

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
Catedra Sănătate Publică și Management Sanitar “Nicolae Testemițanu”

Larisa SPINEI

Eugen POPUȘOI

**HANDICAPUL INFANTIL
CA PROBLEMA MEDICO-SOCIALĂ**

CHIȘINĂU - 2000

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
Catedra Sănătate Publică și Management Sanitar “Nicolae Testemițanu”

Larisa SPINEI

Eugen POPUȘOI

HANDICAPUL INFANTIL CA PROBLEMA MEDICO-SOCIALĂ



unicef

Editat cu suportul UNICEF Moldova

CHIȘINĂU - 2000

Monografia este consacrată unei probleme actuale de sănătate publică și a fost realizată în baza unui studiu la comanda Ministerului Sănătății.

Realizarea pentru prima dată a unei cercetări complexe a invalidității la copii a permis de a descrie fenomenul discutat în Republica Moldova și de a elabora un complex de măsuri medico-sociale și organizatorice, menite să prevină cazurile noi de invaliditate la copii și să amelioreze calitatea tratamentului, dispensarizării și reabilitării copiilor invalizi.

Monografia este destinată colaboratorilor didactici și științifici, medicilor practici, doctoranzilor și rezidenților, precum și altor specialiști ce au tangențe cu problema discutată.

CA PROBLEMA MEDICO-SOCIALĂ HANDICAPUL INFANTIL

Referenții:

Dumitru Tintiuc

- șef al catedrei de Sănătatea Publică și Management Sanitar FPM a USMF "N.Testemițanu", doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

Rene Duda

- șef al catedrei de Sănătate Publică și Management Sanitar a UMF "Gh.T.Popa", Iași, doctor în științe medicale, profesor universitar

ÎNTRUDUCERE

Gradul de civilizare a societății în mare măsură este determinat de atitudinea față de persoanele cu handicapuri fizice și mintale, inclusiv invalizi. Crearea condițiilor pentru educație și învățământ, adaptare socio-profesională și integrare socială a persoanelor respective constituie obiectivul principal al oricărui stat și a comunității mondiale în general.

Un timp îndelungat a fost acceptată ideea că în domeniul ocrotirii materno-infantile nu există probleme sociale. Indicatorii sănătății publice, precum mortalitatea maternă și infantilă, invaliditatea la copii erau priviți numai de pe poziții clinice și organizatorice, nu și sociale.

O serie de cercetări întreprinse de *C.Buga, I.Veselov, O.Grimina, C.Êţco, L.Kamsiuk, E.Popuşoi și coaut., S.Sarâceva, I.Anderman, H.Katler, K.Renker, W.Smith* au servit drept bază pentru fundamentarea științifică a unei noi direcții - **pediatrie socială**.

Problema invalidității la copii este una dintre cele mai acute nu numai în domeniul de ocrotire a mamei și a copilului, dar și în viața socială a țării.

La ora actuală în populație se înregistrează un număr important de persoane cu infirmitate. Conform datelor OMS ponderea acestora constituie 10% din numărul total al populației și este în continuă creștere. Se estimează, că numărul de copii invalizi către a. 2000 se va dubla comparativ cu a. 1975 și, prin urmare, valoarea așteptată va constitui

135-150 mln. în țările în curs de dezvoltare și în jurul la 25 mln. în țările economice dezvoltate.

Cauzele acestei creșteri sunt diferite (*L.Kamsiuk, S.Sarâceva*). Dintre acestea cele mai frecvent citate sunt: influența negativă a mediului ambiant, noxe profesionale în timpul sarcinii, deficiențe în funcționarea serviciilor medico-sanitare, infecții intrauterine. În opinia lui *A.N.Goerdi*, sporirea numărului de invalizi se poate de asemenea explica prin succesele remarcabile ale serviciilor de reanimatologie și neonatologie, care au permis păstrarea vieții copiilor prematuri, precum și a celor cu anomalii congenitale.

Cercetări speciale întreprinse în acest domeniu (*L.I.Grișina*) au evidențiat mai mulți factori asociați cu invaliditatea la copii: situația demografică, starea ecologică, factorii socio-economici, morbiditatea, starea serviciilor de sănătate etc. Un aspect important al invalidității se rezumă la prevenirea cazurilor noi, ce include efectuarea măsurilor de reabilitare. OMS accentuează necesitatea aplicării în practică a măsurilor preventive cu caracter diferit.

Experții OMS evidențiază, în acest sens, *profilaxia primară, profilaxia secundară, profilaxia terțiară*.

Profilaxia primară se adresează oamenilor sănătoși și are drept scopuri evitarea apariției bolilor la nivelul individului, scăderea incidenței bolii la nivelul populației prin schimbarea factorilor de risc. *Profilaxia secundară* are drept scopuri depistarea precoce a bolii (deci se adresează eșecului măsurilor profilaxiei primare), pentru a evita consecințele bolii, schimbând cursul nefavorabil al afecțiunii. *Profilaxia terțiară* cuprinde o serie de măsuri care urmăresc evitarea handicapului

și incapacității complete, recuperarea medicală, profesională și socială a individului.

Prevenirea cazurilor noi de invaliditate este deseori privită numai ca responsabilitatea medicilor. Însă reducerea invalidității presupune eforturile comune ale sectoarelor de învățământ, social și de muncă. Pe lângă aceasta trebuie schimbată atitudinea societății față de invalizi și atitudinea invalizilor față de ei înșiși.

OMS susține abordarea complexă în ce privește prevenirea invalidității prin aplicarea măsurilor profilactice, curative și de recuperare.

Primele instituții de îngrijire a copiilor cu deficiențe fizice au apărut în Europa la sfârșitul secolului XIX - începutul secolului XX. O instituție de acest gen - "*Crucea Albastră*", a fost fondată în Rusia la Petersburg în 1890 după inițiativa profesorului *G.I. Turner*. Mișcarea "*Salvați Copiii*" a început simultan în Anglia și Suedia în 1919. Scopul acestei mișcări a fost alinarea suferințelor copiilor cauzate de Primul Război Mondial. La ora actuală funcționează 21 organizații naționale "*Salvați Copiii*". Sediul centrului de coordonare "*Alianță Internațională Pentru Salvarea Copiilor*" se află la Geneva.

În prezent în multe țări ale lumii, inclusiv în Moldova, sunt fondate diferite organizații pentru ajutorarea copiilor invalizi: "*Salvați Copiii*", "*Copiii Străzii*", "*Casa cu Ferestre Deschise*", în baza activității cărora se află "*Declarația Internațională Despre Drepturile Copiilor*". Obiectivul de bază al organizațiilor amintite este de a-i sprijini pe copii să supraviețuiască în condițiile dificile ale perioadei de tranziție. Această categorie socială, care nu poate să se aprovizioneze cu

cele mai necesare pentru viață: alimente, haine, încălțăminte, este în continuă creștere. Mulți copii sunt grav bolnavi și necesită medicamente, care pot fi procurate numai pentru valută. Copii invalizi nu pot participa activ în viață socială a țării, deoarece ei nu sunt asigurați cu aparate auditive, cărucioare pentru invalizi, proteze (insuficiența de materiale și utilaje de producție).

Ținând cont de importanța și seriozitatea problemei, Adunarea Generală ONU a elaborat în 1982 "*Programul internațional de acțiuni pentru susținerea invalizilor și persoanelor handicapate*". Rolul de bază în acest program a fost atribuit profilaxiei dereglărilor de sănătate, începând cu vârsta cea mai fragilă. Perioada anilor 1982-1992 a fost declarată de ONU "*Deceniul persoanelor cu reducerea vitalității*".

Problema devine și mai stringentă pentru societate, deoarece copiii invalizi ușor devin pradă a străzilor, criminali și pentru a-și câștiga existența se ocupă de vânzarea drogurilor, de prostituție etc. (B.Lozano, 1993; A.K.Stuifbergen, 1994).

Invaliditatea la copii reprezintă o importantă problemă medico-socială în cadrul Republicii Moldova.

Actualitatea problemei este determinată de mai mulți factori:

- a) nivelul înalt al invalidității și tendința generală de creștere a acestuia cu implicații asupra stării de sănătate a copiilor și resursele muncitoare ale societății;
- b) apariția în familie a copilului invalid în 20% cazuri afectează planurile profesionale ale mamei, în 80 la 100 cazuri mamele ce educă copii cu handicapuri neuro-psihoice renunță la activitatea de muncă;

- c) se dereglează climatul psihologic în familie: 3% familii se destramă; 9,2% din tați încep să facă abuz de alcool;
- d) se măresc cheltuielile statului pe contul pensiilor, subvențiilor, serviciilor medicale acordate copiilor invalizi;
- e) invaliditatea la copii influențează situația demografică în republică.



PROBLEMELE INVALIDITĂȚII LA COPII ÎN DIFERITE ȚĂRI ALE LUMII.

1.1. Definirea noțiunilor ce țin de invaliditate.

În scopul profilaxiei invalidității și aplicării măsurilor de reabilitare comitetul experților al Organizației Mondiale a Sănătății descrie modelul îmbolnăvirii după următorul model: *etiologia - patogeneza - manifestările bolii*.

O serie de autori, *Thorburn MJ., Desai P., Davidson LL. (1992); Stineman MG., Escarce JJ., Goin JE., Hamilton BB., Granger CV., Williams SV. (1994)*, consideră modelul actual imperfect, deoarece el nu reflectă toate problemele conexe cu boala. Persoana bolnavă nu poate exercita în mod stabil rolul său social. Consecințele procesului morbid prelungesc acest lanț patologic: *starea de boală - infirmitatea - incapacitatea - handicap*.

Infirmitatea se referă la pierderea sau dereglarea unei structuri sau funcții fizice, psihologice sau anatomice.

Incapacitatea (invaliditatea) este definită ca orice reducere sau pierdere a capacității ce determină persoana să nu-și îndeplinească în mod normal activitatea.

Prin *handicap fizic* se înțelege defectul - consecință a unei infirmități sau incapacități - ce împiedică persoana să-și îndeplinească

normal funcțiile sale, corespunzătoare sexului, vârstei sau situației sale sociale sau culturale.

Prezentăm în continuare unele observații față de definițiile anterioare:

1. Solicită atenție faptul că infirmitatea sau invaliditatea pot fi vizibile, invizibile, temporare și permanente, progresive și regresive.

2. Handicapurile (defectele) fizice și alte nu întotdeauna sunt drept rezultat al invalidității, ci pot apărea în urma unei dereglări de funcție fără stadii intermediare ale invalidității.

3. Pe lângă particularitățile individuale, apariția invalidității este influențată de factorii sociali, factorii mediului ambiant, care pot fortifica sau diminua acțiunea factorilor favorizanți în dezvoltarea handicapului fizic etc.

1.2. Răspândirea invalidității. Calitatea vieții invalizilor.

Experții OMS consideră că se poate numai aproximativ estima numărul de invalizi de pe pământ și indică o valoare orientativă de 10% din populație. Unii afirmă că valoarea amintită este sub cea reală, alții, conducându-se de criterii mai restrânși, susțin că valoarea reală este mai mică de 10%. Rezultatele unor cercetări naționale confirmă existența unui număr mare de copii cu arierații mintale și deficiențe fizice (4-7%), alte țări, unde criteriile de selectare au fost mai înguste, indicele respectiv înregistrează valori mult mai mici (0,2-3%)(*United Nations, 1990*). Toți, însă, sunt de acord că este mult mai important de a stabili

ponderea populației ce necesită măsuri de recuperare și nu gradul de răspândire a invalidității (Thomas M., 1992; Twans RL., Dingsus CM., Haselcorn JK., 1993; Bener A., Abdulrazzad JM., Dawodu A., 1996).

Conform cercetărilor științifice (I.Grebeșeva, 1990; A.Zaletilo, 1990; S.Sarâceva, 1990; S.A.Gromov, M.F.Kataeva, 1996) răspândirea patologiei invalidizante în Rusia s-a dovedit a fi următoare: anomalii congenitale - 10,0‰; oligofrenii - 6,0-8,0‰; infirmitate motorie cerebrală - 2,0-4,0‰; afecțiuni ale organelor auditive - 1,5-2,0‰; afecțiuni ale organelor vizuale - 0,35-0,54‰.

În SUA printre cauzele cele mai frecvente ale invalidității s-au înscris dereglările psihice (inclusiv arierații mintale) și ale sistemului nervos: epilepsia, infirmitatea motorie cerebrală (7,3‰); astmul bronșic (6,0‰); afecțiunile aparatului locomotor (4,3‰); tulburările auditive și vizuale (3,7‰). În structura invalidității la copii predomină afecțiunile psihice (30%) și neurologice (20%), boli ale organelor auditive (17,0%) și vizuale (16,0%), locurile următoare fiind ocupate de tuberculoză, defecte anatomice și diformități înnăscute (JG.Collins, GE.Hendershot, 1993).

Predominarea profilului neurologic se înregistrează și în alte țări ale lumii. Astfel, în 36 de regiuni din Japonia, în perioada anilor 1990-1992 T.Ishikama, I.Asano (1993) au descris 256 cazuri de encefalită la copii, nivelul căreia a constituit 3,3 la 100 000 de copii. 6,6% de cazuri s-au înregistrat în grupul de vârstă 0,4 ani; 2,0% cazuri - în grupul de vârstă 5-15 ani.

Savanții australieni A.Nickolson, Alberman au cercetat infirmitatea motorie cerebrală ca patologie ce cauzează arierații mintale

severe. Răspândirea patologiei respective în statul Bartholomen din SUA a constituit 0,7-0,9 la 1000 de copii născuți vii, pe când nivelul mediu pe țară a fost de 2,5‰, fapt ce poate fi explicat prin diagnosticarea postnatală a patologiei. Cu toate acestea valoarea amintită este mai mare decât în Anglia și Suedia în aceeași perioadă (1979-92). *T.Kamura, N.Migata, Uetaniv, H.Nakamura (1993)* au cercetat factorii perinatali ce duc la nașterea copiilor cu infirmitate motorie cerebrală: asfixie, dereglări respiratorii, hiperbilirubinemia.

A.Mlika și coaut.(1993) menționează că frecvența maladii lui Daun în Franța în 1972 a fost de 10,7‰; în 1981 - 0,9‰; în 1981 - 0,9‰; iar nivelul afecțiunilor și tulburărilor psihice a atins valoarea de 1,6‰ în 1972; 1,5‰ în 1976 și 1,6‰ în 1981. Cercetările au demonstrat că implementarea în a.1970 a *Programului național de perfecționare a serviciului de perinatologie* a redus nivelul patologiei discutate pe parcurs a trei generații de copii născuți în 1972, 1976 și 1981.

Nivelul maladii lui Daun în Republica Moldova a constituit conform rezultatelor cercetării 0,3 la 1000 de copii.

V.Steinbicher și coaut. (1992) au cercetat 201 cazuri de tulburări psihice înregistrate la băieți ce suferă de anomalii X-cromozomiale. Din punct de vedere clinic la ei se observă excitabilitate mărită, hipotonie musculară, dermografism patologic, dereglări de coordonare.

La copiii invalizi cu tulburări psihice se înregistrează o mortalitate înaltă. Astfel, *N.K.Blackbourn (1991)*; *M.Castane, E.Peris (1993)* indică că mortalitatea copiilor invalizi cu arierații mintale constituie 56,0%, iar la copiii cu dereglări psihice (88,0%) și afecțiuni ale sistemului nervos central (98,0%) este și mai mare.

La copii cu dereglări fizice și mintale frecvența invalidității constituie 0,89 la 1000 de copii. Începând cu jumătatea a doua a a.1970 - prima jumătate a a.1980 în Okinava s-a înregistrat o creștere a numărului de copii cu tulburări psihice, inclusiv cu arierații mintale - 97,7% și epilepsie - 79,5%. Aceiași tendință a fost caracteristică și pentru ultimul deceniu (*V.Nakada, 1993*).

Savanții olandezi *S.Veen, M.L.Sasson (1993)* au observat 290 de cazuri de nașteri premature (până la 28 săptămâni de gestație și sub 1500g). Dintre acești copii 13,8% au înregistrat dereglări motorii și 1,5% - dereglări sensorii, prin urmare ei au reprezentat un risc major pentru stabilirea invalidității ca urmare a tulburărilor auditive și vocale.

O cercetare a 6762 copii invalizi cu tulburări motorii a fost efectuată în Ungaria de *A.Glaz, Simon, M.Harvath (1993)*. Prin metoda anchetării au fost colectate informații privitor la starea lor de sănătate, condițiile de viață, nivelul de trai și regularitatea efectuării măsurilor de reabilitare. Acești copii au constituit 2,4% din populația generală. Nivelul patologiei respective în Republica Moldova este mult mai scăzut, înregistrând valori de 0,2% din populație.

C.Tutton (1990) relatează că 8,5% de copii invalizi în vârsta de 3-6 ani din o.Dublin se află în evidență cu afecțiuni oftalmologice. La noi în țară ponderea copiilor invalizi cu patologia respectivă a constituit: la 6 ani - 27,3%; 7-14 ani - 62,1% și la 15-16 ani - 10,6%.

În dezvoltarea orbiei și scăderea acuității vizuale o importanță deosebită se acordă factorilor prenatali și intervențiilor chirurgicale efectuate în copilărie. *M.O'Keefe, J.P.Burke, R.Bowell, B.Lanigun*

(1990) indică că consultațiile centrului genetic permit de a preveni nașterea copiilor orbi.

E.Konig (1993) accentuează dificultățile de evidență a copiilor invalizi ca urmare a afecțiunilor pediatrice. Printre cauzele de bază autorul citează: lipsa unei clasificări care ar considera toate cazurile individuale de invaliditate, lipsa datelor statistice satisfăcătoare în Teritoriile Federale de Nord.

Malformațiile congenitale au înregistrat o creștere semnificativă în ultimul deceniu, ocupând totodată o pondere importantă în structura morbidității, invalidității și mortalității la copii (*B.I.Reznik, 1990; N.P.Bocikov; N.A.Jucenko; E.A.Kirilova, 1996*).

Majoritatea afecțiunilor ereditare duc la invaliditate și sunt foarte slab influențate de măsurile curative aplicate (*T.Costa, 1985; A.Hages, 1985*). Cu toate acestea la ora actuală există anumite succese în înțelegerea etiologiei și patogenezei afecțiunilor ereditare. Exemplul clasic în acest sens este reprezentat de posibilitățile depistării precoce și corejării a fenilchetonuriei și hipotireozei înăscute, tratamentului chirurgical oportun în cazul anomaliilor congenitale.

A.M.Kuliev (1990) relatează că 1% de copii se nasc cu patologii înăscute și ereditare, care sunt drept rezultat a unor fenomene mutagene la părinții sau strămoșii săi. Aproximativ la același număr de invalizi afecțiunile ereditare se manifestă deja după naștere. Malformațiile congenitale la copii constituie 1,5-2,0% și ocupă o pondere importantă în structura deceselor la copii - 23,0-25,0% (*A.Baranov, 1990*).

Frecvența anomaliilor congenitale la nou-născuți este de 13,8% (*B.Reznik, 1990; N.P.Bocikov, 1996*). Indicele respectiv în Republica

Moldova a constituit, conform datelor statisticii oficiale 9,9% (D.Amoașii, 1995; E.Grigorie, S.Gărgăum, S.Groppa, M.Stratila, J.Botezatu, 1996).

Preocupările centrale ale cercetărilor, susținute de OMS în țările în curs de dezvoltare, au fost prezentate de calitatea vieții invalizilor (E.D.Nottelman, P.S.Jensen, 1995). Este bine cunoscut faptul că mortalitatea copiilor invalizi este mult mai mare decât cea a copiilor sănătoși. Subalimentația, infecțiile gastro-intestinale și bronhopulmonare sunt cauzele principale de deces la copiii invalizi (D.I.Barker, 1995). Respectiv, și indicii morbidității sunt la ei crescuți (L.Mellsig, 1996). Invalizii adulți au de obicei un venit mai mic, prin urmare ei mai frecvent suferă de sărăcie. Femeile invalide suferă și mai mult, deseori fiind părăsite de bărbați și private de copii.

Copiii invalizi, comparativ cu cei sănătoși, au posibilități mai mici de a frecventa școala. Prezența unui copil invalid în familie reduce nu numai șansele lui de căsătorie, dar și a fraților și surorilor săi.

Segregarea socială a invalizilor este un fapt destul de răspândit. Ea afectează nu numai persoanele cu boli contagioase (*tuberculoza, lepra*), dar și cele cu defecte anatomice (lipsa ochilor, nasului, membrilor, cu chifoscolioză), arierații mintale, psihoze, epilepsie. În mai multe societăți segregarea invalizilor este generată de persistența fricii și superstițiilor, care susțin că invalizii sunt posedați de demoni sau alte forțe malefice și pedepsiți de Dumnezeu. Pentru invalizi sunt în general excluse activități de dirijare, ei practic nu sunt aleși în posturi politice și prin urmare nu participă în planificarea și conducerea societății. Lipsa

reprezentanților invalizi la diferite foruri și activități sociale duc la ignorarea necesităților lor.

Sunt cunoscute o serie de cercetări, obiectul cărora a fost reprezentat de calitatea vieții invalizilor în țările economic dezvoltate (J.Cassidy, 1996). Este bine cunoscut faptul, că invalizii primesc o educație generală și profesională mai proastă, deseori sunt șomeri. Cu toate că ei se bucură de anumite privilegii și subsidii, starea lor economică este mai puțin favorabilă și calitatea vieții este mult mai joasă. Invalizii mult mai rar se căsătoresc și formează familii.

Cu toate că problemele generate de starea lor materială nefavorabilă au fost în ultimii ani într-o oarecare măsură depășite, nici până în prezent invalizii nu pot influența politica și deservirea, legate de ei însuși.

Experții OMS indică, că în perioada anilor 1975-2000 numărul invalizilor în lume va crește până la 200 mln. În 1970 în țările în curs de dezvoltare au fost înregistrați 60-70 mln de copii invalizi; dacă nu vor fi aplicate metodele existente de profilaxie sau elaborate strategii noi în acest domeniu, valoarea respectivă se va dubla și va atinge 135-150 mln. Acest fenomen se poate compara cu creșterea așteptată a numărului de invalizi în țările economic dezvoltate de la 12 până la 25 mln. Dintre factorii, care ar putea influența distribuția viitoare a invalizilor în lume sunt menționați:

1. schimbarea structurii de vârstă a populației;
2. modificarea structurii de mortalitate și morbiditate;
3. evoluția serviciilor de sănătate;
4. urbanizarea și industrializarea.

Este recunoscut faptul, că până nu vor fi obținute succese remarcabile în profilaxia invalidității, coraportul dintre copii sanatoși și invalizi va rămâne același sau va crește ne semnificativ în 20-30 ani. Dar deoarece se așteaptă o creștere însemnată a populației (cu 2 mld) în perioada citată anterior, numărul absolut de invalizi va crește în mod considerabil.

1.3. Mediul ambiant și sănătatea copiilor.

Starea mediului ambiant este un factor important care influențează nivelul invalidității la copii. Problemelor ecologice se acordă o atenție din ce în ce mai mare; ele se reflectă în cadrul programelor de protecție a mediului înconjurător promovate de ONU, UNICEF și OMS.

Prima Conferință Europeană din 1989 privitor la mediul ambiant și starea de sănătate a acceptat *Hartia Europeană* privitor la mediul ambiant și sănătatea publică.

Conform datelor OMS privitor la protecția mediului, în majoritatea statelor-membri partea majoră a resurselor bănești este destinată controlului ecologic (*OMS, Ediția Europeană, Nr.56*).

La ora actuală crește pericolul pentru funcția reproductivă a femeii și starea de sănătate a copiilor; se mărește ponderea anomaliilor congenitale de dezvoltare, numărul de afecțiuni alergice (*H.Katler, I.Warkany, 1983; B.Brambaty, A.Oldriti, E.Ferrary, A.Lanzuni, 1985; A.M.Kuliev, 1987, 1990; S.V.Șarmanov, 1996*); apar o serie de patologii

de etiologie necunoscută; pediatrii tot mai frecvent întâmpină greutăți în stabilirea diagnosticului (*M.V.Nejdanova, 1996*). Toate acestea pot fi explicate prin modificarea importanță a mediului înconjurător și imposibilitatea organismului uman de a se adapta la aceste schimbări. Organismul copiilor, datorită imaturității funcționale a țesuturilor și sistemelor, insuficienței imunologice și mecanismelor de detoxicare a substanțelor chimice heterogene, este mult mai sensibil la acțiunea complexă a factorilor mediului (*Iu.E.Velitiscev, 1996*).

La ora actuală, în pediatrie sunt bine studiate și cunoscute efectele unor intoxicații acute și masive cu substanțe chimice. Cu toate acestea, sunt foarte puțin studiate consecințele, în special cele genetice, a unei acțiuni permanente a dozelor mici de substanțe chimice și radiații ionizante. Datele existente la ora actuală sunt insuficiente pentru evaluarea factorilor ecologici de risc pentru sănătatea mamelor și copiilor, lipsește mecanismul de elaborare a deciziilor strategice și tactice în cazul catastrofelor ecologice.

Printre xenobiotici, ce poluează biosfera, pesticidele dețin un loc deosebit.

Pe plan mondial, aceste substanțe chimice s-au plasat pe locul 8-9, însă în unele țări și regiuni ele au ieșit pe locul de frunte (*B.Barta, 1989; A.Kurjak, B.Funduk-Kurjak, 1989*).

Chimizarea intensivă în agricultură, circularea pesticidelor în biosferă creează pericolul contaminării populației, care nu se află în contactul profesional cu substanțe chimice (*A.N.Mihalas, T.A.Voina, T.A.Dubrovina, V.Calin, 1994*).

Este bine cunoscut faptul, că o serie de pesticide au capacitatea de a penetra placenta și influența în mod negativ produsul de concepție. Acțiunea lor nefavorabilă se manifestă prin nașterea unor copii bolnavi, prematuritate, mortinatalitate, decese antenatale ale fătului (*A. Baranov, L. Țimleakova, 1990; B. Reznik, 1991; M. Neжданова, 1996*).

În urma acțiunii pesticidelor asupra structurilor genetice ale organismului se dezvoltă diferite malformații congenitale. Faptele menționate au fost dovedite de multiple cercetări experimentale și epidemiologice privitor la patologia înăscută a copiilor, proveniți de la femeile ce locuiesc în zonele intens chimizate; prin riscul sporit de naștere a copiilor cu "buză de iepure" și "gură de lup" de la gravide, primul trimestru de sarcină al cărora a coincis cu sezonul chimizării maxime în agricultură (*Iu. Altuhov, 1981; M.L. Martinez-Frias, J.L. Frias, J. Salvador, J. Amer, 1990*).

În prezent este dovedit că modificările statutului imun sunt indicatorii cei mai sensibili și cei mai precoce ai acțiunii nefavorabile a factorilor de mediu de o intensitate mică (*L. Vasilos, 1994*).

O actualitate deosebită o au problemele acțiunii substanțelor chimice asupra sănătății populației în Republica Moldova - țară agrară, denspopulată - care sunt puțin studiate la ora actuală. Totodată, o serie de cercetări experimentale au demonstrat că pesticidele, cel mai frecvent întâlnite în produsele alimentare ale populației republicii, provoacă o serie de tulburări biochimice, imunologice și chiar genetice. Studiile respective au devenit drept premise teoretice pentru planificarea unor cercetări privitor la starea de sănătate a populației în condițiile chimizării

intensive a sectorului agrar în Republica Moldova (N. Opopol, S. Ursul, S.T. Badu, 1995).

Datele literaturii de specialitate indică că pesticidele și alte substanțe chimice din mediul extern, la pătrunderea în organism, chiar și în cantități minimale, au o acțiune patogenă. Acțiunea lor nefavorabilă se manifestă prin stări patologice de gravitate diferită: de la tulburări funcționale neînsemnate până la dereglări organice grave. Creșterea numărului de afecțiuni nespecifice se datorează proprietăților xenobioticilor de a slăbi mecanismele compensatorii și adaptive, reactivitatea imunologică a organismului; de a dereglă procesele biochimice intracelulare, ceea ce formează "receptivitatea sporită" a organismului față de anumite afecțiuni. În condițiile unui contact extins cu substanțele biologice active, crește rolul mutagen, teratogen și cancerogen al mediului ambiant.

1.4. Profilaxia invalidității.

Conceptul de profilaxie a invalidității se află într-o stare diferită în țările economic dezvoltate și cele în curs de dezvoltare.

Cauzele de bază ale patologiei invalidizante în țările în curs de dezvoltare sunt în general prezentate de subalimentație, boli contagioase, nivelul scăzut de asistență pre- și postnatală, accidente. Cauzele citate sunt implicate în 70% de cazuri de invalidizare. Deoarece infirmitatea în urma acestor cauze deseori apare la sugari și copiii de vârstă frăgidă, ele sunt cauzele de bază și pentru invaliditatea pe viață (A. Ornoy, Kaya

V.Michailes, V.Lukashov etc., 1996). De aici reiese importanța măsurilor profilactice la copii. Deoarece mortalitatea copiilor invalizi este mult mai mare decât la copiii sănătoși, rezultatele profilaxiei pot fi ușor estimate după modificarea nivelului lor de mortalitate (*N.K.Blackbourn, 1993; M.Castane, E.Peris, 1993; F.Devesa, P.Martinez, M.I.Moreno, L.V.Lave, T.I.Songer, R.E.LaPorte, 1993; B.D.Schoub, S.Johnson, I.M.McAnerney, 1994; A.Wilcox, R.Skjaerven, P.Buekenes, J.Kiely, 1995*).

O serie de autori (*L.I.Cjiper, D.P.Macker, C.M.Sasso etc., 1990; A.Matusumoto, 1990; M.Tanimura, I.Mateui, M.Kabayaechi, 1990; N.Tomas, 1992; L.Kohler, 1993; V.Nakuda, 1993*) relatează că paralel cu îmbunătățirea situației alimentare în unele țări ale lumii, în alte (Africa, în special) aprovizionarea cu produse alimentare s-a înrăutățit. În ultimii ani au fost obținute succese remarcabile în combaterea maladiilor invalidizante de origine infecțioasă: a fost, de exemplu, lichidată variola. O serie de țări au întreprins eforturi anumite pentru combaterea poliomielitei, tuberculozei, rugeolei, tetanusului, difteriei, tusei convulsive. S-a înrăutățit însă situația cu *malaria* (*B.J.Brabin, F.Verhoeff, L.Chimsuku, 1996*). În țările în curs de dezvoltare asistența pre- și postnatală funcționează nesatisfăcător și numai asigurarea generală a populației cu asistența medico-sanitară primară de o calitate satisfăcătoare va permite de a reduce numărul de invalizi din perioada perinatală.

Creșterea numărului de vehicule, răspândirea criminalității, industrializarea rapidă favorizează creșterea traumatismului. Încercările de a soluționa această problemă nu au dus decât la eșec.

J.J.Lee, E.D.Lyne (1990), S.Lipitz, V.Frenkel, C.Matts etc. (1990); F.Santoro, C.Maiorama, A.Colleta, S.Novi (1991); M.C.Allen (1993); I.Cpen, R.I.Simeonsson (1991); C.M.Nock, D.Denno, E.S.Adzotor (1993) afirmă că asistența medicală nesatisfăcătoare poate aduce la invaliditate. Nu toate serviciile medicale sunt accesibile la nivelul local. În aceste cazuri este necesar un sistem efectiv de asistență medicală consultativă, care ar fi asigurată de instituțiile medicale respective la nivelul raional sau regional (G.R.Alexander, C.C.Korenbrot, 1995). Conform unor calcule profilaxia secundară ar permite reducerea invalidității în țările în curs de dezvoltare cu 10-20% de la nivelul existent (A.Zanfranchi, D.Molinari, 1995).

Pentru țările economic dezvoltate insuficiența alimentară și afecțiunile contagioase nu reprezintă cauzele de bază ale invalidității, cu unele mici excepții (populația cartierelor sărace, minoritățile sociale).

O serie de autori (H.Manrke, 1992; H.Rydhstrom, I.Indemarsson, 1993) accentuează rolul asistenței medicale nesatisfăcătoare în perioada prenatală și în timpul nașterii pentru dezvoltarea invalidității la copii. Importanța perioadei perinatale este semnalată și de H.Muller, V.Briese (1992); F.I.Stanlei, L.Matson (1992); N.Okumura, H.Mivata, V.Uetani, N.Nakamura (1993); P.A.Bluestein (1995).

Abuzul de alcool, fumatul și prostituția ca factorii ce influențează negativ sănătatea femeilor și a copilului sunt citați de N.Roeveded, E.Vingerhoets, C.A.Zielnuic, F.Gabreels (1992); N.Heather, I.S.Tebbutt, R.D.Mattick, R.Zamir (1993); I.Crishnaswany (1993); K.S.Kendler, M.S.Neale, C.A.Prescott, R.C.Kessler, A.C.Heath, L.A.Corey, L.J.Eaves (1996); J.Kalinka, W.Hanke (1996).

Un rol important în reducerea invalidității va juca scăderea numărului de nou-născuți cu patologii ereditare și malformații congenitale (Ș.Samsiuc, I.Fuior, 1996), cu afecțiuni psihice și neurologice (K.B.Nelson, I.K.Grether, 1995; M.Menshiny, G.Lamberti, F.Petermann, 1996). Factorii citați sunt influențați într-o mare măsură de calitatea serviciilor medicale și starea de sănătate a părinților (I.Guzder, I.Paris, P.Zelkowitz, K.Marchessault, 1996; K.Sommer-Jelt, B.Elbertsen, T.Markestad, 1995; H.Wessel, S.Chattingins, S.Bergstrom etc. 1996).

1.5. Reabilitarea copiilor invalizi.

Reabilitarea presupune antrenarea și reîntoarcerea invalizilor și persoanelor handicapate în societate. Ea reprezintă o importantă problemă de sănătate publică și mai poate fi definită ca politica socială a statului.

La sfârșitul sec.XIX - începutul sec.XX s-a înregistrat o trecere treptată de la medicina individuală la cea a colectivității, având drept rezultat o serie de măsuri sociale de binefacere destinate unor grupe de invalizi. N.Bizalishi, care în 1906 pentru prima dată în Germania a început evidența invalizilor și a organizat îngrijirea lor, este considerat drept premergător în domeniul reabilitării.

Cea mai reușită definiție de "reabilitare" a fost făcută de Kurt Winter: "Reabilitarea - este un complex de măsuri medicale, pedagogice, sociale și economice îndreptate spre păstrarea, restabilirea

și promovarea capacităților individului de a participa activ în viața socială a țării” (K.Renker, 1980).

Experții OMS determină reabilitarea ca “un complex de măsuri medicale, sociale, pedagogice și profesionale în scopul pregătirii maximal posibile a capacității de muncă a individului” (Report WHO, 1983).

Reabilitarea include toate măsurile de combatere a factorilor și condițiilor invalidizante, presupune realizarea tuturor posibilităților de integrare socială (L.Kamsiuk, 1990).

Reabilitarea presupune nu numai adaptarea invalizilor la mediul înconjurător, dar și participarea lor în activitatea comunitară și socială în general pentru asigurarea integrării sociale (M.J.Armstrong, 1993). Invalizii, familiile acestora și anturajul în care ei există trebuie să se implice cât mai activ în planificarea și realizarea măsurilor de reabilitare. Astfel, L.I.Cooper, Dr.P.Macker, C.M.Sasso, L.K.Donn, 1990; D.I.Lobato, C.T.Miller, L.Barbour, 1991; H.Katoda, 1993; M.C.Marocco, A.Monetti, 1993; M.T.Perkins, 1993; F.Rasmussen, H.R.Lie, I.H.Hagelsteen, I.Lagergren, M.C.Borjeson, 1993 accentuează necesitatea antrenării părinților în procesul de reabilitare, importanța organizării societăților și cluburilor pentru părinți ce educă copiii invalizi.

O serie de autori (M.Lequericu, 1993; A.L.Saddler, S.B. Hillman, B.Benjamins, 1993; A.Alberti, 1992; S.L.Folden, S.Coffman, 1993; N.Hayachi, M.Higurashi, 1993; B.Tumili, T.C.Paver, 1993; D.Weiser, 1993; J.I.Mak, A.Ross, G.Roab, B.Hamilton, S.Gilkison, F.D.Johnstone,

1996) au cercetat și evaluat starea, comportamentul și potențialul profesional al mamei în legătură cu nașterea copilului invalid.

Organizarea și realizarea măsurilor de reabilitare nu se mai limitează la hotarele unei țări. Reabilitarea invalizilor tot mai mult preocupă atenția Organizației Națiunilor Unite, organizațiilor sale specializate (*Reabilitarea Internațională*) etc., care s-au unificat în cadrul Sfatului Internațional pe problemele invalizilor.

Asamblarea Generală ONU cere tuturor țărilor de a respecta postulatele Declarației pentru drepturile oamenilor cu handicapuri fizice sau mintale, care reprezintă etalonul de protecție a invalizilor.

OMS, ca un organism special ONU, tratează problemele de reabilitare din punct de vedere medical. OMS dispune de mai multe grupe de experți pe problemele de reabilitare, care publică în mod regulat rapoartele sale tehnice. Cel mai important document în acest sens este reprezentat de "WHO Policy and Programme for Disability Prevention and Rehabilitation (SHS 75-1)". Acest document tratează multilateral problemele de profilaxie a bolilor, accentuează necesitatea efectuării reabilitării medicale.

Se pot cita și o serie de alte organisme speciale ale ONU, care se ocupă de aspectele diferite ale reabilitării invalizilor: *Organizația Internațională a Muncii* - reabilitarea profesională; *UNESCO* - reabilitarea pedagogică; *UNICEF* - reabilitarea copiilor invalizi. Cea mai importantă organizație de acest gen este "*Rehabilitation International*" (RI) - organizație non-guvernamentală cu sediul în New-York, care cuprinde 75 țări și 126 organizații, coordonează activitatea a 36 organisme internaționale, care se ocupă de aspecte diferite ale

reabilitării. Ea face parte din OMS și colaborează cu ONU, UNICEF și UNESCO.

Sub conducerea OMS activează Sfatul Internațional pe problemele invalizilor în cadrul căruia sunt cuprinse 126 organizații internaționale.

1.6. Reabilitarea profesională a invalizilor din copilărie.

D.Becker, K.Drake (1994); S.Kelley, N.Belgard, D.Cooper (1994); C.Dogvinovich, F.Semke, S.Bessarab (1994) ridică în lucrările sale problemele reabilitării sociale și profesionale a adolescenților cu tulburări psihice, accentuând necesitatea includerii în componența centrelor specializate de reabilitare a pedagogilor și specialiștilor, care paralel cu măsurile curative ar asigura pregătirea profesională a invalizilor.

D.Hart, S.Berlin, P.Brager, M.Caruso, J.Heijduk, J.Homar, Snyder, J.Susi, M.Mahi (1994) indică necesitatea elaborării standardelor clinice pentru efectuarea reabilitării profesionale a adolescenților. *H.Roggen (1993), H.Raspe (1994)* relatează că un aspect important al medicinei sociale este cercetarea capacităților profesionale a copiilor invalizi. *P.Flett, B.Saunders (1993)* au descris organizarea reabilitării profesionale a copiilor de 2-19 ani în cadrul unui centru oftalmologic, care permite desfășurarea unui proces educațional individual cu o eficacitate optimală.

În mai multe țări ale lumii se formează diferite organisme guvernamentale, religioase, private și de binefacere, preocuparea de bază, ale cărora este reabilitarea și angajarea profesională a invalizilor. Astfel, în Australia în 1963 a fost organizat sfatul de reabilitare a invalizilor, care a cuprins 70 de agenții binevoale și organisme religioase și a devenit premergător în problemele de asigurare a invalizilor cu locuințe și locuri de muncă.

Sfatul de reabilitare a invalizilor din Canada - asociația unor organizații binevoale - sprijină persoanele cu handicapuri fizice în soluționarea problemelor sale.

În 1969 în Noua Zelandă a fost organizat centrul de coordonare din Auklend, care cuprinde la ora actuală 27 de organizații binevoale și 36 guvernamentale ce se ocupă de reabilitarea invalizilor.

În Japonia funcționează centrul național de reabilitare a persoanelor cu handicapuri fizice. Centrul efectuează o serie de cercetări în problemele invalizilor și caută căile posibile de rezolvare a acestora. În aprilie 1966 în o.Tokio a fost fondată "Organizația japoneză a posibilităților", motto-ul căreia a constituit "*eu caut posibilități (profesionale), și nu asigurare*". Fundația respectivă a devenit organizație politică a invalizilor, care a început în mod regulat să publice buletinul pe problemele angajării invalizilor în câmpul de muncă.

În Danemarca, în aa. 1950 invalizii au organizat asociația națională a invalizilor, care a cuprins 50 secții locale. Asociația efectuează lucrul social-consultativ, ia măsuri profilactice, organizează ateliere speciale pentru invalizi.

Toate organizațiile ce se ocupă de problemele invalizilor în Finlanda au fost unificate într-o asociație pentru invalizi, care se ocupă de organizarea centrelor și secțiilor de reabilitare, instituțiilor de pregătire profesională, deschiderea atelierelor specializate etc.

În Niderlanda din 1899 funcționează societatea centrală de asigurare a invalizilor, care pe parcursul a mai multor ani soluționează problemele de reabilitare și construcții locative pentru invalizi.

