șalelor) – 19,3% (96). Din liceele din mediul urban cu predare în limba română 270 (57,9 %) elevi au acuzat dureri musculare, cele mai dese localizări fiind: în mușchii spatelui – 64,4% (174), ale gâtului – 28,1 (76), ale membrelor inferioare – 19,3% (52). Din mediul urban 320 (76,9%) elevi din liceele cu predare în limba rusă au acuzat dureri musculare, cele mai problematice regiuni fiind: mușchii spatelui – 52,5 % (168), ale membrelor inferioare – 52,2% (167), ale gâtului – 36,9% (118).

Pentru a scoate în evidență problemele la nivel de inervație și vascularizare periferică, a fost pusă întrebarea: „Aveți senzații neplăcute sau dureri surde, chinuitoare continuu în regiunea...?”. Astfel, s-a constatat că - 349 (47,0%) elevi din mediul rural prezintă acuze, cele mai frecvente fiind: senzație de „furnicături”, de „răcire”, de „sensibilitate la frig”, sau „amortire” ale următoarelor regiuni: mâinile – 34,4% (120), labei picioarelor – 34,4% (120), membrele inferioare – 28,4% (99). Din mediul urban din liceele, cu predare în limba română, au acuzat plângeri 156 (33,5%) elevi, dintre cele mai dese au fost: paliditatea bruscă a pielii mâinilor la frig – 31,4% (49), senzație de „furnicături”, de „răcire”, de „sensibilitate la frig”, sau „amortire” în următoarele regiuni: a labei picioarelor – 28,8% (45), a membrelor inferioare – 26,3% (41). Din mediul urban 210 (50,5%) elevi din liceele cu predare în limba rusă au acuzat plângeri, cel mai dese fiind: membrele inferioare – 39,0% (82), senzație de „furnicături”, de „răcire”, de „sensibilitate la frig”, sau „amortire” în următoarele regiuni: membrele inferioare – 32,4% (68), membrele superioare – 30,5% (64).

Au prezentat plângeri referitor la afecțiunile oculare și a anexelor 480 (64,7%) elevi din mediul rural, cele mai frecvente fiind: lacrimația – 55,8% (268), senzație de „istovire și oboseală” după lucru la calculator – 27,9% (134), fotofobie (dureri în ochi la lumină puternică) – 18,8% (90). Au afirmat plângeri 289 (62,0%) elevi din mediul urban, cu predare în limba română, cele mai dese: lacrimația – 43,6% (126), senzație de „istovire și oboseală” după lucru la calculator – 36,3% (105), înrăutățirea capacității de a vedea în depărtare – 29,1% (84). Iar din liceele cu predare în limba rusă, din mediul urban 246 (59,1%) elevi au acuzat plângeri, cele mai dese fiind: înrăutățirea capacității de a vedea în depărtare – 40,7% (100), lacrimația – 31,7% (78), senzație de „istovire și oboseală”

după lucru la calculator 23,2% (57). La întrebarea: „Aveți dureri surde în regiunea?...”, au răspuns afirmativ 311 (41,9%) elevi din mediul rural: la nivelul frunții – 46,6% (145), în regiunea ochilor – 44,7% (139) și în regiunea parietală (creștet) – 18,6% (58). Din mediul urban, din liceele cu predare în limba română, 126 (27,0%) au acuzat plângeri, cele mai frecvente au fost: dureri în regiunea frunții – 45,2% (57), a ochilor – 44,4% (56), parietală (creștet) – 22,2% (28). Iar din liceele cu predare în limba rusă din mediul urban 113 (27,2%) elevi au acuzat plângeri, cele mai des fiind: dureri în regiunea ochilor – 48,7% (55), frunții – 43,4% (49), parietală (creștet) – 29,2% (33).

De asemenea, acuză plângeri legate de problemele dermatologice: 337 (45,4%) elevi din mediul rural, cele mai frecvente fiind: uscăciunea pielii – 62,3% (210), prurit (mâncărimea pielii) – 20,8% (70), senzație „de arsură, de căldură” a pielii – 13,9% (47). Elevii din liceele cu predare în limba română, din mediul urban, au acuzat plângeri 171 (36,7%) elevi, cele mai dese au fost: uscăciune pielii – 73,1% (125), hiperemia (înroșirea) pielii – 18,1% (31), prurit (mâncărimea pielii) – 15,8% (27). Iar din liceele cu predare în limba rusă din mediul urban 169 (40,6%) elevi au acuzat plângeri, cele mai dese au fost: uscăciune pielii – 55,0% (93), descuamarea pielii (pielea se macină) – 40,8% (69), hiperemia (înroșirea) pielii – 21,3% (36). Semne obiective dermatologice prezintă 325 (43,8%) elevi, cele mai frecvente au fost: căderea părului – 76,3% (124), deformarea unghiilor – 37,5% (122), fisuri („crăpături”) – 30,8% (100). Din mediul urban 148 (49,3%) elevi din licee cu predare în limba română, au acuzat plângeri, cele mai frecvente au fost: căderea părului – 49,3% (73), fisuri („crăpături”) – 28,4% (42), deformarea unghiilor – 26,4% (39). Din liceele cu predare în limba rusă, din mediul urban 111 (26,7%) elevi au afirmat că prezintă plângeri dermatologice obiective, cele mai frecvente fiind: căderea părului – 42,3% (47), fisuri („crăpături”) – 32,4% (36), deformarea unghiilor – 27,0% (30).

Concluzii:

1. Cele mai multe plângeri s-au înregistrat la nivelul sistemelor: genito-urinar (80,9% - 88,5%), sistemul nervos central (80,0% - 83,9%), sistemul respirator (77,9% - 83,0%).

2. La nivelul sistemului nervos central, cele mai frecvente plângeri au fost: extenuarea (oboseala) și iritabilitatea.

3. Cele mai frecvente plângeri subiective ale tractului gastro-intestinal au fost: scăderea poftei de mâncare și greața, iar ce ține de plângerile abdominale - durerile periodice.

4. La nivelul sistemului genito-urinar și anume plângerile legate de ciclul menstrual, cele mai dese au fost: menstruații dureroase și ciclul menstrual neregulat.

5. La nivelul sistemului respirator cele mai frecvente acuze au fost: tuse periodică și tuse uscată.

6. La nivelul sistemului osteo – articular, cele mai problematice articulații au fost: durerile în articulația genunchiului; iar ce ține de acuzele la nivelul articulațiilor mici ale mâinii: la nivelul degetelor mâinii. Referitor la sistemul muscular, cele mai multe plângeri au fost față de grupul de mușchi ai spatelui.

7. Cele mai frecvente acuze legate de inervație și vascularizare periferică au fost: senzație de „furnicături”, de „răcire”, de „sensibilitate la frig”, sau „amortire” ale următoarelor regiuni: labei picioarelor și paliditatea bruscă a pielii mâinilor la frig.

8. Cele mai frecvente plângeri la organul vizual și anexelor sale au fost: lacrimația și înrăutățirea capacității de a vedea în depărtare. Iar ce ține de dureri surde ale unor regiuni anatomice, cele mai dese au fost cele de la nivelul frunții și celei din regiunea ochilor.

9. Cea mai frecventă problemă subiectivă dermatologică a fost - uscăciunea pielii, iar cele mai dese semne obiective au fost: căderea părului și fisurile („crăpături”).

Bibliografie

1. Всемирная Организация Здравоохранения. 10 факторов о здоровье подростков. <http://wbo.inf./features/factfi/les/adolescent.health.html>.

2. The Reproductive Health of Adolescents: A strategy for action, A Joint WHO/UNFPA/UNICEF Statement. 1989, World Health Organization, Geneva.

3. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, Rohde LA, Srinath S: Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*. 2011, 378: 1515-1525. 10.1016/S0140-6736(11)60827-1.

4. Falbo GH, Buzzetti R, Cattaneo A: Homicide in children and adolescents: a case-control study in Recife, Brazil. *Bulletin of the World Health Organization*. 2001, 79: 2-7.

5. Cazacu-Stratu Angela. Estimarea igienică a condițiilor de instruire și habituale ale elevilor cu afecțiuni cronice respiratorii. Autoref. tezei de dr. în med. Chișinău, 2011.

6. Levin KA, Currie C, Muldoon J. Mental well-being and subjective health of 11- to 15-year-old boys and girls in Scotland, 1994–2006. *Eur J Public Health*. 2009;19(6):605–10.

7. Hetland J, Torsheim T, Aarø LE. Subjective health complaints in adolescence: dimensional structure and variation across gender and age. *Scand J Public Health*. 2002;30(3):223–30.

8. Hakala P, Rimpela A, Salminen JJ, Virtanen SM, Rimpela M: Back, neck, and shoulder pain in Finnish adolescents: national cross sectional surveys. *British Medical Journal*. 2002, 325 (7367): 743-745. 10.1136/bmj.325.7367.743.

9. Fisher M, Baum F: The social determinants of mental health: implications for research and health pro-

motion. Aust N Z J Psychiatry. 2010, 44: 1057-1063.10.3109/00048674.2010.509311.

10. Fryers T, Melzer D, Jenkins R: Social inequalities and the common mental disorders: a systematic review of the evidence. Soc Psychiatry Epidemiol. 2003, 38: 229-237. 10.1007/s00127-003-0627-2.

11. Blum RW, Nelson-Mmari K: The Health of Young People in a Global Context. J Adolesc Health.

2004, 35: 402-418.

12. WHO: Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice: Summary Report/A Report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) and the University of Melbourne. 2004, Geneva: World Health Organization.

© Palii Ina, Eșanu Veronica

Palii Ina, Eșanu Veronica
SINDROMUL METABOLIC LA COPII

*IMSP Institutul Mamei și Copilului (Director – dr. șt. med., conf. univ. S. Gladun)
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu" (rector – acad. AȘM Ion Ababii)*

SUMMARY

METABOLIC SYNDROME IN CHILDREN

Keywords: Metabolic Syndrome, arterial hypertension, T2D.

The Metabolic Syndrome (MS) is a notion that has been recently accepted in paediatrics, being submitted to many controversies. The MS presupposes a group of risk factors, including: central obesity, atherogenic dyslipidemia, arterial hypertension and a high-glycemic load.

The main criteria used in diagnosing MS in the paediatric population are proposed by WHO (1999), NCEP-ATP III (2001), I DPAIA (2005) and IDF (2007). The diversity of criteria for each of the risk factors characterising MS makes it difficult to determine its unitary, overall prevalence. A simple definition of MS, a diagnostic tool in the clinical practice, which could be used comparatively easily in any country by any medical practitioner in order to identify the persons with an increased risk in developing type 2 diabetes (T2D), and other associated diseases is necessary.

РЕЗЮМЕ

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ

Ключевые слова: метаболический синдром, артериальная гипертензия, диабет 2 типа.

Метаболический синдром (МС) представляет собой недавно принятой концепцией в педиатрии и является предметом многочисленных споров. Метаболический синдром включает в себя группу факторов риска, которые включают: ожирение, дислипидемия, артериальная гипертензия и высокий уровень глюкозы в крови.

Разнообразие критериев каждого из факторов риска используемые для диагностики МС среди детей, предложенные ВОЗ (1999), NCEP-ATP III (2001), I DPAIA (2005) и IDF (2007), затрудняют установление единой распространенности и глобальный характер МС. Разрабатывание алгоритма ранней диагностики среди детей, приведет к снижению заболеваемости и смертности от сахарного диабета (СД) и сердечно-сосудистых заболеваний.

Introducere. Subiectul sindromul metabolic (SM) la copii reprezintă o temă care suscită, mai ales în ultimii ani, tot mai mult interes, atât din partea personalului medical, a cercetătorilor, cât și din partea populației.

Acest sindrom este considerat în prezent o serioasă problemă de sănătate publică pretutindeni în lume. Importantele consecințe fizice și psihologice, costurile enorme asociate și dificultățile întâmpinate în cursul tratamentului indică în mod clar necesitatea prevenți-

ei ca țintă de sănătate publică. Creșterea alarmantă și aparentă refractaritate a SM la copii au pus în lumină importanța identificării factorilor care contribuie la instalarea acestuia în cadrul populației pediatrice, în mod particular în grupurile cu risc crescut [1].

Diagnosticul precoce, tratamentul și prevenția acestuia au devenit o adevărată provocare pentru sistemul sănătății publice la nivel global [2].

Date epidemiologice. Prevalența în cadrul populației pediatrice variază în funcție de diferiți autori, de la 4 până la 28,7% în populația generală și semnificativ mai mare în rândul subiecților cu obezitate. Comparativ cu adulții, prevalența SM la copii este scăzută (3-4%), dar 89% dintre copiii supraponderali au cel puțin o componentă a SM, iar 65% au deja 2 componente [3].

Conceptul de sindrom metabolic (SM) la copii, deși controversat, continuă să câștige în acceptare, fiind considerată una din cele mai importante cauze de morbiditate și mortalitate cardiovasclară [4].

O meta-analiză a studiilor populaționale ample efectuate, demonstrează că SM determină o creștere cu 27-37% a riscului de mortalitate totală și cu 65-93% a riscului de boală cardiovasculară [5].

Criterii de definire a sindromului metabolic la copii. La moment sunt numeroase discuții legate de definirea, valorile de referință și de importanța diagnosticării sindromului metabolic la copii. În pofida numărului relativ mare de studii efectuate în domeniul dat, nu s-au putut determina cu certitudine parametrii și valorile de referință care să-l definească la această grupă de vârstă. Eforturile actuale se îndreaptă spre uniformizarea definițiilor deja existente cu propunerea unor mijloace de diagnostic unanim recunoscute. Acest lucru va duce la o estimare mult mai corectă a frecvenței SM și va face mai ușoară comparația între diferite grupuri populaționale [6, 7].

SM constituie un cluster de dereglări severe și se atestă în cazul când sunt prezente cel puțin 3 din următoarele: insulinorezistența (IR), obezitatea abdominală, dislipidemia și hipertensiunea arterială (HTA). La complexul descris pot fi adăugate starea protrombotică și cea proinflamatorie, steatoza hepatică non-alcoolică și apneea de somn. Totuși, până în prezent nu sunt identificate completamente toate elementele constitutive [8].

Principalele criterii utilizate în cadrul populației pediatrice sunt cele propuse de WHO (World Health Organization, 1999), NCEP (National Cholesterol Education Program - Adult Treatment Panel III, 2001), I DPAIA (Guidelines for the Prevention of Atherosclerosis in Childhood and Adolescence, 2005), IDF (International Diabetes Federation, din 2005 cu actualizările ulterioare în 2007 și 2009).

În absența unei definiții standardizate pentru vârsta pediatrică, cel mai frecvent utilizate sunt criteriile IDF (International Diabetes Federation) repartizate pe grupe de vârstă (6-10 ani, 10-16 ani și peste 16 ani), conform cărora obezitatea abdominală este un criteriu obligatoriu, la acesta adăugându-se două din următoarele: trigliceride serice crescute, scăderea HDL colesterolului, creșterea glicemiei à jeun, precum și valori crescute ale tensiunii arteriale. La grupa de vârstă 6-10 ani, sindromul metabolic nu se poate diagnostica, dar se recomandă monitorizare periodică dacă sunt prezente antecedente heredo-colaterale de sindrom metabolic, diabet zaharat tip II, dislipidemie, boli cardiovasculare, hipertensiune și/sau obezitate. Fiecare element definitoriu al sindromului metabolic reprezintă un factor major de risc pentru bolile cardiovasculare și diabetul zaharat tip II. Identificarea precoce, în copilărie a sindromului metabolic și instituirea tratamentului prin schimbarea stilului de viață va permite prevenirea apariției comorbidităților obezității la vârsta adultă [10].

Tabelul 1.

Consensul IDF pentru diagnosticul SM la copii

Vârsta (ani)	Circumferința abdominală (CA)	Tensiunea arterială (TA)	Glicemia	Trigliceride	HDL-colesterol
6-<10	≥ percentila 90	Nu se stabilește diagnosticul de SM, dar toți acești parametri vor fi determinați și urmăriți, în special la cei cu istoric familial de SM, DZ tip II, dislipidemie, boli cardiovasculare, HTA și/sau obezitate.			
10-<16	≥ percentila 90	-sistolice ≥ 130 mmHg -diastolice ≥ 85 mmHg	≥5,6 mmol/l *la cei cu istoric familial de DZ tipII se recomandă TTGO	≥1,7 mmol/l	<1,03 mmol/l
>16	Se utilizează criteriile IDF pentru adulți: Circumferința abdominală (caucazieni) > 94 cm băieți, > 80 cm la fetețe + oricare două din următoarele: <ul style="list-style-type: none"> • Trigliceride ≥ 1,7 mmol/l; • HDL-colesterol < 1,03 mmol/l la bărbați și <1,29 mmol/l la femei; • Tensiunea arterială sistolică ≥ 130 mmHg, • Tensiunea arterială diastolică ≥ 85 mmHg; • Alterarea glicemiei à jeun. 				

Factori de risc cardiovasculari moderni asociați sindromului metabolic la copii. Țesutul adipos epicardial este un organ metabolic activ, care generează diverse molecule biologice active și poate să afecteze semnificativ funcția și morfologia cardiacă, având și rol cheie în dezvoltarea SM. Actualmente, grosimea țesutului adipos epicardial se consideră a fi un marker nou al adipozității viscerale. În literatură se discută validarea unei noi metode de evaluare a acestuia și anume aprecierea ecocardiografică - un indicator imagistic simplu și sigur de elucidare a relației cu datele clinico-paraclinice și parametrii cardiaci. Cercetările recente confirmă că grosimea țesutului adipos epicardial este crescută la pacienții cu SM și independent de alți factori se asociază cu disfuncția diastolică și sistolică a miocardului VD (fie studiată prin Doppler tisular, sau prin 2D speckle tracking). De asemenea, corelează cu masa miocardului ventriculului stâng, dimensiunile VD și dilatarea biatrială [11, 12].

În cadrul SM se produc și modificări structurale vasculare. Pentru evaluarea gradului de afectare a peretului vaselor sanguine, se apreciază grosimea intimă-medie (IMT, intima-media thickness). Există tot mai multe studii care susțin corelația dintre IMT crescută și nivelurile înalte ale tensiunii arteriale sistolice și diastolice, hipercolesterolemie și obezitate. La copii există puține lucrări privind valorile grosimei intimă-medie, în special la cei cu sindrom metabolic. Se admite ca valoarea normală a grosime de până la 0,4 mm [13].

Prevenirea și managementul terapeutic al sindromului metabolic la copii. În ceea ce privește tratamentul SM la copii nu există încă agenți farmacologici cu țintă specifică mecanismul fiziopatologic al sindromului metabolic. Actualmente, tratamentul sindromului metabolic constă dintr-o serie de agenți farmacologici utilizați pentru reducerea și menținerea sub control a multiplelor anomalii din cadrul acestuia (rezistența la insulină, hiperglicemia, hipertensiunea arterială, dislipidemia aterogenică), rezultând practic o polipragmazie. Farmacoterapia poate fi inclusă, dacă siguranța sa a fost demonstrată în mod clar [14].

IDF recomandă ca și măsură de prevenție primară a SM un stil de viață sănătos. Academia Americană de Pediatrie recomandă ca și metode de prevenție a SM încurajarea alimentației naturale în perioada de sugar, promovarea unor obiceiuri alimentare sănătoase, exerciții fizice și evitarea sedentarismului. Un efect terapeutic adițional se obține prin educație terapeutică, care are ca scop de „a împuternici” persoana să preia asupra ei o parte din îngrijirea bolii. Educația trebuie înfăptuită de persoane specializate antrenate în acest proces - echipă terapeutică.

Concluzii

1. Sindromul metabolic reprezintă o problemă de actualitate prin creșterea alarmantă a prevalenței în rândul copiilor, precum și prin prisma complexității

mecanismelor fiziopatologice, multiplelor variante posibile de asocieri a componentelor clinice cu un risc crescut de a genera diverse complicații la etapa de adult.

2. Diagnosticul precoce al factorilor de risc asociați sindromului metabolic la copii va facilita identificarea acestuia la etapa preclinică, cu reducerea riscului de invalidizare precoce și a deceselor premature.

3. Schimbarea stilului de viață reprezintă principala metodă de profilaxie și tratament a sindromului metabolic la copii.

4. Managementul corespunzător al sindromului metabolic la copii oferă posibilitatea de a reduce riscul pentru instalarea diabetului zaharat tip 2, bolilor cardiovasculare și altor afecțiuni asociate.

Bibliografie

1. Paul C., Velea I., Tămășan I. Sindromul metabolic la copil *Revista Română de Pediatrie*, 2011, vo. LX, nr.3 p. 281.

2. Irina Cabac-Pogorevici, Corelația parametrilor Doppler renal cu leziunile subclinice de organ la pacienții cu sindrom metabolic, Conferința științifică anuală a colaboratorilor și studenților, Chișinău, 2014, p 263.

3. Э.Ш. Алымбаев, Б.А. Онгоева, Ф.Б. Исакова, Н.Н. Кушубекова Распространенность метаболического синдрома среди детей и подростков с ожирением, *Вестник КPCY*, 2014, Том 14, № 5, с. 15-17.

4. Ramos F., Baglivo HP, Ramirez AJ., Sánchez R., The metabolic syndrome and related cardiovascular risk, *Current Hypertension Reports*, 2001, vol. 3, p. 100-106.

5. Grundy S.M. et al. Definition of metabolic syndrome. Report of the National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association conference on scientific issues related to definition. *Circulation*, 2004, vol.109, nr.3, p. 433-438.

6. Chen W., Bao W., Begum S., Elkasabany A., Srinivasan SR, Berenson GS., Age-related patterns of the clustering of cardiovascular risk variables of syndrome X from childhood to young adulthood in a population made up of black and white subjects: the Bogalusa Heart Study. *Diabetes*, 2000, vol. 49, p.1042-1048.

7. Poiac M., Brega D., Popaet I., Sindromul metabolic la copil și adolescent – factor de risc cardiovascular la adult. *Revista Română de Pediatrie* 2009, vol. LVIII, nr. 3, p. 330.

8. Alberti K.G., Zimmet P., Swaw J., Metabolic syndrome: a new world-wide definition: a consensus statement from the international diabetes federation. *Diabetes Med* 2006; vol. 23, p. 69-480.

9. Zimmet P, Kaufman F. Tajimad N. et al. The metabolic syndrome in children and adolescents – an IDF consensus report. *Pediatric Diabetes*, 2007, vol 8, p. 299–306.

10. Silveira LS, Buonani C, Monteiro PA , et al., Metabolic Syndrome: Criteria for Diagnosing in Children and Adolescents, 2013, vol 2, p.2-5.

11. Ecaterina Sedaia, Relația dintre grosimea țesutului adipos epicardial și disfuncția Subclinică a ventriculului drept la pacienți cu sindrom metabolic, Culegere de rezumate științifice ale studenților, rezidenților și tinerilor cercetători, Chișinău, 2015, p.197.

12. G. Iacobellis, Campo E, Salayar J, et. al. Echocardiographic Epicardial Adipose Tissue Is Related to Anthropometric and Clinical Parameters of Metabolic Syndrome: A New Indicator of Cardiovascular Risk, Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, december 2003, vol. 88, nr.11, p. 5163–5168.

13. Reinehr T., Wunsch R., Pütter C., Scherag A. Relationship between Carotid Intima-Media Thickness and Metabolic Syndrome in Adolescents The Journal of Pediatrics, 2013 vol.163, nr.2, p.327-332.

14. Anton-Păduraru D.T., Drochioi A.S., Teslariu O., Sindromul metabolic la copil și adolescent – aspecte clinico-fiziopatologice, Iași, 2015, p.22.

15. Poiac M., Brega D., Popaet I., Sindromul metabolic la copil și adolescent – factor de risc cardiovascular la adult. Revista Română de Pediatrie 2009, vol. LVIII, nr. 3, p. 330.

© Șalaru Virginia, Zarbailov Natalia, Ciubotaru Victoria, Comendant Rodica

Șalaru Virginia, Zarbailov Natalia, Ciubotaru Victoria, Comendant Rodica
**OBȚINEREA SERVICIILOR DE PLANIFICAREA FAMILIALĂ DE CĂTRE FEMEILE TINERE ÎN VÂRSTA
CUPRINSĂ ÎNTRE 25 ȘI 30 ANI**

*Catedra Medicina de Familie a IP USMF “Nicolae Testemițanu”
Centrul Sănătatea Reproducerii și Genetică Medicală, IMSP Institutul Mamei și Copilului
Catedra Obstetrică și Ginecologie a IP USMF “Nicolae Testemițanu”
Centrul de Instruire în Domeniul Sănătății Reproductive (CIDSR)*

SUMMARY

OBTAINING FAMILY PLANNING SERVICES BY YOUNG WOMEN AGED BETWEEN 25 AND 30 YEARS

According to WHO the youth is in the range of age from 16 to 24 years, and according to the Moldovan legislation includes young people aged 14 to 30 years. The country currently operates 37 centers for youth-friendly health services that provide free services in the field of reproductive health care for adolescents and young people, but women aged 25 to 30 years old do not use these services. The purpose of the study was to identify the characteristics of getting information and services on family planning in women of this age group. The study was conducted with the participation of 61 women aged 18 to 52 years from 12 districts. The result of the study showed that women 25-30 years old, as well as other categories, prefer to receive information and services from a gynecologist, but also apply to other medical and social workers. Most often they use a permanent method of contraception, but do not have access to free contraception, as well as a woman of the younger age group.

РЕЗЮМЕ

ПОЛУЧЕНИЕ УСЛУГ ПО ПЛАНИРОВАНИЮ СЕМЬИ МОЛОДЫМИ ЖЕНЩИНАМИ В ВОЗРАСТЕ ОТ 25 ДО 30 ЛЕТ

Согласно ВОЗ молодежь находится в диапазоне возраста от 16 до 24 лет, а согласно законодательству Молдовы включает молодых людей в возрасте от 14 до 30 лет. В стране в настоящее время действует 37 центров по оказанию медицинских услуг дружественных молодежи, предоставляющих бесплатные услуги в области охраны репродуктивного здоровья подросткам и молодежи, но женщины в возрасте от 25 до 30 лет не пользуются этими услугами. Цель исследования состояла в выявлении особенностей получения информации и услуг по планированию семьи женщинами данной возрастной группы. Исследование проведено при участии

61 жєницинь в возрастє от 18 до 52 лет из 12 местностей. Результат исследования показал, что жєницинь 25-30 лет, как и другие категории, предпочитают получать информация и услуги от гинеколога, но также обращаются к другим медицинским и социальным работникам. Чаще всего они пользуются постоянным методом контрацепции, но не имеют доступа к бесплатной контрацепции, впрочем как и жєницинь из младшей возрастной группы.