În Suedia cea mai cunoscută organizație este "Handicher-Institute" - organ obștesc, care se ocupă de cercetări în domeniul reabilitării și angajarea invalizilor în câmpul de muncă. Un alt centru, destul de cunoscut, este institutul profesorului Bratgard, creat pe lângă universitatea din Gheterbor.

În Rusia (Moscova, Sankt-Petersburg) centrele științifice lucrează asupra programelor de reabilitare a invalizilor în funcție de formele clinice ale patologiilor invalidizante (N.A.Gobunova, 1981; V.V.Petrova, G.A.Zolkeen, A.G.Kozlova, G.A.Marceliuk, R.H.Feucet, T.P.Lebedin-skaia, 1985, 1987; R.P.Hohlova, A.I.Osadcih, 1983). Problemele actuale de reabilitare medico-socială a invalizilor din copilărie sunt elucidate în lucrările lui M.I.Nikitina (1991). Revista literaturii pe problemele expertizei curativo-profesionale și socio-profesionale este prezentată de N.A.Demidov și L.N.Ciakinov (1991). Problemele actuale ale reabilitării profesionale a invalizilor din copilărie sunt expuse de savanții G.I.Zuev, E.I.Tanihin, A.A.Diskin (1986) etc.

Datele literaturii de specialitate indică lipsa unei viziuni comune în ce privesc recomandările profesionale invalizilor. Nu se ridică problema unei abordări complexe de plasare a invalizilor în câmpul

muncii cu efectuarea cercetărilor sociologice, social-igienice, clinico-fiziologice, psihologice,

Cercetările științifice în problemele plăsării invalizilor în câmpul muncii sunt, în marea sa majoritate, efectuate de cliniciști în condiții de staționar, în afara legăturii cu social-igienisti, fiziologi etc. Nu sunt cunoscute cercetări complexe ai invalizilor lucrători cu participarea specialiștilor din domenii diferite: fiziologie clinică, fiziologia muncii, psihologie, igienă, medicină socială etc. Lipsa cunoștințelor în acest domeniu nu poate asigura o angajare profesională rațională, elaborarea unor forme organizaționale și de perfecționare complexe, necesare pentru plasarea invalizilor în câmpul muncii. Prin urmare, nu au fost specificate indicațiile, tipurile, caracterul și condițiile muncii pentru diferite categorii de invalizi.

1.7. Problemele etice ale invalidității la copii.

La ora actuală, datorită succeselor remarcabile înregistrate în reanimatologie s-au mărit hotarele dintre viață și moarte. Prin urmare, în neonatologie au apărut o serie de probleme etice.

În opinia lui *G.A.Baker, D.F.Smith, M.Dewey, A.Yacoby, D.W.Chadwick (1993); K.Kind (1994)* neacordarea asistenței medicale nou-născuților cu patologii severe este o tactică ucigătoare. Medicii trebuie să acorde ajutorul necesar până la înregistrarea morții creierului.

În epoca națizmului, în Germania din 18 august 1939 în cazul persoanelor incurabile și neputencioase a fost introdusă eutanazia

(H. Bernhardt, 1993). Sarcina principală "Reich's Commission for the Scientific Assessment of Hereditary and Genetically Determined Serious Suffering" se rezuma la uciderea planificată a copiilor cu arierații mintale și deficiențe fizice în așa numite "Specialized Children's Departments". În instituția amintită au fost internați 695 copii, marea majoritatea din ei au fost uciși prin administrarea dozelor mari de barbiturați (T. Suesse, H. Meyer, 1993).

Solbach C. (1993) consideră că este imposibil de a determina hotarele legislative pentru îngrijirea și tratarea nou-născuților cu patologii severe. Decizia de a continua sau întrerupe tratamentul într-o mare măsură depinde de părinți. Normele și principiile legislative pot servi drept călăuză numai în anumite limite: viața este bogăția supremă a omului garantată de constituție, interzicerea uciderii ca act criminal; etica profesională a medicului. Reieșind din cele expuse, activitatea medicului se va sfârși odată cu moartea creierului pacientului.

Fry-Revere S. (1994) descrie o serie de probleme etice, care se ridică în fața lucrătorilor secțiilor pediatrice ce acordă asistența medicală nou-născuților cu patologii invalidizantă. Părinții nu întotdeauna pot lua decizii concrete sau aproba intervenții chirurgicale complexe, care ar putea prelungi viața copiilor invalizi. De aceea, medicii se pronunță pentru organizarea pe lângă spitale a serviciului bioetic (WHO "The teaching of medical ethics", 1995).

Wainer S., Knutzwayo H. (1993) indică că în acordarea asistenței medicale în cadrul serviciului de neonatologie trebuie să participe medicii, asistentele medicale și mamele, care trebuie să se unească în asociație specială "Neonatal intensive care unit" ("NICU"). Sondajul

opiniilor mamelor și medicilor privitor la necesitatea menținerii în viață a copilului cu patologie invalidizantă a scos în evidență că numai 2,9% din mame au aprobat această hotărâre, față de 51% înregistrate la medici. Marea majoritate din cei chestionați consideră că nașterea copilului invalid devine o povară grea pentru societate și este factorul de bază în justificarea hotărârii pentru eliminarea copilului invalid (Blackburn S.T., 1996).

În concluzie, revista literaturii de specialitate efectuată de autor a permis elucidarea situației existente în problemele invalidității la copii în toată lumea.

Pentru comoditatea analizei toate sursele literare au fost grupate de autor pe probleme anumite:

1. Definirea noțiunilor ce țin de invaliditate.
2. Răspândirea invalidității. Calitatea vieții invalizilor.
3. Mediul ambiant și sănătatea copiilor.
4. Profilaxia invalidității.
5. Reabilitarea copiilor invalizi.
6. Reabilitarea socio-profesională a invalizilor din copilărie.
7. Problemele etice ale invalidității la copii.

Thorburn MJ., Desai P., Davidson LL. (1992); Stineman MG., Escarce JJ., Goin JE., Hamilton BB., Granger CV., Williams SV. (1994) consideră, că pentru explicarea invalidității modelul clasic al bolii: etiologia - patogeneza - manifestările bolii, nu este suficient, deoarece el nu reflectă toate problemele conexe cu boala. Consecințele procesului morbid continuă acest lanț patologic: boala - infirmitatea - incapacitatea (invaliditatea) - handicap fizic etc.

La ora actuală sunt insuficient studiate problemele etiologice, patogenetice și clinice a maladiilor ce aduc la invaliditate. Nu au fost găsite informații privitor la răspândirea invalidității în diferite țări, mai frecvent sunt întâlnite date despre răspândirea unor forme nozologice izolate.

După părerea obiectivă a lui *M.Thomas (1992)*, *R.L.Evans, C.M.Dingus, J.K.Haselcorn (1993)* este mai important de a cunoaște ponderea copiilor invalizi ce necesită măsuri de reabilitare, decât răspândirea invalidității în general.

Cercetările efectuate de OMS în vederea cunoașterii calității vieții a copiilor invalizi în țările economic dezvoltate și cele în curs de dezvoltare au evidențiat existența diferențelor semnificative în ce privesc posibilitățile tratamentului, frecventării instituțiilor școlare. Prezența în familie a copilului invalid se răsfrânge negativ nu numai asupra căsătoriei sale, ci și a fraților și surorilor săi.

Savanții din diferite țări au studiat influența copilului invalid asupra relațiilor familiale, carierei profesionale a mamelor, precum și rolul familiei în reabilitare (*M.Lequericu, 1993; A.L.Saddler, S.B.Hillman, B.Benjamins, 1993; A.Alberti, 1992; M.O.Marcenco, L.K.Smith, 1992; L.L.Dyson, 1993; S.L.Folden, S.Coffman, 1993; N.Hayashi, M.Higurashi, 1993; P.Tunali, T.C.Power, 1993; D.Weiser, 1993*).

În țările în curs de dezvoltare este pe larg răspândită segregarea socială a invalizilor. Copiii invalizi în țările economic dezvoltate au mai multe posibilități de a frecventa instituțiile preșcolare și școlare, de a participa la secții sportive, în cercuri de artiști amatori etc.

Organizarea și realizarea măsurilor de reabilitare a depășit hotarele unei țări. Reabilitarea a devenit preocuparea unor organizații internaționale: ONU, organizațiile sale specializate.

Sub conducerea ONU funcționează Sfatul Internațional pe problemele invalizilor în cadrul căruia își desfășoară activitatea 126 organizații naționale.

Invalizii, familiile sale și anturajul, care îi înconjoară trebuie să participe în procesul de planificare și realizare a măsurilor de reabilitare (*L.I.Cooper, Dr.P.Macker, C.M.Sasso, L.K.Donn, 1990; D.I.Lobato, C.T.Miller, L.Barbour, 1991; H.Katoda, 1993; M.C.Marocco, A.Monetti, 1993; M.T.Perkins, 1993; F.Rasmussen, H.R.Lie, I.H.Hagelsteen, I.Lagergren, M.C.Borjeson, 1993*).

Cercetarea literaturii de specialitate în domeniul profilaxiei invalidității la copii a permis evidențierea diferențelor semnificative dintre țările economic dezvoltate și cele în curs de dezvoltare.

În țările în curs de dezvoltare măsurile de bază sunt îndreptate spre îmbunătățirea alimentației, imunizarea populației contra poliomielitei, tuberculozei, tetanusului, difteriei (*L.J.Ljiper, D.P.Macker, C.M.Sasso etc., 1990; D.I.Lobato, C.T.Miller, L.Barbour, 1991; H.Katoda, 1993; M.C.Marocco, A.Monetti, 1993; M.T.Perkins, 1993; F.Rasmussen, H.R.Lie, I.H.Hagelsteen, I.Lagergren, M.C.Borjeson, 1993*). Asistența ante- și postnatală continuă să rămână la un nivel nesatisfăcător și numai acoperirea generală a populației cu serviciile medicale primare de o calitate adecvată va permite de a reduce numărul de cazuri de invaliditate în perioada perinatală (*B.Muller, V.Briese, 1992;*

F.I.Stanlei, L.Matson, 1992; N.Okumura, H.Mivata, V.Uetani, N.Nakamura, 1993; P.A.Bluestein, 1995).

În țările economic dezvoltate insuficiența alimentară și bolile contagioase nu se află printre cauzele de bază ale invalidității. Aici, sunt citate astfel de cauze ca abuzul de alcool, fumatul și prostituția, care exercită o influență negativă asupra stării de sănătate a femeilor și copiilor (*N.Roeleved, E.Vingerhoets, C.A.Zielniuc, F.Gabreels, 1992; N.Heather, I.S.Tebbutt, R.D.Mattick, R.Zamir, 1993; I.Krishnaswany, 1993).*

Printre factorii ce influențează nivelul invalidității la copii se află și starea mediului ambiant. Problemele ecologice se află la ora actuală în centrul atenției ONU, UNICEF, OMS, care au elaborat programe speciale de protecție a mediului.

După părerea lui *H.Katler, I.Warcany, 1983; B.Brambaty, A.Oldrini, E.Ferrary, A.Lanzini, 1985; A.M.Kuliev, 1987, 1990* crește pericolul ecologic cu implicații negative asupra stării de sănătate a femeilor și copiilor, se mărește ponderea copiilor cu anomalii congenitale, crește numărul de afecțiuni alergice.

A.Baranov, L.Țimleakova (1990), B.Reznik (1991) etc. subliniază acțiunea negativă a pesticidelor asupra produsului de concepție.

Iu.Altuhov (1981); M.L.Martinez-Frias și coaut. (1990) consideră că pesticidele, acționând asupra celulelor sexuale sau a produsului de concepție, cauzează o serie de malformații congenitale.

Sunt publicate o serie de lucrări, care tratează problemele influenței negative a procesului de chimizare intensă asupra populației

neantrenate în sectorul agrar (*A.N.Mihalas, T.A.Voina, T.A.Dubrovina, V.Calin, 1994*).

Rezultatele științifice ale unor studii (*N.Opopol, S.Ursul, S.T.Bradu, L.Vasilos etc.*) au devenit drept premise pentru planificarea unor cercetări privitor la starea de sănătate a populației în condițiile chimizării intense a agriculturii în Republica Moldova.

D.Becker, K.Drake (1994); S.Kelley, N.Belgrad, D.Cooper (1994); C.Dovghinovici, F.Semke, S.Bessarab (1994) ridică în lucrările sale problemele reabilitării sociale și profesionale a invalizilor adolescenței. *H.Boggen (1993); H.Raspe (1994)* indică că cercetarea capacităților profesionale a adolescenților invalizi reprezintă un aspect important al medicinei sociale. Pe problema respectivă sunt analizate datele cunoscute la ora actuală în lume.

În Rusia (Moscova, Sankt-Petersburg) centrele științifice elaborează programele de reabilitare a invalizilor din copilărie în funcție de forma clinică a patologiei invalidizante (*N.A.Gorbunova, 1981; V.V.Petrova, G.A.Zolkeen, A.G.Kozlova, G.A.Marcelik, R.H.Teucet, T.P.Lebedinskaia, 1985, 1987; R.P.Hohlova, A.I.Osabcih, 1983*).

Probleme etice importante se ridică în fața lucrătorilor medicali ai secțiilor pediatrice, ce acordă asistența medicală sugarilor invalidizați. *S.Fry-Revera (1994)* propune crearea pe lângă spitalele și clinicele mari a serviciului special pe problemele bioeticii.

S.Wainer, H.Rnutzwayo (1993) indică necesitatea colaborării medicilor și asistentelor medicale cu părinții copilului, căruia i se acordă asistența neonatală.

METODOLOGIA DE ORGANIZARE A CERCETĂRII INVALIDITĂȚII LA COPII ÎN REPUBLICA MOLDOVA ȘI PRELUCRAREA MATEMATICO-STATISTICĂ A MATERIALULUI

2.1. Caracteristica generală a cercetării și proiectarea eșantionului

Cercetarea actuală este o cercetare social-igienică complexă, în cadrul căreia au fost utilizate mai multe metode de studiu: cercetarea integrală și selectivă, anchetarea, metoda de experți, preluarea datelor din documentația medicală și mai multe modele de prelucrare a informațiilor, inclusiv analiza de corelație și cea multifactorială. În studiul invalidității la copii și cauzelor determinante ale acestui fenomen se pot distinge trei direcții metodologice: *statistică*, *social-igienică*, *medico-organizatorică*.

Orientarea *statistică* include determinarea și analiza nivelului și cauzelor invalidității la copii. Obiectivul principal al direcției *social-igienice* se rezumă la cercetarea factorilor de risc și cauzali ce se asociază și explică invaliditatea la copii. Analiza *medico-organizatorică* presupune depistarea deficiențelor în deservirea medicală a populației, înlăturarea cărora ar duce la micșorarea numărului de copii invalizi. La prima etapă a fost cercetat nivelul și structura invalidității la copii în orașe, cele 4 zone economico-geografice și pe republică în general. În prealabil, a fost elaborat un program special de studiu. Unitatea de observație a fost reprezentată de copilul invalid de la 0 până la 16 ani.

Eșantionul reprezentativ a fost proiectat în conformitate cu următoarele principii:

- unitățile care se extrag din totalitatea generală nu se mai repun;
- selecția aleatoare a unităților statistice (în baza tabelelor cu numere aleatoare);
- rezultatele obținute vor fi valabile (veridice) pentru întreaga colectivitate de origine.

Toate aceste condiții sunt în general satisfăcute în cazul sondajului aleator fără repetiție:

$$n = \frac{N t^2 P q}{N \Delta^2 + t^2 P q} \quad (1), \text{ unde}$$

- n** - volumul eșantionului reprezentativ;
- N** - volumul totalității generale. În conformitate cu datele oficiale valoarea respectivă este de 9690 copii invalizi ($N = 9690$);
- P** - probabilitatea de apariție a fenomenului sau frecvența invalidității la 1000 de copii. Indicele respectiv a fost calculat reieșind din numărul total de invalizi. După datele Biroului Republican de Statistică Sanitară la 1.01.91. în evidență au fost luați 9690 de copii invalii. Caclulele au demonstrat că frecvența invalidității a constituit 8,1‰.
- q** - contraprobabilitatea de apariție a fenomenului, sau numărul de ne-invalizi la 1000 de copii din Republica Moldova. Ținând

seama că probabilitatea fenomenului $P= 8,1\text{‰}$, indicele alternativ se va determina din următoare relație: $q= 1000-P= 1000-8,1= 991,9$ (‰).

Δ - eroarea limită admisă a indicelui "P", egală cu $\Delta= tm$, unde $t= 1,96$. Pentru determinarea " Δ " a fost calculat nivelul invalidității la copii în Moldova în perioada anilor 1988-1991:

P_{88}	$=$	$4,8\text{‰}$;	m_{88}	$=$	$0,8$
P_{89}	$=$	$5,0\text{‰}$;	m_{89}	$=$	$0,8$
P_{90}	$=$	$5,4\text{‰}$;	m_{90}	$=$	$0,8$
P_{91}	$=$	$8,1\text{‰}$;	m_{91}	$=$	$0,8$

Calcululele au demonstrat că nivelul mediu al invalidității la copii în perioada anilor 1988-1991 a constituit $5,8\pm 0,8\text{‰}$. Eroarea limită admisă a constituit: $\Delta= tm= 1,96 \times 0,8= 1,6$.

t - criteriul Student ce determină precizia rezultatelor și reflectă gradul de corespundere a rezultatelor reale cu cele obținute în baza eșantionului. În cazul nostru, în care eroarea este mai mică de 5% ($P<0,05$), criteriul Student (t) este invariabil egal cu 1,96.

Introducând datele prezentate în formula 1, am obținut:

$$n = \frac{9690 \cdot 1,96^2 \cdot 8,1 \cdot 991,9}{9690 \cdot 1,6^2 + 1,96^2 \cdot 8,1 \cdot 991,9} = 4392$$

Astfel, volumul necesar al eșantionului a constituit 4392 de copii invalizi din Republica Moldova. Valoarea calculată urma să fie repartizată pe medii: urban și rural. Ținând cont de faptul că în mediul urban locuiesc 2197 de copii invalizi, iar în cel rural - 7493, a fost determinată ponderea necesară a copiilor din mediul urban (22,7%) și rural (77,3%) în eșantionul proiectat (4392). Stratificarea ulterioară s-a produs la nivelul raioanelor rurale.

Ținând cont de volumul eșantionului din localitatea rurală (3395) și ponderea copiilor invalizi în fiecare zonă, a fost determinat numărul necesar de invalizi pentru teritoriul respectiv: zona de Nord - 1144, zona Centrală - 1317, zona de Sud-Est - 234, zona de Sud - 700.

În mod analogic a fost calculat volumul necesar al eșantionului în localitățile urbane: Chișinău - 584, Bălți - 135, Tighina - 120, Tiraspol - 158.

La etapa finală, în cadrul fiecărei zone au fost selectate raioanele reprezentative sau "tipice" și ales orașul reprezentativ. Pentru alegerea bazelor reprezentative de sondaj au fost analizate 4 indicatori de bază ce caracterizează sănătatea copiilor:

- incidența la copii;
- prevalența la copii;
- mortalitatea copiilor;
- invaliditatea la copii.

Alegerea raioanelor "tipice" se făcea în conformitate cu următoarele principii:

1. Alegerea în cadrul fiecărei zone a numărului maximal de raioane reprezentative și nu a unui singur.

2.2. Programul cercetării socio-igienice

În scopul unei cercetări detaliate a factorilor socio-igienici ce influențează invaliditatea la copii a fost proiectat un eșanțion special, care avea la bază următoarele principii:

1. prezența a două loturi;
2. independența acestor loturi;
3. tehnica specială de dimensionare.

Principiul 1 a pornit de la ideea că pentru determinarea factorilor ce influențează invaliditatea sunt necesare două grupe:

- ◇ lotul test;
- ◇ lotul martor.

Principiul 2 presupunea independența loturilor test și martor după criteriul de bază, și anume stabilirea faptului de invaliditate. Lotul de bază a cuprins copiii invalizi, iar cel martor - copiii sănătoși și practic sănătoși. Celelalte condiții de mediu au fost relativ asemănătoare. Selecția pentru lotul martor se făcea după metoda "caz-control".

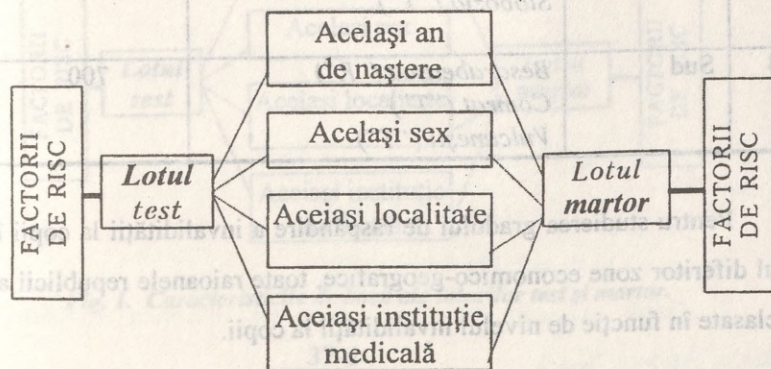


Fig. 1. Caracteristicile de bază ale loturilor test și martor.

Printr-o cercetare integrală a fost studiat nivelul și structura invalidității la copii în Republica Moldova. Datele au fost preluate dintr-un formular special de evidență - "Darea de seamă asupra copiilor invalizi de la 0 până la 16 ani" (F-46), elaborat de colectivul de autori (anexa 2).

Tabelul 2.1

RAIOANELE REPREZENTATIVE ȘI TIPICE PENTRU CELE 4 ZONE ECONOMICO-GEIGRAFICE ALE REPUBLICII MOLDOVA

Nr	Zonele	Raioanele reprezentative și tipice	Volumul eșantionului
1	Nord	<i>Râșcani ("R")</i> <i>Drochia ("T")</i> <i>Briceni ("T")</i>	1144
2	Centru	<i>Orhei ("R")</i> <i>Călărași ("T")</i> <i>Ialoveni ("T")</i>	1317
3	Sud-Est	<i>Ștefan-Vodă ("R")</i> <i>Slobozia ("T")</i>	234
4	Sud	<i>Besarabeasca ("R")</i> <i>Comrat ("T")</i> <i>Vulcanеști ("T")</i>	700

Pentru studierea gradului de răspândire a invalidității la copii în cadrul diferitor zone economico-geografice, toate raioanele republicii au fost clasate în funcție de nivelul invalidității la copii.

2.2. Programul cercetării socio-igienice

În scopul unei cercetări detaliate a factorilor socio-igienici ce influențează invaliditatea la copii a fost proiectat un eșantion special, care avea la bază următoarele principii:

1. prezența a două loturi;
2. independența acestor loturi;
3. tehnica specială de dimensionare.

Principiul 1 a pornit de la ideea că pentru determinarea factorilor ce influențează invaliditatea sunt necesare două grupe:

- ◇ lotul test;
- ◇ lotul martor.

Principiul 2 presupunea independența loturilor test și martor după criteriul de bază, și anume stabilirea faptului de invaliditate. Lotul de bază a cuprins copiii invalizi, iar cel martor - copiii sănătoși și practic sănătoși. Celelalte condiții de mediu au fost relativ asemănătoare. Selecția pentru lotul martor se făcea după metoda "caz-control".

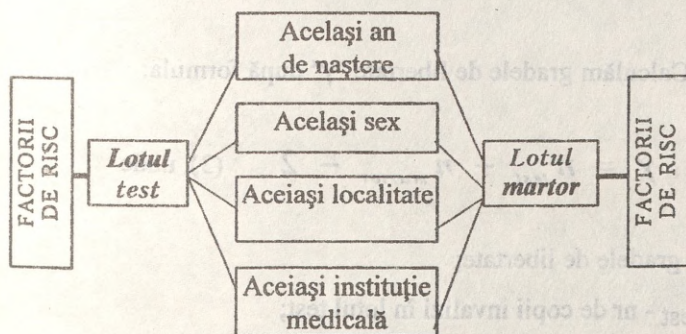


Fig. 1. Caracteristicile de bază ale loturilor test și martor.

“Controlul” sau copilul ne-invalid avea același an de naștere și sex, locuia în același oraș/sat, se deservea de aceeași instituție curativo-profilactică ca și copilul invalid (fig.1). Toate acestea au permis eliminarea acțiunii factorilor biologici: sexului și vârstei.

Principiul 3. Tehnica specială de dimensionare se baza pe primele două principii și tehnologia de modulare a volumului optimal al lotului, ținând cont de două condiții obligatorii:

- ◇ diferențele dintre loturile test și martor să fie semnificative cu o probabilitate de $P < 0,05$;
- ◇ valoarea tabelară a criteriului Student să fie cât mai mică; solicită atenție faptul că valoare “t” depinde de mărimea loturilor test și martor.

Estimarea diferențelor semnificative s-a efectuat după următorul algoritm (S.Poliudov, M.Moroșanu Proiectarea tehnologiilor computerizate în domeniul sănătății publice. - Chișinău, 1993. - p. 81-82).

1. Calculăm gradele de libertate “ γ ” după formula:

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

γ - gradele de libertate;

n_{test} - nr de copii invalizi în lotul test;

n_{martor} - nr de copii în lotul martor.

2. După valoarea “ γ ” s-a determinat mărimea tabelară a criteriului Student “ t_{tab} ”.

3. Semnificația diferențelor s-a stabilit în baza legei următoare: în cazul în care $t_{calc} > t_{tab}$, diferențele dintre valorile n_{test} și n_{martor} sunt semnificative ($P < 0,05$).

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

$$\gamma = n_{test} + n_{martor} - 2 = 100 + 100 - 2 = 198$$

În tabelul al distribuției "t", la 198 grade de libertate, găsim valoarea pentru testul "t" tabelar 1,98 ($t = 1,98$), ceea ce corespunde diferențelor semnificative dintre cele două loturi cu o probabilitate $P < 0,05$ (condiția 1). Astfel, dacă se respectă principiile de alegere a eșantionului, și anume: prezența a două loturi: test și martor; independența acestor loturi; estimarea diferențelor semnificative după criteriul Student, pentru obținerea unor rezultate veridice sunt necesare cel puțin câte 100 de cazuri în fiecare lot.

Pentru studierea rolului pe care îl dețin factorii socio-igienici în dezvoltarea invalidității la copii a fost elaborată o anchetă specială (anexa 3).

Caracteristicile incluse în chestionar au fost organizate în trei grupuri omogene (clustere).

Cluster I - "Descrierea socio-igienică a familiei" a cuprins următoarele compartimente: condițiile de trai, alimentația familiei, starea materială, caracterizarea mediului microsocial al copilului.

Cluster II - "Descrierea medico-socială a mamei" a inclus informații privitor la poziția socială, statutul marital, activitatea de producție și gospodărească, starea de sănătate, nivelul culturii generale și a celei sanitare, spiritul medical activ etc.

Cluster III - "Descrierea medico-socială a tatălui" a permis studierea apartinenței sociale și profesionale, deprinderilor nocive, gradului de participare la îngrijirea copilului invalid etc.

În continuare a fost determinată prioritatea factorilor de risc. Factorii care au înregistrat diferențe semnificative la grupele cercetate ($P < 0,05$) au fost atribuiți la factori *semnificativi*.

Ierarhizarea factorilor semnificativi s-a făcut în funcție de criteriul Student "t", care demonstrează nu numai semnificația, dar și *gradul* diferențelor dintre grupe. Cu cât mai mare este valoarea criteriului Student, cu atât mai mari sunt diferențele dintre grupe și gradul de influență a factorului respectiv.

2.3. Analiza medico-organizatorică

a calității asistenței medicale copiilor invalizi

Analiza medico-organizatorică presupune depistarea deficiențelor în deservirea medicală a femeilor și copiilor invalizi, care pot fi controlate și dirijate, fapt ce permite stabilirea rezervelor medicale de reducere a invalidității la copii.

Esența analizei medico-organizatorice se rezumă la expertiza fiecărui caz de invaliditate la copii în vederea stabilirii caracterului evitabil (inevitabil) al cazului.

Experții, reprezentați de specialiști înalt calificați, pe baza unui studiu retrospectiv au analizat cauzele nașterii copiilor cu patologie invalidizantă și calitatea asistenței curativo-profilactice acordate. Pentru evaluare au fost examinate *"Fișa de dezvoltare individuală a copilului"*, *"Fișa de dispensarizare"*, *"Foaia de observație clinică"*.

Pentru evaluarea calității de depistare, supraveghere, tratament și reabilitare a fost elaborat un formular special *"Fișa de expertiză a calității tratamentului, evidenței de dispensar și măsurilor de reabilitare a copiilor invalizi"*.

Expertiza a fost efectuată de un grup independent de experți numiți prin ordinul medicului-șef al Spitalului Clinic Orășenesc pentru copii Nr.3.

În concluzie, pentru efectuarea studiului invalidității la copii în Republica Moldova au fost aplicate mai multe metode: cercetare integrală și selectivă, observația, anchetarea, expertiza, preluarea informațiilor din documentația medicală; diferite metode de prelucrare statistică a materialului colectat.

Cercetarea invalidității la copii s-a realizat în trei direcții metodologice: statistică, social-igienică și medico-organizatorică.

Eșantionul reprezentativ a fost proiectat în conformitate cu anumite principii, utilizându-se formula sondajului aleator fără repetiție. Unitatea de observație a fost reprezentată de copilul invalid de la 0 până la 16 ani. Volumul necesar al eșantionului pentru studierea invalidității la copii în Republica Moldova a constituit 4392 copii invalizi. Printr-o cercetare selectivă au fost examinați 77,3% copii invalizi din localitățile rurale și 22,7% din localitățile urbane.

La etapele următoare, în funcție de patru indicatori: incidența, prevalența, mortalitatea, invaliditatea, au fost selectate raioanele “reprezentative” și “tipice” în fiecare zonă economico-geografică a republicii și orașul “tipic”.

Calcularea “distanței euclidiene” dintre raioanele și orașele republicii a permis evidențierea următoarelor baze reprezentative de sondaj:

Nord ➤ *Râșcani (reprezentativ)*
➤ *Drochia (tipic)*
➤ *Briceni (tipic)*

Centru ➤ *Orhei (reprezentativ)*
➤ *Călărași (tipic)*
➤ *Ialoveni (tipic)*

Sud-Est ➤ *Ștefan-Vodă (reprezentativ)*
➤ *Slobozia (tipic)*

Sud ➤ *Besarabeasca (reprezentativ)*
➤ *Comrat (tipic)*
➤ *Vulcanești (tipic)*

Orașul ➤ *Chișinău*

Colectarea materialului s-a realizat după o anchetă ce conținea 57 parametre (anexa 1), privitor la domiciliul, sexul, vârsta la stabilirea invalidității, cauzele invalidității, condițiile de educație, necesitatea familiilor în mijloacele tehnice și proteze pentru invalizi etc.

Printr-o cercetare integrală în baza unui formular special “*Darea de seamă asupra copiilor invalizi de la 0 până la 16 ani*” (F-46, anexa 2) s-a studiat nivelul și structura invalidității la copii în Republica Moldova.

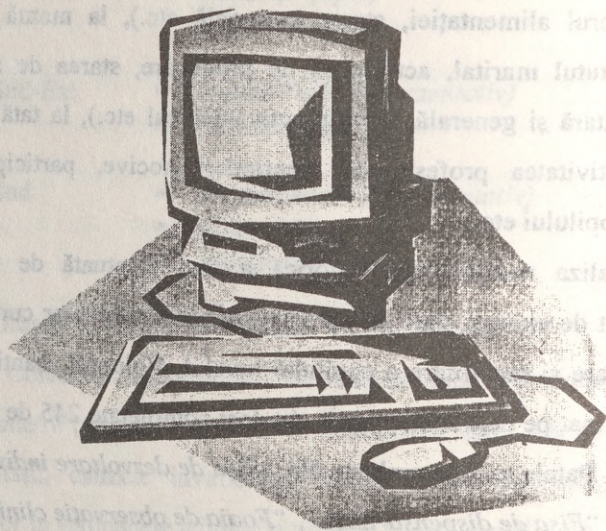
În capitolul discutat sunt descrise două metode de clasificare a raioanelor în funcție de nivelul invalidității la copii și tehnica de calcul a numărului așteptat de copii invalizi în fiecare raion.

În scopul unei cercetări detaliate a factorilor socio-igienici ce influențează invaliditatea la copii au fost proiectate două loturi: test și martor. Alegerea lotului martor s-a realizat după metoda "caz-control". Aceste loturi sunt identice după o serie de caractere: sexul, anul de naștere, localitatea, instituția medico-sanitară. Prin metode matematice a fost calculat volumul necesar al loturilor: câte 100 de observații în fiecare. Pentru colectarea datelor a fost elaborată o anchetă specială (anexa 3). Ancheta a inclus informații privitor la familie (condițiile de trai, caracterul alimentației, starea materială etc.), la mamă (poziția socială, statutul marital, activitatea de producere, starea de sănătate, cultura sanitară și generală, spiritul activ medical etc.), la tată (poziția socială, activitatea profesională, deprinderi nocive, participarea la îngrijirea copilului etc.)

Analiza medico-organizatorică a fost efectuată de un grup independent de experți, care au apreciat calitatea măsurilor curative, de dispensarizare și reabilitare a copilului invalid. Volumul eșantionului a fost determinat pe cale matematică. Au fost completate 245 de "Fișe de expertiză". Datele au fost preluate din "Fișa de dezvoltare individuală a copilului", "Fișa de dispensarizare", "Foaia de observație clinică".

Metodologia aplicată a permis studierea nivelului și structurii invalidității la copii în funcție de vârstă, sex, mediul de reședință, formele nozologice, vârsta la momentul stabilirii invalidității; descrierea cauzelor determinante ale invalidității, portretului social al părinților ce

educă copilul invalid; evidențierea factorilor de risc din partea mamei și a tatălui pentru nașterea copilului invalid și ierarhizarea acestora; studierea necesităților familiilor; estimarea calității asistenței medicale și măsurilor de reabilitare acordate copiilor de instituțiile medico-profilactice.



EVOLUȚIA ȘI STRUCTURA INVALIDITĂȚII LA COPII ÎN REPUBLICA MOLDOVA

3.1. *Evoluția și structura invalidității la copii după datele cercetării integrale*

Printr-o cercetare integrală, în perioada anilor 1991-1996, cu ajutorul unui formular statistic Nr-46 "Darea de seamă asupra copiilor invalizi de la 0 până la 16 ani", elaborat de colectivul de autori (E.Popușoi, L.Spinei, N.Iodko, C.Ețco, I.Antonișin, S.Ștefanet) și aprobat de Ministerul Sănătății a fost studiată invaliditatea la copii în Republica Moldova. Formularul menționat a cuprins informații privitor la cauzele invalidității, numărul de copii invalizi înregistrați la începutul și la finele anului de gestiune, numărul de copii luați și scoși de la evidență. Începând cu a.1991 datele despre invaliditatea la copii din toate orașele și raioanele republicii se concentrează la Biroul Republican de Statistică Sanitară al MS, fapt care a permis asigurarea evidenței complete a copiilor invalizi.

În ultimii ani în Republica Moldova s-a înregistrat o tendință generală de creștere a indicelui invalidității la copii. Astfel, nivelul invalidității la copii în perioada anilor 1990-1998 s-a mărit de 2,3 ori și a constituit 12,7 la 1000 de copii (fig.2):

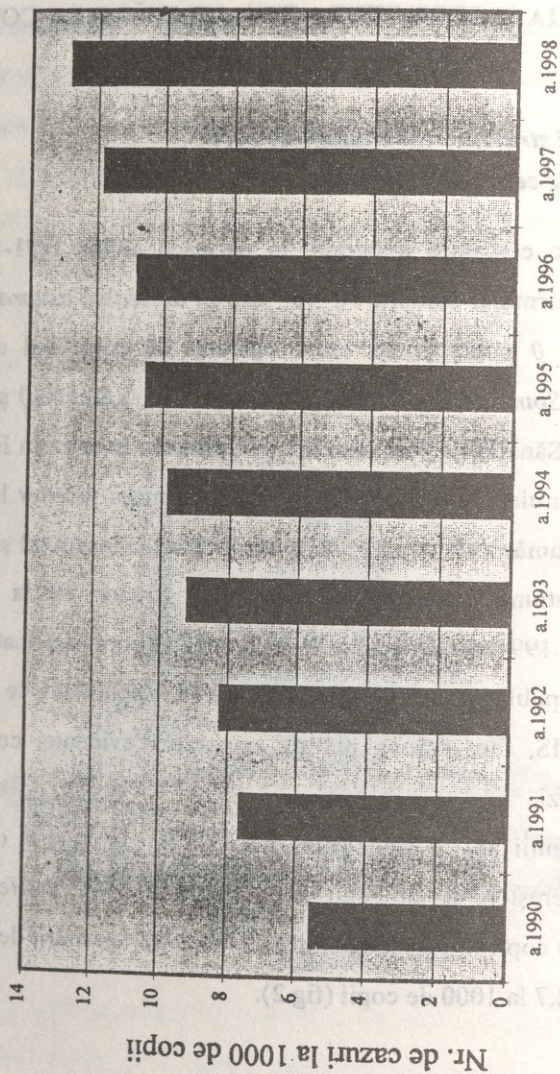


Fig.2 Evolutia invaliditatii la copii in Republica Moldova, 1990-1998

Tendința generală de creștere se poate explica nu numai prin creșterea veridică a invalidității la copii, dar și prin lărgirea indicațiilor pentru stabilirea invalidității (*Hotărârea Guvernului RM Nr.300 din 12.06.91*), mărirea subvențiilor și privilegiilor pentru mamele copiilor invalizi, organizarea unui sistem riguros de evidență a copiilor invalizi.

Analiza evolutivă a invalidității la copii pe orașe, zone și republică în general în perioada anilor 1991-1996 a scos în evidență o creștere stabilă a fenomenului discutat. În localitățile urbane s-a înregistrat o sporire cu 3,5‰, de la 7,2 până la 10,7 la 1000 de copii.

În zona de Nord nivelul maximal a fost stabilit în a.1994 - 11,3‰, minimal în a.1991 - 8,6‰, în a.1992 nivelul invalidității la copii a constituit 9,9‰ și s-a micșorat cu 0,9‰ în 1993.

În zona de Sud-Est nivelul maximal a fost înregistrat în a.1995 - 7,9‰, minimal în a.1993 - 0,5%, care s-a mărit în 1994 cu 0,6‰.

Pentru analizarea nivelului de răspândire a invalidității la copii a fost efectuată clasificarea raioanelor după cinci niveluri: *foarte mic, mic, mediu, mare, foarte mare*.

Din analiza datelor prezentate în tab. 3.1 și 3.2 rezultă că în 1991-1992 nivelul *înalt* al invalidității la copii a fost caracteristic pentru raioanele Camenca, Hâncești, Taraclia, nivelul *mediu* - pentru Briceni și Orhei. În aceeași perioadă, 33 (a.1991) și 32 (a.1992) de raioane ale republicii au înregistrat nivele *mici și foarte mici*, marea majoritate din ele fiind din zonele Nordice și Centrale.

Analiza comparativă a datelor din tab. 3.2 și 3.3 a evidențiat în a.1993 6 raioane cu nivel *mediu*, față de numai 2 în a.1992. Totodată, s-a micșorat numărul raioanelor cu nivel *foarte mic* și *mic* până la 30 în a.1993 față de 32 în 1992. Redistribuția menționată se poate explica prin creșterea invalidității la copii de 1,1 ori în 1993 comparativ cu a.1992 (10,1‰ și 9,7‰ respectiv).

Tabelul 3.1

**CLASIFICAREA RAIIOANELOR REPUBLICII MOLDOVA
DUPĂ NIVELUL INVALIDITĂȚII LA COPII, 1991**

Nivelul (‰)	Raioanele
4,4 - 6,6 foarte mic	<i>Besarabeasca, Vulcanești, Dubăsari, Căinari, Edineț, Cahul, Căușeni, Criuleni, Anenii-Noi, Ocnîța, Râbnița, Râșcani, Soroca, Strășeni, Florești, Șoldanești</i>
6,7 - 8,9 mic	<i>Glodeni, Grigoriopol, Dondușeni, Drochia, Călărași, Cantemir, Comrat, Ialoveni, Sângerei, Leova, Nisporeni, Rezina, Ștefan-Vodă, Telenești, Ungheni, Fălești, Ciadâr-Lunga</i>
9,0 - 11,2 mediu	<i>Briceni, Orhei, Cimișlia</i>
11,3 - 13,5 mare	-
13,6 - 15,8 foarte mare	<i>Camenca, Hâncești, Slobozia, Taraclia</i>

CLASIFICAREA RAIOANELOR REPUBLICII MOLDOVA DUPĂ NIVELUL INVALIDITĂȚII LA COPII, 1992

Nivelul (%)	Raioanele
4,6 - 7,2 foarte mic	<i>Bessarabeasca, Grigoriopol, Dubăsari, Edineț, Cahul, Căușeni, Criuleni, Nisporeni, Râbnița, Râșcani, Soroca, Strășeni, Florești, Șoldanești</i>
7,3 - 9,9 mic	<i>Vulcanеști, Glodeni, Dondușeni, Drochia, Căinari, Călărași, Cantemir, Comrat, Ialoveni, Sângerei, Leova, Anenii-Noi, Ocnița, Rezina, Ștefan-Vodă, Telenești, Ungheni, Fălești, Ciadâr-Lunga</i>
10,0 - 12,6 mediu	<i>Briceni, Orhei</i>
12,7 - 15,3 mare	<i>Cimișlia, Slobozia</i>
15,4 - 18,0 foarte mare	<i>Camena, Hâncești, Taraclia</i>

Analiza comparativă a datelor prezentate în tab. 3.3 și 3.4 a scos în evidență că, datorită creșterii invalidității la copii în RM cu 1,0‰ în a.1994 față de a.1993, s-a produs o redistribuție a raioanelor cu micșorarea numărului de raioane cu nivel *mic* (6,4-10,2‰, 5 raioane în 1994 față de 12 raioane în 1993) și sporirea numărului de raioane cu nivel *mare* (5 raioane) și *foarte mare* (6 raioane).