Actualitatea temei. Planificarea familială (PF) conform definiției OMS reprezintă capacitatea persoanei sau cuplului de a anticipa și de a avea numărul dorit de copii, la momentul ales și la intervalele de timp dintre nașteri pe care le hotărăsc singuri [1]. Provocările actuale pentru sănătatea tinerilor în întreaga lume sunt numeroase și grave, necesitatea de a-și controla propria fertilitate este prezentă probabil la mai mulți tineri decât orice altă problemă de sănătate [2]. Totodată, ponderea majoră a nașterilor în Republica Moldova (RM) și alte țări din regiunea Europa de Est și Asia Centrală corespunde grupului de vârstă a femeilor până la 30 ani [3,4]. Complexitatea prestării serviciilor de PF tinerilor în RM rezultă și din diferența de definiție de caz a tinerilor. Conform clasificării OMS aceștia se încadrează în intervalul de 16-24 ani. În același timp conform legislației RM definiția persoanelor tinere include persoane în vârstă între 14 și 30 ani. În RM la moment funcționează 37 de Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor (CSPT) care prestează servicii gratuite în domeniul Sănătății Reprodusei adolescenților și tinerilor cu vârstă până la 24 ani. Astfel, tinerii între 25 și 30 nu beneficiază de servicii gratuite la CSPT și se deservesc de către medicii de familie și specialiștii din medicina specializată de ambulator ce poate afecta dreptul acestor la servicii și produse de planificare familială.

Scopul studiului a fost identificarea unor caracteristici specifice grupului de femei în vârstă dintre 25 și 30 de ani în obținerea informațiilor și serviciilor de planificare familială.

Materiale și metode. Proiectului „Optimizarea sistemului național de prestare a serviciilor de planificare a familiei” al Ministerului Sănătății s-a desfășurat în perioada 16.03 –27.03.2015. Echipele de evaluatori și-au desfășurat activitatea în 12 localități din Republică, au fost intervievați 61 de beneficiari, dintre care 43 de tineri cuprinși de vârstă de 18-30 ani. Interviuul condus de experți a inclus întrebări cu privire la obținerea serviciilor de planificare familială. Toată informația colectată cu ajutorul chestionarelor dezvoltate de echipa de evaluare a fost introdusă într-o bază de date *Excel* care a facilitat analiza datelor.

Rezultate și discuții. În cercetare au fost incluse 61 femei din 12 localități ale țării, cu vârsta medie 28,77±9,1 ani, cu intervale variaționale de la 18 la 52 de ani. Pentru a efectua sondajul pentru un grup de vârstă limitat între 25 și 30 de ani am divizat respondenții în 3 loturi: lotul 1 tinere cu vârsta 18-24 ani (21 femei), lotul 2 persoane de 25-30 ani (22 femei) și lotul 3 – 18 femei în vârstă peste 30 de ani. Caracteristica generală a loturilor de respondenți este prezentată în Tabelul 1.

Tabel 1.

Caracteristica generală a loturilor de femei intervieuate

Parametri	Lot 1 (≤24 ani)	Lot 2 (25-30 ani)	Lot 3 (≥31)
Numărul de respondenți	21	22	18
Vârsta medie	21,19±2,2	27,8±1,73	39,06±2,27
Utilizează metode de contracepție	9	10	15
Au procurat cîndva contraceptive	12	11	13

Toate participantele la interviuri au afirmat că cunosc noțiuni despre contracepție. De menționat că le consideră importante și necesare în viața cotidiană 88,7% de femei tinere (18-30 ani) și 73,6% femei mai mari de 30 de ani. Totodată, analiza datelor din tabelul 1 ne demonstrează că au raportat utilizarea metodelor contraceptive 83% de femei mai mari de 30 de ani și aproximativ 44% de femei tinere sub 30 de ani, fără diferențe în grupul de femei între 25-30 ani (45%) și mai tinere (43%).

Spectrul cunoscut de metode de contracepție a variat. Cele mai cunoscute metode de contracepție sînt pilulele hormonale și prezervativele – 61 respondenți sau 100% cazuri. Dispozitivele intrauterine sînt cunoscute pentru 48 respondenți (78,7%). Contracepția de urgență a fost menționată de 29 femei (47,5%),

metodele injectabile de 24 femei (39,3%), spermicidele de 20 femei (32,8%) și mai rar a fost menționată sterilizarea voluntară chirurgicală feminină, în doar 18 (29,5%) cazuri. Cu toate acestea majoritatea respondentelor au apreciat nivelul propriu de cunoștințe în domeniul contracepției ca fiind unul mediu – jos. Indiferent de categoria de vârstă, sub sau peste 30 de ani, consideră ca au nivel înalt de cunoștințe despre contracepție doar una din 10 femei, 11,6% și 11,1% respectiv. Diferențele în utilizarea diferitor metode contraceptive sunt reflectate în Figura 1.

Atrage atenția că femeile de 25-30 de ani aproape în mod egal utilizează pilule, DIU și prezervative ca metodă de contracepție. Pe cînd persoanele sub 24 ani mult mai frecvent utilizează prezervativele, urmate de DIU și

pilule, de asemenea apelează la contracepția de urgență. Am putea presupune că tinerele sub 24 de ani au o vigoare mai mare pentru infecții cu transmitere sexuală.

Peste 50% dintre participantele la interviu am menționat că procură metodele de contracepție, în

majoritatea cazurilor de la farmacie (peste 80%). De menționat că tinerii de sub 24 de ani au apelat la medicul de familie și la ginecolog pentru a obține o metodă de contracepție (Figura 2).

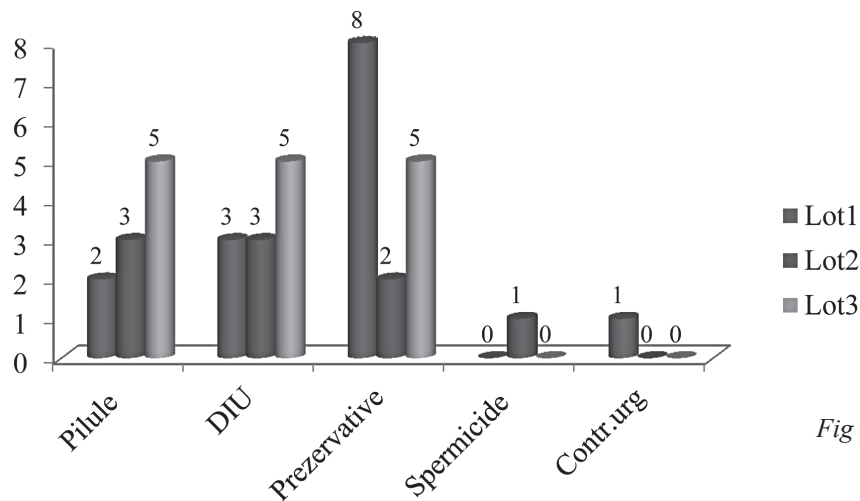


Fig. 1. Metodele de contracepție utilizate de femei din diferite loturi.

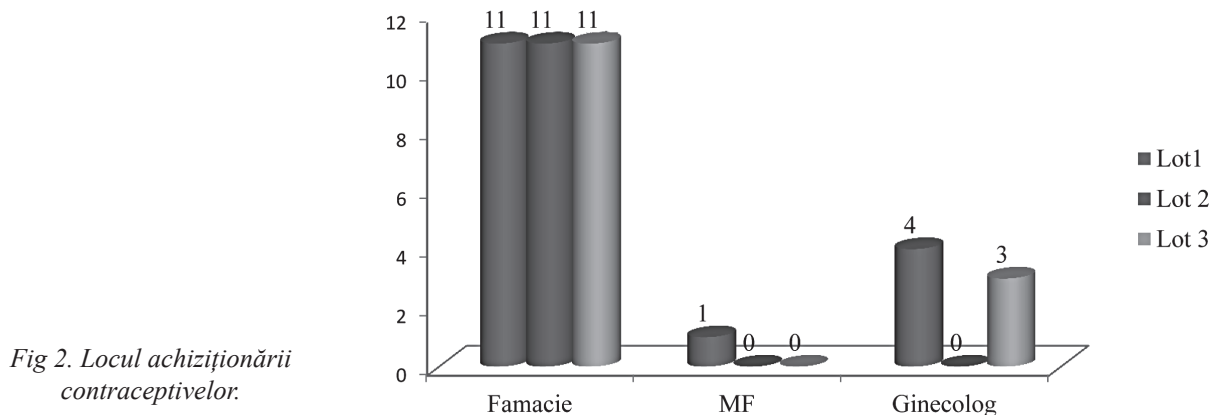


Fig. 2. Locul achiziționării contraceptivelor.

Din totalul de persoane participante în sondaj, majoritatea au considerat prețurile la metodele de contracepție ca fiind potrivite, dar exista o categorie importantă de beneficiari, din toate loturile pentru care aceste prețuri sunt mari și foarte mari (31,4%) (Figura 3). În acest context am evaluat dacă femeile chestio-

nate au primit cândva metode de contracepție gratuit la medicul de familie, ginecologul din Centrul de Sănătatea Reproduserii sau CSPT. Au primit contracepție gratuită 28 dintre beneficiarii intervievați dintre aceștia 5 cu vârsta peste 30 de ani și 23 din grupul tinerilor, (sub 24 de ani).

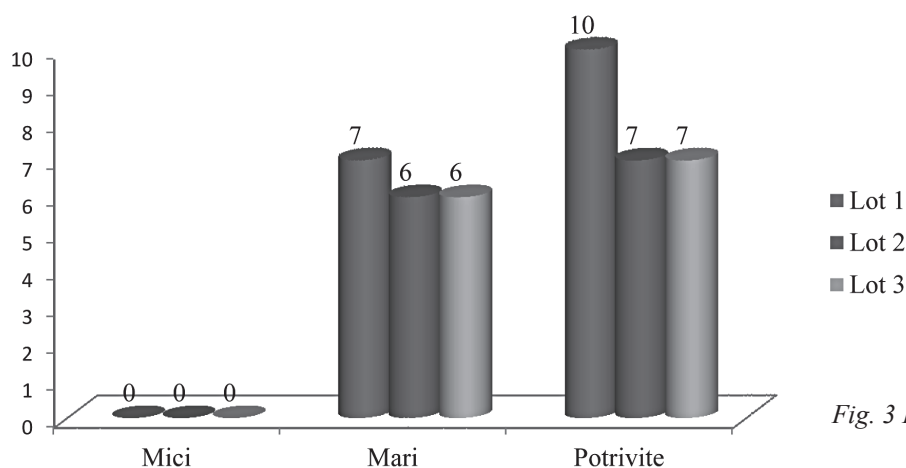


Fig. 3 Percepția prețurilor la produse contraceptive.

Evaluarea beneficiarilor a presupus și determinare sursei de informație și consiliere a metodele de contracepție (Figura 4 și Figura 5). Astfel toate femeile preferă adresarea la ginecolog și ca alternativă la medicul de familie. Femeile de 25-30 de ani au apelat și la asistenți medicali și asistenți sociali.

Locul obținerii acestei consultații pentru pacientele sub 24 de ani este cel mai apropiat centru de sănătate, inclusiv centrul medicilor de familie, aceleași preferințe le au și femeile de 25-30 de ani, pe când femeile de peste 30 de ani ar solicita vizita la un cabinet specializat sau spital (Figura 6).

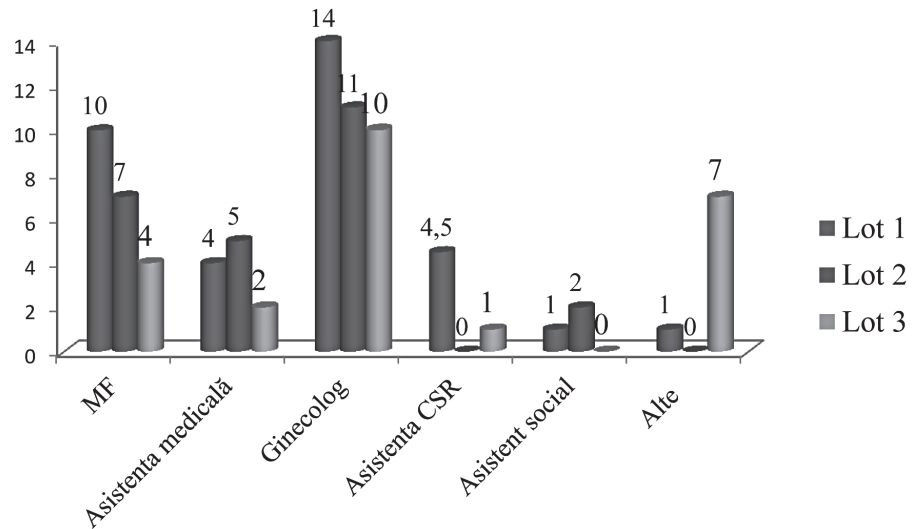


Fig 4. Cine a oferit informația despre metoda de contracepție.

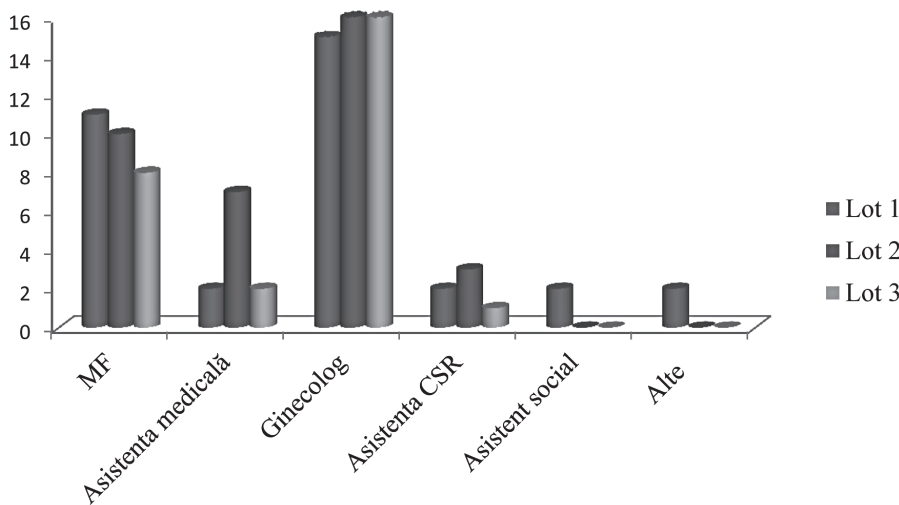


Fig 5. Consilierul pe probleme de contracepție solicitat de femei tinere.

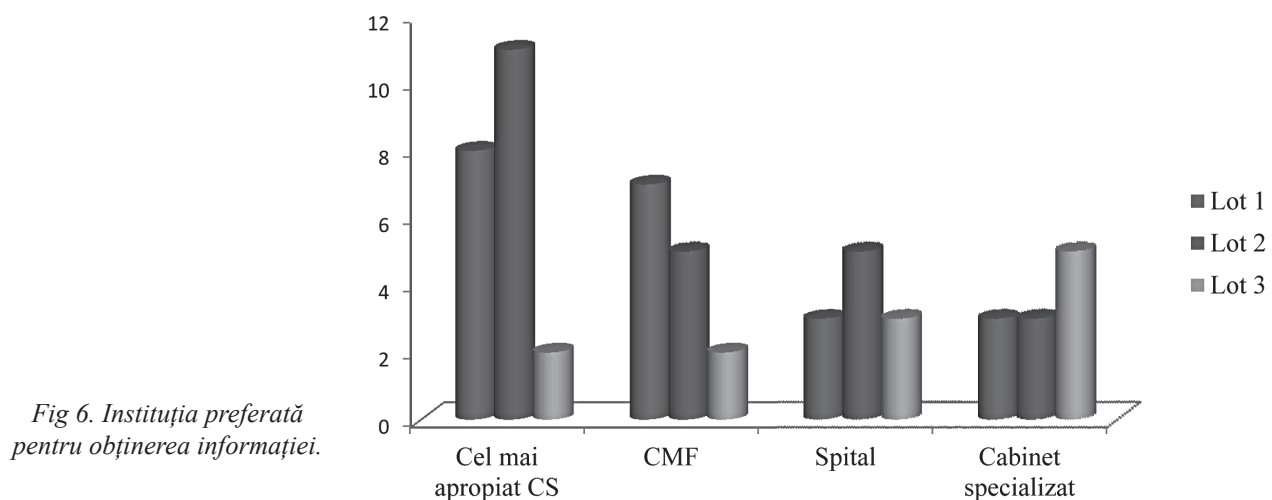


Fig 6. Instituția preferată pentru obținerea informației.

Așadar, sondajul efectuat ne permite să facem următoarele **concluzii**:

Nivelul general de cunoștințe despre metodele de contracepție este apreciat ca mediu-jos, doar 1 din 10 femei demonstrând cunoștințe bune. Femeile de 25-30 de ani ca și cele mai în vârstă deja au identificat o metodă permanentă de contracepție (pilule, dispozitiv intrauterin, spermicide), adolescentele și tinerele sub 24 de ani folosind mai frecvent prezervativele.

Majoritatea femeilor procură produsul contraceptiv în farmacii (80%), fiecare al treilea considerând prețul la contracepție mare. Femeile de 25-30 de ani nu fac parte din beneficiarii contracepției gratuite. Indiferent de vârstă toate femeile preferă să obțină informații și consiliere în contracepție de la medicul ginecolog, medicul de familie din instituția medicală apropiată fiind alternativă, însă femeile între 25-30 de ani au apelat de asemenea la asistenți medicali și asistenți sociali.

Bibliografie:

1. http://www.who.int/topics/family_planning/en/ (Vizitat pe 30.09.2016)
2. L. Avery & G. Lazdane, What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care Volume 13, 2008 - Issue 1
3. K.G. Santhya & Shireen J. Jejeebhoy, Sexual and reproductive health and rights of adolescent girls: Evidence from low- and middle-income countries. Volume 10, 2015 - Issue 2
4. Gilda Sedgh, Sc.D., Lawrence B. Finer, Ph.D., Akinrinola Bankole, Ph.D., Michelle A. Eilers, Susheela Singh, Ph.D., Adolescent Pregnancy, Birth, and Abortion Rates Across Countries: Levels and Recent Trends, Journal of Adolescent Health Volume 56, Issue 2, February 2015, Pages 223–230
5. Paul Hunt and Judith Bueno De Mesquita The Rights To Sexual And Reproductive Health, Human Rights Center, Universitz of Essex, <http://repository.essex.ac.uk/9718/1/right-sexual-reproductive-health.pdf> (Vizitat pe 30.09.2016)

© Topada Aculina, Zepca Victor, Gîsca Veronica, Ieșeanu Cristina

Topada Aculina, Zepca Victor, Gîsca Veronica, Ieșeanu Cristina
**CARACTERISTICILE ALIMENTAȚIEI UNUI LOT DE ADOLESCENȚI
DIN MEDIU URBAN DIN REPUBLICA MOLDOVA**
Centrul Național de Sănătate Publică, Chișinău, Republica Moldova

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF DIET A LOT OF TEENAGERS FROM URBAN AREA FROM REPUBLIC OF MOLDOVA

Keywords: pupils, diet, language teaching.

Introduction: *Alimentation is one of the factors who determining human health, she representing a mandatory condition for living beings.*

Objectives: *The aim of this study was aspects of diet among pupils from high schools (7th - 12th classes), in the urban area from the Republic of Moldova.*

Methods and materials: *Study achieved is descriptive, transversal population conducted with a sample of 1457 pupils of classes VII-XII of 6 high schools that teaching in Romanian and 6 with teaching in Russian in the cities of Chisinau and Balti, Moldova.*

Results: *Pupils from high schools with teaching in Romanian do not feed the school canteen at a rate of 45.2% and those from high schools with teaching in Russian - 53.9% (statistically significant differences at $p < 0.001$). The opinion that there is no need to dine at the school cafeteria have fewer pupils from high schools with teaching in Romanian (32.2%), compared to those pupils from high schools with teaching in Russian (50.3%), calculated differences are significant statistically $p < 0.001$. Can not afford paying their own money a meal at the school canteen (in the amount*

of 7-10 MDL) 10.0% of pupils in high schools with teaching in Romanian and 17.9% pupils from high schools with teaching in Russian. They did not eat breakfast, the day preceding the questioning, of 19.2% pupils from high schools with teaching in Romanian and 14.4% pupils from high schools with teaching in Russian.

Conclusion: Pupils from high schools with teaching in Romanian language is not fed to the school canteen to a lesser extent than those in high schools teaching in Russian.

РЕЗЮМЕ

ХАРАКТЕРИСТИКИ ПИТАНИЯ ПОДРОСТКОВ ИЗ ГОРОДСКОЙ СРЕДЫ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА

Ключевые слова: учащиеся, питания, язык преподавание.

Введение: Питание является одним из факторов, определяющих состояние здоровья человека, оно представляет собой необходимое условие для живых существ.

Цель: Целью данного исследования было аспекты питания среди учащихся из лицеев (7-е - 12-е класса), в городской местности из Республики Молдова.

Материалы и методы: Проведенное исследование носит описательный характер, проводилось на поперечной выборке населения и в ней участвовали 1457 учащихся из VII-XII –а класса из 6 школ с преподаванием на румынском языке и 6 с преподаванием на русском языке в г. Кишиневе и Бельцах, Молдова.

Результаты: Учащиеся из лицеев с преподаванием на румынском языке не кушают в школьной столовой в размере 45,2% и тех, кто из лицеев с преподаванием на русском языке - 53,9% учащихся ($p < 0,001$). Мнение, что нет никакой необходимости, чтобы пообедать в школьной столовой имеют меньше учащиеся из лицеев с преподаванием на румынском языке (32,2%) по сравнению с теми из лицеев с преподаванием на русском языке (50,3%), ($p < 0,001$). Не могут позволить, на собственные деньги, купить себе один обед в школьной столовой (в стоимости 7-10 леев) 10,0% учащихся из лицеев с преподаванием на румынском языке и 17,9% учащихся из лицеев с преподаванием на русском языке. Не позавтракали, в день, предшествующий анкетированию, 19,2% учащихся из лицеев с преподаванием на румынском языке и 14,4% учащихся из лицеев с преподаванием на русском языке.

Заключение: Ученики лицеев с преподаванием на румынском языке, питаются в школьной столовой в меньшей степени, чем из лицеев с преподаванием на русском языке.

Introducere. Alimentația este unul dintre factorii externi care joacă un rol important în menținerea sănătății copiilor și tinerilor. Alimentația corectă din punct de vedere cantitativ și calitativ dă posibilitatea individului să pună în valoare potențialul genetic maxim în ceea ce privește dezvoltarea fizică și psihică, crește puterea de apărare împotriva agresiunilor, previne sau întârzie apariția bolilor degenerative [2,6].

Promovarea unei diete echilibrate în școală a dus la apariția a numeroase dezbateri publice între mai mulți actori implicați în acest domeniu: educatori în nutriție / sănătate, administrație școlară, părinți, elevi și politicieni; prevalența din ce în ce mai mare a excesului ponderal legat de alegerile alimentare și comportamentul tinerilor vis-a-vis de activitățile fizice; problema alimentației sănătoase în școală și atitudinea adoptată față de copiii care doresc să aibă libertatea de a alege produsele alimentare și băuturile pe care le consumă la școală; companii private sau publice care oferă mese calde și alegerea strategiilor naționale de către guvernele care ar trebui să le pună în aplicare, sunt cele mai importante dintre subiectele puse în discuție [1].

Materiale și metode. Studiul realizat este de tip descriptiv, populațional transversal desfășurat pe un eșantion de 1457 elevi (fete -734, băieți - 723) ai claselor a VII-XII-a din 6 licee cu predare în limba română și 6 cu predare în limba rusă din mun. Chișinău și mun.

Bălți, Republica Moldova. A fost utilizat ca instrument de culegere a datelor un chestionar anonim cu un număr restrâns de itemi ce au vizat comportamentul alimentar. Clasele participante au fost alese aleator, fiind chestionați toți elevii din clasă prezenți în ziua chestionării. Chestionarul utilizat este compus din 39 de întrebări, dintre care 5 întrebări se referă la regimul alimentar al elevilor. Pe tot parcursul cercetării s-au respectat în totalitate principiile confidențialității și anonimatului. Determinarea veridicității diferenței mediilor s-a apreciat cu ajutorul criteriului t-Student efectuat după programa STest (valori relative).

Rezultate. Studiul efectuat a constatat că nu au luat micul dejun în ziua ce a precedat chestionarea 19,2% elevi (12,9% băieți și 24,9% fete) din liceele cu predare în limba română și 14,4% elevi (12,2% băieți și 16,8% fete) din liceele cu predare în limba rusă.

Au mâncat de 1-2 ori în ziua ce a precedat chestionarea 22,7% elevi (15,8% băieți și 29,1% fete) din liceele cu predare în limba română și 22,9% (15,6% băieți și 30,3% fete) elevi din liceele cu predare în limba rusă (Tabelul I). Au mâncat de 3 ori în ziua precedentă chestionării 55,8% elevi din liceele cu predare în limba română și 50,7% elevi din liceele cu predare în limba rusă; de patru și mai multe ori au mâncat 21,4% elevi de la liceele cu predare în limba română și 26,5% elevi din liceele cu predare în limba rusă.

Răspunsul elevilor la întrebarea "De câte ori ai mâncat în ziua precedentă anchetării?" (%)

		Băieți		Fete		Total	
		abs	%	abs	%	abs	%
Elevii liceelor cu predare în limba română	O dată	8	2,3	25	6,5	33	4,5
	Două ori	47	13,5	87	22,6	134	18,2
	Trei ori	186	53,3	224	58,2	410	55,8
	Patru și mai multe ori	108	30,9	49	12,7	157	21,4
	Total	349	100,0	385	100,0	734	100,0
Elevii liceelor cu predare în limba rusă	O dată	16	4,3	23	6,6	39	5,4
	Două ori	42	11,3	82	23,7	124	17,3
	Trei ori	191	51,6	172	49,7	363	50,7
	Patru și mai multe ori	121	32,7	69	19,9	190	26,5
	Total	370	100,0	346	100,0	716	100,0

În cadrul studiului efectuat a fost evidențiat faptul că băieții din clasele a VII-XII-a din liceele cu predare în limba română mănâncă zilnic o gustare la cantina școlii într-o proporție de 15,8%, iar cei din liceele cu predarea în limba rusă într-o proporție de 20,7%; o cotă mai mare de băieți din liceele cu predare în limba

română (46,4%) mănâncă uneori o gustare la cantina școlii comparativ cu cei din liceele cu predare în limba rusă (28,3%, $p < 0,01$); apare o diferență semnificativă și între numărul băieților ce niciodată nu iau masa la cantina școlii din liceele române (37,7%) și cele ruse (50,9%) ($p < 0,05$) (figura 1).