**CLASIFICAREA RAIOANELOR REPUBLICII MOLDOVA
DUPĂ NIVELUL INVALIDITĂȚII LA COPII, 1993**

Nivelul (‰)	Raioanele
5,4 - 8,1 foarte mic	<i>Grigoriopol, Dubăsari, Edineț, Cahul, Nisporeni, Slobozia, Soroca, Strașeni, Ștefan-Vodă, Taraclia, Ungheni, Șoldanești</i>
8,2 - 10,9 mic	<i>Vulcanești, Glodeni, Dondușeni, Drochia, Căinari, Călărași, Căușeni, Cantemir, Ialoveni, Sângerei, Leova, Anenii-Noi, Rezina, Râbnița, Râșcani, Florești, Ciadâr-Lunga</i>
11,0 - 13,7 mediu	<i>Besarabeasca, Comrat, Ocnîța, Orhei, Telenești, Fălești</i>
13,8 - 16,5 mare	<i>Briceni</i>
16,6 - 19,3 foarte mare	<i>Camenca, Hâncești, Cimișlia</i>

În a.1995 s-a înregistrat cu 1 raion mai mult (Șoldanești) la nivelul *mediu* al invalidității la copii. Raioanele Hâncești și Nisporeni s-au transferat din grupul cu nivel *foarte mare* (a.1994) în grupul cu nivel *mare* (a.1995). Raionul Camenca în anul respectiv s-a înscris în grupul cu nivel *foarte mare*.

**CLASIFICAREA RAIOANELOR REPUBLICII MOLDOVA
DUPĂ NIVELUL INVALIDITĂȚII LA COPII, 1994**

Nivelul (%)	Raioanele
6,4 - 10,2 foarte mic	<i>Cahul, Dubăsari, Grigoriopol, Slobozia, Vulcanești</i>
10,3 - 14,1 mic	<i>Căinari, Cantemir, Căușeni, Ciadâr-Lunga, Dondușeni, Drochia, Edineț, Florești, Leova, Rezina, Râbnița, Glodeni, Râșcani, Sângerei, Soroca, Ștefan-Vodă, Srășeni, Ungheni</i>
14,2 - 18,0 mediu	<i>Anenii-Noi, Besarabeasca, Criuleni, Ialoveni, Telenești, Comrat</i>
18,1 - 21,9 mare	<i>Călărași, Cimișlia, Fălești, Ocnîța, Orhei, Briceni</i>
22,0 - 25,8 foarte mare	<i>Camena, Hâncești, Nisporeni, Șoldanești</i>

Astfel, analiza anuală a raioanelor după nivelul invalidității la copii a scos în evidență că în ultimii 5 ani raioanele Besarabeasca, Comrat, Ocnîța, Orhei, Telenești, Fălești, Cimișlia, Călărași, Briceni, Camena, Hâncești, Nisporeni, Șoldanești au ocupat în mod stabil nivelul mediu, mare și foarte mare (tab. 3.1-3.6).

La finele a 1998 în evidența instituțiilor medico-sanitare din republică se afla 14474 de copii invalizi, dintre care până la 6 ani - 21,5%; 7-14 ani - 62,9%; 15-16 ani - 12,0%.

Tabelul 3.5

**CLASIFICAREA RAIOANELOR REPUBLICII MOLDOVA
DUPĂ NIVELUL INVALIDITĂȚII LA COPII, 1995**

Nivelul (%)	Raioanele
6,4 - 12 foarte mic	<i>Dubăsari, Edineș, Căușeni, Slobozia, Știfan-Vodă, Ciadâr-Lunga, Grigoriopol, Leovo, Rezina, Soroca, Dondușeni, Vulcanești, Căinari, Cantemir, Cahul, Taraclia</i>
12,1 - 17,7 mic	<i>Ungheni, Ialoveni, Strășeni, Anenii-Noi, Besarabeasca, Râșcani, Florești, Drochia, Comrat, Criuleni, Râbnița, Glodeni, Telenești, Sângerei</i>
17,8 - 23,4 mediu	<i>Ocnița, Cimișlia, Fălești, Orhei, Călărași, Șoldanești</i>
23,5 - 29,9 mare	<i>Briceni, Hâncești, Nisporeni</i>
30,0 - 35,6 foarte mare	<i>Camenca</i>

Afecțiunile ereditare și malformațiile congenitale ocupă locul de frunte printre cauzele morbidității, invalidității și mortalității la copii. Acest fapt se datorează nivelului înalt al anomaliilor înăscute la nou-născuți (până la 6‰), iar în structura mortalității perinatale copiii cu patologia discutată dețin o pondere de 21-42% (I.P.Bocikov).

În perioada anilor 1990-1995, nivelul malformațiilor congenitale a constituit 18,97 la 1000 de nou-născuți; în a.1996 s-a înregistrat o creștere cu 4,3‰ față de a.1995 (27,4‰ și 23,1‰ respectiv).

Tabelul 3.6

CLASIFICAREA RAIOANELOR REPUBLICII MOLDOVA DUPĂ NIVELUL INVALIDITĂȚII LA COPII, 1996

Nivelul (‰)	Raioanele
6,4 - 9,1 foarte mic	<i>Cahul, Dubăsari, Grigoriopol, Slobozia, Soroca</i>
9,2 - 11,9 mic	<i>Anenii-Noi, Dondușeni, Edineș, Ialoveni, Nisporeni, Rezina, Râbnița, Râșcani, Sângerei, Strășeni, Ștefan-Vodă, Taraclia, Ungheni, Vulcanești</i>
12,0 - 14,7 mediu	<i>Basarabeasca, Cantemir, Călărași, Căușeni, Ciadâr-Lunga, Criuleni, Drochia, Fălești, Florești, Glodeni, Leovo, Ocnîța, Orhei, Șoldanești</i>
14,8 - 17,5 mare	<i>Briceni, Căinari, Telenești</i>
17,6 - 20,3 foarte mare	<i>Camenca, Cimișlia, Comrat, Hâncești</i>

Ponderea anomaliilor multiple de dezvoltare a constituit 10,74%; maladiilor cromosomiale - 50,4%. În structura viciilor izolate ponderea maximală a fost reprezentată de afecțiunile aparatului osteomuscular - 34,4%; sistemului cardiovascular - 15,1%; aparatului genital - 7,7%; sistemului nervos - 6,5%; sistemului digestiv - 5,6%; aparatului rinourinar - 1,3%, sistemului respirator - 1,0% etc.

Analiza structurii viciilor înnăscute în dinamică a evidențiat o evoluție progresivă a viciilor tractului digestiv de la 4,7% în 1991 până la 8,5% în 1995; sistemului genital - de la 9,1% (1991) până la 12,2 (1995), cât și micșorarea intensității viciilor congenitale de la 33,4% la 26,1%.

În a.1992 s-a înregistrat o scădere a viciilor cardiovasculare, în a.1993 s-a micșorat nivelul viciilor congenitale multiple.

În zonele de Nord și de Centru s-a înregistrat scăderea morbidității în urma afecțiunilor înnăscute ale sistemului osteo-muscular și nervos. Zona de Sud-Est a Moldovei, dimpotrivă, s-a caracterizat prin mărirea nivelului de anomalii înnăscute ale sistemului nervos (de la 4,2‰ în a.1995 până la 6,0‰ în a.1996) și malformațiilor congenitale multiple (7,9‰ și 9,4‰ respectiv). Totodată, în perioada amintită, aici s-a micșorat nivelul anomaliilor congenitale ale aparatului genital (29,6% și 13,0% respectiv). În zona de Sud a țării s-a înregistrat creșterea morbidității prin anomalii congenitale ale sistemului nervos de 3,1 ori; afecțiuni osteo-musculare de 3,4 ori și scăderea morbidității în urma viciilor cardiovasculare.

În a.1996 Republica Moldova a înregistrat o reducere a sindromului Daun față de a.1995 (1,22 și 1,89 la 1000 nou-născuți respectiv). Aceiași tendință s-a semnalat și în zona de Nord a țării (0,62‰ și 1,02‰ respectiv). Zonele de Centru (0,89‰ și 1,33‰) și Sud (0,98‰ și 1,44‰) au înregistrat un tablou contrar.

Zona de Nord s-a caracterizat prin cel mai scăzut nivel al sindromului Daun (0,62 la 1000 nou-născuți) comparativ cu alte zone ale țării și republică în general, înregistrând totodată cel mai mare nivel al

anomaliilor congenitale ale sistemului nervos (1,96 la 1000 nou-născuți) (E.Grigorie, S.Gărgăun, S.Groppa, M.Stratilă, I.Botezatu, 1996).

În funcție de nivelul anomaliilor congenitale pe primul loc s-a înscris zona Centrală, pe locul II - zona de Nord, pe locul III - zona de Sud și pe locul IV - zona de Sud-Est (2,8; 2,2; 2,1 și 1,7 la 1000 copii, respectiv).

Coeficientul de corelație, calculat dintre nivelul invalidității la copii și intensitatea malformațiilor congenitale s-a dovedit a fi egal cu $r_{xy}=+0,98$, ce denotă o legătură strânsă și directă și confirmă ponderea înaltă a patologiei menționate (63,0%) în structura invalidității.

Structura invalidității la copii în funcție de 14 profiluri s-a dovedit a fi următoare (fig.3).

În structura profilului neurologic în Republica Moldova peste 50 la 100 au constituit copiii cu infirmitate motorie cerebrală, nivelul cărei este de 1,7 la 1000 de copii.

Cercetarea profilului psihiatric a demonstrat că 56,7% de copii se află în evidență cu arierații mintale. Nivelul invalidității la copii în urma arierațiilor mintale în Australia a constituit 7,6 la 1000 de copii, inclusiv în localitățile rurale - 9,9%, urbane - 6,5%. În structura acestor stări 20% reprezintă copiii cu infirmitate motorie cerebrală și 13% - cu epilepsie (H.Lison, 1992).

În cadrul cercetării actuale a fost analizată structura invalidității la copii în funcție de formele nozologice principale pe zone. Solicită atenție faptul, că în toate zonele economico-geografice s-a înregistrat aceeași structură ca și pe republică în general.

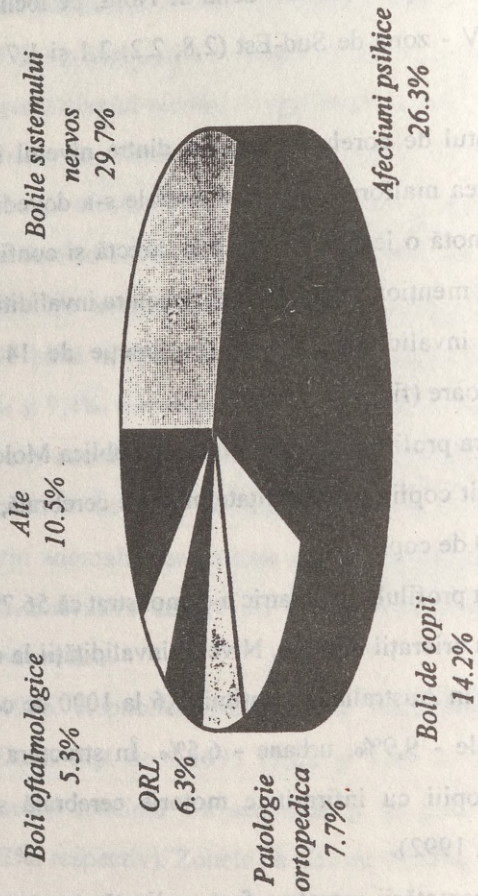


Fig. 3 Structura invalidității la copii în funcție de formele nozologice

O actualitate deosebită pentru Moldova o reprezintă problema acțiunii negative a substanțelor chimice, utilizate în agricultură, asupra mediului și sănătății populației, deoarece chimizarea este factorul principal în dezvoltarea intensivă a agriculturii în țara noastră. După acest indicator Moldova se apropie de astfel de țări ca Japonia și Italia, care sunt primele în lume după nivelul de producție și utilizare a pesticidelor (16-18 kg/ha). Pe suprafețe de culturi intensive anual se aplică 50 kg/ha de substanțe chimice.

Dezvoltarea intensivă a horticulturii și viticulturii în republică determină utilizarea pe larg a pesticidelor ce conțin *Cu* în scopul protecției acestor culturi de afecțiuni parazitare, în special ciuperici. Utilizarea repetată a preparatelor de *Cu* a creat condiții nefavorabile, legate de concentrarea *Cu* în sol, apă, plante. Pe lângă *Cu*, solul republicii este contaminat cu pesticide clororganice stabile, care conțin zinc, urme de plumb, hlorofos și metafos.

Pentru soluționarea problemelor se cere înlocuirea pesticidelor cu alte metode inofensive, de exemplu metoda biologică de protecție. Preparatele biologice se caracterizează printr-o specificitate și eficacitate înaltă, risc redus pentru organismul uman.

Ultimele decade s-au caracterizat prin acumularea unui vast material faptic, ce confirmă formele multiple de acțiune a pesticidelor asupra organismului uman. Aici, sunt citate intoxicațiile acute și cronice, contactele profesionale, acțiunea agenților chimici asupra populației în raioane cu chimizare intensivă.

Sursele literare confirmă influența negativă a pesticidelor asupra dezvoltării fizice a copiilor (coeficientul de corelație dintre ponderea

copiilor cu o dezvoltare biologică bună și intensitatea chimizării în agricultură indică o asociație negativă). Prin urmare, se poate constata că factorul chimic discutat contribuie la înrăutățirea dezvoltării fizice a copiilor (*N. Opopol, S. Ursul, St. Bradu, 1995*).

În baza contractului privitor la colaborarea științifică cu laboratorul de igienă a pesticidelor al Institutului de medicină clinică și profilactică din 17 septembrie 1991, autorii au folosit datele despre intensitatea utilizării pesticidelor în RM în scopul stabilirii asociațiilor semnificative dintre fenomenul respectiv și dezvoltarea fizică, morbiditatea, statutul imunologic al copiilor. Rezultatele obținute au dovedit influența negativă a pesticidelor asupra morbidității la copii în Republica Moldova. Astfel, odată cu intensificarea chimizării s-a înregistrat creșterea indicatorilor de morbiditate: incidența după datele adresabilității a copiilor 0-14 ani este de 4,1 ori mai mare în zonele cu o chimizare intensă față de cele cu o chimizare minimală.

Analiza de corelație dintre mortalitatea infantilă și indicele sumar de utilizare a pesticidelor, preparatelor de *Cu* și compușilor clororganici a dovedit existența unor asociații directe (*C. Eșco, 1992*).

Rolul de bază în etiologia malformațiilor congenitale este atribuit factorilor de mediu, care provoacă mutații în structura genetică a celulelor sexuale ale părinților și exercită o acțiune teratogenă asupra fătului (*Iu.E. Velitișcev, 1996*).

Analiza anomaliilor congenitale înregistrate în cele 4 zone economico-geografice, orașe și republică în general a demonstrat că odată cu intensificarea chimizării în agricultură crește nu numai numărul de malformații congenitale, depistate pentru prima dată, dar și nivelul

general de răspândire a malformațiilor la copii. Solicită atenție prezența unei asociații directe dintre nivelul de răspândire a malformațiilor congenitale și intensitatea utilizării substanțelor chimice.

Caracterizarea situației ecologice în republică nu exclude posibilitatea de post-acțiune a poluării radioactive a teritoriilor în urma catastrofei de la Cernobîl în 1986 (I.Bahnarel, 1992). De aici putem presupune o intensitate sporită a proceselor mutagene și teratogene în populație.

Astfel, rezultatele prezentate confirmă rolul favorizant al pesticidelor în agravarea patologiei la copiii de vârstă fragedă, care contribuie la creșterea morbidității și mortalității.

Datele obținute corespund cu datele din literatura de specialitate, care confirmă nivelul mai înalt al anumitor patologii la copii din zonele cu chimizare intensă (G.A.Martânescu, V.J.Gavat, T.I.Navrotescu, 1995).

Coeficientul de corelație calculat după zone a demonstrat că pentru zonele de Nord, Centru și Sud-Est este caracteristică o legătură directă de o putere medie ($r_{xy} = +0,6; +0,5; +0,7$ respectiv), iar în zona de Sud - o legătură directă și slabă ($r_{xy} = +0,1$). În acest context apare necesitatea elaborării unui complex de măsuri preventive în vederea depistării precoce a morbidității ecologic dependente, ce poate cauza apariția invalidității la copii.

În cadrul cercetării prezente, după metoda adresabilității a fost studiată morbiditatea copiilor invalizi, care se aflau în evidența unității medico-sanitare a sectorului Botanica din o.Chișinău. După "Fișele individuale de dezvoltare a copilului" a fost selectat un lot de 297 de copii invalizi. Fenomenul de morbiditate a fost studiat în cadrul a două

grupe de vârstă: 0-6 ani - 133 de copii invalizi și 7-16 ani - 134 de copii invalizi.

Contingentul cercetat se afla în evidență în legătură cu următoarele patologii: afecțiuni neurologice - 34,3% (inclusiv 19,2% - infirmitate motorie cerebrală); otorinolaringologice - 19,9%; pediatrie - 15,7% oftalmologice - 5,5%; alte boli - 5,4%.

În structura maladiilor acute cele mai frecvente s-au dovedit a fi infecțiile respiratorii acute de etiologie virală (65,4%); bronșitele acute (10,2%); traheitele (7,1%); pneumoniile acute (6,1%), afecțiunile gastro-intestinale (11,2%).

Numărul mediu de cazuri cu patologii enumerate a constituit 7,9 cazuri în intervalul de vârstă 0-6 ani și 5,2 cazuri la 7-16 ani. Durata medie a unui caz a constituit $10,6 \pm 0,2$ și $8,7 \pm 0,1$ zile respectiv. Valorile citate s-au dovedit a fi mai mari comparativ cu cele ale copiilor ne-invalizi, care se aflau în evidența unității medico-sanitare a sectorului Botanica (0-6 ani - 5,9 cazuri, $8,5 \pm 0,2$ zile; 7-10 ani - 4,2 cazuri, $7,2 \pm 0,1$ zile), fapt ce se poate explica prin insuficiența imunologică și reactivitatea specifică a copilului invalid.

În structura morbidității somatice la copiii invalizi aflați în Case Specializate pentru copii ponderea principală a fost prezentată de: infecții respiratorii și virale acute - 26,3%; otite catarale - 9,3%; hipotrofii - 8,1%; anemii - 7,5%; pneumonii acute - 4,5%; helmintoze - 3,9% și alte.

În baza formularului Nr-46 a fost analizată mortalitatea copiilor invalizi. În 1991 nivelul ei pe republică a constituit 17,0‰, fiind de 14,0‰ în localitățile urbane și 16,0‰ în rure. Începând cu a.1995 se

înregistrează o scădere a mortalității copiilor invalizi cum pe republică în general (15,0%), așa și pe orașe (10,0%). În localitățile rurale, însă, situația rămâne aceeași. Analiza comparativă a fenomenului discutat pe zone a evidențiat nivelul maximal în raioanele de Nord (de la 28% până la 38%). Solicită atenție faptul că nivelul mortalității printre copiii invalizi este de 10 ori mai mare comparativ cu indicele general al mortalității la copii. În structura mortalității copiilor invalizi predomină infirmitatea motorie cerebrală - 21,8%; bolile oncologice - 20,3%; boli de copii 14,4%; arierații mintale - 11,1% și malformațiile congenitale - 7,9%.

3.2. Analiza invalidității la copii în baza cercetării selective.

Cercetarea a fost efectuată în baza unei anchete speciale, care a cuprins informații privitor la sexul, vârsta, mediul de reședință, momentul stabilirii invalidității, cauzele determinante ale invalidității, necesitatea copiilor invalizi în instituții preșcolare și școlare specializate, asigurarea cu mijloace tehnice auxiliare etc. (anexa 1).

Au fost colectate 4664 anchete, care au fost prelucrate în mod automat la mașinile electronice de calcul și analizate pe orașe, raioane și republică în general.

Cercetările au stabilit că 77,3% din copii invalizi provin din localitățile rurale și doar 22,7% - din localitățile urbane. În funcție de sex, băieții au constituit 57,2%, fetele - 42,8%.

Repartizarea copiilor invalizi pe zone s-a dovedit a fi următoare: zona de Nord - 39,7% (băieți - 57,1%; fete - 42,9%); zona Centrală - 28,4% (băieți - 58,7%; fete - 41,3%), zona de Sud-Est - 12,6% (băieți - 60,4%; fete - 39,6%), zona de Sud - 19,2% (băieți - 54,8%; fete - 45,2%).

Repartiția invalizilor în funcție de vârstă pe republică a constituit: 8,8% - 1-3 ani; 22,8% - 3-6 ani și 67,4% - 6-14 ani. O structură similară s-a înregistrat în localitățile urbane și rurale ale republicii.

Cercetările au demonstrat că dintre cauzele determinante ale invalidității la copii anomaliile congenitale au constituit 63,0%; patologia dobândită în timpul nașterii - 18,7%; consecințele diferitor boli - 14,4% și traume - 3,9%.

În funcție de gravitatea patologiei invalidizante toți copiii invalizi au fost repartizați în *organizați* și *neorganizați*, ponderea cărora a constituit 34,9% și 65,1% respectiv. O distribuție similară a copiilor invalizi s-a înregistrat în orașele, raioanele și zonele republicii (tab.3.7).

Din totalul copiilor *organizați*, 16,9% frecventează instituții școlare, inclusiv 67,6% - de profil general și 32,4% - specializate.

Ponderea copiilor invalizi în instituțiile preșcolare de profil general după modelul de "cinci zile" s-a dovedit a fi de 1,7 ori mai mare în urbe față de localitățile rurale. Ponderea cea mai ridicată a copiilor invalizi în instituții preșcolare de acest gen s-a înregistrat în zona Centrală (5,1%); cea mai mică - în zona de Nord (2,5%).

Cercetările efectuate în vederea studierii frecventării instituțiilor preșcolare specializate au demonstrat că 80,4% de copii din localitățile rurale și 24,8% din orașe sunt stabiliți în case-internate. Cu toate acestea,

copiii invalizi din localitățile urbane frecventează instituțiile preșcolare specializate de tip "zi" de 4 ori mai frecvent comparativ cu copiii din localitățile rurale.

Ponderea cea mai mare a copiilor (86,9%) din zona Centrală a fost plasată de părinți în instituțiile specializate de tip *permanent*, indicele respectiv fiind minimal (55,6%) în zona de Sud.

Tabelul 3.7

REPARTIȚIA COPIILOR INVALIDI ÎN ORGANIZAȚI ȘI NEORGANIZAȚI (%)

<i>Unitatea administrativă</i>	<i>Copii organizați</i>	<i>Copii neorganizați</i>
<i>Orașe</i>	<i>36.1</i>	<i>63.9</i>
<i>Raioane</i>	<i>34.4</i>	<i>65.5</i>
<i>Zona de Nord</i>	<i>33.9</i>	<i>66.1</i>
<i>Zona Centrală</i>	<i>33.7</i>	<i>66.3</i>
<i>Zona de Sud-Est</i>	<i>35.0</i>	<i>65.0</i>
<i>Zona de Sud</i>	<i>36.4</i>	<i>63.6</i>

În funcție de vârsta la momentul stabilirii invalidității, rezultatele s-au structurat în modul următor: la naștere - 34,8% cazuri; primul an de viață - 22,2%; până la 3 ani - 12,1%; 3-6 ani - 14,1% și la 7-14 ani - 18,8%.

În structura invalidității la copii predomină profilul psihiatric - peste 50% de cazuri, dintre care oligofrenia a constituit 21,0% - pe orașe; 25,6% - pe raioane; 24,6% - pe republică în general. Analiza comparativă a patologiei discutate pe zone a scos în evidență ponderea maximală

(37,8%) a oligofreniei în zona de Nord (ceia ce constituie 73,1% din totalul bolnavilor cu dereglări psihice din zona respectivă) și minimală în zona de Sud-Est. Ponderea copiilor-invalizi cu oligofrenie în zona Centrală a constituit 34,7%, zona de Sud - 17,4%.

Pe locul II se află profilul neurologic, ponderea căruia a constituit:

➤ pe republică - 23.5%

➤ pe orașe - 24.6%

➤ pe raioane - 23.9%

Locul III este deținut de profilul chirurgical, ponderea maximală al căruia (6,3%) s-a înregistrat în zona de Sud-Est și minimală (2,4%) - în zonă Centrală.

Pe locul IV s-au plasat afecțiunile oculare, ponderea cărora oscilează de la 1% în zona Centrală până la 4,7% pe orașele republicii.

Patologia endocrină a ocupat locul V în structura invalidității la copii. Ponderea maximală (1,5%) a afecțiunilor respective a fost înregistrată în zona de Nord a Moldovei, minimală (0,2%) - în zona Sud-Est și orașele republicii.

Poziția următoare (locul VI) este deținută de profilul oncologic cu valori ce oscilează de la 0,8% în zona Centrală până la 1,9% - pe orașe.

Afecțiunile otolaringologice au ocupat locul VII în structura invalidității la copii, ponderea minimală al căroră (0,3%) a fost înregistrată în orașe și maximală (3,6%) - în zona de Sud-Est a republicii (tab.3.8).

STRUCTURA INVALIDITĂȚII LA COPII ÎN FUNCȚIE DE CAUZE DUPĂ DATELE CERCETĂRII SELECTIVE

Nr	Profilul	Republica	Orașe	Raioane	Nord	Centru	Sud-Est	Sud
1	Psihiatric	59.1	51.9	61.0	58.3	69.5	75.2	56.4
2	Neurologic	23.3	24.6	22.9	26.2	20.8	19.4	21.8
3	Chirurgical	3.0	1.9	3.3	2.9	2.4	6.3	3.8
4	Oftalmol.	2.4	4.7	1.8	1.7	1.0	3.8	2.1
5	Endocrin	1.5	0.2	1.0	1.5	0.5	0.2	1.2
6	Oncologic	1.4	1.9	1.2	1.4	0.8	1.7	1.4
7	ORL	1.2	0.3	1.4	1.4	1.0	3.6	1.0
8	Alte	8.1	11.5	7.9	6.6	4.0	7.8	12.3

Astfel, se poate constata că profilul psihiatric și neurologic cauzează 82,4% cazuri de invaliditate la copii pe republică, 76,5% - pe orașe și 83,9% - pe raioane.

3.3. Analiza invalizilor din copilărie

Asistența acordată copiilor invalizi nu se limitează la instituțiile de profil medical și social. Ea cere să fie continuată la etapa profesională și angajarea invalizilor în câmpul muncii.

Complexitatea problemei este determinată de unele particularități ale invalizilor din copilărie, care în urma anomaliilor congenitale sau traumelor nu sunt capabili pentru o muncă de valoare deplină, iar în multe cazuri - pentru o educație profesională. Prin urmare, ei în primul rând au nevoie de susținerea socio-economică a statului.

Pentru prima dată în Republica Moldova a fost analizat contingentul invalizilor din copilărie în funcție de sex, vârstă, mediul de reședință, caracterul patologiei și gradul de pierdere a vitalității.

Cercetările au demonstrat că 25,4% din acești invalizi locuiesc în mediul urban și 74,6% - în mediul rural, inclusiv 31,6% - în zona de Nord, 42,2% - în zona Centrală, 9,0% - în zona de Sud-Est și 17,2% - în zona de Sud.

Repartiția invalizilor în funcție de sex indică o predominare a sexului masculin (52,2%) față de sexul feminin (47,8%). Structura contingentului discutat în funcție de vârstă s-a dovedit a fi următoare:

- 16-19 ani - 6,1%;
- 20-29 ani - 34,2%;
- 30-39 ani - 15,3%;
- 40 ani și peste - 44,4%.

Ponderea ridicată (55,6%) a invalizilor până la 39 ani confirmă necesitatea acordării unei atenții deosebite categoriei respective de bolnavi în plan profesional.

Analiza răspândirii invalidității din copilărie în perioada anilor 1989-1995 a evidențiat o tendință generală de creștere atât pe republică (de la 28,8 până la 42,7 la 100000 de populație), cât și pe raioane în special (de la 38,6 până la 50,1 la 100000 de populație).

Cercetarea indicelui respectiv pe zone în a.1989-1996 a demonstrat că valoarea minimală a fost înregistrată în zona de Nord (34,0 la 100000) în 1989, iar maximală - în zona Centrală (64,5 la 100000) în 1993. Ponderea invalizilor din copilărie, examinați în aceeași perioadă de timp a constituit: a.1989 - 9,7%; a.1990 - 9,9%; a.1991 -

9,9%; a.1992 - 9,3%; a.1993 - 9,8%; a.1994 - 9,7%; a.1995 - 9,4%; a.1996 - 9,5%, a.1997 - 9,6%, a.1998 - 9,5%.

Pentru determinarea legităților ce guvernează nivelul și structura invalidității din copilărie, considerăm necesar nu numai studierea contingentului actual de invalizi, dar și urmărirea schimbărilor în dinamică, pe parcursul ultimilor ani. În acest scop au fost calculați indicii seriei cronologice: sporul absolut, ritmul creșterii, ritmul sporului, valoarea absolută 1% de spor. Din analiza efectuată s-au desprins următoarele: sporul absolut maximal s-a înregistrat în a.1990; totodată, treptat a crescut valoarea absolută a unui procent de spor de la 0,36 până la 0,46.

Cercetarea structurii invalizilor din copilărie în funcție de gradul invalidității a evidențiat că ponderea maximală a fost reprezentată de invalizii de grupul II, care s-au structurat pe medii în modul următor: orașe - 53,8%; raioane - 62,6%; republica în general - 60,4%.

Analiza comparativă a datelor referitor la grupele de invaliditate a scos în evidență că printre invalizii din copilărie predomină grupele III și II (27,6% și 60,4% respectiv), iar la contingentul general al invalizilor predomină grupele I și II (21,2% și 66,9% respectiv, fig.4).

În funcție de formele nozologice, invalizii din copilărie s-au structurat în modul următor:

Locul	Formele nozologice	Urbe	Rure	Republ.
I	afecțiuni psihice	48.7%	33.2%	39.2%
II	bolile sistemului nervos și organelor de simț	26.9%	28.9%	30.6%
III	boli interne	13.8%	15.2%	16.1%
IV	traume	5.7%	9.2%	9.3%

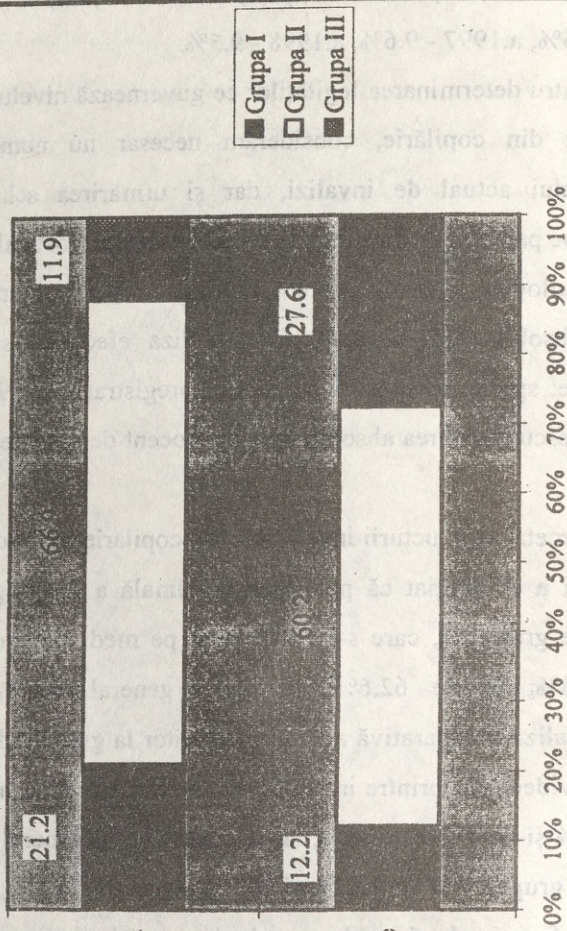


Fig. 4 Structura invalizilor in functie de grupele de invaliditate

Localitate	Formele nevrologice	Rate (%)
I - afectiuni psihice	13.2%	15.2%
II - boala sistemului nervos si a ganglionilor de sim	28.9%	30.6%
III - boli interne	13.8%	15.2%
IV - traume	2.7%	3.3%

Analiza comparativă a formelor nozologice la invalizii din copilărie și contingentul general al invalizilor a permis evidențierea unor diferențe semnificative. Solicită atenție faptul, că la invalizii din copilărie nu s-au înregistrat boli profesionale. Locul I la ei este reprezentat de afecțiuni psihice, care dețin numai locul VIII la contingentul general de invalizi.

Pe locul II în structura invalidității din copilărie s-au plasat bolile sistemului nervos și ale organelor de simț (inclusiv 52% de cazuri cu infirmitate motorie cerebrală), pe când în structura generală ele s-au plasat pe locul VII. Bolile interne au fost unificate într-o singură rubrică - "boli interne", - deoarece ele s-au înregistrat cu o frecvență mai mică. Pe locul IV în structura invalidității s-au înscris traumele, care în structura generală dețin locul III. Pe ultimul loc la categoria generală de invalizi și invalizii din copilărie s-a plasat tuberculoza pulmonară.

În concluzie, cercetarea invalidității la copii în Republica Moldova a evidențiat o tendință generală de creștere a fenomenului discutat. În perioada anilor 1990-1998 nivelul invalidității la copii a crescut de 2,3 ori și a constituit 12,7 la 1000 de copii.

A fost cercetat nivelul și structura anomaliilor congenitale. Dintre nivelul invalidității la copii și patologia înăscută s-a dovedit a fi o corelație directă și puternică ($r_{xy} = +0,98$).

După datele cercetării integrale structura invalidității la copii s-a dovedit a fi următoare:

Rangul Denumirea afecțiunii

I > bolile sistemului nervos (29.7%)

- II > afecțiunile psihice (26.3%)
- III > boli de copii (14.2%)
- IV > patologia ortopedică (7.7%)
- V > bolile otorinolaringologice (6.3%)
- VI > alte (10.5%)

Din totalul afecțiunilor neurologice 51,5% de cazuri au fost reprezentate de infirmitatea motorie cerebrală. În structura afecțiunilor psihice 47,7% au constituit arierățiile mintale.

Cercetările au demonstrat că există o corelație anumită dintre intensitatea utilizării pesticidelor și nivelul invalidității la copii. Coeficientul de corelație calculat pe zonele republicii a demonstrat că pentru zonele de Nord, Centru și Sud-Est este caracteristică o legătură directă și medie ($r_{xy} = +0,6; +0,5; +0,7$ respectiv), iar pentru zona de Sud - o legătură directă și slabă ($R_{xy} = +0,1$).

Cercetările efectuate au evidențiat că 77,3% de copii invalizi locuiesc la sate și numai 22,7% - în localitățile urbane. În funcție de sex băieții au constituit 57,2%, fetele - 42,8%. Ponderea maximală a copiilor invalizi (67,4%) s-a înregistrat în grupul de vârstă 6-14 ani.

A fost determinată structura cauzelor determinante ale invalidității la copii, similară pentru toate unitățile teritorial-administrative:

- locul I > anomalii congenitale
- locul II > patologia dobândită în timpul nașterii
- locul III > consecințele bolilor
- locul IV > consecințele traumelor

Cercetările au demonstrat că 34,9% de copii invalizi sunt organizați și 65,1% - neorganizați. Din totalul copiilor organizați 16,9% frecventează instituții școlare și 83,1% - instituții preșcolare, dintre care 67,6% sunt instituții de profil general și 32,4% - specializate. Pentru prima dată în Republica Moldova a fost analizat contingentul invalizilor din copilărie. Contingentul invalizilor din copilărie a fost analizat după sex, vârstă, mediul de reședință formele nozologice etc. A fost stabilit că 25,4% din ei locuiesc în urbe și 74,6% - în localitățile rurale, inclusiv 31,6% - în zona de Nord; 42,2% - în zona de Centru; 9,0% - în zona de Sud-Est și 17,2% - în zona de Sud. Repartiția în funcție de sex s-a dovedit a fi următoare: bărbați - 52,2%; femei - 48,8%. Cercetarea invalizilor din copilărie în funcție de gravitate a evidențiat predominarea grupei II de invaliditate, inclusiv pe orașe - 53,8%; pe raioane - 62,6% și pe republică în general - 60,4%. Analiza comparativă a demonstrat că printre invalizii din copilărie predomină grupele III și II de invaliditate (27,6% și 60,4%), pe când la contingentul general prevalează grupele I și II (21,2% și 66,9%). În funcție de formele nozologice invalizii din copilărie s-au structurat în modul următor: locul I - afecțiuni psihice (39,2%), locul II - bolile sistemului nervos (30,6%), locul III - boli interne (16,1%), locul IV - traumele (9,3%). Analiza comparativă a formelor nozologice la invalizii din copilărie și contingentul general de invalizi a permis evidențierea diferențelor semnificative în structura acestora.

CAPITOLUL IV

MODELUL DE EVALUARE A INFLUENȚEI INVALIDITĂȚII ASUPRA STĂRII DE SĂNĂTATE A COPIILOR DIN REPUBLICA MOLDOVA

Unul din obiectivele cercetării actuale ține de determinarea rolului invalidității la copii în evaluarea generală a stării de sănătate a copiilor din Moldova.

În acest scop a fost efectuată analiza de corelație dintre invaliditatea la copii și următorii indicatori ai sănătății publice: natalitatea, mortalitatea copiilor, mortalitate perinatală, mortalitatea neonatală, incidența, prevalența. Analiza acestor date a scos în evidență că indicatorii enumerați acționează în mod diferit asupra evaluării generale a stării de sănătate a copiilor. Prin urmare, ne-am propus următoarele obiective:

1. A selecta indicatorii informativi ai sănătății copiilor.
2. În baza indicatorilor selectați a face evaluarea generală a stării de sănătate a copiilor din republică - *indexul integral de sănătate*.
3. A determina gradul de influență a indicilor informativi asupra indexului integral de sănătate a copiilor.

În scopul realizării obiectivelor susnumite a fost elaborat modelul, care a inclus mai multe etape:

Etapa 1 Formarea matriței indicatorilor de sănătate a copiilor.

- Etapa 2* Efectuarea analizei de corelație a indicatorilor de sănătate a copiilor.
- Etapa 3* Construirea "arborelui" și selectarea indicatorilor informativi de sănătate a copiilor.
- Etapa 4* Proiectarea indexului integral de sănătate a copiilor.
- Etapa 5* Evaluarea influenței a fiecărui indice informativ asupra stării generale de sănătate a copiilor.
- Etapa 6* Elaborarea recomandărilor profilactice privitor la ameliorarea evaluării generale a stării de sănătate a copiilor.

Etapa 1. Formarea matriței indicatorilor de sănătate a copiilor

Pentru formarea matriței au fost selectați 8 indicatori principali de sănătate a copiilor: invaliditatea, natalitatea, mortalitatea generală a copiilor, mortalitatea infantilă, mortalitatea perinatală, mortalitatea neonatală, incidența, prevalența.

Indicatorii enumerați, în mod oficial, se înregistrează în fiecare raion administrativ al Moldovei, au o caracteristică dinamică și permit de a cerceta legitățile sănătății copiilor atât pe republică, cât și în fiecare raion aparte.

Cu toate că pentru construirea indexului integral de sănătate au fost utilizați 8 indicatori principali ce țin de acest aspect, fiecare din ei influențează în mod diferit starea de sănătate a copiilor. Prin urmare, apare necesitate de a selecta indicatorii cei mai informativi.

Indicatorii, care posedă valoare informativă au fost denumiți informativi. Ei însă, au valori diferite, unii având o influență mai mare asupra sănătății copiilor, alții - mai mică. Deci, apare necesitatea de a

determina prioritatea indicilor informativi. Indicatorii informativi prioritari servesc drept bază pentru construirea indexului integral de sănătate în fiecare raion administrativ din Moldova. Indexul integral de sănătate permite de a aranja raioanele după nivelul stării de sănătate; de a evidenția unități administrative “favorabile” și “nefavorabile”, de a elabora măsuri diferențiate în ce privește ameliorarea stării de sănătate a copiilor din Republica Moldova.

Etapa 2. Analiza de corelație dintre indicatorii de sănătate a copiilor

Pentru a determina indicatorii informativi s-a efectuat analiza de corelație dintre totalitatea indicatorilor selectați la etapa 1. Numărul total de corelații pare depinde de numărul de indicatori inițiali și se calculează după formulă:

$$k = \frac{n \cdot (n - 1)}{2} \quad (4), \text{ unde:}$$

K - numărul total de corelații pare;

n - numărul de indici inițiali.