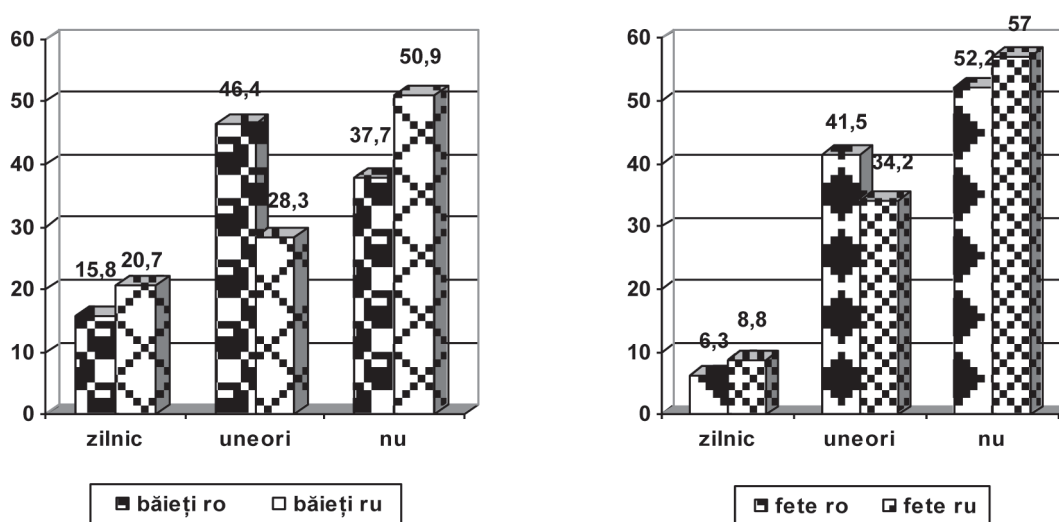


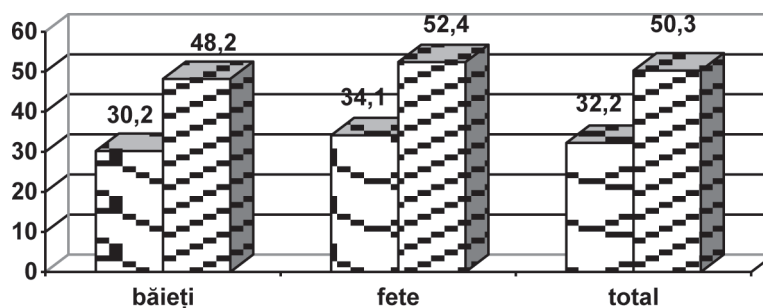
Figura 1. Repartizarea răspunsului elevilor la întrebarea: „Iei masa la cantina școlii?” (%)

Fetele din liceele cu predare în limba română iau o gustare zilnic la cantina școlii într-o proporție de 6,3% iar cele din liceele cu predare în limba rusă într-o proporție de 8,8%; iau uneori masa la cantina școlii o cotă de 41,5% fete din liceele cu predare în limba română și 34,2% fete din liceele cu predare în limba rusă, diferența dintre numărul fetelor din liceele române (52,2%) și cele din liceele ruse (57%) care niciodată nu iau masa la cantina școlii, nu este semnificativă statistic ($p > 0,05$).

Din totalul elevilor chestionați 45,2 % elevi din liceele cu predare în limba română nu se alimentează la cantina școlii, iar cei de la liceele cu predare în limba rusă în proporție de 53,9% (diferențe semnificative la un $p < 0,001$).

Consideră că nu este necesar de a lua masa la cantina școlii un număr mai mic de elevi - 32,2% (30,2% băieți și 34,1% fete) din liceele cu predare în limba română față de cei din liceele cu predare în limba rusă - 50,3%, (băieți 48,2 %, fete 52,4%) (diferențe semnificative la un $p < 0,01$) (figura 2).

Declară că își pot permite zilnic achitarea, din banii proprii, a unei gustări la cantina școlii (în sumă de 7–10 lei md.) 42,9% de băieți și 38,9% fete din liceele cu predare în limba română și 47,3% băieți și 43,6 % fete din liceele cu predare în limba rusă; uneori își pot permite această gustare din banii proprii 47,2% băieți și 50,9 % fete din liceele cu predare în limba română și 34,0% băieți și 39,5% fete din liceele cu predare în limba rusă (Tabelul II).



□ licee cu predarea în I.română ▣ licee cu predarea în I.rusă

Figura 2. Repartizarea răspunsului elevilor la întrebarea: „Consideri că este necesar de a lua un dejun la cantina școlii?” (%)

Nu își pot permite achitarea din banii proprii a unei gustări la cantina școlii 10,0% elevi din liceele

cu predare în limba română și 17,9% elevi din liceele cu predare în limba rusă.

Tabelul II

Procentul elevilor care își pot permite achitarea unui prânz din banii proprii (%)

		Băieți		Fete		Total	
		abs	%	abs	%	abs	%
Elevii liceelor cu predare în limba română	zilnic	148	42,9	149	38,9	297	40,8
	Uneori	163	47,2	195	50,9	358	49,2
	Nu	34	9,8	39	10,2	73	10,0
	Total	345	100,0	383	100,0	728	100,0
Elevii liceelor cu predare în limba rusă	Zilnic	174	47,3	149	43,6	323	45,5
	Uneori	125	34	135	39,5	260	36,6
	Nu	69	18,7	58	16,9	127	17,9
	Total	368	100,0	342	100,0	710	100,0

Discuții. Creșterea și dezvoltarea sunt două procese fiziologice caracteristice primilor 18 ani de viață. Aceste două procese suferă influența unor factori interni (ereditari) și externi (de mediu). În categoria factorilor externi intră condițiile geo-climatice, mediul de proveniență al familiei, alimentația, calitatea locuinței, nivelul socio-economic al familiei, poluarea [3].

Rezultatul obținut este oarecum normal și este comparabil cu cel de la nivel internațional. Studiul HBSC (Health Behavior in School-aged Children: healthy eating habits and physical activity (Studiu HBSC/ WHO, 2010)) efectuat pe 42 de state a raportat că media internațională a procentului de copii care răspund că ”nu servesc niciodată micul dejun” este alarmant de mare și variază între 20% (băieți, 11 ani) și 32% (fete, 15 ani) [4].

În școlile profesionale din Republica Moldova învață elevi cu vârsta de 15-18 ani, perioada de instruire durează până la trei ani. Aceasta ne permite să comparăm datele obținute în studiul nostru cu un studiu efectuat în 2009 în școlile profesionale. Comparativ cu elevii din Școlile Profesionale care au luat dejunul în ziua ce a precedat ancheta într-o proporție de 73,9%, elevii anchetați în cadrul studiului nostru l-au

luat într-o proporție mai mare – 80,8% elevi din liceele urbane cu predare în limba română și 85,6% elevi din liceele cu predare în limba rusă. Elevii din Școlile Profesionale au mâncat de 3 ori în zi – 56,3%, iar cei din liceele urbane incluși în studiu 53,3% din cele cu predare în limba română și 51,6% din cele cu predare în limba rusă; cota elevilor din Școlile Profesionale ce au mâncat de 4 și mai multe ori în zi este de 18,9%, din liceele cu predare în limba română – 30,9% și din liceele cu predare în limba rusă 32,7 % [8].

Pentru realizarea unei alimentații echilibrate pentru elevii din instituțiile preuniversitare se recomandă următorul regim: micul dejun– 7:00-7:30, gustare – 10:10-11:00, prânzul – 14:00-14:30 și cina (acasă) 18:00-18:30. Din cauza neorganizării gustării în cantinele școlare pentru elevii claselor a V- a XII-a ei se alimentează la ore incorecte sau nu iau deloc o gustare în timpul programului școlar. Cina de foarte multe ori deviază fiind luată la alte ore, principal să fie luată cu 1,5 – 2,0 ore înainte de somn, și să nu fie bogată în lipide și proteine [3].

Potrivit Hotărârii Guvernului Republicii Moldova nr. 234 din 25 februarie 2005 cu privire la alimentarea elevilor, Ministerul Educației și autoritățile adminis-

trației publice locale urmează să asigure alimentarea gratuită a elevilor claselor a I-IV din școlile primare, gimnaziile, școlile medii de cultură generală și licee publice și private și elevii claselor a V-XII din instituțiile preuniversitare din partea stângă a Nistrului și municipiul Bender [7].

Micul dejun luat regulat este o componentă importantă a alimentației sănătoase, care la rândul ei, este un factor fundamental în stilul de viață sănătos. Micul dejun contribuie la cantitatea și calitatea de nutrienți necesar desfășurării optime a activității. Dincolo de aceste aspecte, există studii care evidențiază o relație semnificativă între luarea micului dejun și performanța școlară. În ciuda acestor beneficii, se constată că renunțarea la masa de dimineață este din ce în ce mai frecventă în rândul copiilor și adolescenților. Omiterea acestei mese influențează negativ nu doar sănătatea dar și funcțiile cognitive ale copilului (atenție, memorie, decizie) reducând capacitatea de a folosi oportunitățile de învățare oferite de școală și familie [5].

Concluzii

- Elevii din liceele cu predare în limba română nu se alimentează la cantina școlii în proporție mai mică decât cei din liceele cu predare în limba rusă.
- Consideră că nu este necesar de a lua masa la cantina școlii un număr mai mic de elevi din școlile cu predare în limba română față de cei din liceele cu predare în limba rusă.
- Nu au luat micul dejunul în ziua ce a precedat chestionarea fiecare al cincilea elev din liceele cu predarea în limba română și al șaptelea din cele cu predare în limba rusă.

Bibliografie

1. Forum European. Actes. L' alimentation a l'ecole – faire le choix de la sante. Strasbourg. Conseil de l Europe. 20 et 21 novembre 2003.
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/actesconseileurope.pdf>. Accesat: 16.06.2015
2. GAVĂȚ, Viorica; ALBU, Adriana; PETRARIU, D. FLORIN. Alimentația și mediul de viață în relație cu dezvoltarea copiilor și a tinerilor. Iași: Editura Gr. T. Popa U.M.F., 2006, 308 p. ISBN 973-7906-95-0.
3. HĂBĂȘESCU, I. Igiena copiilor și adolescenților. Chișinău: CEP „Medicina”, 2009. 476 p. ISBN 978-9975-4106-8-7
4. Health Behavior in School-aged Children: healthy eating habits and physical activity (Studiu HBSC/ WHO, 2010). Cluj-Napoca, 2010.
<http://www.aspgorj.ro/promovare/raport%20HBSC%20dec2010.pdf>. Accesat la 16.06.2015.
5. OPOPOL, N.; OBREJA, Gaina; CIOBANU, Angela. Nutriția în sănătatea publică. Chișinău: Ons Offices, 2006. 180 p. ISBN 078-9975-80-013-6.
6. POPESCU, L. Stil de viață sănătos: Un ghid de educație pentru sănătate. Constanța: Editura Muntenia, 2010. 223 p. ISBN 978-973-692-297-8.
7. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 234 din 25 februarie 2005 cu privire la alimentarea elevilor.
8. ZEPKA, V.; IZIUMOV, Nina; TUTUNARU, Mariana; ș.a. Particularitățile regimului alimentar al elevilor din școlile profesionale. În: materialele Congresului VI al igieniștilor, epidemiologilor și microbiologilor din Republica Moldova 23 – 24 octombrie 2008. Vol.1: Igiena. Chișinău: Gunivas, 2008. p. 144-145. ISBN 978-9975-908-82-5

© Zepca Victor, Gîscă Veronica, Țurcan Larisa, Topada Aculina

Zepca Victor, Gîscă Veronica, Țurcan Larisa, Topada Aculina
**PARTICULARITĂȚILE COMPORTAMENTULUI VIOLENT ȘI AUTOAGRESIV ÎN RÂNDUL ELEVILOR
CLASELOR LICEALE DIN MUN. CHIȘINĂU, REPUBLICA MOLDOVA**

*Centrul Național de Sănătate Publică, Chișinău, Republica Moldova,
Laboratorul Sănătatea copiilor și adolescenților*

SUMMARY

**CHARACTERISTICS OF VIOLENT BEHAVIOR AND SELF HARM AMONG PUPILS
FROM HIGH SCHOOLS IN THE CHISINAU, REPUBLIC OF MOLDOVA**

Keywords: pupils, violence, aggression, suicide.

Introduction. *Suicide and violence among young people is a problem that is becoming increasingly worrying.*

Materials and Methods: *The sample of study comprised 863 pupils (boys - 418, girls - 445) from IX-XIIth classes from 10 high schools in the city Chișinău.*

Results. Pupils from IX-XII grade, in the last 30 days preceding the investigation, held on to at least one day, some gun cold at a rate of - 6.1% pupils from high schools with teaching in Romanian and 8.6% pupils of high schools with teaching in Russian. During the same period, they did not go to school at least one day, because they felt insecure 9.1% pupils in high schools with teaching in Romanian and 5.3% of high schools with teaching in Russian.

They had attempted suicide about 10.2% pupils from high schools with teaching in Romanian and 13.6% pupils of high schools with teaching in Russian. In the last 12 months, they have attempted suicide 10.0% pupils from high schools with teaching in Romanian and 14.1% pupils of high schools with teaching in Russian and tried to commit suicide 4.3% pupils by high schools from Romanian and 5.3% of high schools with teaching in Russian.

Conclusions. The pupils of IX-XIIth classes, from high schools with teaching in Romanian and Russian, manifests violence and self harm, in equal measure.

РЕЗЮМЕ

ХАРАКТЕРИСТИКИ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ И СУИЦИДА СРЕДИ УЧЕНИКОВ ГОРОДА КИШИНЕВА, РЕСПУБЛИКА МОЛДОВА

Ключевые слова: ученики, агрессия, самоубийство.

Введение. Самоубийство и насилие среди молодежи является проблемой, которая становится все более тревожной.

Материалы и методы: В исследовании участвовали 863 учеников (418 мальчиков и 445 девочек) из IX-XII классов из 10 школ муниципалитета Кишинэу.

Результаты. В течение последних 30 дней, предшествующих расследованию, ученики IX-XII классов, по крайней мере один день, носили при себе холодное оружие в пропорции - 6,1% из школ с преподаванием на румынском языке и 8,6% из школ с преподаванием на русском языке. За тот же период, 9,1% учеников из школ с преподаванием на румынском языке и 5,3% с преподаванием на русском языке не посещали школу, по крайней мере один день, из-за того что они не чувствовали себя в безопасности.

Предприняли хоть одну попытку самоубийства около 10,2% учеников из школ с преподаванием на румынском языке и 13,6% из школ с преподаванием на русском языке. За последние 12 месяцев, думали о самоубийстве 10,0% учеников из школ с преподаванием на румынском языке и 14,1% из школ с преподаванием на русском языке; пытался покончить с собой 4,3% учеников из школ с преподаванием на румынском языке и 5,3% из школ с преподаванием на русском языке.

Выводы. Не установлена достоверная разница, касающаяся насилия и суицидального поведения между учениками IX-XII классов из школ с преподаванием на румынском и русском языках.

Introducere. Copiii și adolescenții zilelor noastre se remarcă tot mai mult printr-un comportament brutal (verbal, faptic) atât față de persoanele din jurul lor, cât și în interiorul familiei grupului de prieteni, colegi etc. Ei adoptă o formă de agresiune fie pentru că urmează modelul parental, al celui promovat prin intermediul mass-mediei sau, pur și simplu, pentru că nu li se oferă o alternativă. [2]

Violența umană este, fără îndoială, una dintre temele recurente ale societăților contemporane. Fiind un fenomen complex, are determinări psihologice, sociale, culturale și economice. Violența școlară este doar una dintre manifestările violenței cotidiene. Școala fiind o parte integrantă a comunității largi, iar problemele cu care se confruntă ca instituție și mediu de formare a tinerilor privesc întreaga societate. [3]

Conform „Studiul Organizației Națiunilor Unite privind violența asupra copiilor” lansat în 11 octombrie 2006, la New York se arată că: între 20-65% din copiii de vârstă preșcolară sunt pedepsiți fizic (bătaia cu mâna, cu bățul etc.) fiind o practică curentă în școli, într-un mare număr de țări. Cele mai multe acte de violență împotriva copiilor sunt înfăptuite chiar de cei din cercul lor de prieteni și cunoscuți ori rude și îngri-

jitori: părinți, profesori, colegi de școală, angajatori, tatori. [1]

Efectele violenței fizice vizează atât sănătatea corporală a victimei, cât și evoluția sa psihologică. În plan cognitiv, autopercepție negativă, iar în plan emoțional teamă, depresie. Violențele verbale, psihologice afectează în principal stima de sine; victimele se simt devalorizate, își pierd încrederea în posibilitățile proprii, devin anxioase. [6]

Suicidul, numit de asemenea și sinucidere finalizată, reprezintă „acțiunea de a-și lua viața”. Sinuciderea în rândul tinerilor este o problemă de sănătate care devine din ce în ce mai îngrijorătoare. În S.U.A. spre exemplu, sinuciderea reprezintă a treia cauză de mortalitate în rândul tinerilor cu vârste cuprinse între 15 și 24 ani, fiind depășită de omucidere și accidente. În 2003, 8% dintre adolescenți au comis un act suicidal, reprezentând aproximativ 1 milion de adolescenți, dintre aceștia 300.000 au necesitat intervenții medicale ca urmare a încercării lor. Aproximativ 1700 adolescenți mor anual ca urmare a unui act suicidal. [5,7]

Un studiu britanic (cf. Action for Children, 1998) a ajuns la concluzia că în fiecare an – 10 elevi au ten-

tative de suicid determinate de actele de violență de la școală. [6]

Frecvența suicidului în Republica Moldova constituie 14,5- 18,20/0000, care variază în diferite unități teritoriale. Acțiunile autodistructive printre copii și adolescenți constituie 4,9% din numărul total de moarte suicidală înregistrată în ultimii 10 ani. Dinamica suicidului atestă o sporire de la 4,70/0000 la 7,00/0000 de la un deceniu la altul. Modalitățile suicidale frecvent întâlnite au fost asfixiile mecanice (39,2%), intoxicațiile acute (25,7%) și precipitățile (24,3%), iar frecvența lor a variat în dependență de accesul la ele, de sex și vârstă. S-a constatat o rată mai înaltă a suicidului realizat rural (17,80/0000) față de cel urban (14,90/0000). [8]

Suicidul este de cele mai multe ori comis din disperare, a cărei cauză este adesea atribuită unei boli mentale cum ar fi depresia, tulburarea bipolară, schizofrenia sau alcoolismul. Anual se suicidă între 800,000 și un milion de oameni, aceasta fiind a zecea cauză a mortalității la nivel mondial. [4]

Materiale și metode: Eșantionul studiului a cuprins 863 elevi (băieți – 418, fete - 445) din clasele a IX-XII - a din 10 licee din mun. Chișinău, Republicii Moldova. Ca instrument al studiului a fost utilizat un Chestionar ce a inclus 6 întrebări referitor la comportamentul violent și 5 întrebări referitor la comportamentul autoagresiv în rândul elevilor.

Rezultate. Elevii claselor a IX-XII - a, în ultimele 30 de zile ce au precedat anchetarea, au purtat asupra sa, cel puțin o zi, vreo arma rece cum ar fi cuțit sau bătă într-o proporție de – 6,1% (11,2% băieți și 1,3% fete) elevi din liceele cu predare în limba română și 8,6% (12,9% băieți și 4,5% fete) elevi din liceele cu predare în limba rusă. Majoritatea dintre aceștia, 53,6% elevi din liceele cu predare în limba română și

50,0% elevi din liceele cu predare în limba rusă, au purtat asupra sa arme reci – patru și mai multe zile. Pe parcursul aceleiași perioade, nu au mers la școală, cel puțin o zi, pe motiv că s-au simțit în nesiguranță în drum spre școală sau de la școală 9,1% (9,4% băieți și 8,7% fete) elevi din liceele cu predare în limba română și 5,3% (5,7% băieți și 4,9% fete) elevi din liceele cu predare în limba rusă, majoritatea nu au mers la școală din acest motiv 1-3 zile (73,8% elevi din liceele cu predare în limba română și 57,2% elevi din liceele cu predare în limba rusă).

În ultimele 12 luni au fost amenințați sau răniți, cu o armă rece, cel puțin o dată 5,4% (6,3% băieți și 4,6% fete) elevi din liceele cu predare în limba română și 6,1% (7,8% băieți și 4,5% fete) elevi din liceele cu predare în limba rusă, iar la – 18,8% (19,8% băieți și 17,8% fete) elevi din liceele cu predare în limba română și 15,3% (16,1% băieți și 15,8% fete) elevi din liceele cu predare în limba rusă – le-au fost furate sau deteriorate de cineva în mod intenționat la școală, bunurile sale (haine, cărți, etc.).

În perioada ultimelor 12 luni, s-au bătut cel puțin o dată – 25,3% (40,1% băieți și 11,7% fete, $p < 0,001$) elevi din liceele cu predare în limba română și 22,4% (36,3% băieți și 9,3% fete, $p < 0,01$) elevi din liceele cu predare în limba rusă, dintre aceștia, majoritatea s-au bătut de 1-3 ori (76,9% elevi din liceele cu predare în limba română și 69,7% elevi din liceele cu predare în limba rusă). Cei mai mulți s-au bătut ultima dată cu un prieten sau cu o persoană cunoscută (52,7% elevi din liceele cu predare în limba română și 44,9% elevi din liceele cu predare în limba rusă) sau cu o persoană necunoscută (33,2% elevi din liceele cu predare în limba română și 28,1% elevi din liceele cu predare în limba rusă) (tab. 1.).

Tabelul 1.

Răspunsul elevilor la întrebarea „Cu cine te-ai bătut ultima dată?”. (%)

	Elevi din liceele cu predare în limba română			Elevi din liceele cu predare în limba rusă		
	fete	băieți	total	fete	băieți	total
Cu un necunoscut	12,1	42,2	33,2	5,8	36,8	28,1
Cu un prieten sau cu un cunoscut	50	53,9	52,7	34,6	48,9	44,9
Cu fratele	16,7	3,2	7,3	34,6	10,5	17,3
Cu sora	31,8	1,3	10,4	30,8	5,3	12,4

Elevii claselor a IX-XII- a au avut cel puțin o dată vreo tentativă de suicid într-o proporție de 10,2% (6,7% băieți și 13,3% fete) elevi din liceele cu predare în limba română și 13,6% (9,3% băieți și 17,7% fete) elevi din liceele cu predare în limba rusă, dintre aceștia au avut două și mai multe tentative 25,5% (40,0% băieți și 18,8% fete) elevi din liceele cu predare în limba română și 35,2% (22,2% băieți și 41,7% fete) elevi din liceele cu predare în limba rusă.

În ultimele 12 luni s-au gândit, în mod serios, la o tentativă de suicid 10,0% (7,4% băieți și 12,3% fete)

elevi din liceele cu predare în limba română și 14,1% (9,3% băieți și 15,3% fete) elevi din liceele cu predare în limba rusă.

În aceeași perioadă au încercat cu adevărat să se sinucidă cel puțin o dată 4,3% (2,7% băieți și 5,8% fete) elevi din liceele cu predare în limba română și 5,3% (1,6% băieți și 8,9% fete) elevi din liceele cu predare în limba rusă (fig. 1). Dintre cei sus numiți, atât elevii din liceele cu predare în limba română (90,0%), cât și cei din liceele cu predare în limba rusă (52,4%) au avut o singură tentativă de suicid.

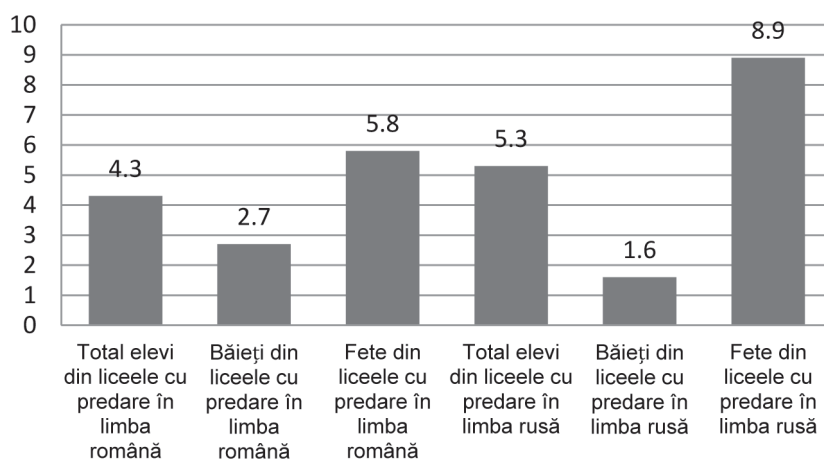


Fig. 1. Ponderea elevilor ce în ultimele 12 luni au avut cel puțin o tentativă de suicid. (%)

Pe parcursul ultimului an, s-au simțit vreodată triști sau fără speranță aproape în fiecare zi pentru două sau mai multe săptămâni consecutiv, încât au renunțat la unele activități obișnuite 34,1% (23,9% băieți și 43,1% fete, $p < 0,05$) elevi din liceele cu predare în limba română și 33,4% (25,0% băieți și 41,4% fete, $p < 0,05$) elevi din liceele cu predare în limba rusă.

În familie la 1,1% (0,9% băieți și 1,2% fete) elevi din liceele cu predare în limba română și 3,6% (3,6% băieți și 3,4% fete) elevi din liceele cu predare în limba rusă sunt persoane care au încercat să seucidă.

Concluzii.

1. Violența și autoagresivitatea în rândul elevilor claselor a IX-XII - a, atât la cei din liceele cu predare în limba română cât și rusă, se manifestă în egală măsură;

2. În ultimele 12 luni, fetele sau bătuți într-o proporție mai mică decât băieții;

3. Pe parcursul ultimului an, o proporție mai mare de fete au avut stări depresive, față de băieți.

Bibliografie.

1. Dezvoltarea profesională a cadrelor didactice prin activități de mentorat, 2009. Valori comportamentale

și reducerea violenței în școală București, pag.8, ISBN 978-973-1715-27-8;

2. Ferreol, G., A. Neculau. Violența. Aspecte psihosociale. Editura Polirom, Iași, 2003.

3. Institutul de Științe ale Educației, UNICEF. Violența în școală. Editura Alpha MDN, București, 2006. ISBN (10) 973-7871-47-2 ; ISBN (13) 978-973-7871-47-3; http://www.unicef.org/romania/ro/Violenta_in_scoala.pdf;

4. Hawton K, van Heeringen K (1 aprilie 2009). „Suicide”. *Lancet* 373 (9672): 1372–81. doi:10.1016/S0140-6736(09)60372-X. PMID 19376453.

5. Mihai AVĂDANEI. Salvați copiii României. *Sinuciderea în rândul tinerilor poate fi prevenită*. București, 2004, <http://www.parintibuni.ro/index.php/Prevenitie/sinuciderea-in-randul-tinerilor-poate-fi-prevenita.html>;

6. Olweus, D. (1993). *Bullying in School: What We Know and We Can Do?* Oxford, Blackwell.

7. Stedman's medical dictionary (ed. 28th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2006. ISBN 978-0-7817-3390-8;

8. Vasile Șarpe (2005, Chișinău) „Caracteristica medico-legală, structura, etiopatogenia fenomenului suicidal printre copii și adolescenți” CZU:61:34+616.89-008.441.44-053.2+343.614+179.7

TEZE

Mariana Sprincean

ASPECTE ALE PROFILAXIEI PATOLOGILOR GENETICE

*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu" (rector – acad. AȘM Ion Ababii),
IMSP Institutul Mamei și Copilului (Director – dr. șt. med., conf. univ. S. Gladun)*

Introducere. Din totalitatea preocupărilor majore ale cercetătorilor și savanților din domeniul geneticai medicale, putem menționa multiple aspecte dintre care sunt mai importante problematica diagnosticării cât mai timpurii și profilaxia maladiilor genetice, inclusiv a malformațiilor congenitale. Maladiile genetice reprezintă o preocupare permanentă pentru geneticienii contemporani și una dintre problemele prioritare din domeniul medicinei. Profilaxia și diagnosticarea prenatală a anomaliilor cromozomiale și malformațiilor congenitale, prin intermediul biotehnologiilor moderne, urmează a fi o preocupare majoră nu doar a specialiștilor din domeniul geneticai medicale sau a medicilor fie pediatri, ginecologi, neurologi, cardiologi, ecografști, biologi sau psihologi. Aceste aspecte trebuie să-și facă loc printre prioritățile de investigație ale întregului spectru al universului științific.

Materiale și metode. Metodele de diagnostic prenatal molecular genetic și citogenetic permit depistarea patologiilor genetice la feteși înainte de nașterea acestora.

Rezultate: Diagnosticul bolilor genetice, cu utilizarea întregului arsenal de biotehnologii, trebuie efectuat în perioada prenatală. Esența și valoarea diagnosticului prenatal este determinată în special de informația cu privire la genotip și manifestările fenotipice la feteși și evitarea nașterii copiilor cu patologii genetice. Aceste aspecte trebuie analizate din toate punctele de vedere luându-se în considerare prognosticul vital, calitatea vieții. În unele situații și cazuri când sunt diagnosticate patologii grave la făt incompatibile cu viața avortul terapeutic poate și trebuie să devină o soluție salvatoare. Decizia de a păstra sau nu sarcina revine cuplului, părinților sau viitoarei mame.

Diagnosticul prenatal pentru anomalii cromozomiale și malformații congenitale se realizează la nivel populațional prin intermediul testelor de screening biochimic și ecografic, precum și prin tehnologii de diagnostic citogenetic prenatal. Screening-ul prenatal oferă posibilitatea diagnosticării timpurii a afecțiunilor fetale grave la termene precece de sarcină. Amniocenteza cu studiul cariotipului fetal se realizează la a 16 – 18 s. a. Diagnosticul prenatal citogenetic are o însemnătate excepțională pentru consultul medico-genetic, deoarece permite trecerea de la probabilitate la prognostic concret al sănătății copilului în grupurile cu risc genetic înalt pentru anomalii cromozomiale.

Concluzii: Metodele de diagnostic prenatal sunt considerate niște teste sigure aplicate pe scară largă, iar specialistul, medicul genetician în cadrul consilierii medico-genetice informează corect și complet, pe înțelesul probandului, despre rolul, avantajele, gradul de risc, indicațiile și contraindicațiile acestor investigații.

Pierre-André Michaud

ADOLESCENT FRIENDLY HEALTH CARE: THE EXPERIENCE OF SWITZERLAND

MD, Prof. Honorary Professor, Lausanne University hospital, Switzerland

Background: The presentation will be based on the experience gained since twenty years at the Interdisciplinary Division for Adolescent Health ("DISA"/Department of Pediatrics, University hospital of Lausanne) and within the Euteach program (European Training in Effective Adolescent Care and Health / www.euteach.com).

Objectives

1. Review how the principles of Adolescent Friendly Health Care can be implemented and applied within a multidisciplinary Unit
2. Appraise how the quality of the health care services can be monitored through a regular certification process (ISO 9000:2001)
3. Emphasize some crucial ingredients of communication skills with young people
4. Consider how communication skills can be taught/learned by health professionals

Content: The DISA, founded in 1998, stresses values such as inter professional approach to adolescent care, holistic vision of health, integration of somatic and psychosocial issues and youth empowerment. It provides each year 4000 consultations for around 1000 often disadvantaged young patients aged 12 to 20 with complex situations such as chronic conditions, functional disorders, gynecological/SRH problems, substance use etc. Since 2006, the Unit is ISO certified (ISO 9000:2001): the certification process tackles several aspects of the everyday tasks of the Unit, such as guidelines governing health care and treatment, collaboration protocols, procedures for the follow-up of decisions, or surveys on adolescents' satisfaction. The DISA has a strong training component, targeting medical/nursing students and residents. Their one to twelve months stays stress the importance of communication skills with adolescents, with the support of a special program of adolescent simulated patients (the presentation will display a video example).

Conclusion: The DISA, now a WHO collaborating center in the field of school and adolescent health, is recognized as a center of excellence in adolescent medicine and health regionally, nationally and internationally. By the end of the presentation, participants will have gained more insight in how to provide evidence-based effective health care to adolescents.

Ludmila Sîrbu, Irina Sagaidac, Rodica Comendant, Stelian Hodoroșea

BARIERELE CU CARE SE CONFRUNTĂ FETELE/FEMEILE CU DIZABILITĂȚI LOCOMOTORII DIN RM ÎN EXERCITAREA DREPTURILOR SALE SEXUALE ȘI REPRODUCTIVE (DSR)

Asociația Obștească "Centrul de Instruire în Domeniul Sănătății Reproductive" (CIDSR)

Cuvinte cheie: drepturi sexuale și reproductive, fete/femei, persoane cu dizabilități.

Relevanța subiectului: Fetele/femeile cu dizabilități întâlnesc multe obstacole în calea exercitării DSR fiind deseori stigmati-

zate, discriminate și constrânse în luarea deciziilor ce țin de viața privată, sexualitate, sănătate sexuală și reproductivă, relațiile de cuplu și nașterea copiilor. La nivel național nu există statistici despre sănătatea sexuală și reproductivă a femeilor cu dizabilități.

Materiale și metode: În scopul determinării lacunelor și a suportului necesar în exercitarea DSR de către femeile/fetele cu dizabilități, CIDSRA a desfășurat o cercetare calitativă focusându-se pe grupul de femei cu dizabilități locomotorii. Au fost analizate cunoștințele în domeniu, experiența de accesare/prestare a serviciilor de planificare familială și sănătate reproductivă, studiat cadrul legal, normativ și instituțional relevant. În cadrul cercetării au participat 26 fete/femei cu dizabilități locomotorii, 12 membri de familie, 11 asistenți sociali și 18 medici de familie. Au fost organizate discuții în focus grup la Hâncești, Edineț, Cahul și Chișinău, cu completarea chestionarului elaborat separat pentru fiecare grup de intervievați.

Rezultate: Deși din perspectiva femeilor și membrilor de familie, sursa principală de informare ar trebui să fie lucrătorii medicali, urmați de membri de familie și asistenți sociali, multe dintre femei se informează din internet și mass media. Majoritatea femeilor intervievate au avut cel puțin o dată experiența unui comportament discriminatoriu din partea lucrătorilor medicali fiindu-le negată existența vieții sexuale, fiind sfătuite să nu nască copii pe motiv de dizabilitate, fiindu-le refuzat examenul ginecologic sau consilierea. Lipsa accesului fizic către instituțiile medicale și a utilajului adaptat necesităților, dar și nivelul scăzut de pregătire a personalului medical sunt alte bariere accentuate. Lucrătorii medicali nu lansează discuții despre DSR cu persoanele cu dizabilități și nici asistenții sociali motivând lipsa timpului.

Concluzii: Chiar dacă legislația RM garantează respectarea DSR ale persoanelor cu dizabilități, acestea întâlnesc obstacole multiple în exercitarea drepturilor sale. Eforturile se cer a fi concentrate în sensibilizarea și instruirea lucrătorilor medicali, asistenților sociali, membrilor de familie și a persoanelor cu dizabilități despre DSR precum și asigurarea accesului fizic în instituțiile medicale și sociale relevante.

Z.E Battakova, S.B. Mukasheva, S.Z. Abdrakhmanova

THE USE OF ELECTRONIC CIGARETTES AMONG YOUTH IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

National Centre for problems of healthy lifestyle development,
Ministry of Health and Social Development, the Republic of Kazakhstan

Keywords: electronic cigarettes, the youth aged 13-15 years, current use.

Background: Electronic cigarettes are a growing concern worldwide and a new marketing product of the tobacco industry; however, traditional tobacco control strategies often only address the issue of cigarette use. Electronic cigarette use is a relatively new phenomenon in Kazakhstan and there has been no prevalence data for youth available in Kazakhstan. To address this gap in knowledge questions about the use and awareness of electronic cigarettes were included in the Global Youth Tobacco Survey (GYTS) conducted in Kazakhstan in 2014.

Methods: Global Youth Tobacco Survey (GYTS) is a nationally representative school-based survey of the youth aged 13-15 years. A total of 2,083 students in grades 7 to 9 completed the survey, of which 1,715 were at target age. The survey enables to obtain key tobacco control indicators and comparable data across countries. The GYTS questionnaire includes questions about awareness and current use of electronic cigarettes. Responses were analyzed by gender.

Results: 45.5% of youth have heard of electronic cigarettes. Awareness of electronic cigarettes among boys is 49.2% and among girls is 41.7%. The prevalence of current use of electronic cigarettes among school students is relatively low (1.6%). Current use of electronic cigarettes among boys is 2.0% and among girls is 1.1%.

Conclusions: Current use of electronic cigarettes among the youth aged 13-15 years is low in Kazakhstan. However, monitoring the use of a relatively new tobacco product at the national level in Kazakhstan provides us with useful information for tobacco control policy making and helps adjust the scope of public health strategies.

Bîta Lucia

REZILIENȚA PSIHOLAGICĂ, EMOȚIILE POZITIVE ȘI ADAPTAREA REUȘITĂ LA STRES

Universitatea Liberă Internațională din Moldova, doctor psihologie socială, psiholog în LT „Mihail Sadoveanu”

Cuvinte cheie: reziliență psihologică, emoții pozitive, adaptare

Conceptul de reziliență psihologică a fost elaborat inițial pentru a descrie rezistența relativă la experiențele de risc psihosocial (Rutter, 1996), căpătând ulterior un număr în continuă creștere de semnificații. Astfel reziliența este definită ca o adaptare pozitivă care are loc în ciuda prezenței riscului.

Emoțiile au fost considerate timp îndelungat ca servind unei funcții de adaptare în perioade de stres (Frijda 1987). Totuși există puține studii care să evidențieze rolul emoțiilor pozitive în cadrul procesului de stres, în special la vârsta tânără (Folkman, 2001).

Adaptarea poate fi reflectată de capacitatea de păstrare a rezultatelor pozitive în fața situațiilor neplăcute întâlnite (Ryff și Singer, 1998). Această conceptualizare a adaptării respectă principiile definite de mai multe abordări distincte privind natura relațiilor afective influențate de stres, sugerând faptul că puterea de a menține și de a nu depăși limitele dintre stările emoționale pozitive și cele negative poate reprezenta o potențială cale de conturare a adaptării flexibile. De asemenea, adaptarea reușită poate fi exprimată și prin capacitatea recuperării mai rapide în urma efectelor factorilor de stres (Carver și Scheier 1999).

Concluzii: Pornind de la aceste repere teoretice, trebuie analizat modul în care reziliența psihologică și emoțiile pozitive dezvoltate prin diverse strategii influențează experiența emoțiilor negative trăite în urma parcurgerii unor situații stresante în contextul utilizării tehnologiei moderne de către adolescenți. Schema mentală a situației problematice, percepția asupra situației în care se află individul, cognițiile, emoțiile, expectanțele sale sunt cele care prezintă interes în vederea explicării modului în care reziliența este folosită pentru dobândirea echilibrului. Emoțiile pozitive sunt responsabile pentru reducerea efectelor produse de emoțiile negative și sporirea flexibilității în gândire (Folkman și Moskowitz, 2000), precum și pentru capacitatea de rezolvare de probleme (Fredrickson, 2001).

Pierre-André Michaud

**ADOLESCENT RESILIENCE AND EMPOWERMENT:
A CONCEPT FOR CLINICAL CARE AND COMMUNITY HEALTH**
MD, Prof. Honorary Professor, Lausanne University hospital, Switzerland

Background: Resilience can be defined as a process by which individuals cope with and overcome the adverse conditions which that have faced or currently face, such as a chronic condition or living in a deprived environment. The lessons that this concept bring can be used to empower young people in nearly all types of setting and circumstances.

Objectives

1. Review how the concept of resilience was born and has been used over time
2. Apply the concept of resilience and empowerment in the everyday care of adolescents
3. Implement empowerment approaches in the design of community health promotion interventions

Content: Using clinical vignettes, the presentation will illustrate how a health care provider can use the concept of resilience. It will stress the importance of a network approach in delivering health care to adolescents, as well as the importance to associate curative and preventive aspects of any investigation or treatment. It will exemplify the up-to-date concept of shared decision making and some of the ethical issues which it includes.

Then, the presentation will focus on some concrete examples as how to implement empowerment strategies in the design, the implementation and the evaluation of preventive / health promotion interventions. It will emphasize the necessity to adopt an inter sectorial approach and will outline the advantages and pitfalls of the integration of young people in any program and how to address them.

Conclusion: By the end of the presentation, participants will have gained more insight in how to provide participatory health care to adolescents and how to promote youth contribution in health promoting interventions.

Ninel Revenco, Livia Bogonovschi, Olesea Grin, Rodica Eremciuc

RISCU CARDIOVASCULAR ÎN MALADIILE REUMATICE LA COPII

*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu" (rector – acad. AȘM Ion Ababii),
IMSP Institutul Mamei și Copilului (Director – dr. șt. med., conf. univ. S. Gladun), Departamentul Pediatrie*

Cuvinte-cheie: artrită juvenilă idiopatică, colesterol total, trigliceride, risc cardiovascular.

Introducere. În ultimele decenii, s-a demonstrat că patologia reumatică are o prevalență crescută de boli cardiovasculare. Rolul inflamației sistemice în accelerarea patologiei cardiace în artrita reumatoidă este principala cauză de deces, cu o rată de mortalitate cardiovasculară cu 50% mai mare în populația generală. Liga Europeană de Combatere a Reumatismului (EULAR) recomandă evaluarea riscului cardiovascular la toți pacienții cu artrită reumatoidă. Ținând cont de faptul că manifestările clinice ale procesului aterosclerotic în populația adultă încep în copilărie, introducerea măsurilor preventive la copiii cu artrită juvenilă idiopatică este o chestiune de mare importanță. Aceste măsuri pot stopa într-un stadiu timpuriu dezvoltarea procesului aterosclerotic.

Scopul studiului. Aprecierea riscului cardiovascular la copiii cu artrită juvenilă idiopatică.

Material și metode. În studiul clinic prospectiv au fost incluși 94 pacienți cu diagnosticul de artrită juvenilă idiopatică, stabilit conform criteriilor ILAR. Vârsta medie a subiecților a constituit 129,4 luni ± 6,0 luni. Examinări biochimice efectuate: colesterol total, trigliceride, glucoză.

Rezultate. Studiul efectuat la 94 copii cu AJL a evidențiat prezența factorilor de risc cardiovasculari, precum: sedentarismul în 21,5% de cazuri, istoricul familial de boli cardiovasculare în 17,7% de cazuri, colesterolul total a avut valori crescute în 37,5% cazuri, trigliceridele – în 29,17% cazuri și glicemia a fost crescută în 12,1% cazuri.

Concluzii. Prezența factorilor de risc cardiovasculari tradiționali la copiii cu artrită juvenilă idiopatică asociată cu dislipidemia manifestă favorizează bolile cardiovasculare, ceea ce impune evaluarea anuală a acestor factori de risc la copiii cu artrită juvenilă idiopatică.

Galina Pravițchi

CONSIDERAȚII GENERALE PRIVIND IMPACTUL DIAGNOSTICULUI HIV/SIDA ASUPRA PERSOANELOR INFECTATE

A.O. „Credința”

Cuvinte-cheie: persoane seropozitive, impactul diagnosticului HIV/SIDA, efecte pe termen lung și scurt.

Dezvăluirea diagnosticului de infecție HIV pune întotdeauna problema de a alege între a spune adevărul sau a amâna acest moment din diferite motive. Dezvăluirea diagnosticului nu înseamnă nimic mai mult decât a informa o persoană despre statusul său medical care îi afectează viața.

În procesul de comunicare a diagnozei este foarte important de a conștientiza implicațiile pe care le poate avea dezvăluirea diagnosticului asupra persoanei afectate, cu atât mai mult în cazul în care această persoană este un copil. Construcția afectiv-emoțională a lui este destul de fragilă. Odată efectuată, dezvăluirea diagnosticului influențează toate aspectele vieții copilului infectat producând efecte pe termen lung și scurt.

La copiii și adolescenții seropozitivi care își cunosc statutul pot apărea o serie de manifestări psihopatologice precum: anxietate, reacție fizică (urinare în pat), crize emoționale, stări depresive, agresivitate, regresie, comportament matur exagerat etc.

Cunoașterea diagnosticului influențează aderența la tratamentul ARV, dar și acceptarea diagnosticului. În acest sens, obiectivul principal, în lucrul cu persoanele infectate cu HIV este să le ajutăm să accepte diagnosticul și să-l integreze în propria imagine.

Pe termen lung, cunoașterea diagnosticului înseamnă asumarea responsabilității în ceea ce privește transmiterea infecției HIV, o responsabilitate care aparține persoanei infectate, dar care este condiționată, de fapt, de accesul la informație.

Cel mai important impact în viața copiilor în relație cu comunitatea locală îl are faptul că ei pot să gestioneze singuri informațiile despre diagnostic și că își pot trăi în continuare copilăria, pot merge la școală, ca oricare alt copil. Integrarea în sistemul

educațional poate reprezenta de asemenea un impact pe termen lung, în funcție de suportul pe care îl oferă instituțiile locale.

Facilitarea accesului la sistemul educațional, indiferent dacă reprezintă un proces de scurtă sau de lungă durată, influențează direct și puternic integrarea socială și profesională a copiilor seropozitivi.



Ninel Revenco^{1,2}, Olesea Grin³, Livia Bogonovschi⁴, Rodica Eremciuc⁵
FACTORII DE RISC INFECȚIOȘI ÎN ARTROPATIA INFLAMATORIE LA ADOLESCENȚI
*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu" (rector – acad. AȘM Ion Ababii),
IMSP Institutul Mamei și Copilului (Director – dr. șt. med., conf. univ. S. Gladun), Departamentul Pediatrie*

Cuvinte-cheie: artropatie inflamatorie, infecție nazofaringiană, *Str. β haemolyticus*, antibioticorezistență.

Introducere: Artropatia inflamatorie postinfecțioasă este o afecțiune frecventă în practica pediatrică, datorită incidenței crescute a patologiei infecțioase la copil. Utilizarea irațională a antibioticelor în tratament a produs o creștere a antibioticorezistenței germenilor.

Scopul: Studiul particularităților clinice, al spectrului bacterian faringian la copii cu artropatie inflamatorie și patologie cronică ORL.

Material și metode: Studiul, de tip retrospectiv, a inclus cercetarea a 163 de fișe medicale ale copiilor cu artropatie inflamatorie. Analiza susceptibilității bacteriene a fost efectuată prin metoda difuziunii discului.

Rezultate: Analiza datelor a pus în evidență o oligoartrită inflamatorie acută (69,3%), asimetrică, cu implicarea articulațiilor membrului inferior (genunchi 77,3% , gleznă 36,8%) și coloanei vertebrale în 23,3%. Cei mai frecvenți agenți bacterieni izolați au fost: *Str. β-hemoliticus* în 61,3% și *S.Aureus* în 59,5% , iar cu o incidență sub 2% - *H.Influenzae*, *E.Coli*, *Kl.pneumoniae*, *Str.Pneumoniae* și *Ps.Aeruginosae*. Antibiograma a notat rezistență crescută a *Str. β haemolyticus* la penicilinele semisintetice: amoxicilina în 47,5% și amoxiciline/clavulanate în 20% cazuri. Rate înalte ale antibioticorezistenței au fost înregistrate și la macrolide: azitromicina în 45,2% și erytromicina în 37,2% cazuri. Cea mai mare rezistență a *Str. β haemolyticus* a fost înregistrată la sulfamethoxazole/trimethoprim în 64,2% cazuri. **Concluzii:** Cel mai frecvent microorganism depistat la copii cu artropatie inflamatorie este *Str. β haemolyticus*. Conform studiului nostru, cea mai mare rezistență s-a înregistrat față de peniciline semisintetice și macrolide – antibiotice de primă linie în tratamentul infecțiilor ORL.



Pierre-André Michaud
HOW TO ADRESS SELF-HARM AND SUICIDE AT AN INDIVIDUAL AND COMMUNITY LEVEL ?
MD, Prof. Honorary Professor, Lausanne University hospital, Switzerland

Background: Eastern European countries exhibit some of the most elevated rates of suicide in the world. According to UNICEF, the suicide rate among adolescents in Moldova is increasing in the last years (by 40% from 2007 to 2011), being 10 times higher among boys than in girls. This situation, it says, requires more active intervention to prevent mental health problems among adolescents, with special attention to boys.

Objectives

4. Define the concepts of self-harm and suicide, review some epidemiological data
5. Identify risk factors for self-harm and suicide among adolescents
6. Adopt a systematic approach in dealing with suicidal conducts of adolescents
7. Review some evidence-based preventive strategies of adolescent self-harm and suicide

Content: The presentation will review some international data on suicide, focusing on the rates of suicide among adolescents. Using a concept developed and used internationally, it will provide a tool to systematically assess the risk for a young patient of committing suicide, and how to tackle this type of situations. This clinical strategy stresses the appraisal of both risk and protective factors. It also emphasizes the adoption of a network approach to individual treatment and prevention.

Then, the presentation will focus on some concrete examples as how to implement strategies to prevent self-harm and suicide, as well as how to create environments which promote mental health and coping strategies among adolescents, building on the session on resilience and empowerment. It will insist on the interest of using media technologies (including phone calls and internet), such as the one used by the Moldavian Suicide Prevention Lifeline, which operates in the evening hours as anonymous chat.

Conclusion: By the end of the presentation, participants will have gained more insight in how to develop effective strategies in identifying and addressing situations of adolescent self-harm and suicide, and how to prevent them on an individual and community levels.



Galina Gorbunov
IMPACTUL MIGRAȚIEI ASUPRA SANĂȚĂȚII COPIILOR
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Departamentul Pediatrie

Cuvinte-cheie: migrație, copil, sănătate, tutelă.

Relevanța subiectului: Republica Moldova se află în topul țărilor afectate de procesele migraționale. Numărul de persoane plecate este de ~ 933,1 mii cetățeni (G.Costandachi.2016).

În migrația provizorie în scop de muncă sunt antrenate circa 25% din populația economic activă a țării. Efectele pozitive și cele negative ale migrației sunt resimțite de migranți, inclusiv și de populația neimplicată în procesele migraționale, cum ar fi copiii migranților.

Actualmente, se solicită noi abordări de politici și practici sociale pentru diminuarea efectelor negative ale fenomenului dat și amplificarea efectelor pozitive ale migrației.

Metode de cercetare utilizate: A fost supus analizei un număr mare de studii naționale/internaționale existente privind problemele medico-sociale ale copiilor afectați de migrație, în vederea determinării amplitudinii fenomenului studiat.

Rezultate: La data de 01.04.2014 din numărul total de copii de vârstă școlară (7-18 ani), circa 135 mii copii erau fără supravegherea părinților, dintre aceștia circa 66% sunt copii care au un părinte plecat, iar în cazul a 34% dintre ei, atât mama, cât și tatăl sunt la muncă peste hotare. În anul 2015, au fost luați la evidență 4172 copii rămași fără îngrijire părintească (MMPSF, 2015). Dintre aceștia, aproape fiecare al treilea copil are vârsta cuprinsă între 11-15 ani (29,2%).

Privarea de grija părintească este considerată ca un factor de risc pentru starea de sănătate a copiilor.

Concluzii: Se impune elaborarea unui sistem național de evidență a copiilor afectați de migrație și a actelor normative sau strategiilor pentru protecția copiilor afectați de migrație. Se simte necesitatea abordării metodice specializate de informare a acestor copii, despre riscurile pentru sănătate, legate de utilizarea alcoolului, tutunului, despre alimentația nesănătoasă și, în special, despre bolile sistemului reproductiv și sarcinile premature. Dintre alte măsuri vom enumera: introducerea obligatorie a sistemului de tutelă pentru copiii ai căror părinți se află peste hotarele țării, pentru a evita apariția unor impedimente de ordin legal în acordarea asistenței medicale necesare; dezvoltarea, la nivel de comunitate, a unor centre de zi multifuncționale interdisciplinare care să includă servicii de informare, consiliere, educare a deprinderilor de viață, servicii de sănătate prietenoase copiilor.