În cercetarea actuală numărul de indici inițiali, ce caracterizează starea de sănătate a copiilor este egal cu 8. În baza formulei respective am determinat numărul necesar de corelații pare, care a constituit:

$$k = \frac{8 \cdot (8 - 1)}{2} = 28$$

Pentru calcularea coeficientului de corelație a fost utilizată formula cea mai convenabilă pentru mașinile electronice de calcul:

$$r_{xy} = \frac{n \cdot \sum xy - \sum x \cdot \sum y}{\left\{ \left[n \cdot \sum x^2 - (\sum x)^2 \right] \cdot \left[n \cdot \sum y^2 - (\sum y)^2 \right] \right\}^{1/2}}$$

(5), unde:

r_{xy} - coeficientul de corelație dintre indicatorii "x" și "y";

n - numărul de orașe și raioane

Este important să menționăm, că formula respectivă ne permite să apreciem gradul de asociație numai dintre doi indicatori cercetați, și poate lua valori de la "-1" până la "+1". Cu cât valoarea coeficientului de corelație este mai aproape de "±1", cu atât mai puternică este legătura dintre fenomenele studiate. În cazul în care coeficientul de corelație este mai mare decât "0", asociația dintre fenomene se caracterizează ca fiind pozitivă, în caz contrar (coeficientul mai mic decât "0") - negativă.

De exemplu, coeficientul de corelație dintre nivelul invalidității și mortalității la copii s-a dovedit a fi $r_{xy} = "+0,33"$ ($P < 0,05$). Aceasta atestă faptul, că cu cât mai mare este nivelul invalidității la copii, cu atât mai mare va fi și nivelul mortalității la copii. Legitatea respectivă este valabilă pentru toate orașele și raioanele republicii. Rezultatele de calcul a coeficienților de corelație dintre indicatorii principali ai sănătății copiilor sunt prezentate în tab.4.1.

În tab.4.1 este prezentată numai partea de sus a triunghiului matricei de corelație, deoarece matricea de corelație este simetrică, deci partea de jos a triunghiului este "ogindirea" părții de sus a acestuia. Analiza rezultatelor atestă, că nivelul invalidității la copii este în mod semnificativ asociat de următorii indicatori de sănătate:

⇒ mortalitatea copiilor ($r_{xy} = +0,33; P < 0,05$);

Tabelul 4.1

**MATRIȚA DE CORELAȚIE DINTRE INDICATORII DE SĂNĂȚATE A COPIILOR DIN
RAIOANELE ȘI ORAȘELE MOLDOVEI**

Nr	Indicatorul	1	2	3	4	5	6	7	8
1	Invaliditatea	1	+0,35	+0,33	-0,08	-0,44	-0,41	-0,37	-0,35
2	Natalitatea		1	+0,46	+0,43	-0,45	-0,42	-0,39	-0,41
3	Mortalitatea copiilor			1	+0,40	-0,18	-0,19	-0,14	-0,14
4	Mortalitatea infantilă				1	-0,03	+0,12	+0,09	-0,08
5	Mortalitatea perinatală					1	+0,78	+0,48	+0,42
6	Mortalitatea neonatală						1	+0,57	-0,49
7	Incidența							1	-0,97
8	Prevalența								1

⇨ mortalitatea perinatală ($r_{xy} = -0,44; P < 0,05$);

⇨ mortalitatea neonatală ($r_{xy} = -0,41; P < 0,05$).

La prima vedere, ultimele două rezultate sunt lipsite de logică. Însă cercetarea acestor corelații în plan geografic (de la “Nord” spre “Sud”), pune în evidență următoare legitate (tab.4.2).

Rezultatele prezentate în tab.4.2 atestă, că invaliditatea copiilor diminuează de la Nord spre Sud, pe când mortalitatea perinatală înregistrează o creștere. Astfel, se observă a dependență inversă de corelație: în zona de Nord, unde mortalitatea perinatală este joasă, nivelul invalidității la copii este ridicat ($r_{xy} = -0,44; P < 0,05$). O legătură analogică a fost depistată dintre indicatorii invalidității și mortalității neonatale: invaliditatea diminuează de la Nord spre Sud, pe când mortalitatea neonatală sporește, adică se înregistrează o asociație de corelație inversă ($r_{xy} = -0,41; P < 0,05$). Analiza de corelație a demonstrat în mod elocvent că:

⇨ odată cu creșterea invalidității scade nivelul incidenței copiilor ($r_{xy} = -0,37; P < 0,05$);

⇨ odată cu creșterea invalidității scade nivelul prevalenței copiilor ($r_{xy} = -0,35; P < 0,05$).

Legitățile expuse sunt deasemenea legate de particularitățile geografice de distribuție a acestor fenomene în Republica Moldova (tab.4.3).

Zona economică	incidența	prevalența	Nivelul invalidității
Nord	490	10,7	702
Centru	448	18,1	611
Sud-Est	418	8,0	524
Sud	309	11,4	771

Tabelul 4.2

**ASOCIAȚIA DINTRE NIVELUL INVALIDITĂȚII ȘI
MORTALITĂȚII NEONATALE ȘI PERINATALE ÎN ZONELE
ECONOMICE ALE MOLDOVEI**

Zonele economice	Nivelul		
	<i>invalidității</i>	<i>mort. perinatale</i>	<i>mort. neonatale</i>
<i>Nord</i>	16,7	10,9	4,9
<i>Centru</i>	18,1	10,4	5,1
<i>Sud-Est</i>	8,0	10,8	5,1
<i>Sud</i>	11,4	11,9	5,6

Cum se poate observa din datele tab.4.3, nivelul incidenței la copii crește de la Nord spre Sud, pe când nivelul invalidității scade. Deci, dintre fenomenele discutate există o legătură de corelație inversă: în zona cu incidența mică, invaliditatea este mare ($r_{xy} = -0,37$; $P < 0,05$).

Același tip de corelație s-a înregistrat și în cazul prevalenței ($r_{xy} = -0,35$; $P < 0,05$).

Cercetările nu au confirmat existența asociațiilor de corelație dintre invaliditatea la copii și mortalitatea infantilă ($r_{xy} = 0,08$; $P < 0,05$).

Tabelul 4.3

**ASOCIAȚIA DINTRE NIVELUL INVALIDITĂȚII ȘI INDICI
INCIDENȚEI ȘI PREVALENȚEI ÎN ZONELE ECONOMICE ALE
MOLDOVEI**

Zonele economice	Nivelul		
	<i>invaliditatea</i>	<i>incidența</i>	<i>prevalența</i>
<i>Nord</i>	16,7	490	702
<i>Centru</i>	18,1	448	611
<i>Sud-Est</i>	8,0	418	554
<i>Sud</i>	11,4	609	771

În concluzie, invaliditatea la copii influențează în mod direct nivelul mortalității generale a copiilor și indirect - mortalitatea perinatală, neonatală, incidența și prevalența.

Pentru selectarea indicatorilor informativi se proiectează și se analizează "arborele" indicatorilor. Esența "arborelui" se rezumă la selectarea indicatorilor care puternic corelează între ei.

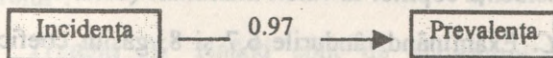
Etapa 3. Proiectarea "arborelui" și selectarea indicatorilor informativi de sănătate a copiilor

Proiectarea "arborelui" a pornit de la depistarea în matriță a coeficientului de corelație cu valoare maximală, la care în mod consecutiv au fost aderați ceilalți coeficienți. Procedura respectivă a parcurs următoarele trepte:

Treapta A. Examinând toate rândurile de sus ale matriței, găsim coeficientul maximal de corelație.

Legătura de corelație dintre indicatori poate fi prezentată grafic sub formă de o linie, ce unește dreptunghiurile, în care sunt înscrise denumirile indicatorilor, iar săgețile indică direcția de aderare a indicatorului.

De exemplu: coeficientul maximal de corelație se înregistrează dintre indicatorul 7 "Incidența" și 8 - "Prevalența":



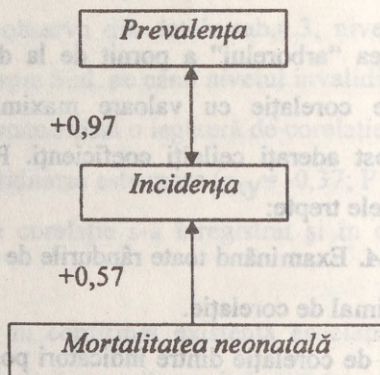
Așa dar, cu cât mai mare va fi incidența, cu atât mai mare va fi și prevalența ($r_{7,8} = 0,97$; $P < 0,05$).

După asocierea acestor indicatori, coeficientul respectiv de corelație nu mai participă la formarea ulterioară a "arborelui".

Treapta B. Examinând rândurile 7 și 8 găsim coeficientul maximal de corelație pentru indicatorul 7 și pentru indicatorul 8:

$$r_{6,7} = +0,57 \quad r_{6,8} = +0,49.$$

Dintre acești doi coeficienți se alege cel maximal și se aderă la indicatorul 7 - "Incidența":



Rezultatul obținut confirmă existența unor asociații de corelație dintre nivelul incidenței și nivelul mortalității neonatale ($r_{6,7} = +0,57$), și anume: nivelul înalt de mortalitate neonatală se înregistrează în acele raioane, în care incidența copiilor ia valori maxime (zona de Sud).

Treapta C. Examinând rândurile 6,7 și 8, găsim coeficientului maximal de corelație al indicatorilor "Incidența" (7), "Prevalența" (8) și "Mortalitatea neonatală" (6). Drept rezultat au fost evidențiați următorii indici de corelație:

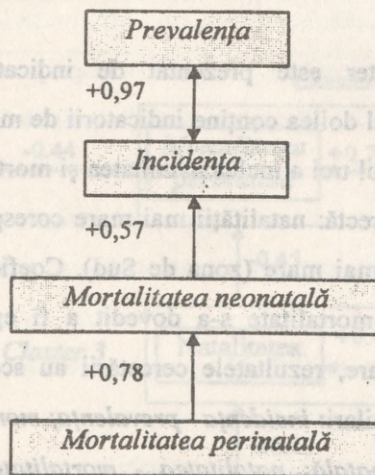
$$r_{7,5} = +0,48;$$

$$r_{8,5} = +0,42;$$

$$r_{6,5} = +0,78.$$

Dintre indicatorii prezentați a fost selectată valoarea maximală a coeficientului de corelație ($r_{6,5} = +0,78$). Coeficientul respectiv asociază indicatorul 6 - "Mortalitatea neonatală" cu indicatorul 5 - "Mortalitatea perinatală".

De aici, derivă prezența unei corelații directe dintre mortalitate neonatală și cea perinatală, și anume: cu cât mai mare este nivelul mortalității neonatale, cu atât mai mare va fi și nivelul mortalității perinatale.



Coeficientul de corelație $r_{5,6} = +0,78$ nu participă la formarea ulterioară a "arborelui".

Treapta N. Ținând cont de algoritmul prezentat anterior, procesul de relații dintre indici se prelungește până la asocierea tuturor indicatorilor. În final, obținem "arborele" indicatorilor ai sănătății copiilor din Republica Moldova (fig.5).

“Arborele” prezentat servește drept bază pentru selectarea indicatorilor informativi. Selectarea începe cu desemnarea clusterilor. În lucrarea prezentă sub cluster se subînțelege un grup de indicatori similari care puternic corelează între ei. Formarea clusterelor se supune unei reguli formale: “Coeficientul minimal de corelație din interiorul clusterului va fi mai mare decât oricare coeficient dintre cluster (grupe)”. Rezultatele finale de clusterizare a opt indici sunt prezentate în fig.6. După cum se poate observa, s-au evidențiat trei grupuri de indicatori și două elemente izolate (invaliditatea și mortalitatea infantilă). Solicită atenție faptul că elementele izolate sunt caracteristici informative.

Primul cluster este prezentat de indicatorii incidenței și prevalenței. Cel de-al doilea conține indicatorii de mortalitate perinatală și neonatală. Clusterul trei a inclus natalitatea și mortalitatea, dintre care există o corelație directă: natalității mai mare corespunde o mortalitate generală a copiilor mai mare (zona de Sud). Coeficientul de corelație dintre natalitate și mortalitate s-a dovedit a fi egal cu $r_{xy} = +0,46$ ($P < 0,05$). Prin urmare, rezultatele cercetării au scos în evidență trei grupuri de indici similari: *incidența - prevalența; mortalitatea perinatală - mortalitatea neonatală; natalitatea - mortalitatea*. Invaliditatea și mortalitatea infantilă n-au fost incluse nici în unul din grupele enumerate, ce confirmă independența acestor indicatori în aprecierea sănătății copiilor și accentuează informativitatea acestora.

Selectarea indicatorilor informativi.

Esența acestei proceduri se rezumă la selectarea din interiorul clusterului a indicatorului care atrage spre sine (după analogie cu

“centrul de gravitate”) ceilalți indicatori din grup. Indicatorul respectiv și este cel informativ. El acumulează în sine informația despre ceilalți indicatori ai grupului. Fiind puternic corelat cu indicatorii din interiorul clusterului el înregistrează coeficienți de corelație mai mici cu indicatorii din afara grupului.

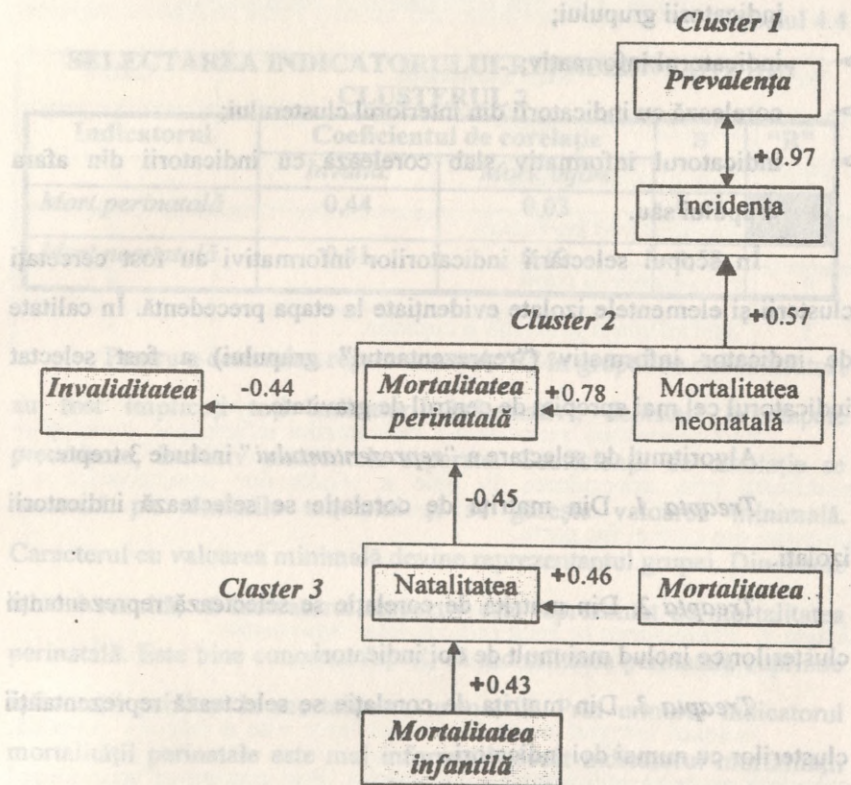


Fig.5. “Arborele” indicatorilor de sănătate a copiilor din Republica Moldova

Prin urmare, particularitățile indicatorului informativ sunt următoarele:

- indicatorul informaiv reprezintă “centrul de gravitate” (nucleul) clusterului;
- indicatorului informativ acumulează informații despre toți indicatorii grupului;
- indicatorul informativ;
- corelează cu indicatorii din interiorul clusterului;
- indicatorul informativ slab corelează cu indicatorii din afara grupului său.

În scopul selectării indicatorilor informativi au fost cercetați clusterii și elementele izolate evidențiate la etapa precedentă. În calitate de indicator informativ (“reprezentantul” grupului) a fost selectat indicatorul cel mai apropiat de centrul de gravitate.

Algoritmul de selectare a “reprezentantului” include 3 trepte:

Treapta 1. Din matrița de corelație se selectează indicatorii izolați.

Treapta 2. Din matrița de corelație se selectează reprezentanții clusterilor ce includ mai mult de doi indicatori.

Treapta 3. Din matrița de corelație se selectează reprezentanții clusterilor cu numai doi indicatori.

Prin urmare, la prima treaptă au fost selectați doi indicatori izolați: *invaliditatea copiilor și mortalitatea infantilă*. Nefiind asociați în mod semnificativ cu alte cluster, ei se atribuie la indicatori informativi.

În lucrarea prezentă nu au fost selectați reprezentanții clusterilor ce includ mai mult de doi indicatori, fapt datorat lipsei acestor cluster.

Selectarea reprezentantului din clusterul cu numai doi indicatori va fi exemplificată pe baza clusterului 2, care include "Mortalitatea perinatală" și "Mortalitatea neonatală" (tab.4.4).

Tabelul 4.4

SELECTAREA INDICATORULUI-REPREZENTANT DIN CLUSTERUL 2

Indicatorul	Coeficientul de corelație		S	"R"
	<i>Invalid.</i>	<i>Mort. infan.</i>		
<i>Mort.perinatală</i>	0,44	0,03	0,47	
<i>Mort.neonatală</i>	0,41	0,12	0,53	

Pentru a determina reprezentanțul "R" în grupul cu doi indicatori au fost implicați toți indicatorii informativi, depistați la etapele precedente, inclusiv elementele separate. Coeficienții de corelație se sumează pe rândurile tabelului și se găsește valoarea minimală. Caracterul cu valoarea minimală devine reprezentantul grupei. Din datele tab.4.4 rezultă, că indicatorul respectiv este reprezentat de mortalitatea perinatală. Este bine cunoscut faptul, că mortalitatea perinatală cuprinde informații privitor la mortalitatea neonatală. Prin urmare, indicatorul mortalității perinatale este mai informativ decât indicatorul mortalității neonatale.

În mod analogic au fost selectați reprezentanții clusterelor 1 și 3. Rezultatele finale ale procedurii de selectare a indicatorilor informativi a stării de sănătate a copiilor din Moldova sunt prezentate în tab.4.5.

Tabelul 4.5

INDICATORII INFORMATIVI AI STĂRII DE SĂNĂTATE A COPIILOR DIN REPUBLICA MOLDOVA

Nr	Reprezentanții	Codul
1	<i>Invaliditatea copiilor</i>	1
2	<i>Mortalitatea infantilă</i>	4
3	<i>Mortalitatea perinatală</i>	5
4	<i>Prevalența la copii</i>	8
5	<i>Mortalitatea generală a copiilor</i>	3

Particularitatea importantă a indicatorilor informativi depistați se manifestă prin acumularea în sine a trăsăturilor caracteristice ale grupului din care ei fac parte.

Etapa 4. Proiectarea în baza indicatorilor informativi a indexului integral de sănătate a copiilor

Indexul integral de sănătate a copiilor este o mărime sintetică, calculată pe baza indicatorilor informativi. Prin urmare el acumulează toate informațiile despre indicatorii cercetați. Procedura de proiectare începe cu evidențierea în baza indicatorilor informativi a raionului etalon. Valoarea maximală a indexului de sănătate a raionului etalon este egală cu 1, cea minimală - cu 0. Pornind de la nivelul raionului etalon, se

determină indecșii pentru toate raioanele din Moldova. Indexul de sănătate a unui raion poate varia de la 1 până la 0. Raionul cu valoarea maximală a indexului se apreciază ca fiind cel mai favorabil din republică după indicatorii cercetați. Raionul cu valoare minimă a indexului se apreciază ca fiind cel mai nefavorabil în funcție de starea de sănătate a copiilor. Astfel, cu cât mai mare este valoare indexului cu atât mai bună este starea de sănătate a copiilor din raionul respectiv.

O condiție obligatorie a procesului de proiectare a indexului este clasificarea tuturor indicatorilor informativi în pozitivi și negativi. Indicatorul informativ este considerat pozitiv atunci, când mărirea lui duce la îmbunătățirea stării de sănătate. De exemplu, cu cât mai mare este longevitatea, cu atât mai bună este starea de sănătate. Indicatorul informativ este considerat negativ atunci, când mărirea valorii sale duce la înrăutățirea stării de sănătate. De exemplu, cu cât mai mare este nivelul mortalității, cu atât mai nesatisfăcătoare este starea de sănătate.

Analiza indicatorilor selectați atestă că toți 5 indicatori: invaliditatea copiilor, mortalitatea infantilă, mortalitatea perinatală, prevalența, mortalitatea generală a copiilor sunt de natură negativă. Cu cât valoarea indicatorului este mai mare, cu atât mai nesatisfăcătoare este starea de sănătate a copiilor.

Algoritmul de proiectare a indexului integral cuprinde mai multe etape:

Pasul 1. Construirea matriței indicatorilor informativi inițiali.

Pasul 2. Determinarea valorii maximele și minimele a indicatorului informativ.

Pasul 3. Calcularea în baza indicatorilor informativi a pierderilor pentru fiecare raion.

Pasul 4. Determinarea pierderilor medii pentru fiecare raion în parte.

Pasul 5. Calcularea indexului integral de sănătate a copiilor din raion.

Pasul 1. Construirea matricei indicatorilor informativi inițiali.

Matrița indicatorilor informativi reprezintă un tabel, rândurile căruia conțin denumirea raioanelor, iar colonițele - indicatorii informativi (sau codurile acestora). La intersecția rândului și colonitei se înscrie valoarea corespunzătoare a indicatorului informativ al raionului respectiv.

Pasul 2. Determinarea valorii maxime și minime a indicatorului informativ.

În fiecare coloniță din matrița inițială se determină valoarea maximală și minimală a indicatorului informativ (tab.4.6).

Tabelul 4.6

VALORILE MAXIMALE ȘI MINIMALE ALE INDICATORILOR INFORMATIVI AI STĂRII DE SĂNĂTATE A COPIILOR

Indicatorii informativi	Valoare indicatorului	
	Min	Max
Invalidițateea copiilor	1,7	34,5
Mortalitateea infantilă	11,5	39,5
Mortalitateea perinatală	3,7	43,7
Prevalența	48	1637
Mortalitateea copiilor	0,9	3,5

Pasul 3. Calcularea în baza indicatorilor informativi a pierderilor pentru fiecare raion

Prin pierderi se înțelege devierile valorilor din raionul respectiv de la raionul etalon. Cu cât mai mare este valoarea devierii, cu atât mai mari sunt pierderile. Cu cât pierderile sunt mai mari, cu atât mai nefavorabil este indexul de sănătate a copiilor.

Pentru indicatorii negativi pierderile se determină în baza formulei:

$$I_{ij} = \left| \frac{\min_i - x_{ij}}{\min_i - \max_i} \right| \quad (6), \text{ unde:}$$

I_{ij} - valoarea pierderilor i a raionului j ;

\min_i - valoarea minimală a indicatorului informativ i ;

\max_i - valoarea maximală a indicatorului informativ i ;

x_{ij} - valoarea indicatorului informativ i a raionului j .

Exemplificăm metoda de calcul al pierderilor pe baza raionului

Ocnîța:

$$I_{\text{Ocnîța}}^{\text{Invaliditate}} = \frac{1,7 - 18,8}{1,7 - 34,5} = 0,521$$

$$I_{\text{Ocnîța}}^{\text{Mortalitatea infanțila}} = \frac{11,5 - 13,2}{11,5 - 39,5} = 0,061$$

$$I_{\text{Ocnîța}}^{\text{Mortalitatea perinatala}} = \frac{3,7 - 7,7}{3,7 - 43,7} = 0,100$$

$$I_{\text{Ocnîța}}^{\text{Prevalența}} = \frac{48 - 315}{48 - 1637} = 0,168$$

$$I_{\text{Ocnîța}}^{\text{Mortalitatea copiilor}} = \frac{0,9 - 0,9}{0,9 - 3,5} = 0$$

Analiza rezultatelor obținute pentru raionul Ocnița confirmă existența unor pierderi mai mari pe contul:

“Invalidității” $I = 0,521$ (locul 1);

“Prevalenței” $I = 0,168$ (locul 2);

“Mortalității perinatale” $I = 0,100$ (locul 3).

Pentru calcularea tuturor pierderilor în raioanele cercetate a fost elaborat un program pentru mașinile electronice de calcul, care permite determinarea:

◇ pierderilor în cazul indicatorilor pozitivi;

◇ pierderilor în cazul indicatorilor negativi;

◇ pierderilor medii pentru raion;

indexului integral de sănătate a copiilor din raion.

Pasul 4. Determinarea pierderilor medii pentru fiecare raion în parte.

Pierderile medii se determină în baza formulei:

$$I_j = \frac{1}{n} \sum_{j=1}^n I_{ij} \quad (7), \text{ unde:}$$

I_j - valoarea pierderilor medii pentru raionul j ;

n - numărul de indici informativi ($n=5$).

Exemplificăm în continuare modelul de calcul pe baza raionului

Ocnița:

$$I_j = 1/5 (0,521 + 0,061 + 0,100 + 0,168 + 0) = 0,170.$$

Pasul 5. Calcularea indexului integral de sănătate a copiilor din raion.

Indexul integral de sănătate se determină în baza formulei:

$$I_{dj} = 1 - I_j \quad (8).$$

Prezentăm modelul de calcul al indexului de sănătate pentru raionul Ocnița:

$$I_{ocnița} = 1 - 0,17 = 0,83.$$

Indexul integral de sănătate se calculează pentru fiecare raion (oraș) în parte. În baza valorilor obținute se poate determina rangul raionului (orașului) în funcție de starea de sănătate a copiilor. Raionul cu valoarea maximală a indexului integral ocupă locul 1. Și dimpotrivă, raionul (orașul) cu valoarea minimală a indexului se plasează pe ultimul loc în ierarhia nivelului de sănătate a copiilor. Indexul integral obținut a permis ierarhizarea raioanelor și orașelor Moldovei după starea de sănătate a copiilor. Au fost evidențiate 5 grupe de raioane: cu nivel *foarte ridicat*, *ridicat*, *mediu*, *scăzut* și *foarte scăzut*. Mărimea intervalului dintre grupe a fost calculată în baza formulei:

$$i = \frac{V_{\max} - V_{\min}}{k} \quad (9), \text{ unde:}$$

i - mărimea intervalului;

V_{\max} - valoarea maximală a indexului integral;

V_{\min} - valoarea minimală a indexului integral;

k - numărul de clase.

În urma calculelor efectuate am obținut:

$$i = \frac{0,85 - 0,39}{5} = 0,09$$

Având numărul de grupe și mărimea intervalului am realizat următoarea clasificare a raioanelor și orașelor Moldovei (tab. 4.7).

Tabelul 4.7.

CLASIFICAREA RAIONELOR ȘI ORAȘELOR DIN MOLDOVA ÎN FUNCȚIE DE INDEXUL DE SĂNĂTATE A COPIILOR

Nivelul stării de sănătate	Indexul de sănătate	Raionul - orașul	Numărul total de localități
Foarte ridicat	0,85-0,77	Dubăsari, Ocnîța, Edineț, Ungheni	4
Ridicat	0,76-0,68	Căușeni, Ialoveni, Strășeni, Anenii-Noi, Slobozia, Ștefan-Vodă, Cimișlia, Fălești, Ciadâr-Lunga, Grigoriopol, Tiraspol	11
Mediu	0,67-0,59	Bălți, Basarabeasca, Leova, Rezina, Râșcani, Soroca, Dondușeni, Florești, Căinari, Vulcanești, Drochia, Briceni, Comrat, Orhei, Criuleni, Cantemir, Râbnița, Glodeni, Telenești, Tighina	20
Scăzut	0,58-0,50	Hâncești, Nisporeni, Călărași, Taraclia, Cahul, Camenca, Chișinău	7
Foarte scăzut	0,49-0,39	Sângerei, Șoldănești	2
Total			44

Analiza rezultatelor obținute a evidențiat că 20% din raioanele și orașele republicii se caracterizează printr-un nivel *scăzut și foarte scăzut* al stării de sănătate a copiilor. Cele spuse se referă la raioanele: *Hâncești, Nisporeni, Călărași, Taraclia, Cahul, Chișinău, Camenca, Sângerei,*

Soldanești. Raioanele enumerate înregistrează cei mai ridicați indicatori ai mortalității infantile, mortalității copiilor, mortalității perinatale și invalidității la copii.

Etapa 5. Evaluarea influenței indicatorilor informativi asupra indexului integral de sănătate a copiilor

În scopul evaluării influenței indicatorilor informativi asupra indexului de sănătate s-a recurs la calcularea coeficientului de corelație dintre indicatorul informativ și indexul integral de sănătate. Din rezultatele analizei de corelație s-au desprins următoarele. Mortalitatea infantilă (rangul 1) exercită cea mai mare influență asupra stării de sănătate a copiilor: cu cât mai mare este nivelul mortalității infantile, cu atât mai scăzută este starea de sănătate a copiilor din Republica Moldova ($r_{xy} = -0,67$).

Locul 2 îi revine mortalității generale a copiilor: cu cât mai mare este mortalitatea la copii, cu atât mai nefavorabilă este starea de sănătate a copiilor ($r_{xy} = -0,64$). Prevalența la copii s-a plasat pe locul 3 în ierarhia indicatorilor ce influențează starea de sănătate a copiilor. Cu toate că gradul de influență a indicatorului respectiv este de 1,8 ori mai mică decât cel al mortalității infantile, prevalența influențează în mod semnificativ starea de sănătate a copiilor ($r_{xy} = -0,38$). În funcție de gradul de influență a stării de sănătate a copiilor, mortalitatea perinatală deține locul 4 ($r_{xy} = -0,26$). Invaliditatea la copii încheie "pleiada" indicatorilor informativi ce influențează sănătatea copiilor din Republica Moldova (locul 5), fiind aproximativ de aceeași intensitate ca și mortalitatea perinatală ($r_{xy} = -0,24$).

Etapa 6. Elaborarea recomandărilor profilactice privitor la ameliorarea evaluării generale a stării de sănătate a copiilor

Rezultatele obținute au pus baza elaborării recomandărilor profilactice privind ameliorarea evaluării generale a stării de sănătate a copiilor. În acest scop factorii, ce contribuie la scăderea indicatorilor informativi enumerați au fost clasati în *dirijați și nedirijați*. Sub factori nedirijați subînțelegem fenomenele, care nu pot fi influențate de organismele și instituțiile medico-sanitare, de exemplu, starea materială a familiilor, condițiile de trai, nivelul de instruire a părinților etc. Sub factori dirijați subînțelegem fenomenele care pot fi influențate și controlate de organismele și instituțiile medico-sanitare.

În concluzie, în scopul studierii influenței invalidității la copii asupra stării de sănătate a copiilor a fost elaborat modelul special de evaluare, care a cuprins următoarele etape:

- Etapa 1** Formarea matriței indicatorilor de sănătate a copiilor.
- Etapa 2** Efectuarea analizei de corelație a indicatorilor de sănătate a copiilor.
- Etapa 3** Construirea "arborelui" și selectarea indicatorilor informativi de sănătate a copiilor.
- Etapa 4** Proiectarea indexului integral de sănătate a copiilor.
- Etapa 5** Evaluarea influenței a fiecărui indice informativ asupra stării generale de sănătate a copiilor.
- Etapa 6** Elaborarea recomandărilor profilactice privitor la ameliorarea evaluării generale a stării de sănătate a copiilor.

Rezultatele modelării au evidențiat următorii indicatori informativi pentru evaluarea stării de sănătate a copiilor: *invaliditatea*,

prevalența, mortalitatea generală a copiilor, mortalitatea infantilă, mortalitatea perinatală. În funcție de gradul de influență asupra stării de sănătate a copiilor, indicatorii s-au distribuit în modul următor:

- mortalitatea infantilă locul 1
- mortalitatea copiilor locul 2
- prevalența locul 3
- mortalitatea perinatală locul 4
- invaliditatea locul 5

Din rezultatele analizei de corelație derivă că invaliditatea la copii este semnificativ asociată cu următorii indici:

- mortalitatea perinatală $r_{xy} = -0,44$
- prevalența $r_{xy} = -0,35$
- mortalitatea copiilor $r_{xy} = +0,33$

În funcție de nivelul invalidității la copii în Republica Moldova, raioanele cele mai nefavorabile pentru s-au dovedit a fi *Camenca* (34,5%), *Hâncești* (27,2%), *Nisporeni* (25,6%). Valori minimale ale invalidității la copii s-au înregistrat în *Tiraspol* (1,7%), *Chișinău* (1,9%), *Bălți* (2,0%). Clasificarea raioanelor după indexul integral de sănătate a copiilor, proiectat în baza a cinci indicatori informativi, a scos în evidență cele mai nefavorabile raioane ale republicii: *Șoldanești* (0,39), *Sângerei* (0,47), *Camenca* (0,51), *Chișinău* (0,55), *Cahul* (0,55), *Taraclia* (0,56), *Călărași* (0,57), *Nisporeni* (0,58), *Hâncești* (0,58).

Starea cea mai favorabilă din punct de vedere al sănătății copiilor s-a înregistrat în raioanele *Dubăsari* (0,85), *Ocnîța* (0,83), *Edineț* (0,81), *Ungheni* (0,78).

CAPITOLUL V

CARACTERISTICA MEDICO-SOCIALĂ A FAMILIEI CE EDUCĂ COPILUL INVALID

Familia reprezintă un grup social, în cadrul căreia își găsesc exprimarea formele principale de organizare a traiului. Familia este un fenomen social important, ce unește în sine relații biologice și publice, economice și morale, ideologice și psihologice.

Familia acționează asupra vieții publice prin nașterea copiilor, munca casnică, ea influențează dezvoltarea fizică, spirituală și moral-estetică a membrilor săi și mai ales a copiilor.

Familia contemporană se deosebește esențial de familia formațiunilor precedente.

N.G.Veselov (1993) atribuie familiei următoarele funcții: *demografică, menținerea sănătății membrilor săi, în special a copiilor și cea mai importantă funcție - educațională.*

Nu în toate familiile este asigurată o dezvoltare identică a membrilor și sunt create condițiile necesare pentru educarea copiilor. Deaceia, personalul medical trebuie să lucreze în mod diferențiat cu familiile în care se nasc copiii, în special copiii cu patologie. O atenție deosebită solicită copiii din familiile cu "risc social", "social-nefavorabile", "copiii mamelor singure".

Actualmente, indicatorii sănătății copiilor reprezintă criteriile calitative de activitate a serviciului pediatric. Conform unor date științifice (*C.Buga, 1991; C.Ețco, 1992; A.Ivanov, 1993; V.Martânov,*

1991), modul de viață a părinților influențează în mod semnificativ indicatorii de sănătate a copiilor.

5.1. Caracteristica familiei

Informațiile ce țin de condițiile și modul de viață au fost colectate în baza unui chestionar special, elaborat de autor, prin metoda intervievării a părinților ce educă copilul invalid (100) și familiilor cu copii sănătoși și practic sănătoși (100).

În general, familiile investigate locuiau în condiții favorabile: casă sau locuință cu două sau trei odăi. Totodată, $2,0 \pm 1,4\%$ familii dispuneau numai de-o odaie în cămin și $16,0 \pm 3,7\%$ familii locuiau împreună cu părinții. Majoritatea locuințelor au fost caracterizate ca fiind luminoase, calde și uscate, însă $12,7 \pm 2,8\%$ de familii existau în încăperi reci și umede, $8,3 \pm 1,62\%$ - în încăperi strâmte (mai puțin de 4 m^2 pentru o persoană), la $16,2 \pm 2,9\%$ familii pentru o persoană revenea $5-6 \text{ m}^2$.

Ținând cont de caracteristicile igienice și amenajarea locuinței, $20,2 \pm 2,1\%$ familii din lotul test au indicat condiții bune; $32,5 \pm 2,6\%$ - satisfăcătoare și $12,4 \pm 1,4\%$ - rele, pe când în lotul martor valorile respective au constituit $38,0 \pm 2,6\%$; $69,4 \pm 2,7\%$ și $8,1 \pm 1,8\%$.

În funcție de starea materială (conform schemei generale de venituri: salariu, pensie, bursă etc.) venitul mediu lunar pentru un membru al familiei în lotul test a constituit $36,6 \pm 2,81$ lei, pe când în lotul martor - $41,7 \pm 2,56$ lei ($P < 0,05$). Aceasta poate fi explicată prin faptul, că în familiile unde se educă copilul invalid în $63,0\%$ cazuri mamele s-au transferat la un serviciu mai puțin plătit: derdicătoare, portar, iar în $12,0\%$ cazuri - mamele au abandonat serviciul.

Necătând la starea materială grea, 1,4% de familii din lotul test se alimentau bine, 76,0% - satisfăcător, 13% - rău. În menținerea alimentației satisfăcătoare un rol important îl avea cultivarea produselor agricole pe loturile proprii.

În funcție de numărul de copii familiile s-au repartizat în modul următor:

lotul martor:	➤ 1 copil	- 46,0%;
	➤ 2 copii	- 52,0%;
	➤ 3 copii	- 1,0%;
	➤ 4 și peste	- 1,0%;
lotul test:	➤ 1 copil	- 25,0%;
	➤ 2 copii	- 40,0%;
	➤ 3 copii	- 25,0%;
	➤ 4 copii	- 10,0%.

96,0% familii din lotul test erau complete, 10,0% - cu mulți copii, iar în 9,0% familii s-au mai înregistrat și alți copii invalizi.

59,6% familii din lotul test au menționat relații conjugale nefavorabile, 46,4±2,3% din tați nu au participat la îngrijirea copilului invalid, 9,2±1,2% din tați au răspuns, că cauza principală a abuzului de alcool a fost nașterea în familie a copilului invalid.

Rezultatele cercetării au demonstrat că educația copiilor în 59,3±1,7% cazuri din lotul test și 13,2±2,6% cazuri din lotul martor ($P < 0,05$) are loc în condiții nefavorabile.

În cercetarea actuală sub familiile *nefavorabile* se subînțeleg familii incomplete, cu o stare materială și de trai grea, cu devieri în comportamentul social la unul sau ambii părinți etc. Familiile *favorabile*

se caracterizează prin condiții materiale și de trai bune sau satisfăcătoare, îngrijirea corespunzătoare a copilului, lipsa deprinderilor nocive la părinți.

5.2. Caracteristica medico-socială a mamei

Starea de sănătate a copilului și nivelul lui de educație sunt puternic influențate de starea de sănătate a mamei, calitățile ei personale, caracterul și condițiile de muncă, modul ei de viață. De aici, cunoașterea caracteristicii medico-sociale a mamei este foarte importantă în evidențierea factorilor de risc pentru viața și sănătatea copilului. Prin urmare, unul din obiectivele cercetării a constituit studierea caracteristicilor medico-sociale ale mamelor, ce educă copii invalizi.

Autorul a studiat un șir de probleme ce țin de caracteristica socială a mamei, activitatea ei profesională, prezența sau absența contactului cu substanțe chimice nocive și tutun până la sau în timpul sarcinii, înregistrarea devierilor în comportamentul ei social. Totodată, a fost analizată funcția procreativă a mamei, decurgerea sarcinii și nașterii din care provine copilul cercetat, prezența în familie a altor copii cu devieri în dezvoltare, înregistrarea în anamneză a bolilor somatice și contagioase, inclusiv în timpul gravidității.

N.Clerici, J.Belta, P.Bertrando (1993); V.Pearson, T.M.Chan (1993); A.Stein, L.Murray, P.Cooper, C.G.Fairburn (1996) susțin că apariția în familie a unui copil invalid devine un "șoc psihologic", în special pentru mamă. Gradul acestui șoc depinde de nivelul general de cultură și de școlarizare a mamei. *A.N.Mitrofanov (1991), E.F.Ishakov (1991)* de asemenea afirmă, că nivelul de studii a mamei joacă un rol

important în determinarea nivelului de morbiditate și mortalitate a copiilor, în special primului an de viață.

Rezultatele cercetării actuale, prezentate în tab. 5.1, au scos în evidență un număr de 4,8 ori mai mare de mame cu studii medii incomplete în lotul test (mame, ce educă copii invalizi), față de lotul martor (mame cu copii sănătoși și practic sănătoși). În lotul martor s-au înregistrat de 1,5 ori mai multe mame cu studii medii speciale și de 2 ori mai multe mame cu studii superioare.

În continuare a fost cercetată categoria socio-profesională a mamelor. A fost stabilit că la agricultoare copiii invalizi se întâlnesc de 2 ori mai frecvent, iar la funcționare de 1,9 ori mai rar.

Tabelul 5.1

**DISTRIBUȚIA MAMELOR
ÎN FUNCȚIA DE NIVELUL DE STUDII (la 100 persoane)**

Nivelul de studii	Loturile		t	P
	test	martor		
<i>Primare</i>	-	-		
<i>Medii incomplete</i>	34,0±4,7	7,0±2,6	5	< 0,05
<i>Medii generale</i>	33,0±4,7	38,0±4,9	0,7	> 0,05
<i>Medii speciale</i>	24,0±4,3	36,0±3,8	1,8	> 0,05
<i>Superioare incomplete</i>	7,0±2,6	3,0±1,7	1,3	> 0,05
<i>Superioare</i>	8,0±2,7	16,0±3,7	1,6	> 0,05

Distribuția mamelor în funcție de categoria socio-profesională depinde în mod direct de gradul de școlarizare, dat fiind că în categoria

agricultoarelor o pondere de 67,0% o dețin persoanele cu studii medii și medii incomplete .

Rezultatele analizei invalidității în funcție de starea familială a mamelor este prezentată în tab. 5.2.

Tabelul 5.2

DISTRIBUȚIA MAMELOR ÎN FUNCȚIE DE STAREA FAMILIALĂ

Starea familială	Loturile:		t	P
	test	martor		
Căsătorită	96,0±2,2	99,0±0,99	1,3	>0,05
Divorțată	3,0±1,7	0,0±0,0	1,8	<0,05
Mamă-singură	1,0±0,99	1,0±0,99	-	-

Din datele interviului a fost stabilit că divorțul, care a survenit după nașterea copilului cu patologie invalidizantă, a complicat și mai mult starea psihologică a mamelor.

Studiind influența condițiilor grele de muncă și a noxelor profesionale asupra nașterii copiilor cu patologie invalidizantă, autorii au dovedit existența unor diferențe semnificative dintre cele două loturi. Astfel, 49,0±4,9% din mamele lotului test și 20,0±4,0% din mamele lotului martor au indicat condiții nocive de muncă ($P<0,05$) cu un stagiu de 6,5±2,5 ani și 3,2±1,8 ani respectiv.

Fiecare a treia femeie din lotul test a menționat contactul cu substanțe chimice (30±4,58%; $P<0,05$), fiecare a opta femeie (12,0±3,24%; $P<0,05$) - ridicarea la locul de muncă a greutăților peste 10kg.

K.Drojnova (1983); A.Baranov, L.Țimleakova (1991); M.M.Kimm, K.S.O'Konnor, J.Mchean, A.Robson, G.Chance (1996) afirmă, că munca în condiții nocive execută o acțiune embriotoxică și teratogenă asupra produsului de concepție.

Din 100 femei anchetate din loturile test și martor, 16 și 6 femei respectiv au indicat contactul cu tutunul. Totodată, mamele din localitățile rurale au menționat cu o frecvență mai mare supraîncărcarea cu lucrul la domiciliu (construcția casei, îngrijirea animalelor domestice, prelucrarea pământului) comparativ cu mamele din localitățile urbane.

În opinia mai multor cercetători (*N.Ejova, L.Molcianova, 1985; V.Sidorenko, T.Sigalova, 1990*), vârsta mamei reprezintă un factor important în dezvoltarea patologiei invalidizante la copil.

Conform unor păreri (*I.Leonov, V.Oriol, V.Iuriev, 1990; E.Iakovleva, 1990*), vârsta optimală pentru nașterea copilului sănătos este cuprinsă în intervalul de 20-29 ani, alții (*V.Ternovskaia, 1990; Iu.Iakovlev, 1991; A.M.Fraser, J.E.Brockert, R.H.Word, 1995*) - menționează vârsta de 20-25 ani.

Cercetarea actuală a scos în evidență, că vârsta medie a mamelor, ce au născut copii cu patologie invalidizantă a constituit $29,9 \pm 0,8$ ani, iar a mamelor cu copii sănătoși și practic sănătoși - $22,5 \pm 0,2$ ani ($P < 0,05$).

Distribuția mamelor pe grupe de vârstă este prezentată în tab.5.3. Astfel, conform rezultatelor obținute, copiii sănătoși și practic sănătoși au fost născuți de 99% de mame în vârsta de 20-29 ani. La 46% de mame peste 30 ani s-au născut copii cu patologie invalidizantă, inclusiv la femei peste 40 ani - 15%. Rezultate analogice au fost prezentate și de alți autori (*V.Oriol, 1990; N.Veslov, 1992*), care

menționează că pericolului nașterii copiilor cu patologie este de 1,3-1,6 ori mai mare la mamele sub 20 și peste 40 de ani.

Tabelul 5.3

DISTRIBUȚIA CONTINGENTULUI CERCETAT DE FEMEI ÎN FUNCȚIE DE VÂRSTĂ

Vârsta (ani)	Loturile		t	P
	test	martor		
15-19	0,0±0,0	3,0±1,7	11,8	<0,05
20-24	22,0±4,1	81,0±3,9	10,5	<0,05
25-29	31,0±4,6	16,0±3,7	2,5	<0,05
30-34	22,0±4,1	0,0±0,0	5,4	<0,05
35-39	10,0±3,0	0,0±0,0	3,3	<0,05
40-45	11,0±3,1	0,0±0,0	3,1	<0,05
46-49	4,0±1,9	0,0±0,0	1,9	<0,05

Savanții din Niderlanda (*N.Roeloved, E.Vingerhoets, G.A.Zielhuic, P.Gabreels, 1992*), Australia (*N.Neather, R.P.Mattick, R.Zamir, 1993*), SUA (*C.Rice, B.Longabaugh, N.Noel, 1993*) au efectuat studii epidemiologice privitor la acțiunea fumatului și consumului de alcool în timpul sarcinii și au elaborat o scară de risc după intensitatea consumului de alcool. Rezultatele obținute de ei au demonstrat, că pericolul nașterii copilului cu arierații mintale este de 1,7 ori mai mare (veridicitatea 95%: 1,2-2,3) în cazul consumului de alcool în timpul sarcinii și 1,4 ori - în perioada postnatală precoce (veridicitatea 95%: 1,0-2,0). Consumul alcoolului mai frecvent de 3 ori pe săptămână crește în mod semnificativ pericolul nașterii copilului cu arierații mintale.

Savanții ruși (V.A.Ternovki, 1980; Iu.G.Iakovleva, 1991) menționează, că copiii, născuți de mamele ce abuză de alcool, manifestă semnificativ mai frecvent rețineri în dezvoltarea psihomotorie, hipotrofie de gradul I-II, indici ridicați ai morbidității în primul an de viață. Date analogice sunt prezentate de M.Spinalsh (1993), K.Nakamura, A.Nanaka, T.Takano (1993); C.Weisner (1993), J.E.McGana, E.L.Leoni (1995), H.E.Rodney, L.Rodney (1996), S.L.Schandler, M.J.Cohen, M.Vulpe (1996).

De asemenea a fost determinată frecvența consumului de băuturi alcoolice și a fumatului la mamele, ce educă copiii invalizi (tab. 5.4).

Tabelul 5.4

FRECVENȚA FUMATULUI ȘI CONSUMULUI DE ALCOOL
(la 100 mame din loturile respective)

Deprindei nocive	Loturile		t	P
	test	martor		
Fumatul	34,0±4,7	6,0±2,4	5,3	<0,05
Frecvența consumul de alcool: rar	30,0±4,6	81,0±3,9	5,6	<0,05
moderat	53,0±4,9	4,0±1,9	9,2	<0,05
frecvent	12,0 ±3,2	0,0±0,0	3,8	<0,05
nu utilizează	5,0±2,2	15,0±3,6	2,4	<0,05

În 12,0% cazuri mamele din lotul test făceau abuz de alcool: consumau băuturi spirtoase de mai multe ori pe săptămână (peste 200 ml de băuturi alcoolice și peste 500 ml de vin); consumul rar (1 pe lună, în cantități mici) de alcool a fost înregistrat în 30,0% cazuri. Pentru lotul martor au fost caracteristice următoarele: ponderea femeilor ce nu consumă alcool s-a dovedit a fi de 3 ori mai mare; utilizarea rară a

băuturilor spirtoase s-a înregistrat de 2,7 ori mai frecvent și consumul moderat - de 13 ori mai rar comparativ cu lotul test.

Frecvența fumatului s-a dovedit a fi de 5,6 ori mai mare printre femei, ce educă copilul invalid, comparativ cu mamele copiilor sănătoși și practic sănătoși. Rezultate analogice au fost prezentate de C.D.Druos, C.C.Murphy, M.Jeorgin-Allsopp, P.Decoufle (1996); B.Zaren, G.Lindmark, M.Gerbe-Medhin (1996).

Starea de sănătate a copiilor depinde în mare măsură de starea de sănătate a mamei. În acest sens, P.C.Ignatieva, N.I.Kadarkaeva, T.N.Proklova (1990), L.F.Molcianova (1990), N.V.Polunina (1983), C.I.Buga (1992), C.A.Kuenneth, C.Boyle, C.C.Murphy, M.Jeorgin-Allsopp (1996) afirmă, că sănătatea copilului la 25-30% depinde de sănătatea mamei. Datele cercetării atestă, că 28,0% din mamele investigate au suferit în perioada pubertală de rubeolă, rujeolă, gripă, anghină; 10% - de hepatită virală; 67,0% - au înregistrat în anamneză patologii extragenitale.

69,0±4,6% de mame din lotul test și 12,0±3,2 de mame din lotul martor ($P<0,05$) se aflau în evidența de dispensar la terapeut, endocrinolog, pulmonolog, ginecolog, fiziolog și alți specialiști.

În afara factorilor enumerați anterior, asupra sănătății copilului influențează paritatea, caracterul de decurgere a sarcinii, durata intervalului intergenezic (A.Sacker, Dj.Done, T.J.Crow, 1996).

Copiii din lotul test s-au născut de la 3,5±0,2 sarcină, pe când copiii din lotul martor - de la 1,4±0,1 ($P<0,05$).

După rangul născutului viu, copiii din lotul test s-au repartizat în modul următor: 38,0% - primul născut viu, 38,0% - al doilea, 15,0% - al

treilea, 6,0% - al patrulea, 3,0% - al cincilea. În lotul martor ponderea cea mai mare aparține primului născut viu, fiind urmată de cel de-al doilea - 45,0%. Rangul IV în lotul martor s-a înregistrat într-un singur caz.

Nașteri premature în antecedente au înregistrat $19,3 \pm 2,5\%$ de mame din lotul test, comparativ cu numai $5,7 \pm 1,8\%$ de mame din lotul martor ($P < 0,05$). Mortinatalitatea a fost menționată de $4,3 \pm 2,0\%$ de mame, avorturile - în $1,8\% \pm 1,3\%$ cazuri din lotul test. *N.N.Biserova și L.N.Fateeva (1996)* atribuie la factorii de risc pentru nașterea copiilor cu patologie invalidizantă și sarcinile prelungite.

O serie de cercetători (*R.Conon, E.Heyman, E.V.Asstalos, A.Ohisson, L.C.Pitson, A.T.Shennan, 1990; F.J.Stanley, L.Watson, 1992; H.Rydhstrom, I.Ingermansion, 1993; G.R.Alexander, C.C.Korenborn, 1995; N.M.Diaz Gomez, E.Domenech Martinez, F.Bassoso Guerrero, 1996*) pun accentul pe perioada perinatală, ca factor ce poate influența nașterea copilului cu patologie invalidizantă.

Conform datelor OMS și a diferitor autori (*U.Thyen, F.K.Teytmeger, 1991; C.Lord, 1991; P.Ferrieri, 1990; A.C.Phylactos, A.A. Leaf, K.Costeloe, M.A.Crawford, 1995*), ponderea anemiilor hipohrome la gravide este 15-90%. În lucrarea prezentă a fost stabilită o pondere de $83,0 \pm 3,8\%$ de anemii în lotul test și $20,0 \pm 4,0\%$ - în lotul martor.

L.N.Oveciko-Filipova și coaut. (1989), J.Martiws, T.Roos (1996) afirmă, că copiii prematuri se nasc de 1,5 ori mai frecvent în cazul sarcinilor complicate prin nefropatii, iar nivelul morbidității la acești copii este de 3 ori mai mare. Ponderea nefropatiilor la femeile cercetate a

constituit $64,0 \pm 4,8\%$. *S.Lipits, I.Freckel, C.Watts, Z.Ben-Rafael, G.Berkai, B.Reichman (1990)* subliniază importanța sarcinii multipare pentru sănătatea copiilor.

53,0% din copiii lotului test s-au născut la termen, ponderea nașterilor premature fiind de 37,0% în lotul test și 10,0% în lotul martor.

Importanța modului de desfășurare a nașterii pentru starea sistemului nervos central al copilului este susținută de *E.Iu.Vladimirova și E.E.Smirnova (1996)*. Rezultatele cercetării actuale au scos în evidență că în funcție de modul nașterii cazurile s-au structurat în felul următor:

lotul test: ➤ *pe căi naturale* - 89,0%;

➤ *prin cezariană* - 6,0%;

➤ *aplicarea forcepsului* - 5,0%;

lotul test: ➤ *pe căi naturale* - 98,0%;

➤ *prin cezariană* - 2,0%.

O diferență semnificativă s-a constatat dintre nașterea copilului cu patologie invalidizantă și complicațiile survenite în timpul nașterii, ponderea complicațiilor în lotul test fiind de $36,6 \pm 2,53\%$, comparativ cu numai $12,2 \pm 1,86\%$ în lotul martor ($P < 0,05$). În structura complicațiilor, înregistrate în timpul nașterii, ponderea maximală este deținută de scurgerea precoce a lichidului amniotic (33,0%) și anomaliile travaliului (22,7%). Hipoxia intrauterină a fătului în lotul test s-a depistat în luna $24,6 \pm 2,4$ de sarcină, comparativ cu luna $37,2 \pm 2,5$ în lotul martor.

Sietus Serif, A.Aeggbabe (1989), G.G.Graciova (1991), O.Sangrador, L.Beniloh, C.Tejado (1996) susțin necesitatea respectării unui interval intergenezic de la 2 până la 5 ani. Un interval intergenezic mai mic sau mai mare poate cauza nașterea copilului cu patologie.

Astfel, V.N.Sidorenko, T.M.Sigalova (1990), M.D.Khare, R.H.Merchant (1990), E.Wagner, D.S.Marsico (1990) afirmă, că un interval mai mic de 2 ani sporește de 2 ori pericolul nașterii unui copil bolnav. În cercetarea actuală, un interval intergenezic până la 2 ani s-a înregistrat în 24,0% cazuri și peste 5 ani - 10% cazuri din lotul test.

O influență negativă asupra stării de sănătate a copilului exercită maladiile suportate de mamă în timpul sarcinii: gripa, hepatita virală, ruzeola. Ponderea maladiilor respiratorii acute în lotul test a constituit 71%, în lotul martor - 21% ($P < 0,05$); hepatita virală s-a înregistrat în 4,0% și 2,0% cazuri respectiv.

7% din mamele lotului test au menționat în antecedente nașterea copiilor cu patologie înăscută. Cu toate acestea ele nu au fost consultate la centrul de genetică.

În 35,0% cazuri mamele au suferit de acutizarea bolilor cronice. Datorită acestui fapt, 25,0% din ele au fost consultate pentru întreruperea sarcinii, însă nici una nu a dat acordul.

Rezultatele cercetării au confirmat existența asociațiilor veridice dintre nașterea copiilor cu patologie invalidizantă și activitatea medicală a mamei (tab. 5.5).

În cadrul cercetării actuale au fost determinați și aranjați factorii de risc pentru nașterea copiilor cu patologie invalidizantă (tab. 5.6).

ANALIZA COMPARATIVĂ A ACTIVITĂȚII MEDICALE
LA MAMELE DIN LOTURILE INVESTIGATE

Caracterul activității	Loturile		P
	test	martor	
<i>Adresarea oportună la medic în legătură cu graviditatea</i>	53,2±2,6	81,2±1,91	<0,05
<i>Frecventarea regulată a medicului în timpul sarcinii</i>	58,2±3,39	78,9±3,41	<0,05
<i>Respectarea recomandărilor medicului pentru îngrijirea copilului</i>	85,4±1,87	93,4±1,22	<0,05
<i>Adresarea oportună la medic în legătură cu starea de sănătate a copilului</i>	34,0±2,51	89,7±1,12	<0,05

În ierarhia factorilor de risc locul I îl deține abuzul de alcool, locul II - starea de sănătate a mamei (prezența patologiei cronice ce influențează starea de sănătate a fătului), locul III - vârsta mamei la momentul nașterii copilului. O importanță deosebită pentru nașterea copilului cu patologie au bolile suportate în timpul sarcinii, factorul respectiv s-a plasat pe locul IV. Pe locul V s-a înscris modul de desfășurare a nașterii, fiind urmat de prezența complicațiilor în timpul sarcinii (locul VI).

Condițiile dificile de muncă, contactul cu noxe profesionale, lucrul cu tutunul au ocupat locurile VIII, XI și XIII respectiv.

Un rol anumit în determinarea stării de sănătate a copilului îl deține intervalul intergenezic până la 2 ani (locul IX) și peste 5 ani (locul XII).

Tabelul 5.6

**IERARHIA FACTORILOR DE RISC DIN PARTEA MAMEI
PENTRU NAȘTEREA COPIILOR CU PATOLOGIE INVALIDIZANTĂ**

Nr	Factorii de risc	Loturile		t	P	Rangul
		test	martor			
1	Abuzul de alcool	12,0±1,1	0,0±0,0	10,9	<0,05	I
2	Starea de sănătate	69,0±4,6	12,0±3,2	10,2	<0,05	II
3	Vârsta	29,9±0,8	25,5±0,2	9,02	<0,05	III
4	Bolile infecțioase suportate în timpul sarcinii	71,0±4,5	21,0±4,1	8,2	<0,05	IV
5	Complicații în timpul sarcinii	36,6±2,5	12,2±1,9	7,9	<0,05	V
6	Complicații în timpul nașterii	99,0±0,99	67,0±4,7	6,6	<0,05	VI
7	Prezența contraindicațiilor pentru sarcină și naștere	25,0±4,3	0,0±0,0	5,8	<0,05	VII
8	Condiții grele de muncă	22,0±4,1	0,0±0,0	5,4	<0,05	VIII
9	Intervalul intergenetic până la 2 ani	24,0±4,4	1,0±0,99	5,1	<0,05	IX
10	Prezența noxelor profesionale	49,0±4,9	20,0±4,0	4,6	<0,05	X
11	Contact cu substanțe chimice nocive	30,0±4,6	7,0±2,6	4,3	<0,05	XI
12	Intervalul intergenetic peste 5 ani	10,0±3,0	0,0±0,0	3,3	<0,05	XII
13	Lucrul cu tutunul	17,0±4,8	6,0±2,5	2,0	<0,05	XIII

5.3. Caracteristica medico-socială a tatălui

În lucrările, ce reflectă rolul familiei în viața, educarea și reabilitarea copilului invalid accentul se pune pe descrierea mamei. Personalitatea tatălui, rolul acestuia în viața copilului rămân practic neelucidate (*J.Rogner, E.T.Wessels, 1994; M.P.Kaplan, 1996*).

Reieșind din aceste considerente, ne-am propus să studiem caracteristica taților din familiile ce educă copii invalizi din punct de vedere medico-social și să comparăm tabloul obținut cu caracteristica medico-socială a taților din familiile cu copii sănătoși și practic sănătoși în scopul evidențierii diferențelor semnificative și factorilor posibili de risc pentru nașterea copiilor cu patologie invalidizantă.

Analiza rezultatelor obținute confirmă existența unor diferențe semnificative dintre tații ce educă copii invalizi și cei ce educă copii sănătoși sau practic sănătoși.

Vârsta medie a taților la momentul nașterii copilului cu patologie invalidizantă (lotul test) a constituit $32,0 \pm 1$ ani, iar a taților cu copii sănătoși sau practic sănătoși (lotul martor) - $24,8 \pm 0,2$ ani ($P < 0,05$). Ponderea taților în vârstă de peste 30 ani în lotul test a constituit 51,6%, comparativ cu numai 1,1% în lotul martor.

Repartiția taților în funcție de nivelul de studiu este prezentată în tab. 5.7.

Analiza datelor prezentate în tab. 5.7 atestă o pondere de 67,0% de tați cu studii medii incomplete și medii generale în lotul test, pe când în lotul martor predomină tații cu studii medii speciale și superioare.

DISTRIBUȚIA TAȚILOR DUPĂ NIVELUL DE INSTRUIRE
(la 100 de tați din lotul respectiv)

Nivelul de studii	Loturile		t	P
	test	martor		
<i>Primare</i>	0,0±0,0	0,0±0,0	-	-
<i>Medii incomplete</i>	35,1±4,8	4,1±1,9	4,7	<0,05
<i>Medii generale</i>	31,9±4,7	28,3±4,5	0,6	>0,05
<i>Medii speciale</i>	21,7±4,1	44,4±4,9	3,5	<0,05
<i>Superioare incomplete</i>	0,0±0,0	1,0±0,9	1,1	>0,05
<i>Superioare</i>	11,3±3,2	22,2±4,2	2,1	>0,05

Distribuția taților în funcție de categoria socio-profesională este prezentată în tab. 5.8.

Din datele tab. 5.8 se poate constata, că ponderea copiilor cu patologie invalidizantă este de 2,7 ori mai mare la tații agricultori din lotul test, ponderea funcționarilor în lotul martor fiind de 2,7 ori mai mare comparativ cu lotul test.

În lotul test s-a constatat o pondere mai ridicată a taților ce muncesc în condiții profesionale nocive 47,4±5,1, comparativ cu lotul martor (14,2±3,5%; P<0,05). 85,8% de tați din lotul martor și 52,6% - din lotul test nu au fost supuși acțiunii factorilor profesionali nocivi. Activitatea profesională a taților din lotul test a fost de 4,2 ori mai frecvent însoțită de acțiunea substanțelor chimice nocive și de 5,2 ori - de contactul cu tutunul, decât a taților din lotul martor.

**DISTRIBUȚIA TAȚILOR ÎN FUNCȚIE
DE CATEGORIA SOCIO-PROFESIONALĂ**

Categorია socio-profesională	Loturile		t	P
	test	martor		
<i>Funcționar</i>	18,6±3,9	49,5±4,9	4,9	<0,05
<i>Muncitor</i>	33,0±4,7	32,3±4,7	0,1	>0,05
<i>Agricultor</i>	44,3±4,9	16,2±3,7	4,6	<0,05
<i>Student</i>	0,0±0,0	1,0±0,9	1,1	>0,05
<i>Nu lucrează</i>	4,1±1,9	1,0±0,9	1,5	>0,05

Informații referitor la deprinderile nocive ale taților sunt prezentate în tab. 5.9.

Tabelul 5.9

**DISTRIBUȚIA DEPRINDERILOR NOCIVE LA TAȚI
(la 100 tați din loturile respective)**

Deprinderi nocive	Loturile		t	P
	test	martor		
<i>Fumatul</i>	86,6±3,4	61,6±4,9	4,2	<0,05
<i>Frecvența consumului de alcool: rar</i>	10,3±3,0	60,6±4,9	8,8	<0,05
<i>moderat</i>	43,3±4,9	37,6±4,8	6,8	>0,05
<i>frecvent</i>	46,4±4,9	2,0±1,4	7,7	<0,05

Cercetările epidemiologice, întreprinse de *N.Roelvelde, E.Vingerhoets, G.A.Zielhuic, P.Gabreels (1992), N.Neather, R.P.Mattick, R.Zamir (1993), H.E.Roodney (1996)*, au constatat că fumatul și abuzul de alcool

din partea taților sporește pericolul nașterii copiilor cu deficiențe mintale de 2,4 ori.

Analiza datelor prezentate în tab. 5.9 demonstrează, că tații din lotul test se caracterizează printr-o consumare de alcool de 23,2 ori mai frecventă, comparativ cu tații din lotul martor. Pentru tații lotului martor este mai specific consumul rar de alcool, de 6,2 ori mai mult față de lotul test. Frecvența fumatului s-a dovedit a fi de 1,4 mai mare la tații din lotul test.

70,1±4,6 din tații lotului test se aflau în evidența de dispensar la diferiți specialiști. La momentul nașterii copilului cu patologie invalidizantă 37,1% se aflau în evidența terapeutului, 7,2 - ftiziatrului, 6,2 - psihiatrului, 16,5 - narcologului. Tații din lotul martor se aflau preponderent în evidența terapeutului - 12,1±3,3.

Conform rezultatelor interviului, 7,2% din tații lotului test au înregistrat diferite grade de pierdere a vitalității (invaliditate). Ei de 10,1 ori mai mult s-au identificat ca fiind "frecvent bolnavi", pe când reprezentanții lotului martor de 11,7 ori au indicat caracteristica "practic sănătoși".

91,1% de tați din lotul martor au fost caracterizați pozitiv (cuminte, grijuliu, muncitor) de către soții, rude și vecini, pe când 65,7% de tați din lotul test au primit caracteristici negative, iar 49,5% nu luau parte la îngrijirea și educarea copilului invalid. Descrierea medico-socială a taților ne-a permis să identificăm și aranjăm după importanță factorii de risc pentru nașterea copiilor cu patologie invalidizantă (tab.5.10).

IERARHIA FACTORILOR DE RISC DE NAȘTERE A COPIILOR CU PATOLOGIE INVALIDIZANTĂ DIN PARTEA TAȚILOR

Factorii de risc	Loturile		t	Rangul
	test	martor		
<i>Abuzul de alcool</i>	46,6±5,1	2,0±1,4	8,4	I
<i>Starea de sănătate</i>	70,1±4,6	20,2±4,0	8,2	II
<i>Vârsta medie la momentul nașterii copilului</i>	32,3±1,0	24,8±0,2	7,4	III
<i>Noxe profesionale</i>	47,4±5,1	14,2±3,5	5,4	IV
<i>Prezența invalidității</i>	7,2±2,6	0,0±0,0	2,8	V

Astfel, reieșind din diferențele semnalate după o serie de factori dintre tații ce educă copii invalizi și tații ce educă copii sănătoși sau practic sănătoși, se poate constata, că caracteristica medico-socială a tatălui joacă un rol important în prognosticul vieții copilului.

Factorii principali de risc pentru nașterea copilului cu patologie invalidizantă din partea tatălui au constituit: abuzul de alcool, starea de sănătate, vârsta înaintată la momentul nașterii copilului, condițiile nocive de muncă, prezența invalidității.

Solicită atenție faptul, că factorii de risc pentru nașterea copilului invalid, atât din partea mamei, cât și din partea tatălui sunt identici cu factorii de risc stabiliți de *C.Buga (1991)* în studiul mortalității infantile în condiții extraspitalicești și de *C.Ețco (1992)* în studiul sănătății copiilor din Republica Moldova.

01.2 iulie În baza datelor acumulate cu ajutorul anchetei (anexa 1), autorul a proiectat tabelul de prognozare a riscului nașterii copiilor cu patologie invalidizantă. La proiectarea tabelului au fost utilizați indicatorii simpli și cei intensivi reglementați, calculați după metoda lui *E.N.Șigan*.

Au fost selectați următorii factori: vârsta mamei la momentul nașterii copilului, decurgerea sarcinii, maturitatea fătului, patologia în perioada neonatală, prezența în familie a altor copii invalizi, vârsta la momentul stabilirii invalidității, caracterul acesteia, starea familială și nivelul de instruire a părinților, deprinderile nocive (tab.5.11).

Utilizarea tabelelor de prognozare a sănătății copiilor de vârstă timpurie contribuie la depistarea contingentului cu factori de risc, care solicită o evidență specială în vederea stabilirii patologiei invalidizante. Informații similare găsim în lucrările lui *A.G.Ivanov (1993)*.

Depistarea precoce a factorilor de risc, atât din partea mamei, cât și din partea tatălui contribuie la prevenirea nașterii copiilor cu patologie invalidizantă.

Conform datelor Centrului Republican de Genetică 75,2% de gravide au fost îndreptate la consultația medico-genetică, însă numai 15,2% au efectuat-o. Diagnosticul prenatal a fost efectuat în 34,1% cazuri, ceea ce a permis stabilirea a 3 cazuri de atrezie a tubului digestiv, 8 defecte ale tubului neuronal, 13 cazuri de vicii severe de cord și vicii congenitale multiple, 2 cazuri de vicii renale și 5 hernii embrionare. Deasemenea, în 27,8% cazuri, la femei peste 35 ani a fost posibilă nașterea copiilor cu sindromul Down; diagnosticul respectiv a fost stabilit în urma amniocentezei cu aprecierea cariotipului la făt.

**TABELUL DE PROGNOZARE A RISCULUI
PENTRU NAȘTEREA COPILULUI INVALID**

Nr	Factorii	Abs.	Indicele intensiv	Indexul ponderal K	IIR	K-IIR
1	Vârsta mamei la momentul nașterii copilului:	3904				
	16-20	128	0,11	10,0	0,02	0,2
	21-25	588	0,40		0,10	1,0
	26-30	959	0,80		0,16	1,6
	31-35	613	0,51		0,10	1,0
	36-40	899	0,75		0,15	1,5
	41-50	622	0,52		0,10	1,0
	> 50	95	0,08		0,01	0,1
2	Decurgerea sarcinii:	1733	1,4	1,28	0,28	0,35
	fiziologică patologică	2171	1,8		0,36	0,16
3	Maturitatea fătului:	1640	1,36	1,4	0,27	0,29
	matur prematur	1820	1,51		0,30	0,33
4	Înregistrarea patologiei în perioada neonatală:	1972	1,60	1,30	0,32	0,41
	da nu	1488	1,23		0,25	0,32
5	Prezența la mamă a patologiei cronice:	2131	1,77	1,20	0,36	0,43
	da nu	1773	1,57		0,30	0,36
6	Rangul nou-născutului:	4448				
	1-2	3534	2,94	42,0	0,60	25,2
	3-5	869	0,7		0,14	5,88
	6 și >	95	0,07		0,01	0,42
7	Prezența în familie a altor copii invalizi:	4546				
	da nu	374 4172	0,31 3,47	11,2	0,06 0,70	0,67 7,84
8	Vârsta la momentul stabilirii invalidității:	3460				

	la naștere	1203	1,0	2,94	0,20	0,58
	până la 1 an	769	0,63		0,12	0,35
	1-3 ani	417	0,34		0,06	0,17
	3-6 ani	491	0,40		0,08	0,23
	6-14 ani	580	0,42		0,09	0,26
9	Cauzele invalidității: congenitală	4604				
	în timpul nașterii	2909	2,42	16,13	0,49	7,9
	consecință a bolii	862	0,71		0,14	2,25
	consecință a traumei	652	0,54		0,11	1,77
		181	0,15		0,03	0,48
10	Studiile mamei: medii incomplete	1731	1,44	4,5	0,29	1,3
	medii	1403	1,16		0,23	1,03
	medii de specialitate	953	0,79		0,16	0,72
	superioare	385	0,32		0,06	0,27
11	Categoria socio-profesională a mamei:	4530				
	muncitoare	1356	1,2	228,6	0,23	52,58
	agricultoare	1131	0,94		0,19	43,43
	funcionară	1325	1,10		0,22	50,29
	casnică	605	0,50		0,10	22,86
	studentă	6	0,0049		0,001	0,23
	pensionară	47	0,03		0,006	1,37
12	Starea familială a mamei:					
	căsătorită	4023	3,35	20,9	0,68	14,2
	divorțată	308	0,26		0,05	1,1
	singură	187	0,16		0,24	5,0
13	Categoria socio-profesională a tatălui:	4033				
	muncitor	1728	1,44	360,0	0,29	104,4
	agricultor	1301	1,08		0,22	79,2
	funcionar	894	0,74		0,15	54,0
	militar	54	0,04		0,008	2,88
	student	5	0,004		0,0008	0,29
	pensionar	51	0,042		0,0085	3,06
14	Deprinderi nocive din partea părinților:					
	da	2917	2,34	1,65	0,48	0,79
	nu	1713	1,42		0,29	0,48

În scopul diagnosticului prenatal, în primul trimestru de sarcină au fost examinate 30 paciente, dintre care 4 au indicat în antecedente cazuri de naștere a copilului cu sindromul Down, 3 - cu vicii cardiace (la un făt s-a constatat microcefalie), 2 - cu anomalii cromozomiale, 4 gravide erau în vârstă de peste 35 ani (la un făt s-a constatat sindromul Klainfelter), 3 femei în timpul sarcinii prezente au fost expuse acțiunii factorilor nocivi: administrarea medicamentelor, investigații radiologice; iar 12 gravide au fost examinate în scopul stabilirii sexului la făt (în toate cazurile s-a constatat un cariotip normal).

În comun cu colaboratorii Centrului de Genetică al MS RM a fost elaborată și aplicată în practică "Fișa de declarare a cazului nou de malformații congenitale". În baza acestei forme, Centrul de Genetică acumulează informații ce țin de copiii născuți cu malformații congenitale, caracteristica medico-socială a părinților și alte, care vor permite lucrătorilor medicali să realizeze profilaxia maladiilor congenitale și ereditare la un nivel mai înalt. Așa dar, modul de viață al părinților influențează în mod semnificativ indicatorii de sănătate a copiilor (C.Buga, 1991; V.Martânov, 1991; C.Efco, 1992, A.Ivanov, 1993).

Informațiile ce țin de condițiile și modul de viață a părinților din loturile test și martor au fost obținute de autor în baza unui chestionar special. În funcție de numărul de copii familiile s-au repartizat în modul următor:

lotul martor:

- 1 copil - 46,0%;
- 2 copii - 52,0%;
- 3 copii - 1,0%;
- 4 și peste - 1,0%;

lotul test:	➤ 1 copil	- 25,0%;
	➤ 2 copii	- 40,0%;
	➤ 3 copii	- 25,0%;
	➤ 4 copii	- 10,0%.

96,0% familii din lotul test erau complete, 10,0% - cu mulți copii, iar în 9,0% familii s-au mai înregistrat și alți copii invalizi.

Unul din obiectivele studiului a fost descrierea medico-socială a părinților ce educă copiii invalizi.

Apariția în familie a unui copil invalid devine un "șoc psihologic", în special pentru mamă. Gradul acestui șoc depinde de nivelul general de cultură și de școlarizare a mamei. Nivelul de studii a mamei joacă un rol important în determinarea nivelului de morbiditate și mortalitate a copiilor, în special primului an de viață. Rezultatele cercetării actuale au scos în evidență un număr de 4,8 ori mai mare de mame cu studii medii incomplete în lotul test, față de lotul martor. În lotul martor s-au înregistrat de 1,5 ori mai multe mame cu studii medii speciale și de 2 ori mai multe mame cu studii superioare. A fost stabilit că, în funcție de categoria socio-profesională, copiii invalizi se nasc de 2 ori mai rar la mame funcționare. O pondere de 67,0% din lotul test au constituit mamele agricole și muncitoare cu studii medii și medii incomplete. Drept consecință nefavorabilă a nașterii copilului invalid a fost indicat divorțul ($3 \pm 1,7\%$).

Conform cercetării actuale, vârsta medie a mamelor la momentul nașterii copilului invalid a constituit $29,9 \pm 0,8$ ani, comparativ cu $22,5 \pm 0,2$ în lotul martor ($P < 0,05$).

În cadrul cercetării actuale a fost stabilită influența semnificativă asupra nașterii copilului cu patologie invalidizantă a astfel de factori ca

condițiile grele de muncă și contactul cu noxe profesionale în timpul sarcinii.

Studiind deprinderile dăunătoare la mame a fost stabilit că, utilizarea rară a băuturilor spirtoase s-a înregistrat de 2,7 ori mai frecvent ($t= 5,6$), iar consumul moderat - de 13 ori mai rar ($t= 9,2$) comparativ cu lotul test.

Frecvența fumatului s-a dovedit a fi de 5,6 ori mai mare printre femei, ce educă copilul invalid, comparativ cu mamele copiilor sănătoși și practic sănătoși.

Starea de sănătate a copiilor la 25-30% depinde de sănătatea mamei. Datele cercetării atestă, că 28,0% din mamele investigate au suferit în perioada pubertală de rubeolă, rujeolă, gripă, anghină; 10% - de hepatită virală; 67,0% - au înregistrat în anamneză patologii extragenitale.

În afara factorilor enumerați anterior, asupra sănătății copilului influențează paritatea, caracterul de decurgere a sarcinii, durata intervalului intergenezic. Copiii din lotul test s-au născut de la a $3,5 \pm 0,2$ sarcină, pe când copiii din lotul martor - de la $1,4 \pm 0,1$ ($P < 0,05$).

Semnificativ mai frecvent la mamele lotului test s-au înregistrat nașteri premature în antecedente ($19,3 \pm 2,5\%$), comparativ cu numai $5,7 \pm 1,8\%$ de mame din lotul martor ($P < 0,05$). Mortinatalitatea a fost menționată în $4,3 \pm 2,0\%$ cazuri, avorturile - în $1,8\% \pm 1,3\%$ cazuri din lotul test.

Cercetările au demonstrat, că 53,0% din copiii lotului test s-au născut la termen, ponderea nașterilor premature și supramaturate fiind de 37,0% și 10,0% respectiv.

O asociație semnificativă s-a constatat dintre nașterea copilului cu patologie invalidizantă și complicațiile survenite în timpul nașterii, ponderea complicațiilor în lotul test fiind de $36,6 \pm 2,53\%$, comparativ cu numai $12,2 \pm 1,86\%$ în lotul martor ($P < 0,05$).

În cercetarea actuală, durata intervalului intergenezic a constituit $24,6 \pm 2,4$ luni în lotul test și $37,2 \pm 2,5$ luni în lotul martor.

7% din mamele lotului test au menționat în antecedente nașterea copiilor cu patologie înăscută.

În urma cercetării actuale au fost determinați factorii de risc ai nașterii copiilor cu patologie invalidizantă din partea mamei. În ierarhia factorilor de risc locul I îl deține abuzul de alcool, locul II - starea de sănătate a mamei (prezența patologiei cronice ce influențează starea de sănătate a fătului), locul III - vârsta mamei la momentul nașterii copilului. O importanță deosebită pentru nașterea copilului cu patologie au bolile suportate în timpul sarcinii, factorul respectiv s-a plasat pe locul IV. Pe locul V s-a înscris modul de desfășurare a nașterii, fiind urmat de prezența complicațiilor în timpul sarcinii (locul VI). Condițiile dificile de muncă, contactul cu noxe profesionale, lucrul cu tutunul au ocupat locurile VIII, XI și XIII respectiv. Un rol anumit în determinarea stării de sănătate a copilului îl deține intervalul intergenezic până la 2 ani (locul IX) și peste 5 ani (locul XII).

Caracteristica medico-socială a tatălui joacă un rol important în prognosticul vieții copilului. Factorii principali de risc pentru nașterea copilului cu patologie invalidizantă din partea tatălui au constituit: abuzul de alcool, starea de sănătate, vârsta înaintată la momentul nașterii copilului, condițiile nocive de muncă, prezența invalidității.



ROLUL FAMILIEI ÎN REABILITAREA ȘI EDUCAREA COPILULUI INVALID

6.1. Problemele familiei

Nașterea copilului cu patologie invalidizantă modifică neapărat modul de viață și, în special, clima psihologică în familie. *W.G.Kronenberger, R.J.jr.Thompson (1992), M.Lequerica (1993), I.L.Wallander, T.L.Venters (1995)* relatează, că familiile respective suferă un stres emoțional. O serie de alți autori (*C.Cifxdra, C.Finoccharo, E.Raciti, A.Al-Berti, 1992*) consideră, că familiile cu copii invalizi îndură cinci probleme: izolare, mânie, distribuția obligațiilor dintre membrii familiei, depresie și resemnare.

Toți membrii familiei, dar mai cu seamă mama, se află într-o stare de încordare emoțională. Cercetarea stresului emoțional și modificărilor ce apar în relațiile dintre soți (*L.L.Dyson, 1993; S.H.Tweed, C.D.Ryff, 1996*) a stabilit dependența acestora de gravitatea patologiei și soliditatea cuplului. În primii ani de viață a micuțului acest stres nu diminuează, ci sporește. Între soți și alți membri ai familiei apar relații tensionate.

Savanții italieni *M.Clerici, J.Beltz, P.Bertrando (1993)* în baza unei scări emoționale speciale au cercetat părinții ce educă copii invalizi. Rezultatele acestui studiu relevă, că o pondere de 43% de mame pentru menținerea statutului său emoțional iau în mod regulat neuroleptici. *F.Brach-Papa, P.Stradoni (1991), V.Johnson (1995)* au propus diferite

modele de familii în dependență de nivelul de instruire și asigurare materială.

Stresul emoțional al mamei se reflectă în primul rând asupra relațiilor sale cu soțul. Starea de neliniște, anxietate, excitabilitate sporită, concentrarea atenției asupra micuțului invalid, formează la soț o stare permanentă de discomfort. În cazul, în care relațiile în familie sunt tensionate, apariția copilului cu patologie favorizează manifestarea conflictului intern: acuzări reciproce, neînțelegeri, relații tot mai încordate; în astfel de situații, un cuvânt neatent din partea rudelor sau a medicului poate fi de ajuns pentru destrămarea familiei.

Cercetările au demonstrat, că apariția copilului cu devieri în dezvoltare a dus la diminuarea ponderii familiilor complete cu relații conjugale bune de la 46,9%, până la 29,1% și creșterea ponderii familiilor cu relații tensionate și conflicte rare (52,3%) sau frecvente (15,2%); 13% din familii s-au destrămat.

Nașterea copilului cu patologie în familii cu relații bune, bazate pe încredere, înțelegere și dragoste poate cimentea și mai mult relațiile existente. *A.L.Saddler, S.B.Hillman, D.Benjamino (1993)* au stabilit, că prezența copilului invalid în astfel de familii mobilizează toți membrii acesteia pentru soluționarea problemelor apărute; familiile respective sunt mult mai unite decât familiile din lotul martor.

În cadrul cercetării actuale, autorul a înregistrat diferențe dintre rolul și funcțiile mamei și ale tatălui în familie.

Starea tensionată a mamei, cauzată de nașterea copilului cu patologie, influențează în mod negativ nu numai relațiile conjugale, dar și psihicul copilului. Ea este încordată, deprimată, rareori zâmbește, se

intimidează în relațiile cu micuțul. Prin urmare, copilul crește nervos, excitabil, solicită o atenție permanentă. În astfel de situații, mamele, de obicei, abandonează serviciul, punând capăt planurilor sale profesionale. Conform cercetării actuale, 12% din mame au abandonat serviciul, 9% din tați au început să facă abuz de alcool.