●
Kristina Papsejeva

**CREATING AND ENHANCING A MULTISECTORAL NETWORK TO HELP THE VICTIMS
OF SEXUAL VIOLENCE IN ESTONIA**
MA Estonian Sexual Health Association

Keywords: sexual violence, youth sexual health, sexual education

Aims: to give an overview of the sexual violence prevalence and impact in Estonia and the introduction of multisectoral network to help the victims of sexual violence.

Methods: Based on the 2015 study „Prevalence of sexual violence and attitude towards sexual violence in Estonia: review of studies“ conducted by Estonian Sexual Health Association. <http://www.estl.ee/admin/upload/Dokumendid/SV%20levimus%20ja%20hoiakud%20Eestis.pdf>

Results: In 2014 Estonian Sexual Health Association started with a project to help the victims of sexual violence. The project was funded by Norwegian and EEA Grants. The main aim of the project was to create and enhance multisectoral network to help victims of sexual violence and to maintain multidisciplinary services for the victims. Sexual violence is a crime of wide range in Estonia. According to FRA study (http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14_en.pdf) 13% of women have experienced sexual violence since the age of 15 and by 5–6% of women since the age of 18. Younger women face a greater risk to experience sexual violence. Approximately half of the victims of sexual violence within the previous 12 months were 16–17 years old. Adolescents are at bigger risk to become the victims of sexual violence. The probability of becoming a victim of sexual violence increases considerably after the age of 12. In 5–12% of girls of the age of 16–19 years have experienced attempted rape and 5–7% of such girls have been raped. One myth that we have to refute is that typical sexual offender is not a stranger but is a person known to the victim (previous or current sexual partner, a spouse or a mate). Sexual violence causes long-term health disorders, including mental health disorders like depression and anxiety. Also the understanding of consent is problematic.

Based on the FRA (2014) study, 53% of all women in Estonia have experienced sexual harassment one way or another since the age of 15 (unpleasant remark, offensive sexualised jokes, unwanted proposals for intercourse etc). Physical sexual harassment has been experienced by 30% of women.

Conclusions: Adolescents are at bigger risk to become victims of sexual violence. To reduce the impact of the trauma to the health of victims and to help victims to become survivors, multidisciplinary services and multisectoral cooperation is crucial.

●
Mairi Kaha

**SEXUAL EDUCATION AND YOUTH SEXUAL HEALTH CENTERS IN ESTONIA - ESTABLISHMENT AND
EFFECT ON SEXUAL HEALTH INDICATORS**
Youth sexual health center network, Estonia

Keywords: sexuality education, youth sexual health center network, Estonia

Aims: to give an overview of the development of the youth sexual health center network (2001); the introduction of comprehensive sexuality education (CSE) into school curricula; and their effect on the indicators of sexual and reproductive health.

Methods: Based on the 2011 UNESCO study on the cost-effectiveness of CSE in Estonia, the 2015 Qalys Health Economics study on the cost of the youth sexual health center network in 1991-2013 and the 2011 WHO study HIV Epidemic in Estonia: Analysis of Strategic Information. Other statistical data is from the yearly publications of the Estonian Health Development Institute and the Estonian Health Agency.

Results: Since the 1990s Estonia has seen substantial changes in sexual and reproductive health related attitudes, access to services and indicators. One of the key achievements is the establishment of the youth sexual health center network. The history of the network can be divided into several stages: from the initial idea to a few project-based centers up until a unified state-funded network. It is coordinated by the Estonian Sexual Health Association (ESHA) and financed by the Estonian Health Insurance Fund and the Estonian Health Development Institute. Stable and transparent financing by the state was the prerequisite of strategic planning and the development of universal quality standards. WHO has recognized the work of ESHA on youth sexual health center network as a best practice model (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598354_eng.pdf).

Human studies (incl sexuality education) first became a part of the compulsory school curriculum in 1996. Curricula were updated in 2002 and 2010. Around 18% of the subject now focuses on CSE.

The abortion rate has dropped from 70 (1992) to 16,78 (2015). Teen pregnancy rate has also decreased markedly. In 2015 the was birth rate of girls 15 - 19 almost 14, and abortion rate 16,08

The 2011 UNESCO study illustrated that school-based sexuality education together with youth sexual health centres are cost-effective in preventing HIV and unwanted pregnancies.

Analysis of Strategic Information of HIV epidemic in Estonia has shown if those trends continue (compulsory high quality sexuality education, services of youth counselling centres, the decline in newly diagnosed HIV cases among IDUs) it may be possible to avoid a big increase in heterosexual HIV transmission in the general population.

Conclusions: The significant positive changes in sexual and reproductive indicators in Estonia over the past 25 years can largely be attributed to the establishment of youth sexual health center network as well as the introduction of compulsory sexuality education.

Elene Makaridze¹, Ivane Javakhishvili²

PSYCHOLOGICAL CONDITION AND SUPPORT REFUGEES TEENAGERS

1 - Integration program "Big brother, big sister" implementation influence on integration and psychological condition of IDP teenagers
2 - Tbilisi State University; Association "Psychea"

We supposed that implementation of new integration program should help improvement of integration and psycho- social condition of IDP teenagers.

In accordance with UNHCR, there are more than 15 000 refugees in Shida Kartli after 2008 August war. Most of forces relocated youth faced warfare; some of them were the victim of violence. Most of the young people not employed and they don't know what they may expect from future. They don't know how to deal with mental health problems, suicide statistics are extremely alarming. We would report the last case, when young man, who was 20 year old, uploaded war photos to social web page and then carried out a suicide. It seems difficult to integrate with the local youth. This is the typical situation of young people in the IDP settlements.

We provided investigation, which took place before implementation of integration program, there was appeared depression, high rates of anxiety, low ability of stress reduction, integration with the residents was evaluated with low rates by the IDP teenagers.

Estonian colleagues shared experience in modern integration program under the project- "older brother, older sister", which one we have introduced further IDP youth.

Please see enclosed the data before integration program implementation and post:

Research and Analysis of IDP's (teenagers) Psychological Conditions and quality of integration

- The Research involved **250** IDP teenagers from **5** settlements of Gori Rayon - Karaleti, Berbuki, Khurvaleti, Shavshvebi and Verkhvebi

- The Research involved equally **50** teenagers Internality Displaced Persons per settlement

Assessment Scales:

- Anxiety, depression and stress assessment scales have been used in the research
- Spilberger's anxiety scale - allows to identify anxiety and makes a definition whether the stress is caused by personal characteristics or a situation
- Depression scale - identifies depression and determines its severity (heavy, medium, light)
- Stress Reduction skills scale - helps to ascertain how people cope with stress;
- Scale scores, which evaluated the integration of young IDP.

Results – Anxiety:

- High levels of the anxiety was detected in 92% of respondents
- 90% of detected anxiety comes from current being of the persons, 10% is due to their personal characteristics. Such results are directly related to resent psychological trauma of the respondents, and are closely connected to their current life
- The ongoing problems of IDP and their unclear future – "Fear of the Future" is also a big source of the anxiety.

After: Anxiety had been 37%, from this figure 11% of personal anxiety, situational - 26%

Results - Depression:

13% has not detected depression; 51% light depression (50-59 points) ; 32% medium Depression (60-69 points) ; 4% heavy depression (70 points or higher)

After: 63% has not detected depression; 20% light depression (50-59 points); 16% medium Depression (60-69 points); 1% heavy depression (70 points or higher)

Results – Stress: 78% of the respondents showed very low ability to overcome stress .

After: Only 12% of the respondents showed very low ability to overcome stress.

Results- Evaluation of integration quality:

72% of youth noted that it is difficult to integrate with the local youth.

After: Just 17% of youth noted that it is difficult to integrate with the local youth.

The results clearly showed the correctness of our opinion, that: use of integration program improves psychological condition and quality of integration.

Eșanu Veronica, Ina Palii, Eșanu Valeriu

SINDROMUL METABOLIC LA COPIII CU PATOLOGIE CARDIACĂ

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu" (rector – acad. AȘM Ion Ababii),
IMSP Institutul Mamei și Copilului (Director – dr. șt. med., conf. univ. S. Gladun), Departamentul Pediatrie

Cuvinte cheie. Sindrom metabolic, copii.

Relevanța subiectului. Sindromul metabolic (SM) în pediatrie rămâne pînă în momentul de față o problemă medicală de actualitate, fiind considerată una din cele mai importante cauze de morbiditate și mortalitate cardiovasculară.

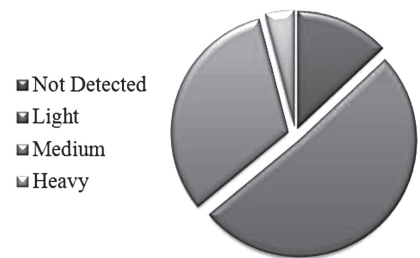


Fig. 1 Results - Depression

O meta-analiză a studiilor populaționale ample efectuate, demonstrează că acesta determină o creștere cu 27-37% a riscului de mortalitate totală și cu 65-93% a riscului de boală cardiovasculară.

Sindromul metabolic înglobează un claster de dereglări severe și se atestă în cazul când sunt prezente cel puțin 3 din următoarele: insulinorezistența, obezitatea abdominală, dislipidemia și hipertensiunea arterială. La complexul descris pot fi adăugate: starea protrombotică și cea proinflamatorie, steatoza hepatică non-alcoolică și apneea de somn.

Scopul studiului. Studiarea prevalenței sindromului metabolic la copii cu patologii cardiace.

Material și metode. Lotul a fost alcătuit din 20 de copii, cu vârsta cuprinsă între 10 și 17 ani, raportul fete : băieți fiind de 1:1, cu participare liber consimțită. Definiția SM s-a efectuat după criteriile Federației internaționale de Diabet.

Rezultate. În 31,25% din cazuri – sindromul metabolic confirmat, în 25% - subiecți cu 2 factori de risc, iar 43,75% din cazuri – subiecți cu un factor de risc către sindromul metabolic.

Concluzii. Sindromul metabolic instalat la copii necesită o abordare și o intervenție terapeutică cât mai precoce și cât mai eficientă, avînd ca scop prevenirea instalării complicațiilor ireversibile la vârsta de adult.



Чугунова Ольга Викторовна

АНЕМИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

*ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И.И.Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург.*

Ключевые слова: анемия, подростки, диагностика, профилактика.

Долгое время система здравоохранения традиционно не обращала внимание на анемию, как на серьезное заболевание. Но, анемии считаются не только серьезным заболеванием, ухудшающим качество жизни пациента и течение основного заболевания, а у детей и подростков рост и развитие, но и распространенным.

В практической деятельности врача наиболее часто встречается железодефицитная анемия (ЖДА), т.к. в 85% случаев причиной снижения содержания гемоглобина в единице объема крови является дефицит железа.

Самый уязвимый возраст – подростковый, имеющий свои особенности, обусловленные вегетативной, эндокринной и иммунной перестройкой организма на фоне физиологического ростового скачка, когда потребность в железе особенно высока. Главным фактором, способствующим развитию ЖДА у подростков, является несоответствие между запасами железа в организме и потребностью в нем. В современное время изменение характера питания, пищевых предпочтений, увлечение радикальными диетами приводит к недостаточному поступлению железа с пищей. Свой вклад в развитие ЖДА вносят заболевания желудочно-кишечного тракта, глистные инвазии, а у девушек значимы повышенные потери железа из-за кровотечений (маточные кровотечения пубертатного периода, дисменорея).

Особенностью данного заболевания в подростковом возрасте является то, что клинические симптомы выражены незначительно или даже отсутствуют, а жалобы не предъявляются. Это влияет на своевременность диагностики. Преодоление «проблемы анемии» основано на «широкомасштабных скрининговых программах». Первичный скрининг на анемию – параметры клинического анализа крови. Для верификации диагноза ЖДА необходимо оценить феррокинетику (показатели биохимического анализа крови (сывороточный ферритин, уровень растворимых трансферриновых рецепторов)).

Снижение содержания сывороточного ферритина подтверждает наличие дефицита железа независимо от концентрации гемоглобина. Выявление ЖДА - поздняя диагностика железодефицитного состояния. Предшествующая анемии стадия латентного железодефицита (ЛДЖ) также неблагоприятно влияет на состояние здоровья, что обусловлено той ролью, которую железо, как эссенциальный элемент, играет в организме человека.

Правильно поставленный диагноз является ключевым моментом лечения анемии. Основа лечения ЖДА – назначение железосодержащих препаратов на фоне коррекции питания и устранения причины железодефицита.

ЖДА – заболевание, развитие которого необходимо и можно предотвратить. Поэтому профилактика железодефицита важна и особенно у подростков с быстрыми темпами роста, имеющих метаболические и эндокринные дисфункции, спортсменов, юных беременных. Первичная профилактика – это рациональное питание и минимизация факторов риска возникновения дефицита железа. Вторичная профилактика - выявление и лечение ЖДА и ЛДЖ.



Кутанова Рано Алымбековна

ИНТЕГРАЦИЯ КУРСА «ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ В ЖИЗНЕННОМ ЦИКЛЕ» В СИСТЕМУ ПОДГОТОВКИ ПЕДАГОГОВ В КЫРГЫЗСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ УНИВЕРСИТЕТЕ ИМ. И. АРАБАЕВА

Кандидат педагогических наук, доцент Кыргызского государственного университета им. И. Арабаева

Аннотация: В данной статье рассматривается электронный курс «Здоровье подростков в жизненном цикле», а также необходимость использования курсов для педагогической специальности в ВУЗах. Автор раскрывает цели и задачи курса, пререквизиты, постреквизиты и необходимые рекомендации по использованию данного курса.

Ключевые слова: Здоровое поколение, электронный курс, студент, модуль, компетентность, самостоятельная работа, умение, знание, профессиональная ориентация, здоровье.

Предлагаемый курс «Здоровье подростков в жизненном цикле» разработан с учетом профессиональной ориентации студентов и будущих функциональных обязанностей в средней школе.

По своему содержанию курс рассчитан на 2 кредита, общий объем по трудоемкости составляет 60 часов из них 16 часов лекций, 14 часов практических занятий, 30 часов самостоятельной работы студентов. Освоение данного курса рекомендуется после или параллельно с курсами «Педагогика», «Психология» и «Возрастная анатомия, физиология и гигиена детей и подростков».

Пререквизиты. Курс «Здоровье подростков в жизненном цикле» базируется на материале школьных программ по анатомии, физиологии и гигиене человека, обществоведению и на знаниях, полученных в КГУ им. И. Арабаева в процессе изучения педагогики, психологии и возрастной анатомии, физиологии и гигиены.

Постреквизиты. Перечень знаний, умений и компетенций, которыми должен овладеть студент по завершении кур-

са будут непосредственно востребованы для усвоения материала других дисциплин с учетом профессиональной ориентации студентов, таких как «Технология и методика преподавания». Понимание психо-физиологических особенностей подростков позволит педагогу выбрать адекватные методы обучения и воспитания подрастающего поколения, как в период прохождения педагогической практики, так и в будущей профессиональной деятельности. В процессе изучения курса «Здоровье подростков в жизненном цикле» студенты наряду с теоретическими знаниями приобретают навыки и умения, необходимые им для работы в школе.

Цели и задачи

Миссия: Основная миссия курса «Здоровый образ жизни» - сформировать у студентов целостное представление о комплексном подходе к сохранению и укреплению здоровья, обучении, основанном на развитии жизненных навыков и ответственного поведения.

Цель курса: повышение потенциала студентов педагогических специальностей для внедрения профилактических программ в учебно-воспитательный процесс школы и формирования здорового образа жизни подростков и молодежи.

Основными задачами курса «**«Здоровье подростков в жизненном цикле»» являются:**

- повысить уровень профессиональной компетенции студентов педагогических специальностей и сформировать у них навыки преподавания основ здорового образа жизни у подростков и молодежи с применением инновационных технологий и интерактивных методик обучения;
- оказать помощь будущим педагогам в разработке и проведении обучающих занятий, подборе информационных материалов, критериев и методов оценки знаний и навыков;
- содействовать формированию у будущих учителей навыков по интеграции профилактических программ в учебно-воспитательный процесс образовательных организаций;
- повысить уровень профессионализма у будущих педагогов в плане формирования жизненных навыков ответственного поведения подростков и организации деятельности, ориентированной на обучаемых;
- развить навыки использования и применения электронных учебников и учебно-методических материалов.

Теоретические знания, полученные студентами на лекциях и в ходе самостоятельной работы с электронными учебниками и методической литературой, закрепляются проведением практических занятий, на которых студенты повторяют, закрепляют и расширяют изученный материал.

Курс ориентирован на освоение общих теоретических основ развития человека в подростковом возрасте; психофизиологических особенностей подросткового периода, комплексного подхода к профилактике и укреплению здоровья, включающего в себя правовой и гендерный подход к вопросам репродуктивного и сексуального здоровья и правам молодежи в этой области, внедрение профилактических программ для подростков и молодежи, а также создание необходимых условий для эффективной их реализации.

Структура организации материала позволяет адаптировать электронный курс «Здоровье подростка в жизненном цикле» к различным целевым группам обучающихся, желающих расширить свой кругозор или повысить свою квалификацию в рамках данного направления. Материал курса окажется полезным не только студентам, но и педагогам и сотрудникам служб общественного здравоохранения.

В учреждениях высшего профессионального образования обучаются студенты различных культурных, национальных, социальных групп. Поэтому в каждом предмете учебного плана преподаватели должны работать в направлении поликультурного воспитания. Поликультурное воспитание многодисциплинарно. Наличие поликультурного компонента в учебных дисциплинах позволяет решать двойную задачу: стимулировать интерес обучающихся к новому знанию и одновременно предлагать различные точки зрения на окружающий мир. В предмете «Здоровье подростка в жизненном цикле» этот вопрос следует рассматривать при изучении вопросов «Подростковый период как залог будущего здоровья отдельных граждан и нации в целом», «Взаимосвязь культурных, психологических и социальных изменений», «Гендерный подход к вопросам сексуального и репродуктивного здоровья подростков».

При использовании электронного курса следует, прежде всего, изучить рабочую учебную программу дисциплины для того, чтобы составить общее представление о структуре и содержании курса. Важную роль в изучении дисциплины играет самостоятельная работа, которую рекомендуется посвятить изучению источников информации, системе показателей и методике их определения.

При работе с электронным курсом особое внимание следует обратить на методических рекомендациях для преподавателей и студентов.

Рекомендации к изучению отдельных тем дисциплины

При изучении раздела 1 «Общие теоретические основы развития человека в подростковом периоде» особое внимание следует обратить на концептуальные основы здоровья подростков и комплексный подход к профилактике и укреплению сексуального и репродуктивного здоровья.

При изучении раздела 2 «Особенности подросткового периода» особое внимание следует обратить на то, как физиологические, психологические и социальные особенности подростков влияют на их здоровье и развитие, формирование гармоничной личности и активной жизненной позиции.

При изучении раздела 3 «Правовой подход к вопросам сексуального и репродуктивного здоровья подростков» особое внимание следует обратить на влияние гендерных вопросов на развитие общества и государства в целом, правовые и гендерные подходы к вопросам здравоохранения и защиты прав человека в контексте сексуального и репродуктивного здоровья.

При изучении раздела 4 «Профилактика через информирование» особое внимание следует обратить на эффективные подходы к профилактике проблем и нарушений репродуктивного здоровья, принципах профилактики ИППП и ВИЧ.

При изучении раздела 5 «Методы и подходы к обучению здорового образа жизни» особое внимание следует обратить на обучение здорового образа жизни на основе жизненных навыков и содержание интерактивных методов обучения.

Рекомендации по работе с компьютерным курсом «Здоровье подростка в жизненном цикле»

В изучении курса оказать большую помощь компьютерный курс «Здоровье подростка в жизненном цикле». Он состоит из двух компонентов:

теоретико-познавательный включает в себя:

- основные термины;

- ключевые понятия и их определения;
- основные факты, явления, процессы, события;
- описание основных законов, теорий, ведущих идей;
- выводы и т. п.

инструментально-практический объединяет:

• характеристики основных методов познания, правил применения знаний, способов усвоения и самостоятельного поиска знаний;

- описание задач, опытов и упражнений;
- составление набора задач, опытов, самостоятельных работ;
- обзоры, разделы, систематизирующие и интегрирующие учебный материал.

Компьютерный курс «Здоровье подростка в жизненном цикле» включает в себя основной, дополнительный и пояснительный текст. Основной текст освещает вопросы, непосредственно относящиеся к программе. В дополнительном тексте студент встретится с обращением к читателям, нормативными правовыми документами, справочными материалами, выходящими за рамки программы и рекомендуемой литературой. В пояснительном тексте отражены предметные введения к учебнику и его разделам, примечания, разъяснения, словари, пояснения к схемам и диаграммам.

Компьютерный курс «Здоровье подростка в жизненном цикле» содержит гипертекст и гипермедиа. Гипертекст - это информационный массив, на котором заданы и автоматически поддерживаются связи между различными элементами учебника. Гипертекстовая структура учебника обеспечивает электронный просмотр больших объемов иерархически организованной текстовой и графической информации и быстрый поиск информации по различным признакам. Студент может выработать свой индивидуальный маршрут поиска информации в информационном массиве учебника. Он может выбирать ту или иную стратегию чтения единого текста. В то же время вследствие активного перемещения по множеству тем, у студента может сложиться ложное впечатление полного усвоения информации при весьма поверхностном знакомстве с ней, либо даже при неверной интерпретации содержимого гипертекста. Поэтому после каждой темы имеются контрольные вопросы с обратной связью, которые позволяют проверить уровень усвоения материала. По сути, для правильного целесообразного пути ознакомления с материалом необходимо предварительно знать этот материал. В этом помогут лекции преподавателя.

Под гипермедиа понимается способ организации мультимедиа. Мультимедиа предполагает объединение в компьютерной системе нескольких средств предоставления информации, а именно: текст, звук, графика, мультимпликация, видео, пространственное моделирование. Гипермедиа состоит из узлов, которые являются основными единицами хранения информации и могут включать в себя страницы текста, графику, звуковую информацию, видеоклип или целый документ. Гипермедиа облегчает понимание изучаемого материала за счет воздействия не только на зрительную, но и слуховую и эмоциональную память.

Компьютерный курс «Здоровье подростка в жизненном цикле» освобождает студента от лишних действий, позволяя сосредоточиться на сути предмета, рассмотреть большее количество примеров и решить больше задач. Система поиска поможет каждому пользователю почти мгновенно «открывать» в таком учебнике любой материал. Учебник предоставляет широчайшие возможности для самопроверки на всех этапах работы и исполняет роль бесконечно терпеливого наставника, предоставляя практически неограниченное количество разъяснений, повторений, подсказок и прочее.

Ни одна творческая работа – написание реферата, эссе, выполнение курсовой или дипломной работы (проекта) – не может быть успешно выполнена без знакомства с современной литературой по разрабатываемому вопросу. В Кыргызстане и за рубежом систематически публикуется множество монографий, брошюр и статей по отдельным аспектам педагогических технологий, возрастной анатомии, физиологии гигиены, психологии, социологии и других отраслей. В помощь студенту в дополнительном тексте после каждого раздела (модуля) приведен список литературных источников.

Рекомендации по подготовке к сдаче зачета

Для подготовки к сдаче зачета студентам рекомендуется еще раз пройти обучение с помощью компьютерного курса «Здоровье подростков в жизненном цикле», самостоятельно проверить уровень освоения курса, диагностировать свои ошибки, поработать с ошибками для их устранения.

Для повышения умственной работоспособности необходимо правильно распределить свою работу во времени, умело использовать физиологические перерывы. После одного-двух часов работы рекомендуется делать перерыв на пять-семь минут, физические упражнения и усиленное глубокое дыхание. Всё это стимулирует центральную нервную систему и повышает работоспособность



Елена Павловна Куршубадзе

ИНТЕРАКТИВНЫЕ ФОРМЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТРЯДА «БОБР» ПО ФОРМИРОВАНИЮ НАВЫКОВ БЕЗОПАСНОЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Педагог-организатор государственного учреждения образования «Средняя школа № 51 г. Минска»

Задача каждого человека - воспитание в себе потребности беречь и преумножать то, что щедро дарит нам природа, беречь свою и другую жизнь, как величайшее творение и богатство на земле. Сегодня крайне необходимо воспитать в каждом гражданине чувство ответственности за это высшее достояние земли.

Ведущая педагогическая идея представленного опыта – привить каждому субъекту социума потребность в бережном отношении к окружающему миру и человечеству в целом.

Отряд специального назначения «БОБР», *белорусский отряд бережливых ребят*, призван осуществлять деятельность по пропаганде знаний, умений и навыков, необходимых для формирования безопасной жизнедеятельности. В процессе развития выделилось три основных взаимосвязанных между собой направления: береги ресурсы, береги жизнь, береги душу.

Отсюда появились следующие виды деятельности:

- *информационно-пропагандистская* - основа работы отряда «БОБР». Своими силами создали в школе уголок «Острова безопасного детства». В рекреациях школы появились информационные кармашки с листовками о бережном отношении к ресурсам, о внимательном отношении друг к другу, о мерах безопасного поведения;

- *творческо-трудова*я - неотъемлемая часть в деятельности «БОБР»ов. Спецназовцами изготавливались коробочки для сбора отработанных батареек, проводилась акция «Батареечный бум» по их сбору. Были придуманы и выполнены самостоятельно: настольная игра «Безопасные классики», настольные игры «Жизнь дана на добрые дела», «Помоги себе сам». Осуществляя работу в сборе вторресурсов «БОБР»ы инициировали награждение медалью «Победитель операции «Сохраним лес» участников, собравших 200 кг макулатуры;

- *игровая* – необходимая форма воспитательной работы с детьми разного возраста. С этой целью были придуманы игры, о которых упоминалось выше. С целью обучения безопасному поведению у воды, была создана компьютерная игра «ОСВОД» на страже белорусских вод»;

- *разъяснительная и обучающая* проводится через информационные уроки, игровые перемены, сайт школы, флеш-мобы по распространению листовок жизнесберегающего содержания;

- *контроля* - потребность для «БОБР»ов. Выходя под «БОБР»овым флагом обследовать территорию школы, спецназовцы осуществляют контроль над использованием энергоресурсов, в ходе которого в тетрадь совместной службы спасения ресурсов вписывают объекты, требующие вмешательства специалистов. Позже появилась идея сотрудничества «БОБР»ов с инспектором по охране труда по обследованию школьной территории на наличие предупредительных знаков, состояния планов эвакуации, на предметы, представляющие опасность жизнедеятельности.