O situație deosebită se înregistrează în familii, unde mama găsește puteri să-și mențină echilibrul sufletească. O atare mamă devine un ajutor activ pentru micuț. Ea se străduiește să înțeleagă cât mai bine problemele micuțului, urmează cu atenție sfaturile specialiștilor, își educă în sine o serie de calități noi. Adesea, astfel de mame duc un zilnic de observare a copilului, care devine un document important nu numai pentru părinți, ci și pentru specialiști ce supraveghează copilul (U.M.Rayzmann, P.Schneider, H.Richter, 1991; P.Sloper, S.Turner, 1993).

Diagnosticul anunțat nu trebuie să provoace panică sau pesimism, ci să-i îndemne pe părinți la o evaluare critică a stării de sănătate a copilului și luarea măsurilor necesare privitor la educarea și îngrijirea lui. După stabilirea diagnosticului, în special a unei maladii ereditare sau afecțiunii organice severe a creierului, în fața familiei se ridică întrebarea: "Ce va fi mai departe?" N.Havashi, K.Lijima, M.Higurashi (1993), J.H.Kashani, W.D.Allan, J.M.Dahmeier, M.Rezvaw, J.C.Reid (1995) indică, că aceste familii îndură greutăți în obținerea asistenței medicale și educarea copiilor săi. Numai 44% de mame au posibilitatea de a-și implica soțul în problemele legate de educarea copilului. V.C.Iuriev, I.V.Zdorovțeva (1991) relatează că, în familiile cu copii ce suferă de patologie congenitală, 11,8% de femei refuză să mai

nască vre-un copil, 23,2% - au fost nevoite să abandoneze serviciul, iar 10,3% - să-și schimbe locul de muncă în legătură cu organizarea îngrijirii copilului.

Uneori, în fața părinților apare problema: "Să lase copilul în familie sau să-l determine într-o instituție specială din sistemul de asigurare socială?" În aceste cazuri, o soluționare justă a problemei ar putea fi sugerată de medic. Însă, nici un argument al medicului nu poate concura cu porunca inimii. Deaceia, decizia finală este a părinților. Totodată, trebuie luată în vedere și prezența în familie a altor copii (H.P.Parette, J.J.Hourcade, R.K.Brimberry, 1990; S.Wainer, H.Khuzwayo, 1993).

Aportul părinților în dezvoltarea copilului nu se limitează numai la funcția biologică, legată de ereditate. Un rol important îl au condițiile de trai și educaționale (P.L.Anderson, S.Kazmierskis, M.E.Cronin, 1995). Părinții copilului bolnav trebuie să-și asume și funcția de psihoterapeut al familiei. Mai cu seamă aceasta se referă la familiile ce educă copii cu infirmitate motorie cerebrală, epilepsie, schizofrenie, arierații mintale (J.Stevenson, M.J.Thompson, E.Sonuga-Baske, 1996).

Acești părinți sunt instruiți de către specialiști în privința îngrijirii și metodelor de corecție. Astfel, M.Mahta, P.Pande, M.Bhargava (1991) au constatat, că problemele de educare a copilului cu deficiențe mintale sunt în mare măsură cauzate de neputința mamei de a acorda ajutorul necesar. Însușirea deprinderilor necesare devine un moment critic în educarea copiilor cu deficiențe mintale. 32% din mame interogate s-au pronunțat pentru instruire în scopul însușirii deprinderilor de acordare a ajutorului necesar copilului (S.T.Blackburn, 1996).

Condițiile psihologice normale în fiecare familie pot fi asigurate de rețeaua dezvoltată de asistență socială. Numai cu sprijinul acestor structuri părinții au posibilitatea să-și controleze situația familială. Părinții, prin unirea în diferite asociații, pot contribui și ei la activitatea serviciilor sociale. La ora actuală, părinții din toată lumea organizează asociații diferite pentru sprijinul familiilor, ce educă copii cu patologie și dereglări în dezvoltare (R.J.Vaier-Lenz, E.Lenk, 1994; A.Wiessler, J.Seidlitz, U.Bayha, 1994; M.S.Miles, J.Carlson, S.G.Funk, 1996).

M.Settke (1992) indică, că în cadrul Centrului de sănătate din Norvegia, asistența medicală este acordată nu numai copiilor cu diferite patologii, dar și părinților acestora. Colaboratorii Centrului acordă serviciile necesare atât la domiciliu, cât și la școală. Colaborarea dintre lucrătorii centrelor de reabilitare (se realizează după un program special: "Programul de asistență la domiciliu") și părinți sporește eficacitatea asistenței medicale copiilor invalizi.

M.D.Marcenco, L.K.Smith (1992) menționează Centrul de părinți al copiilor invalizi, organizat în Filadelfia. Activitatea centrului ține de educarea copiilor invalizi, acordarea asistenței medicale, asigurarea ducerii copiilor la școală. Prin urmare, s-a ameliorat climatul psihologic în familie, s-a ridicat nivelul de activitate a părinților, mulți din ei și-au restabilit planurile profesionale.

În Statul New Jersey, în baza legii "Education for all Handicapped Children. Act of 1975", pentru copii invalizi a fost aplicat un sistem special de învățământ. M.A.Repetto, S.P.Hoeman (1991) accentuează că colaborarea părinților, lucrătorilor din sfera medicală și a

învățământului public contribuie la creșterea efectului economic, social și psihologic al procesului de instruire (*M.Catanzaro, C.Weitnert, 1992; A.L.Melin, S.Håkansson, L.O.Bygren, 1993*).

Informații interesante despre colaborarea părinților și profesorilor din Stockholm și Tokio în problemele educației sexuale și instruirii copiilor invalizi cu dereglări mintale în vârstă de 15-16 ani sunt prezentate de *H.Katola (1993)*. Unele probleme etice ale educației sexuale prezentau dificultăți în ambele școli.

M.T.Perkins menționează rezultatele pozitive ale colaborării dintre părinți și personalul medical în acordarea asistenței medicale copiilor invalizi. Același lucru este accentuat și de autorii japonezi *N.Hayashi, K.Lijima, M.Higurashi (1993)*, savanții din Germania - *S.L.Folden, S.Koffman (1993)* și SUA - *I.Fleming, M.Challela (1994)*.

Dezvoltarea individuală a copilului este determinată nu numai de climatul psihologic al familiei, ci și de menținerea contactelor cu prietenii. Este important, că familia să nu se "închidă", "retragă în sine", intimideze de copilul bolnav. Menținerea contactului cu anturajul contribuie atât la adaptarea socială a copilului invalid, precum și la umanizarea societății, formând la membrii acesteia o atitudine corectă față de copilul bolnav, dorința de a-l ajuta (*P.Rozenbaum, S.King, C.Toal, S.Puttsuamaiah, K.Durrell, 1990; K.Free, I.Alechina, C.Zahn-Waxler, 1996*).

Educarea copilului cu patologie deseori generează dificultăți foarte mari. Savanții francezi *A.Broner și F.Broner*, care toată viața și-au dedicat-o instruirii și educării copiilor cu anomalii în dezvoltare susțin, că "De a aștepta un progres mintal de la copil, căruia

i-am administrat pastile și prafuri este același lucru, ca și cum de a aștepta roadă de pe pământul îmbogățit cu îngrășeminte. Trebuie și de semănat!”

Familia își poate ajuta copilul numai în cazul aplicării precoce (chiar în primele luni de viață) a unui sistem educațional de corecție.

6.2. Despre educația copilului cu devieri în dezvoltarea.

Dacă copilul suferă de boala Dawn.

O altă denumire a acestei boli este mongoloismul, deoarece forma ochilor la copiii cu sindromul Dawn seamănă cu incizia ochilor la popoarele din Răsărit.

În medicină termenul “boala Dawn” a fost lansat în sec.XIX de către medicul *Landon Dawn*, care pentru prima dată a descris copiii cu boala respectivă.

Deoarece boala Dawn se poate determina după aspectul exterior: forma ochilor, forma capului, mărimea urechilor etc., veți fi informați despre patologia copilului încă din maternitate. O să aflați, că copilul D-voastră va avea probleme la învățătură. Cu toate aceste dificultățile nu vor fi chiar așa de mari cum va menționa medicul.

În ultimii ani, specialiștii în acest domeniu au stabilit, că atenția deosebită acordată acestor copii face că ei să dezvolte în sine mult mai multe capacități decât era considerat până nu demult.

Mulți copii cu boala Dawn suferă de afecțiuni ale cordului. Majoritatea din ele pot fi tratate pe cale chirurgicală la o vârstă cât mai fragedă. În cazul în care micuțul D-voastră are probleme cu inima, adresați-vă la specialiști pentru a obține sfaturi necesare în privința îngrijirii lui sau posibilităților tratamentului.

În unele cazuri copiii cu boala Dawn au o respirație dispneică. Umezirea aerului cu apă rece în camera copilului va atenua simptomele nedorite. Recomandațiile sunt mai necesare în cazul, în care D-voastră locuiți în condițiile climei uscate.

Majoritatea copiilor cu boala Dawn sunt liniștiți, prietenoși și atașabili. Dar din cauză, că micuțul nu se poate uita direct la D-stră, și nu vorbește când D-stră vorbiți sau vă jucați cu el, apare senzația, că el nu se bucură de comunicarea D-stră.

Este foarte important de a prelungi joaca și comunicarea cu copilul, pentru a-i rezerva destul timp pentru a se învăța să zâmbească și să vorbească. Micuțul D-stră are nevoie de un timp mai îndelungat, decât copiii obișnuiți, pentru a înțelege ce faceți D-stră, și corespunzător să vă răspundă.

În realitate durata învățării - este problema principală a copiilor cu boala Dawn.

- ei solicită mai mult timp, ca de obicei, pentru a se învăța să țină capul și a se mișca;
- ei solicită mai mult timp, pentru a învăța să zâmbească și să vorbească;
- ei solicită mai mult timp pentru a se învăța să se îmbrace și să se dezbrace;

- ei solicită mai mult timp pentru a se învăța să mănânce de sine stătător;
- ei vor învăța deprinderile igienice (de toaletă) la o vârstă mai mare, decât alți copii.

Însă copiii cu sindromul Dawn nu așa de încet învață de a-și exprima devotamentul, față de cei, care-l îngrijesc.

Dacă D-stră deseori îmbrățișați copilul și vă adresați duios, o să observați destul de repede că el s-a învățat să-și exprime grija și devotamentul, față de D-stră și față de persoanele din jur, care se atârnă față de el cu căldură și simpatie.

În realitate ce-a mai bună metodă de a-l învăța ceva pe copilul D-stră - este de a-i oferi posibilitatea să urmărească cum aceasta o faceți D-stră.

După aceasta, oferiți copilului posibilitatea de a încerca să facă de sine stătător, chiar dacă i se primește nu așa de bine și mișcărilor lui neîndemânatică se păstrează timp îndelungat.

Treptat copilul D-stră se va învăța să facă totul aproximativ așa, cum faceți D-stră.

El se va învăța să strângă jucăriile, dacă D-stră întotdeauna strângeți lucrurile D-stre.

El se va învăța să mănânce cu acuratețe, dacă D-stră mâncați cu acuratețe.

El se va învăța să iubească și să stimeze oamenii, dacă D-stră aceasta o faceți.

Copilul D-stră poate să se învețe să urmărească alți copii. Stăruiți-vă să faceți tot posibilul, ca el cât mai mult timp să fie împreună cu copiii, care nu au probleme.

Desigur, din când în când vă va mai întrista deosebirea dintre copilul D-stră și alți copii de vârsta lui, care pot face cu mult mai multe decât dânsul. Și dacă chiar vi s-ar prelinge vre-o lacrimă în prezența lui, el probabil v-a șterge lacrima și vă va îmbrățișa. Aveți încredere în copilul D-stră și el va învăța multe din cele, care, după părerea specialiștilor el nu este în stare să învețe.

Dacă copilul Dumneavoastră are anomalii congenitale

În cazurile în care diferite părți ale fătului să dezvoltă nu așa cum trebuie, apar anomalii congenitale.

Adesea micuții se nasc cu degete adăugătoare la mâini și la picioare, unii se nasc fără mâini și picioare.

Uneori nu este format normal canalul uretral și orificiul anal. Câte odată micuții se nasc cu mameloanele acolo, unde ele nu trebuie să fie, sau cu organe genitale nedezvoltate în așa mod, că e greu de apreciat dacă micuțul este fetiță sau băiețel.

Este posibilă și formarea incorectă a creierului.

În dependență de aceia, care parte a creierului este nedezvoltată, copilul va avea probleme mai exprimate sau mai puțin exprimate cu dezvoltarea, crearea, învățătura.

În cazul când sunt multe probleme sau ele sunt legate de așa funcții importante ca respirația, digestia și excreția, copilul poate fi

supus unei intervenții chirurgicale urgente sau unui tratament intensiv.

În prezent, pe glob trăiesc oameni maturi, la care la naștere unele părți ale corpului au lipsit sau au fost formate incorect.

Medicul curant vă va ajuta să faceți cunoștință cu familia care au copii cu aceleași probleme ca și copilul D-stră. Relațiile cu părinții acestor copii și cu oamenii care au crescut cu aceleași probleme vă pot fi de folos.

Într-un șir de cazuri micuțului îi poate ajuta intervenția chirurgicală, terapia specială sau protezele. Totodată fiecare copil solicită îngrijire individuală, deoarece localizarea exactă și mărimea defectului întotdeauna sunt unicate.

Dacă copilul are luxație congenitală a șoldului

Câte odată la naștere are loc luxația osului femural și ca rezultat el nu pătrunde corect în articulația coxo-femurală.

Pentru ca oasele și articulațiile coxo-femorale să crească și să se dezvolte normal, lor le revine o greutate egală cu greutatea copilului.

Dacă copilul nu este în stare să se miște sau mușchii lui sunt încordați peste măsură, atunci articulația coxo-femurală nu se va dezvolta normal, iar osul femural poate fi împins din articulație.

Există exerciții și proceduri speciale, ce contribuie la dezvoltarea articulației coxo-femorale. În afară de aceasta în unele cazuri copilul poate avea nevoie de intervenție chirurgicală sau de aplicarea ghipsului sau atelei. Chirurgul și ortopedul decid în fiecare

caz concret care din proceduri sunt necesare copilului D-stră. Acești specialiști vă vor instrui în privința îngrijirii copilului și vă vor îndrepta în caz de necesitate în instituție curativă, unde copilului D-stră i se va acorda o asistență medicală mai eficace.

Este posibil faptul, că D-stră, din teama că veți dăuna copilului, evitați luarea lui în brațe. Este important de a învinge această teamă, căci numai atunci D-stră veți putea să îngrijiți corect copilul, să vă jucați cu el, să-l luați la plimbare. Cu cât mai mult vă veți ocupa cu micuțul, cu atât mai calm vă veți atârna la luxația soldului.

Arătați celor înconjurători cum trebuie de îngrijit copilul. Dacă persoanele D-stră apropiate nu vor îngriji copilul împreună cu D-stră, micuțul nu se va învăța să comunice cu alți oameni, și atunci D-stră nu veți avea nici răgaz de la munca grea legată de îngrijirea și educarea copilului.

În multe cazuri oasele coxo-femorale și articulația se prelucrează atât de reușit, încât luxația dispare.

În unele cazuri luxația rămâne pentru toată viața și adesea depinde de aceia, cât de timpuriu au fost aplicate măsurile pentru înlăturarea luxației.

Dacă copilul suferă de diabet

Zahărul din organism se transformă în glucoză. Pentru ca glucoza să fie utilizată în organism se produce un hormon special - insulina.

Dacă acest hormon se produce în cantități insuficiente, apare boala numită diabetul zaharat (diabetes mellitus).

În lipsa insulinei glucoză (adică zahărul prelucrat) se elimină din organism ca ceva inutil. Unul din primele simptome ale diabetului este cantitatea mare de zahăr în urină, prin urmare omul începe să consume multă apă sau alt lichid. Mai târziu începe să mănânce mult, însă necătând la aceasta pierde din greutate. Dacă la apariția semnelor de diabet nu sunt luate măsurile necesare, poate să apară coma diabetică.

Simptomele descrise mai sus nu toate apar odată, ci pe parcursul a câtorva săptămâni, deaceia nu lăsați fără atenție nici unul din ele. Rugați medicul să vă dea îndreptare pentru analiza urinei copilului și dacă e necesar și pentru alte analize adăugătoare.

Cu această boală se poate și trebuie de luptat. Mult depinde de D-stră și medicul vă va sfătui, cum să determinați cât și ce trebuie să mănânce micuțul, câtă insulină necesită el, în ce caz necesită mai multă mâncare și mai multă insulină.

Când micuțul se mișcă, el cheltuie multă energie, deaceia necesită mai multă mâncare și insulină, decât în perioadele când este pasiv și se mișcă puțin.

E necesar de a păstra dieta pe care v-a indica-o medicul.

Mai târziu, când copilul va crește, D-stră împreună cu medicul o să-l ajutați să-și determine desinestătător cantitatea de hrană necesară și să-și introducă insulina.

E clar că veți fi amărâți dacă copilul D-stră va avea această problemă, însă dacă vă veți învăța împreună cu micuțul să mențineți

balanța necesară a hrănilor și insulinei, atunci copilul nu va duce o viață insuportabilă din cauza diabetului.

Dacă cineva din membrii familiei suferă de diabet, probabilitatea apariției bolii la alți membri ai familiei crește, de aceea trebuie să urmăriți cu atenție apariția primelor simptome.

Dacă copilul întârzie în dezvoltarea psihică

Aceasta înseamnă că el va crește și va învăța mai încet decât alți copii.

Este foarte important ca micuțul să dispună de timp și posibilități necesare pentru a face cunoștință cu oamenii și lumea înconjurătoare și să îndeplinească diverse acțiuni.

Mergeți cu copilul la magazin, grădina zoologică, în parc și scuar.

Alegeți pentru copil câteva jucării interesante, cu care el va putea să facă orice și eliberării locuri pentru joacă. Invitați pentru joacă copiii vecinilor. Ajutați-i copilului D-stră să-și împartă jucăriile cu alți copii. Povestiți copilului mai des despre aceia ce faceți. Ascultați-l atent și răspundeți, când el încearcă să vorbească. Chiar dacă vorbirea este neclară și D-stră aproape că n-o înțelegeți, stăruiviți să ghiciți despre ce vrea să vă spună copilul și răspundeți-i în așa fel, de parcă ați fi înțeles totul.

Priviți împreună cărți ilustrative. Compuneți pentru copil istorioare, utilizând fotografiile lui și a altor membri de familie.

Fiind cu el afară, dații voie să se urce pe scară, să se legene în scrânciob. Încurajații încercarea de a merge cu bicicleta, de a împinge mașinica, de a trage după sine căruciorul.

Uneori vă va întrista faptul, că copilul D-stră, fiind de o vârstă cu copiii ce merg pe biciclete cu două sau trei roți, trage după sine jucării cu funiuțe.

Stăruiți-vă să nu vă întristați. Este foarte important ca în fiecare moment copilul să învețe acel lucru, pentru care este gata. Împărtășiți împreună cu micuțul bucuria succeselor. Uneori ceia ce dă cu greu și încet aduce micuțului mai multă bucurie, decât ceia ce se dă cu ușurință.

Dacă copilul are dereglări ale văzului

Ei se mai numesc copii cu vederea slabă. Până când copilul este mic nu numai D-stră, dar și specialistul întâlnește greutate în privința determinării dacă vede sau nu.

Când medicul vă spune că întâmpină greutate în determinarea gradului de integritate a văzului, aceasta nu înseamnă că D-lui încearcă să se îndepărteze de D-stră, deoarece pentru a stabili aceasta este într-adevăr foarte dificil, fiindcă vederea se realizează nu numai cu ochii, ci și cu creierul.

Când copiii sunt mici și experiența lor de vedere este mică, ei nu pot determina, dacă ceia ce se află înaintea lor este un obiect sau pur și simplu o pată colorată. Numai când micuțul vede obiectul de mai multe ori el începe să-l exprime în ceia ce vede, deoarece obiectele rămân aceleași.

Dacă copilul D-stră are dereglări ale văzului și întârzie în dezvoltarea psihică, este foarte greu de determinat posibilitățile vederii lui.

Într-o măsură oarecare văd aproximativ toți. Însă unii deosebesc numai lumina și întunericul, alții deosebesc și deferit grad de iluminare. Ultimii pot vedea mișcarea obiectelor, ceva asemănător cu niște umbre ce se mișcă.

Chiar dacă micuțul D-stră are dereglări ale văzului, arătați-i obiectele și numiți-le. Cumpărați-i jucării, care sunt nu numai frumoase și colorate în culori vii, dar și care încep a se mișca sau a scoate un sunet când sunt atinse.

Consultați-vă cu Societatea republicană a orbilor în privința cum trebuie de învățat copilul să se miște prin casă, afară în timpul plimbării etc.

Creați pentru copilul D-stră zone neprimejdioase pe care el le va cerceta de sine stătător. Ca de obicei copiii cu vederea slabă preferă să petreacă timpul lângă perete sau altă barieră, deoarece aici ei se simt în siguranță.

Pentru a-l pregăti pe copil către citire cu litere de tipar sau după sistemul Braili, este necesar de ai povesti mai des, de a-l învăța jocuri cu degetele, poezii pentru copii, de ai povesti ceia ce se petrece în jur.

Când cineva din persoanele din jur va zâmbi și vorbi copilului D-stră iar el nu va răspunde, D-stră puteți să-i spuneți, numindu-l pe nume: "Uită-te ce tanti frumoasă" - și să-l apropiați mai aproape de

ea. Cuiva va trebui să-i lămuriți, că micuțul vede rău, însă majoritatea vor înțelege acest lucru fără cuvinte.

Uneori vă va învălui o jale acută față de copilașul care nu vede cât de frumos e apusul soarelui, cât de interesant merge în pas de marș fanfara, ce culoare minunată are trandafirul de pe tufă. Însă nici într-un caz nu trebuie de arătat aceste sentimente copilului. Povestiții despre apusul soarelui, lăsați-l să asculte sunetul fanfarei, dații să miroase trandafirul.

E posibil faptul, că familiarizându-vă cu lumea pe care o petrece copilul, D-stră veți descoperi pe neașteptate că perceperea personală a D-stră va deveni mai sensibilă, iar aprecierea fenomenelor ce se petrece în lume mai fină.

Dacă copilul suferă de boli ale cordului

Dacă copilul D-stră are suflu cardiac, el solicită un regim deosebit. Este foarte important ca inima să reușească să pompeze sângele când copilul se mișcă sau fuge. Este foarte dificil de determinat cât micuțul poate să se miște. Deaceia D-stră trebuie să urmăriți, ca activitatea lui să nu fie însoțită de apariția cianozei pe față, buze sau sub unghii.

Însă totdeauna, nu trebuie să-l lipsiți pe copil de compania altor copii și să-i limitați activitatea mai mult decât trebuie. Sarcina copilului trebuie evaluată în fiecare caz concret. Vor fi zile când copilul se va simți destul de bine pentru a fi activ, și vor fi zile, când se va simți mai rău ca de obicei și atunci activitatea va trebui limitată.

Dacă copilul e răcit, trebuie să fiți foarte prudenți.

Unele tipuri de dereglări ale activității cardiace pot fi tratate sau compensate cu ajutorul operației, uneori activitatea cardiacă poate fi ameliorată cu ajutorul medicamentelor.

Este de dorit, ca D-stră să vă consultați cu câțiva medici pentru a vă hotărî pentru operație. Defectele cardiace la copii cu boala Dawn se corejează numai cu ajutorul operației.

Chiar dacă copilul D-stră suferă de o boală de inimă, este important, să-i rezervați timp special pentru jocuri.

Posibil, ar fi bine ca micuțul să se joace în preajma D-stră, pentru a-l opri la timp, în caz că el se va lua cu joaca prea mult.

Dacă D-stră permanent vă veți concentra asupra bolii copilului, nu veți putea să vă relaxați și să nu vă neliniștiți. Iar dacă D-stră permanent vă neliniștiți, această încordare se va transmite copilului și el se va simți stingherit și-i va fi greu să se bucure de joacă sau de comunicarea cu D-stră.

Dacă aveți posibilitate, propuneți-i copilului ocupații liniștite, să asculte muzica sau povești, să se joace cu soldații, mașinile mici sau cu trenuțul, atunci copilul se va bucura de joacă, chiar în perioadele, când activitatea îi este contraindicată.

Dacă copilul are dereglări auditive

Așa copii mai sunt numiți copii cu auz slab.

Dereglările auzului se întâlnesc la copiii cu vicii în dezvoltare destul de des.

Aceste dereglări pot fi problema principală a copilului D-stră, cât și ca urmare a bolii de bază.

Dacă copilul nu vă privește, când D-stră vorbiți cu el, nu tresare la zgomote puternice ce apar pe neprins de veste, nu atrage atenție jucăriilor ce emană sunete, atunci e posibil ca auzul copilului D-stră să fie dereglat.

Este foarte important ca micuțul să fie examinat de către audiolog.

Dacă problema copilului este provocată de dereglări în urechea externă, atunci vă poate fi de ajutor aparatul auditiv. Iar dacă cauza este în urechea internă sau medie, atunci acest aparat nu vă poate ajuta. Dacă audiologul vă va spune că copilul necesită aparat auditiv, rugați-l să vă ajute să-l aplicați, deoarece în cazul aplicării incorecte aparatul nu-l va ajuta pe copil să audă mai bine, dar îl va deranja. Controlați de asemenea dacă copilul n-are boli ale urechii.

Mulți copii cu vicii în dezvoltare, care de obicei nu se plimbă, nu zâmbesc și nu plâng pot și să nu simtă dureri, deaceia e posibil ca copilul să sufere de o boală serioasă a urechii și să nu plîngă și să nu se neliniștească. Ca de obicei, la apariția unui proces inflamator în urechi micuții plîng tare, sunt neliniștiți, se țin de urechi, mănâncă și dorm rău.

Mulți copii cu boala Dawn în caz de boală de urechi nu se neliniștesc, deoarece nu simt durerea.

Dacă copilul are dereglări ale auzului el va întâmpina greutăți în însușirea vorbirii. Copilul se învață a vorbi în mare parte, ascultând cum și ce vorbesc cei din jur. De fiecare dată, când doriți ca copilul să înțeleagă cele spuse de D-stră, aflați-vă neapărat în câmpul lui de

vedere. Ajutați-l să vă înțeleagă, arătându-i la obiecte și gesticulând activ.

Stăruiți-vă, ca fața D-stră să exprime ceia, ce doriți să-i comunicați. Odată cu creșterea copilului, câte odată e folositor să-l învățați să însemne obiectele și dorințele lui cu ajutorul gesturilor.

Dacă copilul D-stră aude slab sau nu aude deloc, trebuie neapărat să vă consultați cu surdo-pedagogul pentru a ști cum să-l învățați.

Câte odată vă va irita faptul, că copilul nu vă poate înțelege, vă va fi jale că nu poate asculta melodia preferată a D-stră, vă va părea că este singuratic, deoarece nu poate vorbi cu alți copii. Poate, vă va fi mai ușor, dacă veți găsi pe cineva cu care veți putea discuta toate acestea. Nu vă amărăți, dacă vi se pare că el nu înțelege ce vă deranjează, deoarece singur D-stră nu puteți ști anume ce vă deranjează, însă o singură convorbire poate reînnoiește credința în viitorul bun al copilului D-stră.

Aveți în vedere, că părinții copiilor ce n-au dereglări ale auzului, câte odată se sperie, când copiii cu dereglări ale auzului încearcă să comunice cu copiii lor.

Dacă ați obosit de copil, duceți-vă la magazin sau la plimbare, sau ocupați-vă cu lucrul iubit, pentru a vă întoarce vioaie și gata de a vă bucura de faptul că copilul este alături de D-stră.

Copilul va însuși vorbirea sau limba gesturilor mai repede în cazul, când părinții vor vorbi cu el mai des.

Dacă copilul are paralizie cerebrală

Aceasta înseamnă că sistemul nervos al copilului nu funcționează așa cum trebuie.

Uneori se reușește de a-i ameliora funcția sistemului nervos prin alegerea specială a unor poze pasive a corpului, care-i ajută să-și stăpânească mișcărilor active.

D-stră poate nu observați că micuțul se mișcă nu ca de obicei. Însă specialiștii v-or observa îndată că copilul nu se învață să țină capul sau să miște cu brațul și piciorul separat unul de altul sau să se sprijine cu tot corpul pe palme și genunchi.

Este foarte important să ajutați copilul să se miște corect, până când este mic. Nu așteptați până când el singur va învinge imobilitatea sau incapacitatea de a se întoarce sau de a ține capul.

Dacă o să așteptați, starea copilului se va agrava.

Copilul cu paralizie cerebrală are, ca de obicei, mișcări dificile, vă va fi greu să-l îmbrăcați, scăldați, hrăniți.

Dacă copilul mișcă greu cu gura, rugați pe cineva să urmărească cum el înghite și să vadă dacă împinge mâncarea cu limba. Dacă copilul mai degrabă împinge limba în afară, decât împinge hrana în adâncul cavității bucale, pentru a o înghiți, atunci trebuie să vă învățați să-l hrăniți în mod deosebit. Veți avea nevoie de asemenea de un scaun special și alte mijloace, care vă vor ajuta să-l țineți pe copil în timpul mesei într-o poziție comodă.

Neuropatologul sau specialistul pe gimnastică curativă vă vor recomanda mecanismele, dispozitivele necesare și cum să le confecționați de sine stătător.

Dacă copilul are musculatura cavității bucale slăbită el va avea nevoie de mecanisme speciale pentru a se învăța să comunice cu cei înconjurători. Uneori copiii se învață să comunice cu ajutorul ilustrațiilor cu imaginea unui pahar cu lapte, vecelu-lui, animalelor domestice, membrilor de familie. În așa caz puteți să întrebați copilul: "Vrei să bei", iar el vă poate răspunde, prin atingerea de ilustrație cu imaginea paharului cu lapte sau ațintindu-și privirea la ea.

Îngrijirea acestui copil necesită multă răbdare și putere. Deaceia învățați-i pe cei din jur cum să îngrijească de copil, pentru a vă lua din când în când câte un răgaz pentru a vă odihni puțin.

Dacă copilul are epilepsie și crize

Dacă crizele copilului se caracterizează prin înțepenirea și mioclonii ale mâinilor, picioarelor și corpului în întregime, atunci spunem că copilul are convulsii. Deosebim trei tipuri de crize.

Crizele de tipul întâi se caracterizează prin înțepenirea și convulsiile corpului în timpul cărora bolnavul cade la pământ. Crizele de tipul doi se caracterizează prin pierderea pe o scurtă durată a cunoștinței, câte odată însoțită de mișcări ale corpului. În caz de crize de gradul trei înțepenește și este în convulsii numai o jumătate de corp.

Convulsiile pot avea loc nu numai în cazul crizelor. Și pentru a determina dacă convulsiile sunt crize se cere ajutorul specialistului.

Ca de obicei crizele provoacă frica la majoritate oamenilor, iar dacă criza se întâmplă copilului D-stră, veți fi speriată în mod deosebit. Posibil veți avea frică, că în timpul crizei copilul să nu se

lovească. Puteți avea frică, că criza va provoca dereglări în activitatea creierului.

Crizele îndelungate pot într-adevăr să aducă la dereglări în activitatea creierului. Dar și crizele ca atare pot fi rezultatul unor dereglări în activitatea creierului. Ele pot fi și ca urmare a dereglărilor proceselor metabolice și solicită intervenții medicale.

Dacă copilul are temperatura ridicată, pot apărea convulsii fără a avea oarecare dereglări.

Dacă copilul D-stră are convulsii (indiferent de temperatură) trebuie să vă adresați la medic. Dacă crizele se repetă, micuțul necesită tratament special.

Deoarece medicul, ca de obicei, va lipsi în timpul crizei, este foarte important, ca D-stră să descrieți exact ce s-a petrecut cu copilul și cât timp a durat. Medicul trebuie să determine modul de tratare a copilului, cu condiția ca D-stră veți descrie corect cele întâmplate.

Trebuie să spuneți medicului, dacă copilul avea convulsii în tot corpul sau numai într-o parte. Observați numaidecât durata crizei și informați-l pe medic. De obicei crizele durează de la câteva secunde până la una-două minute. Dacă crizele la copil urmează una după alta și durata depășește cinci minute, chemați salvarea.

Câte odată, crizele de scurtă durată se supun mai greu tratării decât cele îndelungate.

În unele cazuri, în caz de crize îndelungate se poate de verificat momentul apariției lor, și trebuie de făcut tot posibilul pentru a pune stăpânire pe această verificare.

Este foarte important de a arăta copilul neuropatologului. Stăruți-vă să nu pierdeți liniștea, măcar că este foarte greu de a o face și D-stră vă neliniștește de faptul, că criza se poate repeta. Așteptarea următoarei crize vă va umbri toate celelalte evenimente, și D-stră, fără ca să doriți îl veți învăța pe copil să-și măsoare viața cu perioadele de la o criză la alta.

Stăruți-vă să vă atârnați către crize normal. Dacă copilul a obosit după criză, dați-i posibilitate de a se odihni. Dacă copilul n-a obosit, lăsați-l să se ocupe cu ceia, ce făcea înainte de criză.

Lămuriți acest lucru rudelor și prietenilor, să nu se neliniștească pentru copil și să nu se atârne la el ca la un bolnav.

Dacă D-stră și copilul vă veți atârna fiecarei crize ca unui moment decisiv al vieții D-stră, atunci destul de repede ambii veți ajunge la o epuizare emoțională.

Puteți preîntâmpina crizele, dacă veți urma tratamentul prescris de medic regulat și fără întreruperi, îi veți păstra sănătatea prin hrana și somnul la timp, veți urmări ca copilul să se miște îndeajuns și să se afle la aer curat. În caz de îmbolnăvire, veți lua măsuri deosebite. La copiii mici temperatura se ridică foarte repede, și dacă aceasta are loc, stăruți-vă s-o scădeți cât mai repede.

Bineînțeles, D-stră doriți ca micuțul să nu mai aibă crize, și câte odată vă veți întrista până la lacrimi. Însă nu plângeți când copilul se află alături de D-stră. El nu înțelege că criza - este un eveniment deosebit și poate să se întristeze văzând spaima oamenilor, provocată de ceva făcut de el, dar ce anume, el nu știe.

6.3. Activitatea medicală a familiilor. Familiile cu risc social

Tratamentul de recuperare a copilului nu poate fi limitat numai în cadrul instituțiilor curative sau de învățământ, el trebuie să fie prelungit în familie (H.P.Parette).

În scopul desăvârșirii măsurilor de reabilitare a fost studiat ajutorul necesar familiei ce educă copilul invalid. Prin urmare a fost stabilit, că 10,5% familii solicită grădinițe specializate, 24,5% - tratament în staționare specializate, 63,0% - tratament balneo-sanatorial, 12,5% - asigurare cu alimentație dietetică.

De familie, de faptul cum înțeleg părinții rolul său în organizarea măsurilor curative și de reabilitare, de nivelul lor de activitate în acest proces depinde în mare măsură rezultatul tratamentului. Părinții trebuie să acorde o atenție deosebită copilului cu patologie, să dea dovadă de răbdare, insistență și tărie de caracter.

În acest sens, policlinicile trebuie să organizeze lucrul cu familiile copiilor invalizi în scopul transformării acestora într-un ajutor activ și executor eficace al recomandărilor, indicate pentru îndeplinirea la domiciliu. Activitatea respectivă se reduce, în fond, la informarea părinților în ce privește caracterul și particularitățile decurgerii bolii la copil, instruirea lor în privința îndeplinirii unor măsuri de reabilitare inclusiv gimnastica curativă, masajul, călirea etc.

Pediatrul de sector, mai întâi de toate, trebuie să cunoască condițiile de trai a copilului, relațiile intra-familiale, prezența la părinți a deprinderilor nocive, care ar putea în mod negativ influența

sănătatea copilului, respectarea indicațiilor medicului. În acest scop, în fiecare policlinică familiile cu risc social trebuie luate în evidență.

Conform datelor lui *V.V.Veselov*, la această categorie de familii se atribuie:

- părinții cu comportament asocial (alcoolici, narcomani, prostituate, condamnații etc.);
- stare materială nefavorabilă;
- familii cu mulți copii;
- mame tinere sau singure;
- familiile studenților;
- familiile cu activitate medicală minimală.

Familiile respective trebuie să fie luate în evidența policlinicii pentru copii, ca fiind familii de "risc social", iar lucrul policlinicii cu aceste familii va avea un caracter special:

6.3.1. Direcțiile principale în activitatea policlinicii în funcție de factorii de risc sociali existenți în familie.

I. Lucrul cu familiile cu o stare materială și de trai nesatisfăcătoare.

Pediatrul de sector și sora de patronaj informează familia în ce privește asistența social-juridică (primirea indemnizațiilor în legătură cu nașterea copilului, acordarea asistenței medicale gratuite, înlesniri în cazul determinării copilului în instituții preșcolare etc.)

Lucrătorii medicali trebuie să informeze familia despre acțiunea nefavorabilă a factorilor sociali (condițiile materiale și de trai

nesatisfăcătoare etc.) asupra sănătății copilului, mai ales în primii ani de viață. Părinții trebuie să fie instruiți în privința respectării microclimei în încăpere: temperatură și umiditate optimală, aerisirea, curățenie umedă regulată etc. Lucrătorii medicali trebuie să controleze respectarea de către mamă a igienei personale și alimentației raționale a copilului, măsurilor de călire și efectuarea exercițiilor fizice. Toate acestea vor contribui la diminuarea acțiunii factorilor de ordin social și igienic asupra indicatorilor de sănătate a copiilor.

II. Lucrul cu familiile, în care ambii părinți sunt studenți

În legătură cu "întinerirea căsătoriilor" o mare parte din copii se educă în familii de studenți. Familiile respective nu dispun de experiență destulă, deprinderi pentru îngrijirea copilului, sunt limitate în mijloace materiale, adesea nu dispun de condiții corespunzătoare de trai. Apar dificultăți în educarea copilului, deoarece părinții prelungesc învățătura, care contribuie la supraîncărcarea psihoemoțională a mamei, în special în perioada sesiunii. Majoritate sarcinilor și nașterilor decurg cu complicații, iar pentru perioada de lăuzie sunt caracteristice hipo- și agalactoreea.

Un rol primordial în astfel de cazuri revine efectuării precoce și complexe a măsurilor recomandate de medic în cadrul primelor patronaje. Mama trebuie să respecte principiul de învățătură "dozată", regimul de alimentare și odihnă, să cunoască pericolul utilizării alcoolului, fumatului și a medicamentelor. Dacă e posibil, se contactează părinții familiei tinere pentru a fi orientați spre susținerea morală și

materială a studenților atât în timpul sarcinii, cât și după nașterea copilului. Sunt binevenite întreruperi în procesul de studiu pentru a asigura alimentația rațională a copilului. În acest scop se cere colaborarea secțiilor didactice ale instituțiilor de învățământ.

II. Măsurile aplicate în familie, unde mama lucrează în condiții nocive

A fost dovedit, că activitatea de producere a mamei influențează esențial asupra decurgerii sarcinii și a nașterii, precum și asupra sănătății copilului. Cel mai înalt nivel de mortalitate perinatală se înregistrează la chimiste, zugrave, bucătărese, mulgătoare etc.

Dintre factorii nocivi de bază se pot menționa: substanțele chimice, zgomotul, vibrația, iradierea ionizantă, suprasolicitarea psihoemoțională și fizică, etc.

După luarea gravidei în evidență, consultația pentru femei trebuie să contacteze administrația întreprinderii în scopul înlăturării maxime a factorilor nocivi de producție.

Activitatea medicului de sector trebuie să țină cont de consecințele nefavorabile ale noxelor profesionale.

III. Lucrul cu familii incomplete

Ponderea familiilor incomplete din totalul familiilor cu risc social constituie 11,68%. Cauzele principale în formarea acestor familii sunt: divorțurile, decesul unuia din părinți, nașterea copilului în afara

căsătoriei. Indicatorii de sănătate la categoria respectivă de copii sunt mai nefavorabili comparativ cu copiii din familiile complete.

În acest caz, pediaterul de sector trebuie să intensifice educația pentru sănătate, asistența social-juridică. În timpul patronajului ante- și postnatal să concretizează dorința mamei de a naște acest copil, rolul primordial al mamei în soarta viitoare a copilului. În comun cu juristul din policlinică, pediaterul de sector informează mama despre asistența social-juridică a copiilor din familii incomplete.

Educația copilului în familii incomplete se desfășoară, de obicei, în condiții de trai și materiale restrânse. Dacă mama are probleme cu vizitarea medicului la policlinică, este necesar de a organiza examinarea complexă a copilului în condiții de domiciliu.

VI. Lucrul cu familiile, în care s-au înregistrat cazuri de mortinatalitate, mortalitate infantilă, copii cu vicii congenitale.

Informațiile menționate se pot obține în timpul efectuării primului patronaj. Medicul analizează circumstanțele și cauzele avorturilor spontane, cazurilor de mortinatalitate, mortalitate infantilă sau de naștere a copilului cu patologie înăscută. Trebuie de evidențiat ereditatea complicată pe linia mamei sau a tatălui, prezența noxelor profesionale la locul de muncă a părinților, existența deprinderilor nocive. Trebuie evaluată sănătatea părinților și a copiilor, relațiile familiale și condițiile micro-sociale.