Опыт имеет высокую результативность и адаптируется к любому детскому образовательному, оздоровительному учреждению.



Чугунова Ольга Викторовна

КУРЕНИЕ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ У ПОДРОСТКОВ

ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И.Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург.

Ключевые слова: курение, подростки, заболевания легких, профилактика

Ведущим фактором, определяющим состояние здоровья, является образ жизни (его вклад в здоровье составляет 55% - 70%).

Распространенность заболеваний легких у подростков зависит от особенности образа жизни и связанных с ним факторов риска. Замедлить развитие заболевания как до, так и после появления клинических симптомов можно в первую очередь за счет изменения образа жизни и уменьшения факторов риска, прежде всего модифицируемых к которым относится курение.

При курении основная масса табачного дыма попадает в органы дыхания, поэтому поражаются, прежде всего, именно они. Последствием курения могут быть ларингиты, трахеиты. Курение – фактор риска, способствующий в последующем формированию хронических деструктивных заболеваний легких с прогрессирующим течением.

Продукты сгорания табака оказывают вредное воздействие на дыхательные пути: раздражают слизистые оболочки, вызывают воспаление и отёк слизистой бронхов, увеличивают секрецию желез, ухудшают очистительную функцию мерцательного эпителия, способствуют накоплению слизи и вызывают бронхоспазм. Прогрессирующие изменения слизистой оболочки всего дыхательного тракта ведут к потере эластичности альвеолярных стенок в легких и развитию хронического воспаления.

Подростки-курильщики чаще страдают от кашля, образования мокроты, дисфункции дыхательных путей, одышки, у них изменены показатели функции внешнего дыхания, они подвержены острым респираторным заболеваниям, при наследственности - бронхиальной астме.

Хронические заболевания, связанные с курением, обычно появляются в зрелом возрасте. Современная тенденция – снижение возраста начала курения и увеличение числа курящих «со стажем» среди старшего подросткового возраста. С увеличением числа курящих подростков помолодели такие серьезные диагнозы как: хронический бронхит, эмфизема, рак легких. Точных статистических данных о распространенности хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) среди подростков нет, но основная причина формирования ХОБЛ в подростковом возрасте – табакокурение.

В настоящее время все больше внимания уделяется и пассивному курению. Оно вызывает различного рода нарушения в работе органов дыхания и способствует более частому и тяжелому течению респираторных инфекций.

Заболевания органов дыхания традиционно являются одними из наиболее массовых и лидируют в подростковом возрасте. Профилактика табакокурения среди подростков крайне важна. Это не только здоровье подростка, но и профилактика хронических неспецифических заболеваний легких взрослых. Но никакая профилактика курения у подростков не будет результативна, если ближайшее окружение не будет демонстрировать положительный пример.



Самоделкин Яков Александрович

МОЛОДЕЖЬ И АЛКОГОЛЬ: ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ В ПОТРЕБЛЕНИИ СПИРТСОДЕРЖАЩИХ НАПИТКОВ

Уральский государственный аграрный университет, факультет СПО

Ключевые слова: здоровый образ жизни, потребление алкоголя, культура потребления алкоголя, стереотипы

Актуальность: Употребление подростками алкогольных напитков не совместимо с концепцией здорового образа жизни. В обществе утвердился взгляд, что употребление минимального количества алкоголя – здоровая норма. Запрет на время покупки и на места покупки не повлияли на уровень потребления алкоголя.

Метод исследования: социологический опрос (анкетирование)

Выводы:

В исследовании приняли участие 36 человек из разных возрастных групп (от 18 до 75 лет) и уровней образования (от начального до высшего).

Исследование показало следующее:

1) 100% респондентов выборки употребляли алкоголь.

2) 61 % респондентов выборки алкоголь – обязательное средство для профилактики онкологических, сердечно-сосудистых и простудных заболеваний.

3) 69,4% респондентов выборки алкоголь - обязательный атрибут проведения траурных мероприятий (години, траурные обеды и т.д.)

4) 58, 3 % респондентов выборки алкоголь – обязательное условие проведения праздников.

5) 63,8 % респондентов выборки алкоголь - зло, приводящее человека к гибели.

6) 27,7 % респондентов выборки алкоголь довольно часто употребляют в гостях, 19,4 % - у себя дома. 13,8 % - на улице.

7) 74,9 % респондентов выборки ответственность за преступления, совершенные в отношении человека, находящегося в алкогольном опьянении возложили на самого человека. 47,1 % - на полицию. 44,3 % респондентов выборки убеждены, что ответственность не нужно возлагать на предпринимателей, торгующих алкоголем, а также семью и школу.

8) 98% респондентов, принявших участие в опросе, употребляют алкоголь в свободное время (в период досуга).

Алкоголь органично вписан в социальную функцию досуга, которая связана у респондентов с общением и воспроизводством социальной структуры через свойственные им образцы досугового поведения. Респонденты особо отметили, что с возросшим количеством свободного времени у различных категорий горожан, не произошло увеличения потребления культуры и культуротворчества.

Ревенко Н.Е.^{1,2}, Долапчиу Е.В.¹

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПОДРОСТКОВ

1-ГУМФ Н. Тестемицану, Департамент Педиатрии

2- НИИ Охраны Здоровья Матери и Ребенка

Ключевые слова: подростки, рост, вес, физическое развитие.

Цель: определение особенностей физического развития подростков 10-16 лет.

Материалы и методы. Проведено обследование 2770 подростков (1397 мальчиков (50,4%) и 1373 девочек (49,6%)) в возрасте 10-16 лет (средний возраст -12,55 ± 1,7 лет). Для решения поставленной задачи проводились измерения роста, веса, окружностей талии (ОТ), определен процент жировой ткани (ЖТ) методом биоимпедансного анализа. Избыточный вес констатировался при выявлении у ребенка ИМТ (индекса массы тела) более 85 перцентили, недостаток массы тела - при значениях ИМТ менее 5 перцентили по полу и возрасту.

Результаты. Выявлено 166 (11,9%) мальчиков и 127 (9,3%) девочек со значительными отклонениями в весе: 151 (10,8%) мальчик и 115 (8,4%) девочек - с весом более 97 перцентили, 15 (1,1%) мальчиков и 12 (0,9%) девочек – с весом менее 3 перцентили. Также выявлено 233 (16,7%) мальчика и 199 (14,5%) девочек со значительными отклонениями в росте: 220 (15,7%) мальчиков и 183 (13,3%) девочки ростом более 97 перцентили, 13 (0,9%) мальчиков и 16 (1,2%) девочек – ростом менее 3 перцентили.

При определении ИМТ выявлено 110 детей с недостаточным весом (3,98%), 395- с избыточным весом (14,3%), из них 74 - с ожирением (2,7%). Среди детей с пониженным весом незначительно преобладают девочки (56 (50,9%) и 54 соответственно (49,1%)), а с избыточным весом – мальчики (175 (54,7%) и 145 (45,3%) соответственно). Среди детей с ожирением также преобладают мальчики: 47 (63,5%) и 27 (36,5%) соответственно.

Изучение процента ЖТ выявило у 114детей пониженный (70 девочек (61,4%) и 44 мальчика (39,6%)), а у 454 – повышенный ((333мальчика (73,3%) и 121 (26,7%) девочка) процент ЖТ. ОТ более 90 перцентили, указывающая на избыток висцерального жира, выявлена у 99 детей (3,6%), из которых 21 мальчик (1,5%) и 78 девочек (5,7%).

С возрастом у мальчиков наблюдается снижение % ЖТ, и избыток веса у них реже связан с избыточным накоплением ЖТ. Отсутствие взаимосвязи между ОТ и процентом общей ЖТ указывает на равномерное распределение ЖТ у мальчиков. У девочек процент ЖТ пропорционален весу, что свидетельствует о накоплении ЖТ, а положительная взаимосвязь процента ЖТ и ОТ указывает на повышение висцерального жира и развитие центрального ожирения.

Выводы: 14,3% подростков имеют повышенный и 3,98% - пониженный вес, преобладают мальчики (54% vs 46% и 60% vs 40%). У мальчиков – подростков наблюдается равномерное распределение жирового слоя, у девочек преобладает накопление висцерального жира.

Таранович, К.Ю.

ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Республика Беларусь, г. Минск, БГПУ

Ключевые слова: здоровье, подростки, физическое развитие подростков, заболеваемость.

Актуальность. Сохранение и укрепление здоровья подрастающего поколения является одной из приоритетных государственных задач Республики Беларусь. На фоне демографического спада и процесса старения белорусской нации проблема здоровья подростков приобретает особую актуальность. Специалисты отмечают, что в подростковом возрасте наблюдаются самые высокие темпы роста заболеваемости почти по всем классам болезней, причем преимущественно по тем, которые формируют хронические заболевания.

Наиболее актуальные проблемы здоровья подростков связаны с репродуктивным и психическим здоровьем. Здесь необходимо выделить инфекции, передаваемые половым путем, и подростковую беременность. Согласно статистике, из общего числа производимых в Беларуси аборт на подростковый возраст приходится 9-10%. Абсолютное число аборт, производимых подростками, постепенно снижается. Однако каждый десятый аборт проводится у подростков и молодежи в возрасте до 20 лет. В структуре общей заболеваемости психические расстройства занимают 11-е место, но при этом они являются основной инвалидизирующей патологией среди лиц данной возрастной группы (22,3%). За последние 10 лет в Республике Беларусь выявлены негативные тенденции в показателях физического развития подростков. Выявлено снижение темпов роста, уменьшение размеров и массы тела. Снижается доля подростков с нормальным физическим развитием. В этой связи возникает необходимость в проведении комплексного всестороннего исследова-

ния здоровья подростков в Республике Беларусь.

Материалы и методы исследования. В Беларуси разработана методология и начата работа по проведению исследования, результаты которого позволят обосновать меры по укреплению здоровья подростков, проживающих на территории республики. Объект исследования – предварительно сконструированная общенациональная выборка лиц 1994–1997 годов рождения, N = 900 человек. Материалом служат данные комплексной оценки состояния здоровья подростков 15–18 лет, проживающих на территории Беларуси, полученные методом выкопировки из первичной медицинской документации.

Ожидаемые результаты. Планируется по данным комплексной оценки состояния здоровья установить особенности физического развития и распределение подростков по группам здоровья; оценить распространенность патологии, выявить структуру заболеваемости, посредством сравнительно-сопоставительного анализа установить особенности показателей здоровья подростков в зависимости от пола, проживания, занятости. Предполагается использование современных методов компьютерного статистического анализа данных.

Выводы. Таким образом, проведение комплексного и всестороннего анализа здоровья подростков позволит выявить основные факторы риска, выработать меры по их предупреждению и внедрить здоровьесберегающие технологии в учреждениях, связанных с образованием и воспитанием подростков.

●
Мардарь Наталья

РАБОТА С МОЛОДЕЖЬЮ ПО ПРИНЦИПУ «РАВНЫЙ-РАВНОМУ» В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ А.О. „Credința”

Ключевые слова: молодежь, профилактика ВИЧ, работа по принципу «равный-равному», волонтерская деятельность.

Актуальность темы: молодежь является одной из уязвимой категории населения, составляет около 25% от общего населения, в возрасте от 16 до 25 лет. Подростки подвержены опасности рискованного поведения из-за недостаточных знаний о репродуктивном и сексуальном здоровье. Лишь около 1/3 молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет, имеют полноценные знания о ВИЧ. Родители не готовы поддержать детей в принятии обоснованных решений и ведении здорового образа жизни. Молодые люди большей частью решает все эти вопросы собственными силами. В связи с этим, деятельность, в основу которой входит донесение информации подросткам по принципу «равный-равному», становится актуальной.

Основа работы с молодежью построена по принципу «равный-равному», в которую входит профилактика ВИЧ/СПИДа среди молодежи, развитие активизма, направленного на повышение знаний молодежи и развития навыков относительно репродуктивного здоровья и предотвращения ВИЧ. При этом основной задачей работы является изменение рискованного поведения у молодежи и участие в волонтерской деятельности, в целях профилактики, с последующей передачей опыта сверстникам.

Этапы:

1. Обучение волонтеров профилактической деятельности в рамках технологии «равный-равному»
2. Участие волонтеров, которые уже прошли через обучение, в помощи обучения новых тренеров
3. Использование знаний на практике при проведении профилактических лекций в школьных заведениях, университетах, летних лагерях.
4. Сотрудничество с партнерскими организациями и Центрами волонтеров, совместные проекты.
5. Участие в публичных Акциях по проблеме ВИЧ/СПИДа

Программы с участием тренеров «Равный–равному» столь же эффективны, как преподаваемые взрослыми в информированности молодежи о ВИЧ, изменения ее убеждений и рискованного поведения. Подростки с большей вероятностью участвуют в диалоговых обсуждениях после проведения сверстником учебных сессий, чем, если бы они были проведены взрослыми. Расширение доступа молодых людей в сферу профилактики ВИЧ/СПИДа, к образованию в области сексуального и репродуктивного здоровья, а также обеспечение их участия, поможет снизить риск инфицирования среди молодежи.

●
Романенко Л.В., Мешкова Е.М.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ И РАЗВИТИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ И МОЛОДЕЖИ НА ПРИНЦИПАХ «ДРУЖЕСТВЕННОГО ПОДХОДА» В УКРАИНЕ. ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ Национальная детская специализированная больница «ОХМАТДЕТ» МЗ Украины

Резюме Украина – это вторая наибольшая по площади страна Европы с общим населением 42 млн. 650 тыс. человек. Подростки составляют 27,5% от всего детского населения страны в возрасте от 0 до 17 лет. Социальная значимость здоровья детей подросткового возраста обусловлена тем, что они представляют репродуктивный, интеллектуальный, экономический, социальный, политический и культурный потенциал страны.

Уровень первичной заболеваемости и распространенности заболеваний среди детей подросткового возраста, как и в общей популяции детского населения, продолжает возрастать. В подростковом возрасте наблюдаются: патология органов дыхания – 50,2%, заболевания кожи-8,0%; травмы и отравления - 6,2%; частота расстройств психики и поведения среди юношей почти вдвое превышает соответствующий показатель у девушек.

В Украине у подростков доминирует смертность от дорожно-транспортных происшествий (40%), что требует более активного привлечения внимания общества и разных отраслей к данной проблеме.

Украина остается лидером в Европе по масштабам распространения ВИЧ-инфекции. В 2015 году 60 процентов новых случаев передачи ВИЧ-инфекции произошло в связи с незащищенным сексом. Большинство случаев инфицирования ВИЧ в Украине сегодня регистрируются у молодых людей от 15 до 30 лет.

Позитивным результатом профилактических программ можно считать снижение числа подростков среди потребителей инъекционных наркотиков (ГИН).

В силу ряда причин в конце 90-х годов появилась необходимость изменения подходов к организации медицинской помощи подросткам. К этим причинам относились прогрессивное ухудшение состояния здоровья подростков; недоста-

точный уровень ресурсного обеспечения подростковой медицины; недостаточный уровень доступности медицинских услуг детям подросткового возраста; социальный фактор в формировании здоровья детей подросткового возраста; недостаточный уровень подготовки медицинского персонала.

Учитывая все предпосылки и с целью обеспечения современных подходов к оказанию медицинской помощи детям подросткового возраста,

в 1998 году, при поддержке Детского Фонда ООН/ЮНИСЕФ, начато внедрение пилотного проекта «Клиника, дружественная к молодежи» (КДМ) и была открыта первая такая дружественная клиника в г. Киеве.

На сегодня созданы и успешно работают 139 КДМ в разных регионах Украины, 22 из них были созданы при поддержке ЮНИСЕФ. Для обеспечения успешной работы КДМ изданы соответствующие нормативные документы по Министерству здравоохранения и Министерству социальной политики, которые регламентируют в т.ч. взаимодействие КДМ и ЦСССДМ. Имеются методические рекомендации, отработана система сертификации.

С целью обучения персонала КДМ внесены изменения к учебным программам высших медицинских учебных заведений. Осуществляются мероприятия по интеграции медицинских услуг подросткам и молодежи на принципах «дружественного подхода» в работу специалистов первичного звена здравоохранения

Выводы: Внедрение и развитие медико-социальной помощи подросткам и молодежи на принципах «дружественного подхода» в Украине имеет значительные достижения. Но следует сделать еще очень многое для увеличения доступности целевой группы к данным услугам и повышению их качества.

Список использованных сокращений

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека; ДКТ - добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ; ИППП - инфекции, передающиеся половым путем; НАН – Национальная Академия наук Украины; КДМ - Клиника, дружественная к молодежи; МЗ – Министерство здравоохранения; ООН- организация объединенных наций; ПАВ - психоактивные вещества; ПИН - потребители инъекционных наркотиков; СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита; ЦСССДМ - Центры социальных служб для семьи, детей и молодежи; ЮНИСЕФ - Детский фонд ООН

●
Шнитко С.Н.

РОЛЬ ЖУРНАЛА «ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА» В ПРОПАГАНДЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ПОДГОТОВКЕ ПОДРОСТКОВ К СЛУЖБЕ В АРМИИ

Проф. Военно-медицинский факультет

в УО «Белорусский государственный медицинский университет» г. Минск

Актуальность: Трудно переоценить влияние, которое оказывает на показатели продолжительности жизни, заболеваемости, рождаемости и смертности образ жизни людей. И такие негативные его составляющие, как неумеренное потребление спиртных напитков, наркотических средств и курение порождают одни из самых сложных медицинских и социальных проблем.

Цель: Показать значение научно-практического журнала «Военная медицина» в пропаганде здорового образа жизни и подготовке призывного контингента к службе в Вооруженных Силах Республики Беларусь.

Методики и методы исследования: В связи с образованием Вооруженных Сил Республики Беларусь и в целях совершенствования организации медицинского обеспечения их в мирное и военное время с 2006 года начал издаваться журнал «Военная медицина». Приказом Высшей аттестационной комиссии Республики Беларусь № 25 от 13.02.2007 журнал включен в Перечень научных изданий Республики Беларусь для опубликования результатов диссертационных исследований по медицинской отрасли наук.

Наряду с основными задачами журнала «Военная медицина» по совершенствованию и повышению качества медицинского обеспечения военнослужащих, на журнал возлагаются задачи по пропаганде здорового образа жизни подрастающего поколения и подготовке его к службе в армии.

Результаты: Анализ научных статей, опубликованных в журнале «Военная медицина» показывает, что основы нравственного и физического здоровья будущего гражданина закладываются в самом раннем возрасте – в семье, детском саду, общеобразовательной школе. От того, какие жизненно необходимые навыки будут привиты детям, зависит дальнейшее развитие, становление и совершенствование личности. Особое значение имеет физическая подготовка юношей, которым предстоит служба в Вооруженных Силах. Эта работа является частью государственной политики. В настоящее время разрабатывается Программа физической подготовки юношей допризывного и призывного возраста, обеспечивающая методическую основу организации физического воспитания будущих солдат в свободное от учебы время. Такие негативные явления, как курение, алкоголизм, наркомания, торговля людьми несут реальную угрозу физическому и нравственному здоровью нации. Подход к их искоренению должен быть самым принципиальным, жестким и решительным. Для этого необходимы скоординированные действия медицинских работников, педагогов, родителей и сотрудников правоохранительных органов.

Выводы: Основой национальной идеологии должно стать формирование здорового образа жизни нации. При этом средства массовой информации придается большое значение в пропаганде последнего и подготовке молодого пополнения к службе в армии.

●
Я.С. Шляхто

ЭКОКУЛЬТУРНАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ СРЕДА КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР УСПЕШНОЙ АДАПТАЦИИ К УСЛОВИЯМ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ НА ВТОРОЙ СТУПЕНИ ОБЩЕГО СРЕДНЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

*ГУ «Территориальный центр социального обслуживания населения Первомайского района г.Витебска»,
Витебск (Республика Беларусь)*

Ключевые слова: экокультурная образовательная среда, адаптация, школьная дезадаптация, младший подростковый возраст.

В Республике Беларусь развитие образования относится к важнейшим государственным приоритетам. Наша страна поддерживает инициативы международного сообщества, направленные на повышение роли образования в современном мире.

Понимание важности гармонично развивающегося молодого поколения для инновационного развития страны, обусловило то, что сегодня на государственном уровне обозначена необходимость целенаправленной системной работы по профилактике и преодолению школьной дезадаптации.

Проблема школьной адаптации в настоящее время весьма актуальна. Необходимость ее изучения становится все более очевидной в связи с нарушением психического здоровья детей, ростом нервно-психических заболеваний и функциональных расстройств у детей. Пристальное внимание к школьной адаптации вызвано и тем, что, являясь динамическим процессом прогрессивной перестройки функциональных систем организма, она создает предпосылки полноценного психического развития.

В настоящее время, адаптация к новой образовательной среде понимается психологами как целостный, многосторонний процесс психологического и социального приспособления к новой культуре, образу жизни и поведению, результатом которого является интеграция в новую культурную среду при сохранении богатств собственной культуры.

Школьная адаптация является процессом психологического и социального приспособления к условиям обучения в общеобразовательной школе.

Для выделения существенных характеристик экокультурной образовательной среды и их влияния на успешность процесса адаптации детей к условиям обучения в школе, нами было проведено интервьюирование педагогов. В качестве респондентов выступили 60 педагогов, из них 20 – учителей пятых классов, 20 – специалистов СППС и 20 специалистов высшей школы. Все респонденты занимались педагогической деятельностью в соответствии со своей специальностью.

Таким образом, анализ результатов интервью позволяет сделать следующие выводы: экокультурная образовательная среда – это среда с благоприятным социально-психологическим климатом, включающая педагогов, удовлетворенных своим трудом и условиями труда, с организационной культурой учреждения, ориентированной на личность, ее ценности и потребности, с коллегиальным (демократическим) стилем руководства педагогическим коллективом. Это среда участников процесса образования, в котором преобладают открытость, контактность, диалогичность в межличностной коммуникации. Она выражается, прежде всего, в создании оптимальных условий для формирования сообщества людей, способного к гармоничному взаимодействию с окружающим социальным и природным миром.

Valentina Bodrug-Lungu
**STRATEGII DE PROMOVARE A MODULUI SĂNĂTOS DE VIAȚĂ A TINERILOR
PRIN PRISMA DE GEN**

Universitatea de Stat din Moldova, Gender-Centru

Sănătatea populației, în special a tinerilor, reprezintă un bun atât personal cât și social. Responsabilitatea oricărui stat ține de crearea oportunităților de fortificare a sănătății femeilor/fetelor și bărbaților/băieților. Dimensiunile problemelor de sănătate sunt multiple, incluzând și modul de viață al persoanelor. Menționând acțiunile pozitive ale sistemului educațional și ocrotirii sănătății cu referire la promovarea modului de viață sănătos, constatăm actualitatea continue a subiectului. În pofida realizărilor, tematica modului sănătos de viață rămâne a fi prioritate mai mult pentru structurile de stat decât pentru cetățeni. Urmare a persistenței stereotipurilor de gen, percepțiile față de sănătatea fetelor și băieților sunt diferite. Deseori, fetele și băieții au experiențe diferite, percep și identifică riscurile cu referire la sănătate în mod diferit, având nivel diferit de vulnerabilitate și, respectiv, necesități diferite în raport cu serviciile de ocrotire a sănătății și educație în domeniu.

În acest context, strategiile de promovare a modului sănătos de viață urmează a fi ajustate în corespundere cu specificul de vârstă și de gen al tinerilor, având în vizor necesitățile acestora, abordând pozitiv sentimentele și trăirile fetelor și băieților. Astfel, se propune explorarea subiectelor ce vizează diverse aspecte ale sănătății (alimentația, drogurile, alcoolul, tabagismul, sexualitatea etc.) prin utilizarea unor instrumente specifice după cum urmează: activitatea "Avantaje și dezavantaje de a fi fată / băiat", Povestea "Rîul cu crocodili", Jocul "Luarea deciziilor", activitatea "Cum sun fetele / Cum sunt băieții", lucrul cu stereotipurile vizavi de sexualitate / utilizarea drogurilor și alcoolului / alimentația - prin prisma de gen etc.. Atenție sporită necesită fortificarea stimei de sine la fete și băieți, formarea scalei valorilor, informarea despre drepturi și responsabilități, în vederea luării unor decizii responsabile și sănătoase, rezistenței la influențele sociale negative.

Menționăm necesitatea schimbării paradigmei educației pentru mod/ stil de viață sănătos, asigurând conexiunea dintre sănătate și starea de bine (ODD 3), educația sexuală și prevenirea violenței, educația de gen și prevenirea discriminării în bază de gen, promovând sănătatea fetelor și băieților ca precondiție a dezvoltării personale și durabilității sociale.

Larisa Chirev
DEZVOLTAREA REZILIENȚEI EMOȚIONALE LA COPII
Universitatea Pedagogică de Stat "I. Creangă", catedra Psihologie

Cuvinte-cheie: reziliență emoțională, reactivitate emoțională, recunoașterea și acceptarea emoțiilor, exprimarea adecvată a emoțiilor, managementul emoțiilor, ghid pentru părinți.

Abilitatea copilului de a-și recunoaște, înțelege, accepta și exprima emoțiile într-un mod adecvat (fără să-i rănească pe ceilalți) este un indicator al sănătății lui mentale, a stării lui de bine emoționale și sociale. Modul de exprimare și manifestare a emoțiilor se învață din interacțiunea cu ceilalți – părinți și educatori.

Reziliența emoțională este abilitatea copilului de a face față într-un mod sănătos emoțiilor de zi cu zi, de a fi atent și empatic la nevoile celorlalți, de a-și gestiona emoțiile negative și de a se adapta la situații de stres și experiențe neplăcute sau care îi creează disconfort.

Copiii învață exprimarea emoțională prin:

- Observarea comportamentelor părinților sau a celorlalți copii
- Imitarea comportamentelor celorlalți
- Consecințele pe care le are exprimarea verbală a emoției.

Modul în care un copil își exprimă emoțiile diferă în funcție de temperamentul și de reactivitatea lui emoțională. Abilitățile de bază, însă, sunt aceleași pentru toți copiii:

a) *Recunoașterea și acceptarea emoțiilor.* Emoțiile ne semnaleză că e nevoie de a schimba ceva în context sau în convingerea față de situație. Este necesar de a învăța copilul că este normal și sănătos să simtă diferite emoții.

b) *Exprimarea emoțiilor într-un mod adecvat.* Copilul are nevoie să învețe cum să-și exprime într-un mod adecvat emoțiile, ce cuvinte, expresii sau acțiuni să folosească în exprimare. El are nevoie să știe și care sunt modalitățile neadecvate de exprimare a emoțiilor.

c) *Managementul emoțiilor.* Adaptarea copilului la situații în care reacționează emoțional negativ este o abilitate necesară zi de zi. Copilul poate fi învățat să aibă o atitudine pozitivă față de sine prin aprecierea pozitivă a efortului de a rezolva o situație și discutarea despre cum ar reacționa sau rezolva diferit problema într-o altă situație.

Ghidul pentru părinți în oferirea sprijinului pentru copil cuprinde o listă de recomandări cu referire la ce pot face și cum pot face pentru a-și ajuta copilul să-și gestioneze emoțiile zilnice.

Daniela Dumulescu, Florentina Furtunescu
DEZVOLTAREA ABILITĂȚILOR NON-COGNITIVE LA ADOLESCENȚII
 Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca
 Universitatea de Medicină și Farmacie, "Carol Davila" București

Cuvinte-cheie: abilități non-cognitive, adolescenți, sănătate mentală, UNICEF România

Abilitățile non-cognitive se referă la un set complex atitudini, comportamente și strategii care au câștigat în ultimii ani popularitate în rândul cercetătorilor și practicienilor din domeniul sănătății mentale și nu numai. Acest fapt se datorează numeroaselor studii care au arătat impactul pozitiv neechivoc al acestor abilități asupra dezvoltării copiilor și adolescenților, asupra succesului la școală și în viață. Mai mult, abilitățile non-cognitive au în general un caracter maleabil, ceea ce înseamnă că ele pot fi dezvoltate în contexte diverse. Printre cele mai des investigate abilități non-cognitive se numără: abilitățile sociale și emoționale, reziliența, autocontrolul, motivația, abilitățile de luare a deciziilor, abilitățile civice.

În cadrul acestei prezentări ne propunem să explorăm situația dezvoltării abilităților non-cognitive la adolescenții din România, cu accent asupra relevanței acestor abilități pentru traseele individuale de dezvoltare, dar și pentru politicile și practicile în domeniul educației și sănătății adolescentului. De asemenea, sunt discutate aspecte care vizează relația dintre abilitățile non-cognitive și variabile precum comportamente de risc, abandon școlar, starea de bine etc. Acestea sunt abordate în contextul relației cu inițiative și programe care vizează dezvoltarea abilităților non-cognitive la adolescenții din România și care s-au dovedit a fi eficiente și a produce efecte pozitive semnificative. Analiza se concentrează asupra câtorva studii desfășurate sub coordonarea UNICEF România în perioada 2015-2016, dar include și câteva rezultate și concluzii recente publicate în articole științifice care abordează această problematică în spațiul românesc.

□

Daniela Sîmboteanu
 REZILIENȚA CA MECANISM DE ADAPTARE POZITIVĂ VERSUS EXPERIENȚELE TRAUMATICE LA COPII
 Centrului Național de Prevenire a Abuzului fata de Copii

Violența față de copii reprezintă una dintre cele mai traumatizante experiențe în viața unui om, care provoacă atît reacții psihice imediate, cît și efecte psihice pe termen scurt, mediu și lung. O preocupare științifică, dar și practică din ultimul deceniu este studierea capacităților umane de supraviețuire și reabilitare productivă în urma traumelor psihice, unul din conceptele centrale în acest sens fiind cel de reziliență. În prezentare se va face o retrospectivă ale programelor de prevenire ale Centrului Național de Prevenire a Abuzului fata de Copii din R.Moldova, care implică reziliența, ca dimensiune care contribuie la prevenirea abuzului împotriva copilului, dar și ca una care facilitează depășirea traumelor psihice în urma evenimentelor distructive la care sunt expuși copiii în urma abuzului, abordare care răstoarnă vechea viziune, axată pe deficiență, neputință, boală. În prezentare vor fi prezentate studii de caz din experiența Centrului Național de Prevenire a Abuzului față de Copii, de asemenea, recomandări pentru părinți și profesioniști cum să faciliteze dezvoltarea rezilienței la copii.

Ion Dumbraveanu, Iurie Arian
COMPORAMENTUL SEXUAL LA ADOLESCENT ȘI BĂRBATUL TÂNĂR
 Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Catedra Urologie

Introducere. Sexualitatea este individuală și dependentă de o serie de factori biologici, psihologici și sociali. În același timp, criteriile de apariție, dezvoltare și manifestare ale sexualității sunt comune. Individualitatea se referă în primul rând la timpul de debut, orientare, durata și gradul de manifestare. Pe parcursul istoriei s-a observat că, sub influența factorilor sociali, viziunile asupra sexualității au suferit modificări esențiale.

Scopul lucrării. În baza datelor din literatura, a experienței personale și a studiilor sociologice, de a analiza tendințele contemporane de manifestare a sexualității la adolescenți și bărbații tineri.

Rezultate. Formarea sexualității este un proces complex. Interesul față de sexualitate apare sub impuls biologic, odată cu schimbările hormonale, neurologice, etc. necesare adaptării la viața de adult. Dezvoltarea și aprofundarea sa are loc sub influența factorilor psihosociale. Pentru dezvoltarea armonioasă a sexualității este necesară parcurgerea unor etape esențiale: autodeterminarea sexuală cu apariția interesului față de sex, atracția sexuală, inițial platonice, apoi erotică și abea peste o anumită perioadă activă. În mod similar, manifestările sexualității încep cu vise și fantezii platonice, elemente de curtare, adeseori subconștiente, comunicare, fantezii erotice, fantezii sexuale, masturbare, urmate de debutul activității sexuale propriu-

zise. La hotarul între adolescență și adultul tânăr apare fenomenul de hipersexualitate, manifestat prin accentuarea fanteziilor erotice și a exceselor sexuale (ejaculări multiple în 24 ore, prin acte sexuale sau masurbare). Fenomenul dispare de la sine către vârsta de 25 ani, odată cu instalarea ritmului fiziologic individual al activității sexuale. Subestimarea factorului biologic cu predominarea influențelor sociale și psihologice generează apariția unor comportamente sexuale deviante, și a altor urmări pe termen lung. Realitățile contemporane, diminuarea rolului parental, condiții economice neegale, concomitent cu informatizarea excesivă, au modificat sexualitatea tinerilor. Dispar diferențele psihosociale între bărbat și femeie, scade dramatic vârsta de debut a relațiilor sexuale, crește numărul consecințelor nedorite ale activității sexuale (infecții, gravidități, etc).

Concluzii. Etapele și formele de manifestare a comportamentului sexual al adolescentului și bărbatului tânăr, necesită a fi utilizate în procesul de educație sexuală. Măsurile orientate doar la constatarea schimbărilor comportamentale și combaterea unor consecințe nu sunt suficiente pentru a avea o generație sănătoasă.

Iurie Arian, Ion Dumbrăveanu
IMPACTUL ANXIETĂȚII DE PERFORMANȚĂ ASUPRA FUNCȚIEI ERECTILE LA TINERI
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Catedra Urologie

Introducere. Bărbatul tânăr, aflat la primele experiențe sexuale, este afectat în mod deosebit de succesul și impresia pe care o va lăsa sau „ar trebui să o lase” asupra partenerei sale. Astfel tânărul, în special la prima sa experiență sexuală, este dominat de ideea social-inspirată, că prima experiență este acel „moment de glorie a sa” când acesta îi va demonstra partenerei adevărata sa performanță sexuală. Iar în cazul unui eșec, tânărul se va supune unei autocritici cu impact negativ asupra funcției sale erectile, adesea fiind necesară implicarea specialistului pentru depășirea problemei.

Scopul lucrării. Trasarea mesajelor cheie, necesar a fi transmise tinerilor în cadrul sesiunilor de educare-informare în domeniul sănătății sexuale, pentru prevenirea disfuncțiilor erectile psihogene corelate cu anxietatea de performanță sexuală.

Rezultate. Funcția erectilă este un proces complex, fiziologic și psihologic, care poate fi ușor perturbat în urma unor disfuncții organice sau psihogene. Pornind de la incidența sporită a disfuncțiilor erectile de cauză psihogenă la tineri, am încercat să analizăm factorii psiho-sociali specifici Republicii Moldova, care predispun în mod deosebit tinerii spre anumite disfuncții sexuale: lipsa educației sexuale în familie sau școală, lipsa unei vieți sexuale stabile, impactul sporit al ideilor sociale cu referire la performanță sexuală, etc. Fenomenul de anxietate sexuală de performanță, trebuie privit ca un proces complex cu implicare cognitivă, afectivă, comportamentală și psihologică a tânărului. Factorul trigger al anxietății de performanță poate fi orice stimul sexual (invitație de a avea o relație sexuală, o imagine sexuală sau chiar slăbirea durității peniene în timpul actului sexual) pe care bărbatul îl asociază cu capacitatea ori incapacitatea sa erectilă. Dacă acest stimul sexual este asociat cu careva gânduri negative (dependente de experiența personală precedentă) impactul va duce la un eșec erectil curent. Mecanismul eșecului erectil ca urmare a anxietății de performanță poate fi determinat de atenția diminuată asupra plăcerii sexuale cu sporirea tonusului musculaturii peniene prin mecanism simpatic.

Concluzii. Disfuncția erectilă ca urmare a anxietății de performanță este frecvent întâlnită la tineri, dificil de tratat, dar ușor de prevenit prin mesaje corecte transmise în educarea sexuală a tinerilor.

Galina Leșco, Corina Iliadi-Tulbure, Irina Sagaidac, Rodița Manole
DEZVOLTAREA PSIHOSEXUALĂ ȘI PATOLOGIA GINECOLOGICĂ LA ADOLESCENTE
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
IMSP Institutul Mamei și Copilului
CSPT Neovita

Cuvinte cheie: adolescență, dezvoltarea psihosexuală a adolescentelor (DPSA), patologia ginecologică la adolescente (PGA)

Actualitate. DPSA influențează apariția unor schimbări, contribuind la manifestarea patologiei ginecologice la adolescente și necesită consultarea specialiștilor.

Materiale și metode. În studiul au fost incluse 115 adolescente care au vizitat CSPT, dezvoltarea acestora fiind determinată în baza stadializării pubertare după Tanner. Cercetarea a fost efectuată prin evaluarea HEADS, în varianta română de MEADS. A fost utilizat Ghidul de asistență integrată a sănătății adolescenților, ca instrument important și practic de referință.

Rezultate. Vârsta adolescentelor a fost cuprinsă între 15-18 ani, fiind eleve în 87 cazuri (75,7%) și studente în 17 cazuri (14,8%). Relațiile cu părinții au fost apreciate ca fiind pozitive în 92 cazuri (80%), deși adolescentele au declarat că nu pot discuta deschis tema legată de DPSA cu părinții. În 28 cazuri (24,3%), adolescentele au relatat că nu au relații bune cu părinții, iar pentru 15 adolescente (13,0%) viața în familie este asociată cu neașteptări, fiind caracterizate printr-un comportament de risc și forme patologice a DPSA. În 28 cazuri (41,2%) DPSA a fost disarmonică, în 13 cazuri (19,1%) reprimată, în 5 cazuri (7,3%) încetinită, în 7 cazuri (10,3%) – refulată, la 15 adolescente (22,1%) – accelerată. În 96 cazuri (83,4%) adolescentele au fost îndrăgostite, în 61 cazuri (53,0%) au avut vise erotice, au fost sărutate sau îmbrățișate (92 cazuri – 80%), iar în 32 cazuri (27,8%) au confirmat că au avut măcar un act sexual. Studiul a determinat următoarele nosologii ginecologice: infecția tractului genital (21,7%), boala inflamatorie pelvină (29,6%), hemoragii disfuncționale juvenile (45,2%) etc. Dismenoreea a fost diagnosticată în 91 cazuri (79,1%), în 31 cazuri (27,0%) – infecția uro-genitală. Adolescentele au suferit de: cefalee, durere abdominală, stare de supărare, depresie, dificultăți de a dormi etc. A fost determinat nivelul morbidității (35,5%).

Concluzii. Realitatea socială arată că adolescența se află într-un vid informațional, fiind importantă și dificilă instruirea corectă a adolescenților în sănătatea sexuală și reproductivă. Fiecărei adolescente, incluse în studiu, i-au revenit în medie 2 diagnostici, iar nivelul morbidității între 15-18 ani nu reprezintă un indicator benefic.

Grosu Victoria

ASPECTE DE EVALUARE ÎN INSUFICIENȚA CARDIACĂ SECUNDARĂ HIPERTENSIUNII ARTERIALE DE ORIGINE RENALĂ LA ADOLESCENȚI

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Departamentul de Pediatrie

Actualitate. Datele epidemiologice noi, ultimele rezultate ale cercetărilor clinice și standardele actuale bazate pe ghidurile internaționale în etiopatogenia, diagnosticul și tratamentul hipertensiunii arteriale au adus viziuni noi semnificative în managementul bolnavilor cu insuficiență cardiacă congestivă. În ultimii 5-10 a fost confirmată poligenitatea hipertensiunii arteriale, care reprezintă un complex de modificări interrelaționale ale factorilor genetici, hemodinamici, metabolici și neurohormonali.

Material și metode. A fost efectuat un studiu care a inclus estimarea complexă a simptomatologiei clinice, ale indicatorilor homeostazei, ale parametrilor hemodinamici esențiali în evoluția insuficienței cardiace congestive la 52 copii cu hipertensiune arterială secundară unor patologii reno-parenchimatose. Examenul general al pacienților a inclus investigații adiționale: electrocardiografia, ecocardiografia Doppler, ecografia organelor abdomenale și ale organelor sistemului reno - urinar, urografia i/venoasă după indicații clinice, retinoscopia. Inițial în cadrul primei etape de diagnostic au fost aplicate investigațiile de laborator usuale: determinarea hemoglobinei și a hematocritului în hemoleucogramă, ale proteinuriei (microalbuminuriei în sedimentul urinar/24 ore), ale indicilor de coagulare (fibrinogenului, factorului de coagulare a sângelui VII, indicelui INR), a produșilor metabolici ale retenției azotate (ureea, creatinina, azotul restant, acidul uric), enzimelor ficatului (lactatdehidrogenaza serică, bilirubina, aspartataminotransferaza), ale glicemiei bazale, lipidogramei.

Rezultate. Din totalul bolnavilor cu HTA 38 bolnavi (73%) au avut o evoluție a HTA labilă, iar 14 bolnavi (26,9%) evoluție stabilă a HTA. În cadrul examenului individual ecocardiografic în studiul dat disfuncția diastolică de tip hipertrofie a fost determinată la 13,4% (7 bolnavi) din pacienții cu HTA stabilă și la 8 bolnavi (21%) din pacienții cu HTA labilă. Au fost cercetați parametrii de performanță cardiacă: masa miocardului ventriculului stâng și indicele masei miocardului VS (MMVS, IMMVS). S-a constatat o majorare semnificativă a MMVS cu 103%, iar după 6 luni acest parametru a rămas majorat cu 91%. Modificările IMMVS au notat o sporire inițială cu 78% în comparație cu lotul martor, peste 6 luni de observație fiind sporit cu 86%. Evaluarea variabilelor parametrilor ecocardiografici ale miocardului VS obținuți denotă performanța geometrică a inimii numită „remodelare patologică” la bolnavii cu ICC secundară hipertensiunii arteriale de origine reno-parenchimatose.

Concluzie. Estimarea indicilor hemodinamici în cadrul examenului ecocardiografic a elucidat variantele și criteriile diagnostice de remodelare a inimii la bolnavii cu insuficiență cardiacă congestivă și a servit drept reper în evaluarea evenimentelor clinice de durată la terapia patogenetică aplicată.

Cuvinte-cheie: hipertensiune arterială, insuficiență cardiacă, remodelare a miocardului, parametrii hemodinamici.

Guțuleac Radu

ABORDAREA INTERDISCIPLINARĂ ÎN DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL ENUREZEI LA COPII

Centru de Sănătate Prietenos Tinerilor "Neovita"

Cuvinte cheie: enureza, incontinența urinară la copii, disurii la copii.

Relevanța subiectului: Incontinența urinară este o problemă majoră atât la copii cât și la adolescenți având o incidență de 20 % până la 5 ani, și până la 10 % la 10-12 ani. La copii și adolescenți se atestă mai multe forme de incontinență urinară dar rolul de bază îi revine Enurezei. Persistența incidenței înalte al acestei patologii în perioada adolescenței ne vorbește despre lipsa unui algoritm de diagnostic și tratament eficient în rândul personalului medical de profil (urologic) și neprofil ce abordează această patologie.

Impactul acestei patologii asupra copilului fiind foarte mare de la neîncredere de sine, scadearea autoaprecierii, apariția fobiilor până la dezadaptare socială.

Material și metode: S-au studiat algoritmele de diagnostic și tratament al societăților naționale și internaționale de profil.

Rezultate: S-a elaborat un algoritm de diagnostic pentru personalul medical neprofil, ce primar se confruntă cu această patologie, completat ulterior de un algoritm de diagnostic mai complex de către serviciul medical specializat, de profil cu eloborarea ulterioară al unui tratament cât mai eficient. Acest algoritm v-a permite un diagnostic precoce al patologiei date, o conlucrare productivă interdisciplinară cu evaluarea formelor și cauzelor enurezei și referirea exactă către personalul medical specializat.

Concluzii: O abordare comună, interdisciplinară al acestei patologii v-a permite un diagnostic precoce și exact pentru a elabora o conduită corectă de referire și tratament maximal specific și eficient.

Olena Kovalchuk, Oleksandra Sluzhynska

IMPLEMENTATION OF INTERACTIVE METHODS OF PREVENTIVE WORK WITH VULNERABLE YOUNGSTERS

SALUS Charitable Foundation, Lviv, Ukraine

Foreword: Founded in 1996 SALUS Charitable Foundation is providing activities aimed on health promotion and improving of physical and psychological health of Ukrainians. Activities focused on STIs and AIDS prevention, health promotion and human rights protection are part of the of SALUS Foundation's strategic tasks. Experienced trainers of SALUS during 20 years have developed and/or adjusted unique trainings together with helpful manuals and hand outs. The trainings are popular and of big demand within youth groups all over Ukraine.

Materials and methods: Developing of own interactive methodologies of interactive preventive work, adopting for Ukrainian youngsters successful European practices of interactive trainings on healthy lifestyle and violence prevention. SALUS Foundation's staff members have worked out 3 kinds of interactive trainings: «The World of Girls and Women», «The World of Men», «When And How To Say NO». The training on violence prevention called "Let's talk frankly" has been adopted from the French one in co operation with partner NGO from Nice (France) ALC.

Aim: The aim of workshops is not simply conveying information about health and risks. The trainers should influence young people's values towards healthy options in ways which have as much appeal and attraction as the allure of the risk taking alternatives. For example, in considering health educational messages to cut down the incidence of unprotected casual sex in young people, traditional approaches which centre on urging general sexual restraint, are unlikely to be successful. Such approaches fail to address the reality and motivation of risk-taking behaviour in young people.

Activities: During the period from 2004 till our days hundreds of trainings have been performed.

1) The methodology of gender sensitive training games «The World of Girls and Women» and «The World of Men» created by SALUS trainers' team - to provide in playful way full, correct and comprehensive information on issues that are key for young people: sexual and reproductive health and rights, family planning, gender equality, violence, HIV and STIs, healthy life style, right choices in life, relations, some legal aspects of their lives and other. «The World of Men» training has been adjusted in 2004 with support of Elton John Foundation. «The World of Girls and Women» has been created in 2006 with support of Ukrainian Women Foundation.

2) The methodology of training exercise «When And How To Say NO» designed by SALUS trainers' team - to teach young people (especially girls) in playful way the basic skills of assertiveness, dignity, self-respect and respect to others, the ways to escape and solve conflict situations. The main objective of the training – visualisation of the gender and violence issues for young women (15-22) with the help of innovative interactive training methodologies. The training was created in 2010 with support of Feminist Review Trust (Great Britain).

3) The innovative approach to problems of violence within adolescents has been introduced and approbated in Lviv region and Western Ukraine since 2005 within the EU project "Development of Network of Innovating Social Services in UKRAINE for Women Victims of Trafficking". The project was developed in partnership with Secours Catholique Caritas France, ALC and Caritas Ukraine thanks to the support of the TACIS IBPP program. It was implemented in 2004-2005. Using the experience of ALC organization (France) "Grain de Sable" project was designed as a global programme for the prevention of violence to adolescent boys and girls. The project was of big success and of great demand in Ukraine. The recommendations and tutorial manual for educators have been developed.

Besides above mentioned interactive methodologies, SALUS Foundation has had extensive experience in providing health education concerning sexually transmitted infections (STIs) and HIV/AIDS prevention in Lviv and Lviv Region. As a result of this experience the organization has developed many professional and lay contacts.

In spring 2009 SALUS participated in pilot project of International AIDS Alliance in developing of the «Living Libraries». The «Living Libraries» were first launched in Ukraine thus SALUS gained a unique experience. More than 1000 participants took part in over 15 «Living Libraries» held in Lviv region. The most popular alive «books» were: HIV-positive woman, gay, disabled person, social outreach worker. The informational materials have been distributed within the action. Over 600 persons passed the HIV-tests due to «Living Libraries» motivation. As the result of the activities the informational level and the rate of tolerance within youth has increased by 9% and within adults – by 5%.

In 2001-2003 several Ukrainian NGOs participated in EU-USA project on HIV prevention among youth. The methodology of cascade trainings was used. The good partnership relations have been established.

The Community Centers for vulnerable groups (mostly women and girls) exist in 5 cities and were supported by different donors (UNICEF, International Alliance on HIV/AIDS in Ukraine, All-Ukrainian Network of PLWH).

Conclusions: The methodology of interactive trainings has proved its efficiency and success. The main objective of the trainings have been reached. They were as following:

- Increasing informational and educational level of participants,
- Popularization and teaching educators of innovative methods working with youth
- Forming tolerant attitude towards people living with HIV/AIDS and other vulnerable groups, fight with stigma and discrimination in the society
- Promotion of the healthy life style, informed decision making, responsibility towards own health and the health of others, decrease risk behavior
- Respect for moral and human values

While designing the programme of workshops and developing information materials for the project team and trainers will apply the main key points:

- Clear, realistic and measurable objectives
- Start with what young people already know and think
- Convey clear and accurate information
- Challenge and correct misinformation and prejudice
- Avoidance of over-reliance on mass media methods
- Use the language and imagery of youth
- Education sensitive to individual background and culture
- Personalise the risks
- Use fear appeals with caution
- Encourage appropriate use of legislation and political measures

The successes and outcomes of the projects are used and further developed: reintegration assistant and medical services, crisis Centre for persons in crisis situation, training seminars against domestic violence, introduction of sexual education for children, HIV and STIs preventive education for youth, fight stigma and discrimination of vulnerable towards HIV/AIDS groups in technical schools, "ART Against AIDS" program, "Living Library", "Mobile Ambulance" – motivation of youth to pass tests on HIV.

Liuba Ceban

Crizele adolescenței ca si oportunități de dezvoltare personală

Adolescența este o perioadă frumoasă în care copilul începe să experimenteze intens realitățile tentante ale vieții adulte. Totodată perioada aceasta de tranziție întâmpină familia, școala, societatea, cât și însuși copilul cu diferite provocări. Aceste momente complicate pot fi privite ca și un cadru de formare a personalității sau pot crea traume, ce vor avea ecouri pe parcursul vieții.

Calitățile importante, pe care își poate forma copilul în această perioadă sunt rezistența individuală în fața stresului și responsabilitatea pentru a avea grijă de sine, inclusiv și de stările sale emoționale.

Însă extremele luptelor adulților pentru menținerea autorității și luptelor adolescentului pentru așa numita de ei libertate pot absorbi și pierde din vizor prioritatea vârstei adolescenței: dezvoltarea personală a adolescentului, pregătirea lui pentru viața adultă.

Înțelegerea particularităților raportării la autoritate și libertate permite evitarea transformării celei mai frumoase vârste cu oportunități imense de formare individuală într-un teren continuu de lupte, cu trăiri emoționale grele de izolare, neajutorare, disperare și chiar ideea suicidară.

Marea majoritate a adolescenților, care solicită susținere emoțională la Linia Verde pentru Prevenirea Suicidului, sunt în continuare căutare după ghidare și cadru pozitiv, în care ar putea procesa stările individuale și învăța cum să facă față dificultăților și stărilor emoționale, cu care se confruntă. Perioada adolescenței este o perioadă de învățare, formare a caracterului și dezvoltare personală, iar adolescenții și adulții ar fi bine să țină cont de aceasta.

Cuvinte cheie: adolescența, părinți de adolescenți, lucratori cu adolescenți, rezistența, responsabilitatea, reziliența, provocările relației părinte-copil, părinte-adolescent

Adriane Martin Hilber
REVIEW OF GLOBAL EVIDENCE ON EFFECTIVE HEALTH SERVICES AND COMPREHENSIVE SEXUALITY EDUCATION FOR ADOLESCENTS
Swiss TPH, Doctor

The world has more young people than ever before and a large number of them are adolescents between the ages of 10-19 in least developed countries. Today's young women and men have growing aspirations and many strive for better education, good health care and jobs to support themselves and their families.

Adolescents and youth face many health issues such as early pregnancy and childbirth, sexually transmitted infections, substance abuse, malnutrition and obesity, and unintentional injuries. Young peoples' rights have advanced, but building on the achievements and safeguarding these rights - particularly reproductive health rights and the rights of adolescent girls and young women - remains a major challenge.

The evidence on what works and does not work globally to foster the health and rights of young people is evolving. Thanks to an increased emphasis on high-quality monitoring and evaluation practices in recent years, we now know that a number of approaches in adolescent sexual and reproductive health (ASRH), some of which were promoted and implemented by global leaders in this field, do not fully meet their objectives. Other interventions are emerging, especially in the field of youth-friendly health services and comprehensive sexuality education, and show promising results, calling for a more global commitment and resources. We will present the latest evidence on which approaches have had an impact on young people's health and reflect on the necessary conditions for their implementation.