VII. Lucrul cu familiile, în care unul sau ambii părinți au deprinderi vicioase.

Lucrătorii medicali trebuie să explice părinților acțiunea negativă a deprinderilor nocive asupra sănătății copilului, utilizând toate mijloacele și posibilitățile de care ei dispun, deoarece dezvoltarea copilului în familii cu deprinderi vicioase se soldează cu neuroze, dereglări psihice, morbiditate și traumatism înalt. Educația pentru sănătate trebuie să se realizeze nu numai în familie, ci și în instituții preșcolare și școlare.

VIII. Lucrul cu familiile cu o climă psihologică ne favorabilă.

Medicul trebuie să concretizeze cauzele conflictelor intra-familiale. În majoritatea cazurilor acestea sunt: abuzul de alcool, nivelul cultural și educațional scăzut.

Deseori conflictele familiale sunt cauzate de prezența în familie a generațiilor mai vârstnice, statutul socio-profesional diferit al părinților. În cadrul patronajului trebuie de accentuat acțiunea negativă a conflictelor asupra sănătății copilului. Prin urmare, se dereglează somnul și pofta de mâncare a micuțului, pot apărea stări neurotice, care duc la rețineri în dezvoltarea fizică și psihomotorie, scăderea rezistenței, creșterea receptivității la boli, etc.

În cadrul policlinicilor pentru copii se organizează cursuri instructiv-didactice pentru părinți, planificate pentru 5-7 lecții cu o durată de 45 minute fiecare. În acest scop, se organizează grupuri a câte 5-7 persoane ce au copii cu aceiași patologie. La primele 2-3 lecții se

expun în mod detaliat cauzele de apariție, particularitățile de decurgere și consecințele bolii; specificul de organizare a tratamentului de recuperare și rolul familiei în efectuarea acestuia, organizarea și efectuarea gimnasticii curative, masajului și altor recomandări în condiții de domiciliu; posibilitățile de practicare a sportului în cazul diferitor maladii, particularitățile de organizare a odihnei copilului invalid etc.

După un curs teoretic se petrec 4-5 lecții practice, având ca scop familiarizarea părinților cu tehnica masajului și gimnastica curativă. Corectitudinea îndeplinirii recomandărilor din partea părinților se controlează în cadrul ședințelor ulterioare a Comisiei pe problemele tratamentului de recuperare în conformitate cu planul individual de tratament a copilului invalid.

Așa dar, educarea copilului cu devieri în familie, deseori reprezintă dificultăți foarte mari.

Familia poate fi de ajutor copilului, în cazul participării active în efectuarea măsurilor de reabilitare nu numai în cadrul policlinicilor și școlilor, ci și la domiciliu. În capitolul respectiv este prezentată experiența diferitor țări privitor la implicarea părinților în reabilitarea copilului invalid.

În cadrul țării noastre, de asemenea, a început activitatea de organizare a lucrului cu familiile copiilor invalizi, ce are drept scop informarea părinților despre boala copilului, asigurarea cu recomandări metodice, instruirea lor în privința efectuării măsurilor de reabilitare aplicate în condiții de domiciliu.

În acest context, conform rezultatelor cercetării, 32,0% de mame s-au pronunțat pentru însușirea deprinderilor practice, necesare în procesul de reabilitare. Pentru acești părinți, în baza secțiilor de recuperare pe lângă policlinicile pentru copii au fost organizate cursuri instructiv-didactice.



ÎNCHEIERE

Cercetarea socio-igienică complexă, efectuată pentru prima dată în Republica Moldova, a permis evidențierea tendințelor generale ale invalidității la copii în țara noastră și argumentarea științifică a unui complex de măsuri medico-sociale și organizatorice, elaborate în scopul prevenirii și reducerii invalidității la copii și ameliorării calității tratamentului, măsurilor de dispensarizare și reabilitare a copiilor invalizi.

Cercetarea invalidității la copii s-a realizat în trei direcții metodologice: *statistică, social-igienică și medico-organizatorică*. În procesul de studiu au fost utilizate mai multe metode științifice: anchetarea, evaluarea de către experți, preluarea datelor din documentația medicală, diferite metode de prelucrare statistică a informațiilor acumulate prin metoda integrală și selectivă.

Eșantionul reprezentativ a fost proiectat în conformitate cu anumite principii, utilizându-se formula sondajului aleator fără repetiție. Unitatea de observație a fost reprezentată de copilul invalid de la 0 până la 16 ani. Volumul necesar al eșantionului pentru studierea invalidității la copii în Republica Moldova a constituit 4392 copii invalizi.

La etapele următoare, în funcție de patru indicatori: *incidența, prevalența, mortalitatea, invaliditatea*, au fost selectate raioanele "reprezentative" și "tipice" pentru fiecare zonă economico-geografică a republicii și orașul "tipic".

Calcularea "distanței euclidiene" dintre raioanele și orașele republicii a permis evidențierea următoarelor baze reprezentative de sondaj:

- Nord
 - Râșcani (reprezentativ)
 - Drochia (tipic)
 - Briceni (tipic)
- Centru
 - Orhei (reprezentativ)
 - Călărași (tipic)
 - Ialoveni (tipic)
- Sud-Est
 - Ștefan-Vodă (reprezentativ)
 - Slobozia (tipic)
- Sud
 - Besarabeasca (reprezentativ)
 - Comrat (tipic)
 - Vulcanești (tipic)
- Orașul
 - Chișinău

Colectarea materialului s-a realizat după o anchetă ce conținea 57 parametre, privind la domiciliul, sexul, vârsta la momentul stabilirii invalidității, cauzele invalidității, condițiile de educație, necesitatea familiilor în mijloacele tehnice și proteze pentru invalizi etc.

Printr-o cercetare integrală în baza unui formular special "Darea de seamă asupra copiilor invalizi de la 0 până la 16 ani" (F-46) s-a studiat nivelul și structura invalidității la copii în Republica Moldova.

Pentru prima dată raioanele republicii au fost clasate în funcție de nivelul invalidității la copii și a fost prezentată tehnica de calcul a numărului așteptat de copii invalizi în fiecare raion.

În scopul unei cercetări detaliate a factorilor socio-igienici ce influențează invaliditatea la copii au fost proiectate două loturi: test și martor. Alegerea lotului martor s-a realizat după metoda "caz-control". Pentru colectarea datelor a fost elaborată o anchetă specială, care a inclus informații privitor la familie (condițiile de trai, caracterul alimentației, starea materială etc.), la mamă (poziția socială, statutul marital, activitatea de producere, starea de sănătate, cultura sanitară și generală, spiritul activ medical etc.), la tată (poziția socială, activitatea profesională, derinderi nocive, participarea la îngrijirea copilului etc.)

În baza "Fișei de expertiză", de un grup independent de experți a fost efectuată analiza medico-organizatorică, care a apreciat calitatea măsurilor curative, de dispensarizare și reabilitare a copilului invalid.

Cercetarea invalidității la copii în Republica Moldova a evidențiat o tendință generală de creștere a fenomenului discutat. În perioada anilor 1990-1998 nivelul invalidității la copii a crescut de 2.3 ori și a constituit 12,7 la 1000 de copii.

Dintre nivelul invalidității la copii și patologia înăscută s-a dovedit a fi o corelație directă și puternică ($r_{xy} = +0,98$).

Cercetările au demonstrat că există o corelație anumită dintre intensitatea utilizării pesticidelor și nivelul invalidității la copii. Coeficientul de corelație calculat pe zonele republicii a demonstrat că pentru zonele de Nord, Centru și Sud-Est este caracteristică o legătură

directă și medie ($r_{xy} = +0,6; +0,5; +0,7$ respectiv), iar pentru zona de Sud - o legătură directă și slabă ($R_{xy} = +0,1$).

Conform datelor cercetării integrale structura invalidității la copii s-a dovedit a fi următoare:

Rangul	Denumirea afecțiunilor
I	➤ <i>bolile sistemului nervos (29,7%)</i>
II	➤ <i>afecțiunile psihice (26,3%)</i>
III	➤ <i>boli de copii (14,2%)</i>
IV	➤ <i>patologia ortopedică (7,7%)</i>
V	➤ <i>bolile otorinolaringologice (6,3%)</i>
VI	➤ <i>bolile oftalmologice (5,3%)</i>
VII	➤ <i>alte (10,5%)</i>

Din totalul afecțiunilor neurologice 51,5% de cazuri au fost reprezentate de infirmitatea motorie cerebrală. În structura afecțiunilor psihice 47,7% au constituit arierațiile mintale. Dintre bolile pediatrice cele mai frecvente s-au dovedit a fi viciile cardiace, ponderea cărora a constituit 35,1%.

Cercetările efectuate au evidențiat că 77,3% de copii invalizi locuiesc la sate și numai 22,7% - în localitățile urbane. În funcție de sex băieții au constituit 57,2%, fetele - 42,8%. Ponderea maximală a copiilor invalizi (67,4%) s-a înregistrat în grupul de vârstă 6-14 ani.

A fost determinată structura cauzelor determinante ale invalidității la copii, similară pentru toate unitățile teritorial-administrative:

- locul I ➤ *anomalii congenitale;*
- locul II ➤ *patologia dobândită în timpul nașterii;*
- locul III ➤ *consecințele bolilor;*
- locul IV ➤ *traumele.*

Invaliditatea a fost stabilită la naștere în 34,8% cazuri, până la vârsta de 1 an - în 22,2%. În grupul de vârstă 1-3 ani valoarea respectivă se micșorează pentru a înregistra o creștere la momentul determinării copiilor în instituțiile preșcolare și școlare (3-6 ani - 14,1%; 6-14 ani - 16,8%).

Cercetările au demonstrat, că 34,9% de copii invalizi sunt organizați și 65,1% - neorganizați. Din totalul copiilor organizați 16,9% frecventează instituții școlare și 83,1% - instituții preșcolare, dintre care 67,6% sunt instituții de profil general și 32,4% - specializate.

În structura maladiilor somatice cele mai frecvente s-au dovedit a fi infecțiile respiratorii acute de etiologie virală (65,4%); bronșitele acute (10,2%); traheitele (7,1%); pneumoniile acute (6,1%), afecțiunile gastro-intestinale (11,2%).

Numărul mediu de cazuri cu patologiile enumerate a constituit 7,9 cazuri în intervalul de vârstă 0-6 ani și 5,2 cazuri la 7-16 ani. Durata medie a unui caz a constituit $10,6 \pm 0,2$ și $8,7 \pm 0,1$ zile respectiv, ce este mai mare comparativ cu copii neinvalizi.

În structura morbidității somatice la copiii invalizi aflați în Case Specializate pentru copii ponderea principală a fost prezentată de: infecții respiratorii și virale acute - 26,3%; otite catarale - 9,3%; hipotrofii - 8,1%; anemii - 7,5%; pneumonii acute - 4,5%; helmintoze -

3,9% și alte.

Mortalitatea copiilor invalizi este de 10 ori mai mare comparativ cu indicele general al mortalității la copii. În structura mortalității copiilor invalizi predomină infirmitatea motorie cerebrală - 21,8%; bolile oncologice - 20,3%; boli de copii 14,4%; arierații mintale - 11,1% și malformațiile congenitale - 7,9%.

Asistența medicală acordată copiilor invalizi nu se limitează la instituțiile de profil medical și social. Ea cere să fie continuată la etapele de instruire profesională și angajare a invalizilor în câmpul muncii. În acest context, pentru prima dată în Republica Moldova a fost cercetat contingentul invalizilor din copilărie în perioada anilor 1991-1996.

Ponderea medie a invalizilor din copilărie examinați de CEMV constituie 9,4% din contingentul general de invalizi.

Contingentul invalizilor din copilărie a fost analizat după sex, vârstă, mediul de reședință formele nozologice etc. A fost stabilit că 25,4% din ei locuiesc în urbe și 74,6% - în localitățile rurale. Repartiția în funcție de sex s-a dovedit a fi următoare: bărbați - 52,2%; femei - 48,8%; dintre ei până la 39 ani - 55,6%.

Cercetarea invalizilor din copilărie în funcție de gravitate a evidențiat predominarea grupei II de invaliditate. Analiza comparativă a demonstrat că printre invalizii din copilărie predomină grupele III și II de invaliditate (27,6% și 60,4%), pe când la contingentul general prevalează grupele I și II (21,2% și 66,9%).

În funcție de formele nozologice invalizii din copilărie s-au structurat în modul următor:

locul I ➤ *afecțiuni psihice (39,2%);*

locul II ➤ *bolile sistemului nervos (30,6%);*

locul III ➤ *boli interne (16,1%);*

locul IV ➤ *traumele (9,3%).*

Analiza comparativă a formelor nozologice la invalizii din copilărie și contingentul general de invalizi a permis evidențierea diferențelor semnificative în structura acestora.

Pentru prima oară în Moldova a fost elaborat modelul special de evaluare a influenței invalidității asupra stării de sănătate a copiilor.

Rezultatele modelării au evidențiat următorii indicatori informativi pentru evaluarea stării de sănătate a copiilor: *invaliditatea, prevalența, mortalitatea generală a copiilor, mortalitatea infantilă, mortalitatea perinatală.*

În funcție de gradul de influență asupra stării de sănătate a copiilor, indicatorii s-au distribuit în modul următor:

➤ *mortalitatea infantilă* locul 1

➤ *mortalitatea copiilor* locul 2

➤ *prevalența* locul 3

➤ *mortalitatea perinatală* locul 4

➤ *invaliditatea* locul 5

Din rezultatele analizei de corelație derivă că invaliditatea la copii este semnificativ asociată cu următorii indici:

➤ *mortalitatea perinatală* $r_{xy} = -0,44$

➤ *prevalența* $r_{xy} = -0,35$

➤ *mortalitatea copiilor* $r_{xy} = +0,33$

Clasificarea raioanelor după indexul integral de sănătate a copiilor, proiectat în baza a cinci indicatori informativi, a scos în evidență cele mai nefavorabile raioane ale republicii: *Șoldanești (0,39)*, *Sângerei (0,47)*, *Camenca (0,51)*, *Chișinău (0,55)*, *Cahul (0,55)*, *Taraclia (0,56)*, *Călărași (0,57)*, *Nisporeni (0,58)*, *Hâncești (0,58)*.

Starea cea mai favorabilă din punct de vedere al sănătății copiilor s-a înregistrat în raioanele *Dubăsari (0,85)*, *Ocnița (0,83)*, *Edineț (0,81)*, *Ungheni (0,78)*.

Modul de viață al părinților influențează în mod semnificativ starea de sănătate a copiilor.

Informațiile ce țin de condițiile și modul de viață a părinților din loturile test și martor au fost obținute de autor în baza unui chestionar special.

În general, familiile investigate locuiau în condiții favorabile: casă sau locuință cu două sau trei odăi. Totodată, $2,0 \pm 1,4\%$ familii dispuneau numai de-o odaie în cămin și $16,0 \pm 3,7\%$ familii locuiau împreună cu părinții. Majoritatea locuințelor au fost caracterizate ca fiind luminoase, calde și uscate, însă $12,7 \pm 2,8\%$ de familii existau în încăperi reci și umede, $8,3 \pm 1,62\%$ - în încăperi strâmte (mai puțin de 4 m^2 pentru o persoană).

Ținând cont de caracteristicile igienice și amenajarea locuinței, $20,2 \pm 2,1\%$ familii din lotul test au indicat condiții bune; $32,5 \pm 2,6\%$ - satisfăcătoare și $12,4 \pm 1,4\%$ - rele, pe când în lotul martor valorile

respectiv au constituit $38,0 \pm 2,6\%$; $69,4 \pm 2,7\%$ și $8,1 \pm 1,8\%$.

În funcție de starea materială (conform schemei generale de venituri: salariu, pensie, bursă etc.) venitul mediu lunar pentru un membru al familiei în lotul test a constituit $36,6 \pm 2,81$ lei, pe când în lotul martor - $41,7 \pm 2,56$ lei ($P < 0,05$).

În funcție de numărul de copii familiile s-au repartizat în modul următor:

lotul martor:	> 1 copil	- 46,0%;
	> 2 copii	- 52,0%;
	> 3 copii	- 1,0%;
	> 4 și peste	- 1,0%;

lotul test:	> 1 copil	- 25,0%;
	> 2 copii	- 40,0%;
	> 3 copii	- 25,0%;
	> 4 copii	- 10,0%.

96,0% familii din lotul test erau complete, 10,0% - cu mulți copii, iar în 9,0% familii s-au mai înregistrat și alți copii invalizi.

Apariția în familie a unui copil invalid devine un "șoc psihologic", în special pentru mamă. Gradul acestui șoc depinde de nivelul general de cultură și de școlarizare a mamei. Rezultatele cercetării actuale au scos în evidență un număr de 4,8 ori mai mare de mame cu studii medii incomplete în lotul test, față de lotul martor. În lotul martor s-au înregistrat de 1,5 ori mai multe mame cu studii medii speciale și de 2 ori mai multe mame cu studii superioare. A fost stabilit că, în funcție de categoria socio-profesională, copii invalizi se nasc de 2 ori mai rar la mame funcționare. O pondere de 67,0% din lotul test au

constituit mamele agricultoare și muncitoare cu studii medii și medii incomplete.

Conform cercetării actuale, vârsta medie a mamelor la momentul nașterii copilului invalid a constituit $29,9 \pm 0,8$ ani, comparativ cu $22,5 \pm 0,2$ în lotul martor ($P < 0,05$).

Studiind influența condițiilor grele de muncă și a noxelor profesionale asupra nașterii copiilor cu patologii invalidizantă, autorii au dovedit existența unor diferențe semnificative dintre cele două loturi. Astfel, $49,0 \pm 4,9\%$ din mamele lotului test și $20,0 \pm 4,0\%$ din mamele lotului martor au indicat condiții nocive de muncă ($P < 0,05$) cu un stagiul de $6,5 \pm 2,5$ ani și $3,2 \pm 1,8$ ani respectiv. Fiecare a treia femeie din lotul test a menționat contactul cu substanțe chimice ($30 \pm 4,58\%$; $P < 0,05$), fiecare a opta femeie ($12,0 \pm 3,24\%$; $P < 0,05$) - ridicarea la locul de muncă a greutatea peste 10kg.

Studiind deprinderile dăunătoare la mame a fost stabilit că, utilizarea rară a băuturilor spirtoase s-a înregistrat de 2,7 ori mai frecvent ($t = 5,6$), iar consumul moderat - de 13 ori mai rar ($t = 9,2$) comparativ cu lotul test. Frecvența fumatului s-a dovedit a fi de 5,6 ori mai mare printre femei, ce educă copilul invalid, comparativ cu mamele copiilor sănătoși și practic sănătoși.

Datele cercetării atestă, că 28,0% din mamele investigate au suferit în perioada pubertală de rubeolă, rușeolă, gripă, angină; 10% - de hepatită virală; 67,0% - au înregistrat în anamneză patologii extragenitale.

Copiii din lotul test s-au născut de la a $3,5 \pm 0,2$ sarcină, pe când

copiii din lotul martor - de la $1,4 \pm 0,1$ ($P < 0,05$).

Semnificativ mai frecvent la mamele lotului test s-au înregistrat nașteri premature în antecedente ($19,3 \pm 2,5\%$), comparativ cu numai $5,7 \pm 1,8\%$ de mame din lotul martor ($P < 0,05$). Mortinatalitatea a fost menționată în $4,3 \pm 2,0\%$ cazuri, avorturile - în $1,8\% \pm 1,3\%$ cazuri din lotul test.

Cercetările au demonstrat, că $53,0\%$ din copiii lotului test s-au născut la termen, ponderea nașterilor premature și supramaturate fiind de $37,0\%$ și $10,0\%$ respectiv.

O asociație semnificativă s-a constatat dintre nașterea copilului cu patologie invalidizantă și complicațiile survenite în timpul nașterii, ponderea complicațiilor în lotul test fiind de $36,6 \pm 2,53\%$, comparativ cu numai $12,2 \pm 1,86\%$ în lotul martor ($P < 0,05$).

În cercetarea actuală, durata intervalului intergenezic a constituit $24,6 \pm 2,4$ luni în lotul test și $37,2 \pm 2,5$ luni în lotul martor.

7% din mamele lotului test au menționat în antecedente nașterea copiilor cu patologie înăscută.

În urma cercetării actuale au fost determinați factorii de risc ai nașterii copiilor cu patologie invalidizantă din partea mamei. În ierarhia factorilor de risc locul I îl deține abuzul de alcool ($12,0 \pm 1,1\%$), locul II - starea de sănătate a mamei ($69,0 \pm 4,6\%$), locul III - vârsta mamei la momentul nașterii copilului ($29,9 \pm 0,8$ ani), locul IV - bolile suportate în timpul sarcinii ($71,0 \pm 4,5\%$), locul V - complicații în timpul nașterii ($36,6 \pm 2,5\%$), locul VI - prezența complicațiilor în timpul sarcinii ($99,0 \pm 0,99$), locul VII - condițiile dificile de muncă ($22,0 \pm 4,1\%$), locul

VIII - intervalul intergenezic până la 2 ani (24,0±4,4%), locul IX - contactul cu noxe profesionale (49,0±4,9%), locul X - acțiunea substanțelor chimice (30,0±4,6%), locul XI - lucrul cu tutunul (17,0±4,8%).

Caractristica medico-socială a tatălui joacă un rol important în prognosticul vieții copilului. Factorii principali de risc pentru nașterea copilului cu patologie invalidizantă din partea tatălui au constituit: abuzul de alcool (46,4±5,1%), nivelul scăzut de evidență la dispensar (70,1±4,6%), condițiile nocive de muncă (47,4±5,1%).

Rezultatele cercetării au demonstrat că 59,3% de copii invalizi se educă în familii nefavorabile.

În scopul desăvârșirii măsurilor de reabilitare a fost studiat ajutorul necesar familiilor ce educă copii invalizi. A fost stabilit, că 10,5% familii socilită grădinițe specializate, dintre care 16,1% de familii - din localități urbane și 9,2% familii - din localități rurale.

Ponderea familiilor ce au nevoie de școli-internate a constituit 15,1%, inclusiv în orașe - 14,0% și la sate - 15,3%.

Analiza rezultatelor în funcție de zonele economico-geografice ale republicii a scos în evidență, că grădinițele specializate de copii a fost cel mai frecvent solicitate în zona de Nord (11,5%) și cel mai rar - în zona de Sud-Est (5,9%). Necesitatea în Case pentru copii a fost menționată mai frecvent în raioanele de Nord al republicii (29,1%) și mai rar - în zona de Sud (14,8%). 23,2% de familii din zona de Sud și 12,9% de familii din zona de Nord au menționat necesitatea determinării copiilor în școli-internate.

Famiiliile ce educă copii invalizi se confruntă cu cinci probleme: *izolare, mânie, distribuția obligațiunilor dintre membrii familiei, depresie și resemnare.*

Familia poate fi de ajutor copilului în cazul participării active în efectuarea măsurilor de reabilitare nu numai în cadrul policlinicilor și instituțiilor de învățământ, dar și la domiciliu.

În acest context, conform rezultatelor cercetării, 32,0% de mame s-au pronunțat pentru însușirea deprinderilor practice, necesare în procesul de reabilitare. Pentru acești părinți, în baza secțiilor de recuperare pe lângă policlinicile pentru copii au fost organizate cursuri instructiv-didactice. În acest scop se organizează grupuri a câte 5-7 părinți, ce au copii cu aceiași patologie. Corectitudinea îndeplinirii recomandațiilor din partea părinților se controlează în cadrul ședințelor ulterioare a Comisiei pe problemele tratamentului de recuperare în conformitate cu planul individual de tratament al copilului invalid.

Ținând cont de structura factorilor determinanți a invalidității la copii (anomalii congenitale, patologia dobândită în timpul nașterii, consecințele bolilor și a traumelor), numai depistarea precoce și luarea oportună în evidență în scopul efectuării măsurilor curative și de recuperare va permite reducerea invalidității la copii.

Pentru copilul născut cu anomalii congenitale se completează un formular special, elaborat cu participarea autorului - "*Fișa de declarare a cazului nou de malformații congenitale*", care se trimite la Centrul genetic.

Copii cu patologie invalidizantă pot fi educați și reabilitați în

familiei sau în Case pentru copii. Până la vârsta de 4 ani în Case pentru copii se află copiii invalizi cu arierații mintale severe, care ulterior sunt transferați în Case de asigurare socială. Copiii invalizi până la vârsta de 6 ani (cu intelectul nedeglat, care se educă în Casele pentru copii) se îndreaptă la Centrul diagnostic. În funcție de gravitatea patologiei și nivelul de dezvoltare a intelectului acești copii sunt plasați în școli-internate, școli specializate sau generale.

În scopul evaluării calității tratamentului, măsurilor de dispensarizare și reabilitare a copiilor invalizi a fost elaborat un formular special *“Fișa de expertiză a calității tratamentului, măsurilor de dispensarizare și reabilitare”*. În baza acestei fișe, un grup de experți a efectuat expertiza, folosind informațiile înscrise în *“Fișa de dezvoltare individuală a copilului”* și *“Foaia de observație clinică”*.

Experții au stabilit, că depistarea oportună a patologiei și luarea precoce în evidență s-a înregistrat în 94,5% cazuri, iar respectarea regulată a termenilor de reexaminare - în 87,8% cazuri. Tratamentul complex a copiilor invalizi a fost indicat în 62,2% cazuri, inclusiv 90,7% - în instituții specializate. Analiza eficacității dispensarizării a scos în evidență o dinamică pozitivă la 63,3% copii invalizi, înrăutățirea stării - în 1,8% și fără schimbări - în 34,9% cazuri.

Măsurile de reabilitare au fost efectuate de medici (42,3%), personalul medical mediu (36,3%) și părinți (21,4%).

Evaluarea calității măsurilor de recuperare la copii cu patologie neurologică a evidențiat o prognoză favorabilă în 43,8% cazuri și nefavorabilă în 56,8%.

Experții au stabilit că, la copiii invalizi de profil pediatric, prognosticul favorabil s-a înregistrat în 51,3% cazuri, nefavorabil - în 48,7% cazuri; în cazul profilului chirurgical prognosticul a constituit 58,6% și 41,4% respectiv.

La ora actuală, reabilitarea a devenit una dintre cele mai importante probleme medico-sociale, care preocupă atenția medicilor, psihologilor, juriștilor, sociologilor.

Măsurile de reabilitare în pediatrie se pot desfășura în toate instituțiile ale ocrotirii sănătății și învățământului public, precum și în familia copilului.

Reabilitarea copilului invalid, convențional, poate fi împărțită în trei etape: clinică, sanatorială și adaptivă. Etapa clinică, la rândul său, poate fi subdivizată în două părți: a) *reabilitarea în condiții de staționar* și b) *reabilitarea în condiții de policlinică*.

Baza organizatorico-metodică a procesului de reabilitare trebuie să fie prezentată de programe reabilitaționale complexe, care ar corespunde tuturor principiilor de reabilitare și ar permite obținerea unui efect maximal într-o perioadă cât mai scurtă.

În scopul unei evidențe a măsurilor de reabilitare a fost elaborată "*Fișa de reabilitare*".

Rezultatele măsurilor de reabilitare sunt înscrise în "*Fișa de dispensarizare a copilului invalid*", care asigură realizarea principiilor de succesivitate și continuitate în activitatea instituțiilor medicale, ce realizează supravegherea copiilor invalizi.

Dintre sarcinile multiple ale asigurării sociale, reabilitarea socio-

profesională a invalizilor reprezintă una din cele mai principale, care tratează problemele social-psihologice, economice și medicale.

Reabilitatea invalizilor din copilărie contribuie la atragerea lor în câmpul muncii, reduce prejudiciul statului în legătură cu tratamentul și subvențiile sociale. Aici se manifestă importanța economică a problemei.

Aspectul medical al reabilitării se rezumă la faptul, că angajarea profesională rațională ameliorează starea de sănătate, reduce gradul de pierdere a vitalității.

În prezent, în republică a apărut necesitatea creării unui Centru de reabilitare, care ar coordona activitatea științifico-metodică în domeniul reabilitării copiilor și asigura instruirea profesională obligatorie a invalizilor.

În infrastructura reabilitării socio-profesionale un rol deosebit este deținut de instituțiile de reabilitare, care pot fi desinestătătorea sau componente structurale în cadrul policlinicilor sau spitalelor de profil general sau specializate.

Procesul de reabilitare depinde de programul individual de reabilitare, care se alcătuiește în funcție de prognosticul maladiei și capacitatea de muncă a individului.

O sarcină imperativă este elaborarea Programului de Stat de reabilitare socio-profesională a invalizilor.

1. BIBLIOGRAFIA

2. **Alexander GR., Korenbrot CC.** *The role of parental care in preventing low birth weight.*// *Future of Children.* - 1995. - '5(1). - P.103-120.
3. **Allen MC.** *The high-risk infant.*// *Pediatric Clinics of North America.* - 1993 - '3. - P.479-490.
4. **Andermann L., Andermann F.** *University students with epilepsy: a study of social aspects.*// *Seizure.* - 1992. - '3. - P.173-176.
5. **Anderson PL., Kazmierski S., Cronin ME.** *Learning disabilities, employment discrimination, and the ADA.*// *Journal of Learning Disabilities.* - 1995. - '28(4). - P.196-204.
6. **Armstrong MJ.** *Disability self-help organizations in the developing world: a case study from Malaysia.*// *International Journal of Rehabilitation Research.* - 1993. - '3. - P.185-194.
7. **Baganov NN., Borovik EB., Bondar VI.** *The concept of the sociomedical rehabilitation of children suffering from chronic diseases, of children frequently ill and disabled children.*// *Voprosy Kurortologii, Fizioterapii i Lechebnoi Fizicheskoi Kultury.* - 1994. - '6. - P.34-37.
8. **Barker DJ.** *The fetal and infant origins of disease.*// *European Journal of Clinical Investigation.* - 1995. - '25(7). - P.457-463.
9. **Beck CT.** *Caring between nursing students and physically/mentally handicapped children: a phenomenological study.*// *Journal of Nursing Education.* - 1992. - '8. - P.361-366.
10. **Bener A., Abdulrazzaq YM., Dawodu A.** *Sociodemographic risk factors associated with low birthweight in United Arab Emirates.*// *Journal of Biosocial Science.* - 1996. - '28(3). - P.339-346.
11. **Biggar JL.** *The economic effects of disablement.*// *Canadian Medical Association Journal.* - 1991. - '8. - P.981-982.
12. **Blackburn ST.** *Research utilisation: modifying the NICU light environment.*// *Neonatal Network.* - 1996. - '15(4). - P.63-66.
13. **Blanche EI.** *Alma: coping with culture, poverty, and disability.*// *American Journal of Occupational Therapy.* - 1996. - '50(4). - P.265-276.
14. **Bluestein PA.** *The risk of repeating low birth weight and the role of prenatal care.*// *Obstetrics & Gynaecology.* - 1995. - '85(1). - P.161-162.

15. **Bondar' VI., Borovik EB.** *The scope of rehabilitative measures for disabled children at sanatorium-health resort institutions for children with their parents.*// *Voprosy Kurortologii, Fizioterapii i Lechebnoi Fizicheskoi Kulturi.* - 1996. - '1. - P.34-37.
16. **Borutta A., Heinrich R.** *Long term results with dental treatment concepts for disabled children.*// *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift.* - 1992. - '1. - P.23-25.
17. **Bowe FG.** *Disabled and elderly people in the First, Second and Third Worlds.*// *International Journal of Rehabilitation Research.* - 1990. - '1. - P.1-14.
18. **Bowes G., Sinnema G., Suris JC., Buhlmann U.** *Transition health services for youth with disabilities: a global perspective.*// *Journal of Adolescent Health.* - 1995. - '17(1). - P.23-31.
19. **Brabin Bj., Verhoeff F., Chimsuku L.** *Malaria as factor in low birthweight in Zaire.*// *Lancet.* - 1996. - '347(9000). - P.500.
20. **Brach-Papa F., Stradoni P.** *Handicap and family: a systematic approach to the family of handicapped children.*// *Annali dell Ospedale Maria Vittoria di Torino.* - 1991. - '7-12. - P.161-173.
21. **Brady MP., Martin S., Williams RE., Burt M.** *The effects of fifth graders' socially directed behaviour on motor and social responses of children with severe multiple handicaps.*// *Research in Developmental Disabilities.* - 1991. - '1. - P.1-16.
22. **Brewer CC., Storms BS.** *The final phase of rehabilitation: work hardening.*// *Orthopaedic Nursing.* - 1993. - '6. - P.9-15.
23. **Buitrago F., Lozano L., Bonino F., Fernandez-Lozano C., Candela M., Altimiras J.** *Influence of sex, age, and profession on transient work disability at a health centre.*// *Atencion Primaria.* - 1993. - '6. - P.293-297.
24. **Calandra C., Finocchiaro G., Raciti L., Alberti A.** *Grief elaboration in families with handicapped member.*// *Annali dell Istituto Superiore di Sanita.* - 1992. - '2. - P.269-271.
25. **Camara T.** *Community - based rehabilitation.*// *The magazine of the WHO.* - 1995. - '5. - P.6-7.
26. **Cassidy J.** *International perspectives. The unseen menace.*// *Nursing Times.* - 1996. - '92(8). - P.50-51.
27. **Castane M., Peris E.** *Visual problems in people with severe mental handicap.*// *Journal of Intellectual Disability Research.* - 1993. - '5. - P.469-473.

28. **Catanzaro M., Weinert C.** *Economic status of families living with multiple sclerosis.*// International Journal of Rehabilitation Research. - 1992. - ' 3. - P.209-218.
29. **Chamberlin J.** *Mental health: choice and dignity.*// The magazine of the WHO. - 1995. - ' 5. - P.16-17.
30. **Chen J., Simeonsson RJ.** *Prevention of childhood disability in the People's Republic of China.*// Child: Care, Health & Development. - 1993. - ' 2. - P.71-88.
31. **Chen Y.** *Mental health in China.*// The magazine of the WHO. - 1995. - ' 5. - P.20.
32. **Chermak GD.** *A global perspective on disability: a review of efforts to increase access and advance social integration for disabled persons.*// International Disability Studies. - 1990. - ' 2. - P.123-127.
33. **Clerici M., Beltz J., Bertrando P., Fornara A., Garavaglia R., Iraci A., Merati O., Steiner V., Cazullo CL.** *Mental retardation and family environment.*// Minerva Psichiatrica. - 1993. - ' 3. - P.163-167.
34. **Collins JG., Hendershot GE.** *Health characteristics of large metropolitan statistical areas: United States, 1988-1989.*// Vital & Health Statistics - Series 10: Data From the National Health Survey. - 1993. - ' 187. - P.1-97.
35. **Convenția cu privire la drepturile copilului.** ONU. Geneva, 1990. - 20p.
36. **Cook L., Smith DS., Truman G.** *Using Functional Independence Measure profiles as an index of outcome in the rehabilitation of brain-injured patients.*// Archives of Physical Medicine & Rehabilitation. - 1994. - ' 4. - P.390-393.
37. **Cooper LJ., Wacker DP., Sasso CM., Reimers TM., Donn LK.** *Using parents as therapists to evaluate appropriate behaviour of their children: application to a tertiary diagnostic clinic.*// Journal of Applied Behaviour Analysis. - 1990. - ' 3. - P.285-296.
38. **Costa T., Scriver C., Childs B.** *The effects of Mendelian disease on human health: measurement.*// American Journal Med. General. - 1985. - ' 21. - P.231-242.
39. **Dalferth M., Schnappauf K., Sommerer I.** *Vocational integration of physically handicapped persons--a regional study in the Regensburg district.*// Rehabilitation. - 1995. - ' 34(2). - P.91-100.
40. **Daumerie D.** *The legacy of leprosy.*// The magazine of the WHO. - 1995. - ' 5. - P.28.

41. **Devesa F., Martinez F., Moreno Mj., Rull S., Sanfrancisco M., Ferrando J.** *Hepatitis B markers at 3 open centres for mentally retarded.*// Revista Espanola de Enfermedades digestivas. - 1993. - 1 3. - P.162-168.
42. **Devlin JB., Mulcahy M., Corcoran R., Ramsay L., Nyndall P., Shattock A.** *Hepatitis B in the non-residential mentally handicapped population.*// Journal of Intellectual Disability Research. - 1993. - 1 6. - P.553-560.
43. **Diaz Gomez NM., Domenech Martinez E., Barroso Guerrero F.** *Trace elements and growth factors in the perinatal period.*// Anales Espanoles de Pediatria. - '44(4). - P.351-356.
44. **Dincin J., Zeitz MA., Farrell D., Harrington L., Green W., Pavick D., Rucks C., Illing P.** *Special programs for special groups.*// New Directions for Mental Health Services. - 1995. - '68. - P.55-73.
45. **Dowler JM., Jordan-Simpson DA.** *Participation of people with disabilities in selected activities.*// Health Reports. - 1990. - 1 3. - P.269-277.
46. **Downey WS jr.** *Public Law 99-457 and the clinical paediatrician. Part 1: A description of the federal act and its predecessor.*// Clinical Paediatrics. - 1990. - 1 3. - P.158-161.
47. **Drews CD., Murphy CC., Yeargin-Allsopp M., Decoufle P.** *The relationship between idiopathic mental retardation and mental smoking during pregnancy.*// Paediatrics. - 1996. - '97(4). - P.547-553.
48. **Dyson LL.** *Response to the presence of a child with disabilities: parental stress and family functioning over time.*// American Journal on Mental Retardation. - 1993. - 1 2. - P.207-218.
49. **Ețco C.** *Pediatria socială: probleme și perspective. Materile conferenței științifice "Actualități în obstetrico-genicologie și pediatrie".*// Chișinău. - 1996. - P.206-208.
50. **Eberhardt K., Mayberry W.** *Factors influencing entry-level occupational therapists' attitudes toward persons with disabilities.*// American Journal of Occupational Therapy. - 1995. - '49(7). - P.629-636.
51. **Ehrmann LC., Aeschleman SR., Svanum S.** *Parental reports of community activity patterns: a comparison between young children with disabilities and their nondisabled peers.*// Research in Developmental Disabilities. - 1995. - '16(4). - P.331-343.
52. **Engels D.** *Medical and occupational rehabilitation of psychiatric patents. Results of concomitant research of rehabilitation facilities*

- for psychiatric and handicapped parents.// Rehabilitation. - 1993. - 1 4. - P.227-231.
53. **Evans RL., Dingus CM., Haselcorn JK.** *Living with a disability: a synthesis and critique of the literature on quality of life, 1985-1989.*// Psychological Reports. - 1993. - 1 3. - P.771-777.
54. **Ferrary A.** *Cerebral Palsy.*// The magazine of the WHO. - 1995. - 1 5. - P.22-23.
55. **Ferrieri P.** *Neonatal susceptibility and immunity to major bacterial pathogens.*// Reviews of Infectious Diseases. - 1990. - 1 4. - P.394-400.
56. **Fichtner HL.** *Rehabilitation of handicapped children as the combined responsibility of medicine and pedagogic—approach and contradictions in the process of integrated education.*// Gesundheitswesen. - 1992. - 1 10. - P.552-558.
57. **Finck H.** *Social medicine aspects of diabetes mellitus and its significance for expert consultation by physicians in public health.*// Öffentliche Gesundheitswesen. - 1991. - 1 8-9. - P.602-603.
58. **Fleming J., Challela M., Eland J., Hornick R., Johnson P., Martinson I., Nativio D., Nokes K., Riddle I., Steele N.** *Impact on the family of children who are technology dependent and cared for in the home.*// Paediatric Nursing. - 1994. - 1 20(4). - P.379-388.
59. **Folden SL., Coffman S.** *Respite care for families of children with disabilities.*// Journal of Paediatric Health Care. - 1993. - 1 3. - P.103-110.
60. *Fourth International Conference on Grief and Bereavement in Contemporary Society.*// Stockholm. - 1994. - 12-16 June. - 22p.
61. **Frank RG., Gluck JP., Buckelew SP.** *Rehabilitation. Psychology's greatest opportunity?*// American Psychologist. - 1990. - 1 6. - P.757-761.
62. **Fraser AM., Brockert JE., Ward RH.** *Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes.*// New England Journal of Medicine. - 1995. - 1 332(17). - P.1113-1117.
63. **Free K., Alechina I., Zahn-Waxler C.** *Affective language between depressed mothers and their children: the potential impact of psychotherapy.*// Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. - 1996. - 1 35(6). - P.783-790.
64. **Fry-Revere S.** *Ethics consultation: an update on accountability issues.*// Pediatric Nursing. - 1994. - 1 1. - P.95-98.
65. **Gilbert C., Foster A.** *Childhood blindness.*// The magazine of the WHO. - 1995. - 1 5. - P.24-25.