В.А. Дынник, А.А. Дынник, И.Н. Щербина
ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА
ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины»,
Харьковский национальный медицинский университет

Проблема аномальных маточных кровотечений (АМК) в период полового созревания имеет довольно длительную историю изучения, однако и до сих пор привлекает пристальное внимание детских гинекологов, многие аспекты этой проблемы остаются недостаточно изученными и не в полной мере расшифрованными. Одним из таких вопросов является тактика лечения пациенток с АМК. Назначать ли сразу гормональный гемостаз, как принято в западных странах или пытаться достичь гемостаза негормональными средствами.

Цель: выяснение последствий применения гормональной и негормональной терапии у больных с аномальными маточными кровотечениями.

Пациенты и методы. Под наблюдением находилось 196 девочек-подростков в возрасте от 11 до 18 лет с АМК. Они были распределены на две группы. I гр. составили 131 девочка с впервые возникшим эпизодом кровотечения, II гр. - 65 девочек с рецидивирующим течением заболевания. У всех пациенток был достигнут гемостаз. Катамнестические наблюдения составили от 6 месяцев до 3-5 лет.

Результаты и их обсуждение. В процессе динамического наблюдения (от 1 до 3-5 лет) установлено, что у пациенток, у которых гемостаз был достигнут при применении расширенного арсенала негормональных препаратов, восстановление ритмичности и продолжительности менструального цикла происходит достоверно чаще, чем при использовании гормонотерапии. Так, при наблюдении удельный вес девушек с ритмичным менструальным циклом при дополнительном назначении мефенаминовой кислоты увеличивался в 1,2-1,3 раза и составлял на третьем году наблюдения 63-67 % в зависимости от клинического течения. Существенно уменьшался процент больных с рецидивами кровотечений. При использовании гормонального гемостаза мы ожидали восстановления менструальной функции в динамике наблюдения - так называемый „rebound effect” на отмену гормональных препаратов. Однако мы этого не обнаружили. Напротив, при

дальнейшем наблюдении процент девушек с нормальным менструальным циклом не увеличивался, а уменьшался, и на третьем году составил всего 45,5–50 %. Возрастал удельный вес подростков с повторами кровотечений. Нарушение по типу олигоменореи оставались без изменений и регистрировались почти у трети больных с первым эпизодом кровотечения и у 16,7 % с рецидивирующим течением заболевания.

Выводы. Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о том, что для девочек-подростков с аномальными маточными кровотечениями более физиологическим является назначение негормонального гемостаза.

Ключевые слова: аномальные маточные кровотечения, негормональное и гормональное лечение, анамнез

В.А. Дынник

ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ШКОЛЬНИКОВ ХАРЬКОВСКОГО РЕГИОНА УКРАИНЫ
ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины»

Репродуктивное здоровье девочек приобретает все большую социальную значимость, в связи с резко обострившейся, в последние годы, проблемой качественного и количественного воспроизводства населения.

Анализ показателей официальной медстатистики Украины свидетельствует, что за период 2005-2014 гг. количество детей 7-14 лет уменьшилось на 27,6 %, а девочек-подростков в возрасте 15-17 лет, которых можно рассматривать ближайшим репродуктивным резервом, снизилась на 42 % (с 1044221 до 605661 человек).

Целью нашей работы явилось изучение особенностей становления функции репродуктивной системы у девочек и девушек, проживающих в крупном промышленном центре и сельской местности.

Пациенты и методы. Оценка морфо-функционального состояния репродуктивной системы девушек-подростков производилась на основании изучения менструальной функции, уровня полового развития и подсчета балла вторичных половых признаков (БВПП). Выясняли последовательность появления вторичных половых признаков, возраст менархе, особенности менструальной функции.

Результаты и их обсуждение. Проведение сравнительной оценки полового развития школьниц городской и сельской местности выявило, что в целом половое созревание девочек города опережало сверстниц из сельской местности. Раннее половое развитие – наличие первых признаков полового созревания в 7 летнем возрасте отмечалось у 11,1 % городских и 7,7 % сельских школьниц. У 23,9% городской и 21,8 % сельской местности девочек 10-13 лет отмечались опережающие темпы полового развития. Отставание среди 14-17 летних школьниц регистрировалось у 3,6 % городских и 2,6 % сельских подростков. У 9,5 % школьниц городской и достоверно реже в сельской местности – 6,8 % нарушалась очередность появления вторичных половых признаков, имел место, так называемый, инвертированный пубертат. Средний возраст менархе остается стабильным, однако у 3,6 % городских подростков и достоверно реже у сельских (1,3 %) регистрировалось раннее менархе (до 11 лет). Позднее менархе – после 15 лет чаще выявлялось среди сельских школьниц (3,5 % против 0,9 %). У 22,5 % городских и у 38,6 % школьниц сельской местности отмечались различные нарушения менструальной функции.

Выводы. Половое развитие девочек городской и сельской местности имеет свои особенности. Выявлены различия между сельским и городским детским населением. Любые отклонения от нормы в половом развитии могут быть причиной снижения репродуктивного потенциала и требуют в дальнейшем систематического наблюдения и при необходимости лечения.

Ключевые слова: школьницы, городская, сельская местность, половое развитие

Виталий Никонович

**ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ ДОСТУПА ЛИЦ ИЗ УЯЗВИМЫХ ГРУПП К УСЛУГАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
НА ОСНОВЕ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО И МЕЖСЕКТОРНОГО ПОДХОДОВ**

Белорусская Ассоциация клубов ЮНЕСКО

EDU-HUB - Региональный ресурсный центр тренинга для специалистов, которые работают с подростками групп риска в Восточной Европе и Центральной Азии

Ключевые слова: профилактика ВИЧ-инфекции, подростки из групп риска, MARA, ПИН, МСМ, РКС, клиники дружественные детям, общественные организации, межведомственное и межсекторное партнерство, обучение специалистов, ИККАТ, e-learning, смешанное обучение.

Вопросы доступности услуг здравоохранения для подростков и молодых людей групп риска все еще остается актуальным, как в Молдове, так и в регионе Восточной Европы и Центральной Азии. Несмотря на достигнутый прогресс в вопросах медицины и социальных технологиях по работе с молодежью, организации разных секторов и ведомств часто все еще работают разрозненно.

Что мешает эффективному межведомственному и межсекторному взаимодействию? Что может помочь достичь прогресса в этом вопросе? Одна из рекомендаций: соблюдение принципов партнерства. Они заключаются в совместном планировании, совместной реализации и совместной оценки результатов деятельности. В ходе доклада будут приведены конкретные примеры эффективных партнерств по итогам реализации в 2012-2014 годах проекта ЕС-ЮНИСЕФ по консультированию и тестированию на ВИЧ подростков групп риска.

Кроме того, в ходе доклада будет проанализирован опыт работы EDU-HUB и приведены аргументы в пользу постоянного процесса обучения, повышения квалификации и обмена опытом специалистов, которые работают с подростками. Причем не только медицинских работников, но и всех партнерских организаций, которые вовлечены в прочее оказания медико-социальных услуг молодым людям.

Греков Е.А..

НЕОПЕРАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КРИПТОРХИЗМА И ФИМОЗОВ. ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

отд. Урологии Клиники профессора Калининко

Частота детской врожденной урогенитальной патологии встречается нередко. Так у новорожденных отсутствие яичка в мошонке встречается у 2—4 % доношенных, 15—30 % недоношенных новорожденных и 1 % мальчиков 1 года. Недоразвитие внутреннего листка крайней плоти полового члена новорожденных – является одной из главных причин – возникновения фимозов у детей, как на первом году жизни, так и в последующие годы при позднем их выявлении. С курса классической эмбриологии известно, что у плода мужского пола развитие структур урогенитального синуса начинается с 8 по 12 неделю внутриутробного развития. Под действием хорионического гонадотропина происходит внутриутробная выработка тестостерона эндокриноцитами яичек плода (клетками Лейдига), который стимулирует пролиферацию и дифференцировку структур урогенитального синуса. Эпигенетический стресс, прием лекарственных препаратов, стрессы- снижают активность клеток Лейдига и хориона во время беременности- что ведет к рождению ребенка с незавершенностью эмбриогенеза. На базе нашей клиники проводится диагностика, и лечение таких пациентов. Препаратами выбора при крипторхизме в постнатальном периоде жизни – является хорионический гонадотропин. Длительность, дозировки и эффективность терапии хорионическим гонадотропином зависит: от длительности временного интервала после рождения и установленного на первичном приеме, этапа миграции яичка из брюшной полости в мошонку. Терапия фимозов же – проводится в отличии от системной терапии хорионическим гонадотропином, локально- масляными препаратами тестостерона с эффективностью обратнопропорциональной длительности существования фимоза и вторичного воспаления.

Камалдинов Д.О.

ФАКТОРЫ СПОСОБСТВУЮЩИЕ ФОРМИРОВАНИЮ АДДИТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Новосибирская общественная организация «Гуманитарный проект»

На сегодняшний день актуальность проблемы распространения наркотиков среди населения ни у кого не вызывает сомнений. Понимание факторов способствующих формированию зависимости позволяет планировать и проводить эффективные профилактические и реабилитационные программы.

Распространение потребления наркотических веществ в подростково-молодежной среде видоизменило картину социального состава потребителей. Если ранее исследователи могли выделять четко очерченные группы подростков склонных к употреблению психоактивных веществ, на сегодняшний день в группу потребителей попадают подростки в том числе из благополучных в психологическом и экономическом плане семей.

Один из главных аспектов психотерапии и психокоррекции детей младшего возраста состоит в обязательной работе с матерью и семьей. В младшем возрасте психологическое состояние матери является одним из определяющих факторов оказывающих наибольшее влияние на состояние ребенка. Естественный процесс происходящий в подростковом возрасте это стремление оторваться от семьи, от опеки родителей, семья в этот период перестает играть главную роль в определении психологического статуса ребенка. Подросток стремится быть более социализированным. Общество и непосредственное окружение сверстников оказывают на подростка большее влияние чем семья. У каждого общества свой психологический портрет, своя социализация подростка. Экономическое состояние общества не является главным в этих процессах. Подросток, таким образом, оказывается своеобразным зеркалом процессов происходящих в любом обществе.

Для построения эффективных стратегий психокоррекции и психотерапии важно понимание факторов формирования зависимости, мы приводим некоторые из них:

Проблема зависимости состоит не столько в психотропном препарате (наркотике), сколько в эмоциональных состояниях, которые хотят испытать с его помощью.

Потребление наркотика и формирование зависимости от него зависят от особенностей личности каждого отдельно взятого человека, от позиции человека по отношению к самому себе и к жизни, от опыта его развития в детском возрасте, от его личности, от социальных условий в которых он развивался и находится сейчас.

Механизм формирования зависимости одинаков для любых становящихся болезненными, пристрастий (алкоголь, наркотические вещества, переедание, коллекционирование, азартные и компьютерные игры). Особое значение в этом ряду приобретает Интернет аддикция, которая начинает формироваться уже в детском и подростковом возрасте, изменяя мышление, эмоции, личностные мотивации и поведение.

Наркотик служит гарантом мгновенного получения ощущений и эмоций, которые в реальной жизни человек может “заработать” только общаясь с другими людьми.

Наркотиком человек “латает” символические дыры возникающие из-за неудач, нереализованных возможностей, чувства собственной неполноценности, непризнания обществом, желание казаться взрослым и т. д.

М. Мелкумова, Е. Мовсесян, С.Саргсян, А. Бабляня

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОВЕДЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ У ШКОЛЬНИКОВ АРМЕНИИ

Медицинский центр “Арабкир”

Институт здоровья детей и подростков Ереван, Армения

Ключевые слова: подростки, поведение в отношении здоровья, рискованное поведение, школьники, Армения

Актуальность темы: Здоровье детей и подростков является одним из главных приоритетов здравоохранения Армении. Укрепление здоровья детей и подростков служит инвестицией в будущее нации. Распространенность

неинфекционных заболеваний в мире в целом и в Армении в частности вызывает беспокойство: 2/3 смертности взрослых обусловлены проблемами, заложенными в подростковом возрасте. Исследование поведения в отношении здоровья, проводимое среди подростков Армении, позволяет получить сведения, необходимые для дальнейшей разработки и осуществления политики и практики, направленных на улучшение здоровья и условий жизни подростков.

Материалы и методы: Основным методом является международное исследование "Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья"- Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Исследование проводится каждые 4 года среди 11, 13 и 15 летних подростков. В Армении впервые среди 17-летних подростков исследование было проведено в 2013/2014 гг. Инструмент исследования - анонимный опросник, который состоит из вопросов, обязательных для всех стран-участников исследования, и вопросов, специфических и актуальных для каждой страны в отдельности. Результаты исследования, проведенного в 2005 г., а в дальнейшем - в 2009/2010, 2013/2014 легли в основу национальной стратегии здоровья и развития детей и подростков Армении. Регулярные исследования подростков в 2009/2010, 2013/2014 позволили выявить тенденции поведения в отношении здоровья среди подростков.

Результаты. Около 90% 11-летних девочек и 84% 17-летних с легкостью общаются с матерью. С отцом легко общаются 68% 11-летних девочек и 53% 15-летних девочек. С возрастом легкость общения с матерью и, в особенности, с отцом значительно снижается. Армянские подростки позитивно относятся к школе: в 11 лет школа нравится 84% девочек и 68% мальчиков, в то время как в 17 лет школа нравится всего лишь 52% девочек и 40% мальчиков. Регулярно завтракают в будние дни 64% 11-летних подростков. Среди девочек в 15 лет регулярно завтракают 46%, а в 17 лет всего лишь 39%. Подросткам был задан вопрос "Как часто вы завтракаете с родителями?" и "Как часто вы ужинаете с родителями?". В целом, более 50% подростков ужинают с родителями, в то время как завтракают с родителями 49% 11-летних и 29% 17-летних мальчиков. Вызывает беспокойство тот факт, что процент курящих мальчиков достаточно высок среди 17-летних: так, 3% 15-летних и 11% 17-летних являются постоянными курильщиками.

Выводы. Исследование в отношении здорового поведения среди школьников позволяет выявлять основные возрастные тенденции и разрабатывать программы, содействующие укреплению здоровья подростков.

Мазеркина Надежда Александровна
ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА Д – ПАНДЕМИЯ XX ВЕКА
НИИ Нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, Москва

Витамин Д является прогормоном, который синтезируется под воздействием солнечного света в коже в результате двухступенчатого окисления в печени и почках превращается в активную гормональную форму (1,25-ОНД₃). Помимо профилактики рахита и участия в регуляции фосфорно-кальциевого обмена, витамин Д влияет на другие процессы в организме, включающие в себя синтез белка, стероидных гормонов, модуляцию клеточного роста, клеточную пролиферацию и дифференцировку, апоптоз. Многочисленными исследованиями доказано, что низкий уровень витамина Д связан с риском аутоиммунных заболеваний (сахарный диабет, рассеянный склероз и пр), кожных заболеваний, злокачественных образований, нейрогенитивных и нейродегенеративных расстройств (болезнь Альцгеймера и др).

Наиболее информативным показателем, отражающим статус витамина Д в крови является определение концентрации 25(ОН)Д в крови методом масс-спектрометрии. 25(ОН)Д ниже 20 нг/мл является дефицитом, ниже 30 нг/мл – недостаточностью витамина Д. Оптимальными следует считать уровни более 30-50 нг/мл. Уровень более 100 нг/мл может вызывать токсические эффекты. По различным эпидемиологическим данным, распространенность дефицита витамина Д в популяции составляет в России более 80%, США 75%, Южной Кореи и Японии 90%.

Факторами, определяющими риск развития дефицита витамина Д являются сниженное образование в коже (недостаточная инсоляция, применение солнцезащитных кремов, смуглая кожа), недостаточное поступление с пищей (вегетарианство, пищевая аллергия), нарушение всасывания (синдром мальабсорбции), повышенное депонирование в жировой ткани (ожирение), прием лекарственных препаратов (глюкокортикоиды, противовирусные и противогрибковые препараты, противосудорожные средства).

Для профилактики и лечения дефицита витамина Д используются препараты холекальциферола. Профилактическая доза у подростков составляет не менее 800-1500 Ед в сутки в сочетании с адекватным потреблением кальция из расчета 1,2 – 1,5 г в сутки. У лиц с ожирением, нарушением всасывания витамина Д ежедневная профилактическая доза может составлять 4 000-8 000 МЕ в сутки. Лечение дефицита витамина Д рекомендуется начинать с суммарной насыщающей дозы 400 000 МЕ в течение 2 мес с переходом на поддерживающие дозы.

Мазеркина Надежда Александровна
ОТКЛОНЕНИЯ В ФИЗИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ – ВАРИАНТ НОРМЫ ИЛИ ПЕРВЫЙ СИМПТОМ ПАТОЛОГИИ
НИИ Нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, Москва

Физическое развитие (рост, вес, индекс массы тела (ИМТ), стадия полового созревания), является важным показателем, отражающим общее здоровье организма. Оценка физического развития проводится путем измерения роста и веса, начиная с момента рождения (до 1 года каждые 3 мес, в последующем каждые 6-12 мес) с обязательной фиксацией данных в истории развития. Для правильной интерпретации полученных данных желательно их фиксировать на перцентильных кривых с расчетом SDS роста и SDS ИМТ, в некоторых случаях также SDS скорости роста. Отклонения больше или меньше 2 SD считаются патологией.

Нарушения роста могут быть первым симптомом ряда серьезных заболеваний: генетических заболеваний (синдром Тернера, Нуннан, Гетчинсона-Гилфорда, Рассела-Сильвера и др), патологии печени, почек, крови, ЖКТ, фосфорно-кальциевого обмена. Среди эндокринных причин к отставанию в росте могут приводить дефицит гормона роста, гипотиреоз, синдром Кушинга. Важное значение имеет показатель скорости роста – скорость роста 4 см/год и ниже

позволяет заподозрить патологию.

При подозрении на дефицит гормона роста для диагностики проводятся стимуляционные тесты, при подтверждении диагноза дефицита необходимо МРТ-исследование для исключения органического поражения мозга (в частности опухоли ЦНС).

Изменения веса, не связанные с изменением образа жизни также могут быть первым симптомом заболевания. Похудание вплоть до кахексии может наблюдаться при нарушенном всасывании, тяжелых соматических и онкологических заболеваниях, нервной анорексии, хронических инфекциях. Потеря веса отмечается при эндокринных расстройствах: тиреотоксикозе, сахарном диабете 1 типа, гипопитуитаризме. У детей с опухолями мозга первым симптомом может быть остановка с наборе массы тела с развитием кахексии при нормальном самочувствии и потреблении пищи – синдром Рассела

Более часто у детей и подростков отмечается избыточная масса тела. При обследовании детей с ожирением необходимо исключать гипотиреоз, болезнь Кушинга, редкие моногенные формы ожирения (мутация MC4R, дефицит лептина), синдромальные формы (болезнь Прадера-Вилли, псевдогипопаратиреоз, синдром Лоуренса–Муна–Барде–Бидля).

Талалаев Константин Александрович, Грибова Елена Петровна
**ПРЕДИКТИВНАЯ МЕДИЦИНА - ПЕРСПЕКТИВНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ КОМПЛЕКСА КАЧЕСТВЕННЫХ
МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПЕРИОДА ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА**

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина
Общественная организация «Молодёжный центр развития», г. Одесса, Украина

Ключевые слова: предиктивная медицина, здоровье детей и подростков, ранняя диагностика, профилактика, качество жизни.

Актуальность. Системы здравоохранения многих стран в последние десятилетия демонстрируют устойчивый тренд развития в направлении качественно нового подхода - мониторинга индивидуального здоровья, основанного на предикции. Применяемые ныне модели здравоохранения утилизируют финансовые ресурсы преимущественно не в направлении предупреждения развития болезни, а на лечение и восстановление уже поврежденного здоровья. Одним из приоритетов среди инноваций является развитие превентивной медицинской помощи детям и подросткам, базисом которой должны быть системные изменения отношения общества к здоровью и чёткая ориентация на результаты, которые могут быть обеспечены благодаря внедрению предиктивного подхода (от англ. prediction - предсказания).

Методы. Были использованы общепринятые методы исследований в социальной медицине и общественном здравоохранении - библиографический, сравнительно-исторический, проблемно-хронологический и статистический. Семьдесят пять публикаций периода последнего десятилетия, были тщательно изучены и проанализированы авторами.

Результаты. Активное внедрение биоинформатики, геномики, протеомики, метаболомики в практическую педиатрическую практику, являющееся предпосылкой повсеместного широкого использования концепции предикции среди населения детского и подросткового возраста с непременно налаженной унифицированной системой фиксации полученных результатов, может значительно усилить понимание врачами принципов протекания патологических процессов в органах и тканях пациентов и позволит им визуализировать уже имеющиеся повреждения, пребывающие порой ещё на доклинической стадии или на стадии латентного протекания. Дети и подростки с выявленным высоким генетическим риском должны получать возможность доступа к быстрой и целенаправленной терапии под наблюдением специально подготовленных врачей, что несомненно улучшит качество жизни пациентов, снизит показатели заболеваемости и осложнений, как и типично высокие затраты на лечение уже развившихся болезней.

Рекомендации. Для усовершенствования национальных доказательных систем, создания и оценки правил применения обоснованного предсказания вероятности заболевания и протекания патологического процесса, следует разрабатывать и активно внедрять региональные пилотные модели с последующим их тестированием и доработкой (согласно циклу Шухарта-Деминга).

Принимая во внимание, что важным вызовом является необходимость реформирования систем здравоохранения различных стран, существует потребность в модификации систем высшего медицинского образования с целью подготовки специалистов в современных сферах общественного здоровья и медицинского права.

Тверезовский М. В., Козишкурт А.С., Нагорная И., Кучеренко Л.Р.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВИЧ-СТАТУСА ЗАЛОГ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ «90-90-90»

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина.
Проект профилактики ВИЧ/СПИД и поддержка организаций в Украине
Немецкого общества международного сотрудничества (GIZ).
Одесский национальный университет, Одесса, Украина.
Клиника, дружественная к молодежи, Одесса, Украина.

Ключевые слова: ВИЧ, дотестовое и послетестовое консультирование.

Актуальность. Основной задачей мирового сообщества в вопросе предотвращения распространения ВИЧ-инфекции/СПИДа является его прекращение к 2030 году, для чего достижение цели «90-90-90» является главной и основополагающей задачей.

В контексте реализации данной Программы, в мероприятиях, посвященных Всемирному дню борьбы со СПИДом, приняла активное участие студенты, врачи-консультанты, преподаватели кафедры общей и клинической эпидемиологии и биобезопасности Одесского национального медицинского университета совместно с «Клиникой, дружественной к молодежи», Молодежным центром развития и Немецким обществом международного сотрудничества (GIZ).

Материалы и методы. В тестировании на ВИЧ, вирусные гепатиты В и С, и сифилис, в котором приняло участие 422 человека разных возрастных групп, использовались тест-системы зарегистрированные в Украине. Дотестовое и послетестовое консультирование проводилось согласно приказа МОЗ Украины от 19.08.2005 № 415.

Полученные результаты. В рамках проведенной социальной акции «Не Дай СПИДУ Шанс!», которая состоялась 28 ноября в 2015 г. в гипермаркете АШАН в Одессе, было проведено бесплатное добровольное анонимное консультирование и тестирование на ВИЧ, вирусные гепатиты В и С и сифилис. В данном мероприятии по итогам тестирования у 5 лиц (1,2%) обнаружены положительные результаты на ВИЧ-инфекцию, у 11 (2,6%) на вирусный гепатит В, у 12 (2,8%) на вирусный гепатит С и в 2-х случаях (0,47%) выявлен сифилис. Клиенты пунктов тестирования, у которых был обнаружен положительный результат на какую-либо инфекцию получили квалифицированную консультацию и адресное перенаправление к специалистам, оказывающим соответствующее лечение и помощь.

Во время акции для покупателей гипермаркета Ашан - представителей общего населения, также было проведено профилактическое информационное консультирование по вопросам, касающимся ситуации по ВИЧ инфекции и вирусным гепатитам, также было уделено внимание на необходимости снижения стигматизации и дискриминации для более эффективной реализации Программы ООН по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЕЙДС) в отношении предотвращения ВИЧ-инфекции к 2030 году.

Вывод:

Проведение тестирования на ВИЧ с участием студентов медицинского университета способствует закреплению теоретических знаний и практических навыков ДКТ, развивает чувство ответственности и сопричастности в достижении цели ЮНЕЙДС «90-90-90».

Шкаруба Татьяна

СОПРОВОЖДЕНИЕ ВИЧ ПОЗИТИВНЫХ ДЕТЕЙ И ИХ БЛИЖАЙШЕГО ОКРУЖЕНИЯ, В РАМКАХ ПРОЕКТА, ФИНАНСИРУЕМОГО ГЛОБАЛЬНЫМ ФОНДОМ С 2010 ПО 2016 ВКЛЮЧИТЕЛЬНО

Общественная Ассоциация «CREDINȚA»

Ключевые слова: сопровождение ВИЧ+ детей, подготовка к раскрытию статуса, наблюдение детей после раскрытия статуса, адаптация к жизни с ВИЧ.

1. Социально-психологические характеристики проявлений ВИЧ-инфицирования у детей.
2. Консультирование родителей в процессе раскрытия ВИЧ-положительного статуса ребенку, т.к. родители и опекуны боятся и не знают как это сделать. Мультидисциплинарный подход в процессе раскрытия ВИЧ-положительного статуса ребенку.
3. Консультирование семьи после раскрытия ВИЧ- статуса ребенку. Работа с ребенком с использованием **рисуночных методов**, сказка терапии, **метода** – «если бы у тебя была волшебная палочка» и метода «незаконченное предложение».
4. Взаимоотношения в семье после раскрытия ВИЧ-статуса ребенку, исчезновение барьеров в общении родителей с детьми, создание в семье атмосферы открытости, взаимопонимания и поддержки.

Результаты: знания своего диагноза позволяет нам помочь детям принять свой статус, reintegrироваться в общество, развивает приверженность к лечению АРВ терапией, в дальнейшем взрослея они ответственны за передачу ВИЧ инфекции (сексуальное воспитание).

Выводы : деятельность организации направлена на помощь детям в настоящем и будущем – интегрироваться в общество, в образовательную среду, получить профессию, создать свою семью, родить здоровых детей, стать полноценными гражданами своего государства.