66. **Glaz A., Simon G., Horvath M.** *Statistical data on motor handicapped children, aged 0-18 years, based on a national survey.*// Orvo si Hetilap. - 1993. - ' 18. - P.967-969.
67. **Gmelin A.** *Innovative Wege zur beruflichen Eingliederung von Behinderten--Ergebnisse der europäischen Gemeinschaftsinitiative HORIZON.*// Rehabilitation. - 1996. - '35(1). - P.44-48.
68. **Goerdt A.** *Disability prevention and rehabilitation.*// The magazine of the WHO. - 1995. - ' 5. - P.4-5.
69. **Grigorie E., Gărgăun S., Groppa E., Stratilă M., Botezatu K.** *Incidența viciilor congenitale în Republica Moldova. Materile conferenței științifice "Actualități în obstetrico-ginecologie și pediatrie".*// Chișinău. - 1996. - P.215-220.
70. **Guzder J., Paris J., Zelkowitz P., Marchessault K.** *Risk factors for borderline pathology in children.*// Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. - 1996. - '35(1). - P.26-33.
71. **Hages A., Costa T., Scriver C., Childs B.** *The effects of Mendelian disease on human health: response to treatment.*// American Journal Med. General. - 1985. - ' 12. - P.243-255.
72. **Hallum A.** *Disability and the transition to adulthood: issues for the disabled child, the family, and the paediatrician.*// Current Problems in Paediatrics. - 1995. - '25(1). - P.12-50.
73. **Hart DL., Berlin S., Brager PW., Caruso M., Heijduk JF jr., Hjarwar JM., Snyder KP., Susi JL., Wahl MD.** *Development of clinical standards in industrial rehabilitation.*// Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy. - 1994. - ' 5. - P.232-241.
74. **Hayashi N., Iijima K., Higurashi M.** *Attitudes toward handicapped children—a study comparing parents of handicapped children and others, in the case of Down syndrome.*// Nippon Kosshu Eisei Zasshi - Japanese Journal of Public Health. - 1993. - ' 3. - P.181-188.
75. **Hayden MJ.** *Disability awareness workshop: helping businesses comply with the Americans With Disabilities Act of 1990.*// American Journal of Occupational Therapy. - 1992. - ' 5. - P.461-465.
76. **Heather N., Tebbutt JS., Mattick RP., Zamir R.** *Development of a scale for measuring impaired control over alcohol consumption.*// Journal of Studies on Alcohol. - 1993. - ' 6. - P.700-709.
77. **Hermelin B., O'Connor N.** *Art and accuracy: the drawing ability of idion-savants.*// Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines. - 1990. - ' 2. - P.217-228.

78. **Hinrichs G., Langkamp A.** *A social pedagogic oriented therapy unit in a clinic for child and adolescent psychiatry.*// Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. - 1993. - ' 5. - P.167-171.
79. **Hotărărea ¹ 300:** "Cu privire la aprobarea listei probilor și stărilor patologice, certificate de expertiza medicală, pentru care se acordă dreptul la pensii sociale pentru copii invalizi din copilărie până la vârsta de 16 ani în Republica Moldova". - 12 iunie 1991.
80. **Human Development Report.**// New-York: Oxford University Press. - 1991. - P.88-91.
81. **International Conference of OUN.** - Egipt. - 1994. - P.41-42.
82. **Isherwood M.** *Coping with disability.*// Chambers. - 1988. - 220p.
83. **Ishirawa T., Asano Y., Morishima T., Nagashima M., Sobue G., Watanabe K., Yamaguchi H.** *Epidemiology of acute childhood encephalitis.*// Brain & Development. - 1993. - ' 3. - P.192-197.
84. **Jancar J., Johnston SJ.** *Incest and mental handicap.*// Journal of Mental Deficiency Research. - 1990- ' 6. - P.483-490.
85. **Jochheim KA.** *25 years rehabilitation. Questions--answers, unanswered questions--retrospective answers.*// Rehabilitation. - 1992. - ' 3. - P.182-186.
86. **Johnson V.** *The relationship between parent and offspring comorbid disorders.*// Journal of Substance Abuse. - 1995. - '7(3). - P.267-280.
87. **Kaemmerer H., Tintner H., Konig U., Fritsch J., Sechtem U., Hopp HW.** *Psychosocial problems of adolescents and adults with congenital heart defects.*// Zeitschrift fur Kardiologie. - 1994. - ' 3. - P.194-200.
88. **Kalter H., Warkany J.** *Causes of congenital malformation at birth.*// N. Engl. J. Med. - 1988. - ' 308. - P.424-491.
89. **Kamsiuk LG.** *Problems of medico-social rehabilitation of handicapped children.*// Pediatria. - 1990. - ' 2. - P.5-10.
90. **Kaplan MD.** *The role of fathers.*// Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. - 1996. - '35(6). - P.699-700.
91. **Kapur Y.** *International action against deathness.*// The magazin of the WHO. - 1995. - ' 5. - P.30-31.
92. **Kashani JH., Allan WD., Dahlmeier JM., Rezvani M., Reid JC.** *An examination of family functioning utilizing the circumplex model in psychiatrically hospitalized children with depression.*// Journal of Affective Disorders. - 1995. - '35(1-2). - P.65-73.
93. **Katoda H.** *Parents' and teachers' praxes of and attitudes to the health and sex education of young people with mental handicaps: a*

- study in Stockholm and Tokyo.*// Journal of Intellectual Disability Research. - 1993. - ' 2. - P.115-129.
94. **Katzenellenbogen J., Joubert G., Rendall K., Coetzee T.** *Methodological issues in a disablement prevalence study: Mitchells Plain, South Africa.*// Disability & Rehabilitation. - 1995. - '17(7). - P.350-357.
95. **Kendler KS., Neale MC., Prescott CA., Kessler RC., Heath AC., Corey LA.** *Childhood parental loss and alcoholism in women: causal analysis using a twin-family design.*// Psychological Medicine. - 1996. - '26(1). - P.79-95.
96. **Kim MM., O'Connor KS., McLean J., Robson A., Chance G.** *Do parents and professionals agree on the developmental status of high-risk infants?*// Pediatrics. - 1996. - '97(5). - P.676-681.
97. **Kind C.** *Therapy in unfavorable prognosis. Ethical dilemma in the treatment of newborn infants with severe abnormalities.*// Schweizerische Rundschau fur Medizin Praxis. - 1994. - ' 18. - P.537-539.
98. **King GA., Shultz IZ., Steel K., Gilpin M., Cathers T.** *Self-evaluation and self-concept of adolescents with physical disabilities.*// American Journal of Occupational Therapy. - 1993. - ' 2. - P.132-140.
99. **Kohler L.** *Children with and without disabilities in the Nordic countries. A Nordic project.*// Scandinavian Journal of Social Medicine. - 1993. - ' 3. - P.143-149.
100. **Konig E.** *Handicapped statistics--aspects of pediatric and adolescent medicine.*// Gesundheitswesen. - 1993. - ' 12. - P.644-647.
101. **Krause V.** *Living with disability.*// The magazin of the WHO. - 1995. - ' 5. - P.10.
102. **Kronenberger WG., Thompson RJ jr.** *Medical stress, appraised stress, and the psychological adjustment of mothers of children with myelomeningocele.*// Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics. - 1992. - ' 1. - P.405-411.
103. **Kuenneth CA., Boyle C., Murphy CC., Yeargin-Allsopp M.** *Reproductive risk factors for epilepsy among ten-year-old children in metropolitan Atlanta.*// Pediatric & Perinatal Epidemiology. - 1996. - '10(2). - P.186-196.

104. **Kuliev A., Modell B.** *Community genetics services in Europe: a review for the European Regional Office of the WHO.*// Copenhagen: WHO. - Regional Office of Europe. - 1987. - 37p.
105. **Kuliev A., Modell B.** *Problems in the control of genetic disorders.*// Biomed. Sci. - 1990. - ' 1. - P.3-17.
106. **Kuntzag L.** *Diagnostic problems in suspected sexual abuse of handicapped preschool children.*// Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. - 1994. - ' 1. - P.21-26.
107. **Lanfranchi A., Molinari D.** *Are "behaviorial desodered" migrant children of "noncopliant" parents treatable? Interdisciplinary cooperation between system-oriented school psychology and psychoanalytically oriented therapy.*// Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. - 1995. - '44(7). - P.260-270.
108. **Lave LB., Songer TJ., LaPorte RE.** *Should persons with diabetes be licensed to drive trucks?--Risk management.*// Risk analysis. - 1993. - ' 3. - P.327-334.
109. **Lechner DE.** *Work hardening and work conditioning interventions: do they affect disability?//* Physical Therapy. - 1994. - ' 5. - P.471-493.
110. **Lee JJ., Lyne ED.** *Pathologic fractures in severely handicapped children and young adults.*// Journal of Pediatric Orthopedics. - 1990. - ' 4. - P.497-500.
111. **Lequerica M.** *Stress in immigrant families with handicapped children.*// American Journal of Orthopsychiatry. - 1993. - ' 4. - P.542-552.
112. **Lindstrom B., Kohler L.** *Youth, disability and quality of life.*// Pediatrician. - 1991. - ' 2. - P.121-128.
113. **Lipitz S., Frenkel Y., Watts C., Ben-Rafael Z., Bercai G., Reichman B.** *High-oder multifetal gestation--management and outcome.*// Obstetrics & Gynecology. - 1990. - ' 2. - P.215-218.
114. **Lison H.** *Prevalence of intellectual handicap in Western Australia: a community study.*// Medical Journal of Australia. - 1992. - ' 2. - P.94-96, 100, 102.
115. **Lison H.** *Role of the parents with the cronicaly ill child.*// Schweizerische Medizinische Wochenschrift. Journal Suisse de Medicine. - 1992. - ' 4. - P.112-116.
116. **Lobato DJ., Miller CT., Barbour L., Hall LJ., Pezzullo J.** *Preschool siblings of handicapped children: interactions with*

- mothers, brothers, and sisters.// *Research in Developmental Disabilities*. - 1991. - '4. - P.387-399.
117. **Lozano B.** *Independent living: relation among training, skills, and success.*// *American Journal on Mental Retardation*. - 1993. - '2. - P.249-262.
118. **Magyary D., Brandt P., Fleming J., Padgett D., Keickhefer G.** *Nursing specialty practice guideline.*// *Journal of Pediatric Nursing*. - 1993. - '4. - P.253-260.
119. **Maier-Lenz RJ., Lenk E.** *Women in occupational rehabilitation--findings of a Federal Rehabilitation Council.*// *Rehabilitation*. - 1994. - '1. - P.19-25.
120. **Manzke H.** *Unpreventable effects of neonatal intensive care on the later development of extremely small premature infants.*// *Zeitschrift fur Geburtshilfe und Perinatologie*. - 1992. - '4. - P.165-172.
121. **Marcell MM., Cohen S.** *Hearing abilities of Down syndrome and jther mentally handicapped adolescents.*// *Research in Developmental Disabilities*. - 1992. - '6. - P.533-551.
122. **Marcenko MO., Smith LK.** *The impact of a family-centered case management approach.*// *Social Work in Health Care*. - 1992. - '1. - P.87-100.
123. **Marcus D.** *Play therapy with young children.*// *Indian Journal of Pediatrics*. - 1992. - '1. - P.53-60.
124. **Marocco Muttini C., Monetti A.** *Maternal personality and role in the rehabilitation of physically handicapped subject.*// *Minerva Psychiatrica*. - 1993. - '2. - P.84-94.
125. **Martius J., Roos T.** *The role of urogenital tract infections in the eteology of preterm birth: a review.*// *Archives of Gynecology & Obstetrics*. - 1996. - '258(1). - P.1-19.
126. **Matsumoto A.** *Epilepsy in severely handicapped children.*// *Brain & Development*. - 1990. - '2. - P.149-153.
127. **Maurice P.** *Safeguards that prevent disabilities.*// *The magazin of the WHO*. - 1995. - '5. - P.8-9.
128. **McCabe MA.** *Pediatric Functional Independence Measure: clinical trials with disabled and nondisabled children.*// *Applied Nursing Research*. - 1996. - '9(3). - P.136-138.
129. **McDuffie RS Jr., Beck A., Bischoff K., Cross J., Orleans M.** *Effect of frequency of prenatal care visits on perinatal outcome among low-risc women. A randomized controll trial.*// *JAMA*. - 1996. - '275(11). - P.847-851.

130. **McGaha JE., Leoni EL.** *Family violence, abuse, and related family issues of incarcerated delinquents with alcoholic parents compared to those with nonalcoholic parents.*// Addictive Behaviors. - 1995. - '20(1). - P.61-67.
131. **Mehta M., Pande P., Bhargava M.** *Behavioral training for mothers of mentally handicapped children: teaching of self-help skills.*// Indian Pediatrics. - 1991. - '8. - P.909-915.
132. **Melin AL., Hakansson S., Bygren LO.** *The cost-effectiveness of rehabilitation in the home: a study of Swedish elderly.*// American Journal of Public Health. - 1993. - '3. - P.356-362.
133. **Mellvig L.** *Children with special needs - cooperation is necessary.*// Lakartidningen. - 1996. - '93(32-33). - P.2726.
134. **Merrell KW., Poppinga MR.** *The aalience of adaptive behavior and social competence: an examination of relationship between the scales of Independent Behavior and the Social Skills Rating System.*// Research in Developmental Disabilities. - 1994. - '15(1). - P.39-47.
135. **Mihalas AN., Voina Ta., Dubrovina TA., Calin V.** *Mediul ambiant și sănătatea psihică a copiilor de vârstă preșcolară (3-5 ani) din localitățile rurale.*// - P.115-116.
136. **Miles MS., Carlson J., Funk SG.** *Sources of support reported by mothers and fathers of infants hospitalized in a neonatal intensive care unit.*// Neonatal Network. - 1996. - '15(3). - P.45-52.
137. **Mittler P.** *Intellectual disability.*// The magazin of the WHO. - 1995. - '5. - P.18-19.
138. **Mlika A., du Mazaubrun C., Rumeau-Rouquette C.** *Prevalence of severe mental retardation and trisomy 21 in 3 generations: 1972, 1976, and 1981.*// Revue d Epidemiologie et de Sante Publique. - 1993. - '1. - P.44-52.
139. **Mock CN., Denno D., Adzotor ES.** *Pediatric trauma in the rural developing world: low cost measures to improve outcome.*// Injury; British Journal of Accident Surgery. - 1993. - '5. - P.291-296.
140. **Mock JY., Ross A., Raab G., Hamilton B., Gillkison S., Johnstone FD.** *Maternal HIV and drug use: effect on health and social morbidity.*// Archives of Disease in Childhood. - 1996. - '74(3). - P.210-214.
141. **Modreanu G., Georgescu A., Bobocea A., Gheorghiu M., Olteanu C., Freifeld M., Burcea S., Mircea D., Horsa I., Marineci V. etc.** *Factoes that affect the medical recuperation and socio-*

- occupational rehabilitation of pulmonary tuberculosis patients.*// Pneumoftiziologia. - 1991. - '3. - P.28-33.
142. **Morriss R., Schaerf F., Brandt J., McArthur J., Folstein M.** *AIDS and multiple sclerosis: neural and mental features.*// Acta Psychiatrica Scandinavica. - 1992. - '5. - P.331-336.
143. **Muller H., Breise V.** *New methods for diagnosing infection in pregnancy.*// Zentralblatt fur Gynakologie. - 1992. - '9. -P.441-449.
144. **Mureşanu P.** *Manual de metode matematice în analiza stării de sănătate.*// Bucureşti.: Editura Medicină, 1989. - 571p.
145. **Nakada Y.** *An epidemiological survey of severely mentally and physically disabled children in Okinawa.*// Brain & Development. - 1993. - '2. - P.113-118.
146. **Nakamura K., Tanaka A., Takano T.** *The social cost of alcohol abuse in Japan.*// Journal of Studies on Alcohol. - 1993. - '15. - P.618-625.
147. **Nelson KB., Grether JK.** *Can magnesium sulfate reduce the risk of cerebral palsy in very low birthweight infants?// Pediatrics. - '95(2). - P.263-269.*
148. **Nicholson A., Alberman E.** *Cerebral palsy--an increasing contributor to severe mental retardation?// Archives of Disease in Childhood. - 1992. - '8. - P.1050-1055.*
149. **Nottelmann ED., Jensen PS.** *Bipolar affective disorder in children and adolescents.*// Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. - 1995. - '34(6). - P.705-708.
150. **O'Connor N., Hermelin B.** *The recognition failure and graphic success of idiot-savant artists.*// Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines. - 1990. - '2. - P.203-215.
151. **O'Keefe M., Burke JP., Bowell R., Lenigan B.** *Childhood blindness.*// Irish Medical Journal. - 1990. - '2. - P.57-58.
152. **Ochoa Sangrador C., Luque Benilloch C., Carrascal Tejado A.** *Prematurity, low birth weight and the interval between pregnancies.*// Anales Espanoles de Pediatria. - 1996. - '45(1). - P.67-70.
153. **Ohnmacht D., Egert E., Mohles R., Brenner GH.** *Basic descriptive evaluation in severe disability expert assessment in the year 1990 by the Baden-Wurtemberg medical service of the public health insurance.*// Gesundheitswesen. - 1992. - '4. - P.167-172.
154. **Okumura T., Mivata H., Uetani Y., Nakamura H.** *Cerebral palsy in children and its relationship with perinatal medical care.*// Brain & development. - 1993. - '6. - P.532-536.

155. **Opopol N., Ursul S., Bradu St.** *Factorul ecologic în spațiul rural al Republicii Moldova.*// Poluarea mediului și sănătatea. - Chișinău, 1995. - P.1-16.
156. **Ornoy A., Michaelevskaya V., Lukashov I., Bar-Hamburger R., Harel S.** *The developmental outcome of children born to heroin-dependent mothers, raised at home or adopted.*// Child Abuse & Neglect. - 1996. - '20(5). - P.385-396.
157. *alternative communication devices on families of young children with disabilities.*// Perceptual & Motor Skills. - 1994. - '78(3 Pt 2). - P.1361-1362.
158. **Parette HP. jr., Hourcade JJ., Brimberry RK.** *The family physician's role with parents of young children with developmental disabilities.*// Journal of Family Practice. - 1990. - '3. - P.288-296.
159. **Pasek PB., Schkade JK.** *Effects of skiing experience on adolescents with limb deficiencies: an occupational adaptation perspective.*// American Journal of Occupational Therapy. - 1996. - '50(1). - P.24-31.
160. **Perkins MT.** *Parents-nurse collaboration: using the caregiver identity emergence phrases to assist parents of hospitalized children with disabilities.*// Journal of Pediatric Nursing. - 1993. - '1. - P.2-9.
161. **Phylactos AC., Leaf AA., Costeloe K., Crawford MA.** *Erythricyte cupric/zinc superoxid dismutase exhibits reduced activity in preterm and low-birthweight infants at birth.*// Acta Paediatrica. - 1995. - '84(12). - P.1421-1425.
162. **Popușoi E., Antonişin I., Spinei LV., Iodko NE., Ețko C., Ștefanet SE.** *Dezvoltarea psihomotorie a copilului.* - Recomandări metodice pentru medici și studenți. - Chișinău, 1993. - 53p.
163. **Popușoi E., Spinei LV., Ștefanet SE., Iodko NE.** *Educarea și reabilitarea copilului invalid în familie.* - Îndrumar metodic pentru medici și părinți. - Chișinău, 1994. - 49p.
164. **Popușoi E., Spinei LV., Ștefanet SE., Iodko NE.** *Caracteristicile familiei care educă copilul handicapat și rolul ei în recuperare.*// Jurnal de Medicină Preventivă. - 1994. - '1-2. - P.15-17.
165. **Popușoi E., Spinei LV., Ștefanet SE., Iodko NE.** *Invaliditatea la copii, ca problemă de sănătate publică în Republica Moldova.*// Jurnal de Medicină Preventivă. - 1994. - '3-4. - P.81-84.

166. **Popușoi e., Spinei LV., Iodko NE., Ștefanet SE.** *Desăvârșirea formelor de organizare a deeservirii copiilor invalizi în policlinicile pentru copii.- Rocomendări metodice.* - Chișinău, 1996. - 23p.
167. **Raaijmakers MF., Dekker J., Dejonckere PH., Zee J.** *Reliability of the assessment of impairments, disabilities and handicaps in survey research on speech therapy.*// Folia Phoniatica et Logopedica. - 1995. - '47(4). - P.199-209.
168. **Rasmussen F., Lie HR., Hagelsteen JH., Lagergren J., Borjeson Mc., Lagerkvist B., Kohler L.** *Nordic children with myelominengocele. Parents' assessments of the handicap and physicians' classifications of the disabilities.*// Acta Paediatrica. - 1993. - '3. - P.276-280.
169. **Raspe H.** *Work capacity--a central category of practical social medicine.*// Gesundheitswesen. - 1994. - '2. - P.95-102.
170. **Ratzmann Um., Schneider P., Richter H.** *Physiological studies of families with children and adolescents following surgery for congenital heart defects (tetralogy of Fallot and aortic coarctation).*// Kinderärztliche Praxis. - 1991. - '4. - P.107-110.
171. **Reiter S., Palnizky A.** *Transition from school to work of students with developmental disabilities and mental retardation: an israel perspective.*// International Journal of Rehabilitation Research. - 1996. - '19(1). - P.27-38.
172. **Repetto MA., Homan SP.** *A legislative perspective on the school nurse and education for children with disabilities in New Jersey.*// Journal of scholl Health. - 1991. - '9. - P.388-391.
173. **Reyes AL., Cash AJ., Green SH., Booth IW.** *Gastrooesophageal reflux in children with cerebral palsy.*// Child: Care, Health & Development. - 1993. - '2. - P.109-118.
174. **Rice C., Longabaugh R., Beattie M., Noel N.** *Age group differences in response to treatment for problematic alcohol use.*// Addiction. - 1993. - '10. - P.1369-1375.
175. **Rimmerman A., Stanger V.** *Locus of control and utilization of social support among mothers of young children with physical disabilities.*// International Journal of Rehabilitation Research. - 1992. - '6. - P.15-16.
176. **Rodney HE.** *Inconsistencies in the literature on collegiate adult children of alcoholics: factors to consider for African Americans.*// Journal of American College Health. - 1996. - '45(1). - P.19-25.

177. **Rodney HE., Rodney L.** *An exploratory study of African American collegiate adult children of alcoholics.*// Journal of American College Health. - 1996. - '44(6). - P.267-272.
178. **Roeleveld N., Vingerhoets E., Zeilhuis GA., Gabreels F.** *Mental retardation associated with parental smoking and alcohol consumption, during, and after pregnancy.*// Preventive Medicine. - 1992. - '1. - P.110-119.
179. **Rogge H.** *Social medicine aspects in lymphatic and oncological diseases.*// Zeitschrift fur Lymphologie - Journal of Lymphology. - 1993. - '2. - P.54-57.
180. **Rogner J., Wessels ET.** *Coping strategies of mothers and fathers with a first- or second-born mentally handicapped child.*// Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. - 1990. - '4. - P.12-129.
181. **Rosenbaum P., King S., Toal C., Puttaswamaiah S., Durrell K.** *Home of children's treatment center: where should initial therapy assessments of children with disabilities be born?//* Developmental Medicine & Child Neurology. - 1990. - '10. - P.888-894.
182. **Roush J., McWilliam RA.** *A new challenge for pediatric audiology: Public Law 99-457.*// Journal of the American Academy of Audiology. - 1990. - '4. - P.196-208.
183. **Rumeau-Rouquette C. Breart.** *Perinatal risk factors and motor deficiency due to cerebral palsy.*// Journal de Gynecologie, Obstetrique et Biologie de la Reproduction. - 1996. - '25(2). - P.119-123.
184. **Rydhstrom H., Ingemarsson I.** *Prognosis and long-term follow-up of a twin after antenatal death of the co-twin.*// Journal of Reproductive Medicine. - 1993. - '2. - P.142-146.
185. **Sacker A., Done DJ., Crow TJ.** *Obstetric complications in children born to parents with schizophrenia: a meta-analysis of case control studies.*// Psychological Medicine. - 1996. - '26(2). - P.279-287.
186. **Saddler AL., Hillman SB., Benjamins D.** *The influence of disabling conditions visibility on family functioning.*// Journal of Pediatric Psychology. - 1993. - '4. - P.425-439.
187. **Samciuc Ș., Fuior I.** *Malformațiile congenitale în structura letalității copiilor până la un an în RM. Materile conferenței științifice "Actualități în obstetrico-genicologie și pediatrie".*// Chișinău. - 1996. - P.278-281.

188. **Santoro F., Maiorana C., Galletta A., Novi S., Pavanello W.** *Evaluation of a prevention and prophylaxis program for the handicapped.*// *Prevenzione e Assistenza Dentale.* - 1991. - ' 2. - P.8-15.
189. **Schandler SL., Cohen MJ., Vulpe M.** *Problem solving and coping strategies in persons with spinal cord injury who have and do not have a family history of alcoholism.*// *Journal of Spinal Cord Medicine.* - 1996. - '19(2). - P.78-86.
190. **Schaufele M., Lindenbach I., Cooper B.** *Utilization of social departments before and after effectiveness of the 'need for disability care' health service reform in Mannheim.*// *Gesundheitswesen.* - 1995. - '57(2). - P.55-62.
191. **Seger W.** *Social medicine position in the rehabilitation discharge report from the viewpoint of quality assurance.*// *Rehabilitation.* - 1993. - ' 1. - P.76-82.
192. **Settle W.** *Perceptions of parents of handicapped children concerning nurses and the health care system as it affects them.*// *AARN News Letter.* - 1992. - ' 7. - P.10-13.
193. **Shimada M.** *Pathogenesis of hypoxia encephalopathy during pre- and peri-natal periods.*// *Brain & Development.* - 1994. - ' 2. - P.111-112.
194. **Shoub BD., Johnson S., McAnerney JM., Blackburn NK.** *Hepatitis B virus prevalence in two institutions for the mentally handicapped.*// *South African Medical Journal.* - 1993. - ' 9. - P.650-653.
195. **Sillanpaa M.** *Epilepsy in children: prevalence, disability, and handicap.*// *Epilepsia.* - 1992. - ' 3. - P.444-449.
196. **Sloper P., Turner S.** *Risk and resistance factors in the adaptation of parents of children with severe physical disability.*// *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines.* - 1993. - ' 2. - P.167-188.
197. **Smith WC.** *The epidemiology of disability in leprosy including risk factors.*// *Leprosy Review.* - 1992. - ' 1. - P.23s-30s.
198. **Solbach G.** *Legal limits in the treatment of severely handicapped newborn infants?*// *Klinische Pädiatrie.* - 1993. - ' 6. - P.389-393.
199. **Somaiya PA., Awate RV., Bhore PD.** *Socio-psychological study of the prostitutes.*// *Indian Journal of Public Health.* - 1990. - ' 2. - P.93-97.

200. **Sommerflet K., Ellertsen B., Markestad T.** *Parental factors in cognitive outcome of non-handicapped low birthweight infants.*// Archives of Disease in Childhood Fetal & Neonatal Edition. - 1995. - '73(3). - P.F135-142.
201. **Specht F., Anton S.** *Inpatient and partial hospitalization facilities for child and adolescent psychiatry in the unified Germany, 1991.*// Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. - 1992. - '10. - P.367-374.
202. **Spinatsch M.** *The prediction of long-term outcome of male alcoholics after inpatient treatment: case of a clinical population in German-speaking Switzerland.*// International Journal of the Addiction. - 1992. - '9. - P. 1087-1103.
203. **Spinei LV.** *Compendiu de studiere și analiză a invalidității copiilor.* - Chișinău, 1996. - 27p.
204. **Spinei LV.** *Handicapul infantil ca problemă a pediatriei sociale.*// Curier Vedral. - 1995. - '2. - P.29-31.
205. **Stadler H.** *Ethical principles in rehabilitation.*// Rehabilitation. - 1993. - '32(2). - P.93-98.
206. **Stadler H.** *Ethical principles in rehabilitation.*// Rehabilitation - Stuttgart. - 1993. - '2. - P.93-98. **Stanley FJ., Watson L.** *Trends in perinatal mortality and cerebral palsy in Western Australia, 1967 to 1985.*// BMJ. - 1992. - '6843. - P.1658-1663.
207. **Stanton WR., Langley J., McGee R.** *Disability in late adolescence. II: Follow-up of perceived limitation.*// Disability & Rehabilitation. - 1995. - '17(2). - P.70-75.
208. **Stein A., Murray L., Cooper P., Faeburn CG.** *Infant growth in the context of maternal eating disorders and maternal depression: a comparative studt.*// Psychological Medicine. - 1996. - '26(3). - P.569-574.
209. **Stevenson J., Thompson MJ., Sonuga-Barke E.** *Mental health of preschool children and their mothers in a mixed urban/rural population. III. Latent variable models.*// British Journal of Psychiatry. - 1996. - '168(1). - P.26-32.
210. **Stineman MG., Escarce JJ., Goin JE., Hamilton BB., Granger CV., Williams SV.** *A case-mix classification system for medical rehabilitation.*// Medical Care. - 1994. - '4. - P.366-379.
211. **Stineman MG., Escarce JJ., Goin JE., Hamilton BB., Granger CV., Williams SV.** *A case-mix classification system for medical rehabilitation.*// Medical Care. - 1994. - '32(4). - P.366-379.

212. **Stratulat P., Crivciansky L., Ciocârla L., Savciuc A.** *Etiologia infecțiilor perinatale. Materile conferenței științifice "Actualități în obstetrico-genicologie și pediatrie"// Chișinău. - 1996. - P.184-188.*
213. **Stuifbergen AK., Becker HA.** *Predictors of health-promoting lifestyles in persons with disabilities.// Research in Nursing & Health. - 1994. - 11. - P.3-13.*
214. **Suesse T., Meyer H.** *The "pediatric department" in Luneburg: murder of Handicapped children between 1941 and 1945.// Praxis der Kinderpsychologie und Kinder psychiatrie. - 1993. - 17. - P.234-240.*
215. **Tanimura M., Matsui I., Kobayashi N.** *Child abuse of one of a pair of twins in Japan.// Lancet. - 1990. - 18726. - P.1298-1299.*
216. **Tcheremenska AR., Gisel Eg.** *Use of substitute food textures for standart eating assessment in children with cerebral without disabilities.// American Journal of Occupation Therapy. - 1994. - 48(7). - P.626-632.*
217. **Teasdale TW., Christensen AL., Pinner EM.** *Psychological rehabilitation of cranial trauma and stroke patients.// Brain Injury. - 1993. - 16. - P.535-542.*
218. **Thomas M.** *The action aid disability programmes: experiences in early indentification and early intervention.// Indian Journal of Pediatrics. - 1992. - 16. - P.697-700/*
219. **Thorburn MJ., Desai P., Davidson LL.** *Categories, classes and criteria in childhood disability--experience from a survey in Jamaica.// Disability & Rehabilitation. - 1992. - 13. - P.122-132.*
220. **Thyen U., Tegtmeier FK.** *Trauma caused by shaking the infant--a special form of child abuse.// Monatsschrift Kinderheilkunde. - 1991. - 15. - P.292-296.*
221. **Tunali B., Power TG.** *Grating satisfaction: a psychological perspective on stress and coping families of handicapped children.// Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines. - 1993. - 16. - P.945-957.*
222. **Turner G., Robinson H., Laing S., van der Berk M., Colley A., Goddard A., Sherman S., Partington M.** *Population sreening for fragile X.// Lancet. - 1992. - 18803. - P.1210-1213.*
223. **Tutton C., Wynne-Willson S., Pichaud J.** *Rating management difficulty: a study into prevalance and severity of difficult behavior by residents in a large residential hospital for the mentally*

- handicapped*// Journal of Mentally Deficiency Research. - 1990. - ' 4. - P.325-339.
224. **Tweed SH., Ryff CD.** *Family climate and parent-child relationships: recollections from a nonclinical sample of adult children of alcoholic fathers*// Research in Nursing & Health. - 1996. - '19(4). - P.311-321.
225. **Ujije T.** *An investigation of medical circumstances of the long-term hospitalized severely mentally and physically handicapped children in Sapporo*// Brain & Development. - 1993. - ' 6. - P.543-547.
226. **Vasilos LV.** *Influența pesticidelor asupra reacțiilor adaptiv-compensatoare a organismului copiilor*// Autoreferatul tezei de d.h.ș.m. - Chișinău. - 1996. - 39p.
227. **Vasilos LV.** *Nivelul stării sănătății copiilor și presingul apochimic. Materiale conferinței anuale "Probleme actuale în obstetrică și ginecologie"*// Chișinău. - 1994. - P.121.
228. **Vasilos LV., Erencova NV.** *Dezvoltarea fizică a copiilor ce locuiesc în zonele cu diferite niveluri de chimizare a agriculturii*// Congresul II al pediatriilor, obstetricienilor și ginecologilor. - Chișinău. - 1993. - P.133.
229. **Vasilov M., Mancaș GA., Hura CA., Brădățan M etc.** *Aspectele ale sănătății copiilor 0-3 ani din municipiul Băcău al consumului de apă potabilă cu nitriți/nitrați*// Poluarea mediului și sănătatea. - Chișinău. - 1995. - P.113-114.
230. **Veen S., Sassen ML., Schreuder AM., Ens-Dokkum Mh., Verloove-Vanhorick SP., Brand R., Grote JJ., Ruys JH.** *Hearing loss in very preterm and very low birthweight infants at the age of 5 years in a nationwide cohort*// International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. - 1993. - ' 1. - P.11-29.
231. **Verbrugge LM., Jette AM.** *The disability process*// Social Science & Medicine. - 1994. - ' 1. - P.1-14.
232. **Verdugo MA., Bermejo BG., Fuertes J.** *The maltreatment of intellectually handicapped children and adolescents*// Child Abuse & Neglect. - 1995. - '19(2). - P.205-215.
233. **Wainer S., Khuzwayo H.** *Attitudes of mothers, doctors, and nurses toward neonatal intensive care in a developing society*// Pediatrics. - 1993. - ' 6. - P.1171-1175.
234. **Wallader JL., Venters TL.** *Perceived role restriction and adjustment of mothers of children with chronic physical disability*// Journal of Pediatric Psychology. - 1995. - '20(5). - P.619-632.

235. Weiser¹ D. *Detection of pediatric visual defect.*// Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. - 1993. - ' 5. - P.412-416.
236. Weisner C. *Toward an alcohol treatment entry model: a comparison of problem drinkers in the general population and in treatment.*// Alcoholism, Clinical & Experimental Research. - 1993. - ' 4. - P.746-752.
237. Weiss HR., Cherdron J. *Effects of Schroth's rehabilitation program on the self concept of scoliosis patients.*// Rehabilitation. - 1994. - ' 1. - P.31-34.
238. Weissler A., Seidlitz J., Bayha U. *Parents work in the department for handicapped children. 2. Description of the parents' work.*// Kinderkrankenschwester. - 1994. - ' 1. - P.8-9.
239. Wessel H., Cnattingius S., Bergstrom S., Dupret A., Reitmaier P. *Maternal risk factors for preterm birth and low birthweight in Cape Verde.*// Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. - 1996. - '75(4). - P.360-366.
240. Wilcox A., Skjaerven R., Buekens P., Kiely J. *Birth weight and perinatal mortality. A comparison of the United States and Norway.*// JAMA. - '273(9). - P.709-711.
241. Wszelaki-Lass E., Szczurowicz A., Szulczyncka K., Debniak J., Lautenbach D. *Evolution of the course of pregnancy and the newborn state in women with bronchial asthma.*// Ginekologia Polska. - 1995. - '66(12). - P.670-673.
242. Yell ML., Espin CA. *The Handicapped Children's Protection Act of 1986: time to play the piper?//* Exceptional Children. - 1990. - ' 5. - P.396-400.
243. Zaren B., Lindmark G., Gebre-Medhin M. *Maternal smoking and body composition of the newborn.*// Acta Paediatrica. - 1996. - '85(2). - P.213-219.
244. Zimmermann W. *Psychosocial and emotinal situation in the care of severely mentally handicapped children and adolescents.*// Ärztliche Jugendkunde. - 1990. - ' 1. - P.31-40.
245. Аль-Згул ЛБ. *Немедикаментозные методы в комплексной реабилитации новорожденных детей.*// Автореф. дисс. на соиск. уч. степ. канд. мед. наук. - М. - 1995. - 24с.

246. Балыгин ММ., Дмитриев ВИ. Особенности заболеваемости детей раннего возраста в зависимости от типа семьи.// Здр.Рос.Фед. - 1995. - №5. - С.23-25.
247. Баранов АА., Карманов ВИ. Проблемы детской инвалидности: научно-информационное обеспечение.// Здр.Рос.Фед. - 1995. - №3. - С.27-28.
248. Баранов АА., Цымлякова ЛМ. Медико-экологические проблемы охраны здоровья матери и ребенка.// Педиатрия. - 1991. - № 2. - С.5-7.
249. Бисерова НН., Фатеева ЛН. Факторы риска пролонгированной беременности.// Акушерство и гинекология. - 1996. - №2. - С.48-49.
250. Бочков НП., Жученко НА., Кириллова ЕА и другие. Мониторинг врожденных пороков развития.// Российский вестник перинатологии и педиатрии. - Т.41. - 1996. - №2. - С.20-26.
251. Буга КИ. Влияние социального портрета родителей на младенческую смертность.// Тезисы научной конференции. - Кишинев. - 1991. - С.145.
252. Буга КИ. Медико-социальные аспекты младенческой смертности во внебольничных условиях в сельской местности Молдовы.// Автореф. дисс. на соиск. уч. степ. канд. мед. наук. - М. - 1992. - 22с.
253. Бураев ВП. Кластерный анализ в социально-гигиенических исследованиях. - Кишинев. - 1986. - 36с.
254. Вельтищев ЮЕ. Экологически детерминированная патология детского возраста.// Российский вестник перинатологии и педиатрии. - Т.41. - 1996. - №2. - С.5-12.
255. Владимирова ЕЮ., Смирнова ЕЕ. Состояние центральной нервной системы новорожденных, извлеченных путем кесарева сечения, по данным электроэнцефалографии.// Акушерство и гинекология. - 1996. - №2. - С.31-33.
256. Василос ЛВ. Имунный статус у детей под влиянием различных территориальных нагрузок агрохимикатов, используемых в сельском хозяйстве.// Poluarea mediul si sanatatea. - Chişinău. - 1995. - P.50-56.
257. Василос ЛВ., Волпянская АВ., Василос Аф. Врожденные пороки развития в регионах интенсивной химизации сельского хозяйства. III Республиканский съезд гигиенистов Молдовы.// Кишинев. - 1992. - С.183-184.
258. Веселов НГ. Социальная педиатрия.// Санкт-Петербург. - 1992. - 132с.

259. Воробьев АС. *Первичная диагностика и реабилитация детей при врожденных пороках сердца.*// Педиатрия. - 1996. - №6. - С.14-19.
260. Гришина ЛИ. *Инвалидность как многофакторная проблема.*// Здр. Рос. Фед. - 1993. - № 12. - С.11-14.
261. Горбунова НА. *Теоретические основы социально-трудовой реабилитации инвалидов.* - Социальная и профессиональная реабилитация инвалидов с детства. - М., 1989. - С.
262. Горбунова НА. *Социально-гигиенические и организационные аспекты профилактики инвалидности.* - Социальная и профессиональная реабилитация инвалидов с детства. - М., 1989. - С.
263. Горбунова НА., Алтаев КА. *Социально-трудовая реабилитация инвалидов вследствие травм.*// Ашхабад. - 1990. - 90с.
264. Горбунова НА., Маргелян АВ., Погосов АВ. и другие *Медицинские показания к направлению на профессиональное обучение в учебном заведении Министерства социального обеспечения РСФСР.*// Методические рекомендации. - М. - 1982. - 63с.
265. Гребешева ИИ., Зангиева ТД., Кулания ВБ. *Международная конвенция о правах ребенка и проблемы социальной защиты детства в нашей стране.*// Педиатрия. - 1990. - № 6. - С.5-9.
266. Громов СА., Катаева МФ. *Современные аспекты социальной и биологической адаптации больных эпилепсией в России.*// Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - Т.96. - 1996. - №2. - С.14-17.
267. Дементьева НФ., Доценко НМ., Устинова ЕВ., Багаева ГН., Табунова ЕН., Ялиничев ПН., Модестов АА. *О критериях социально-трудового прогноза при выраженной умственной отсталости.*// Журнал Невропатологии и Психиатрии, имени Корсакова СС. - 1991. - № 3. - С.54-58.
268. Демидов НА., Чикинова ЛН. *Об основных направлениях научных исследований по проблемам лечебно-трудовой экспертизы, социально-трудовой реабилитации и социального обеспечения инвалидов.*// Здр. Рос. Фед. - 1991. - № 2. - С.15-17.
269. Дрожнова КП. *Роль социальных и биологических факторов в развитии ребенка.*// М.: Медицина. - 1983. - С.160.

270. Ежова НП., Молчанова ЛФ., Башкирова ГА. *Влияние санитарной грамотности матерей на уровень детской смертности.* // Профилактика в охране материнства и детства. - М., 1985. - С.52-54.
271. Ецко КП. *Условия, образ жизни и здоровье детей сельской местности густонаселенного региона.* // Автореферат диссертации д-ра мед. наук. - М., 1992. - 38с.
272. Зарубина ЕН., Лисицина НЕ., Кожевникова ГМ. *Состояние новорожденных от матерей группы риска по дистрессу плода в зависимости от метода родоразрешения.* // Акушерство и гинекология. - 1995. - №6. - С.25-28.
273. Захарченко НМ. *Особенности контингента инвалидов с детства и состояние их трудовой деятельности.* // В кн.: Врачебно-трудова́я экспертиза и социально-трудова́я реабилитация на современном этапе. - М., 1987. - С.174-178.
274. Золетило АИ., Койкелов СД. *Некоторые медико-социальные аспекты детской инвалидности в Киргизии.* // Сов. здр. - 1990. - № 6. - С.33.
275. Зуев ГИ., Танюхина ЭИ., Дыскин АА. *Экспертиза трудоспособности и реабилитации инвалидов в сельской местности.* // Л., 1986. - 221с.
276. Иванов АГ. *Оценка здоровья детей раннего возраста в зависимости от социальных и биологических факторов.* // Здр. Рос. Фед. - 1993. - № 9. - С.17-19.
277. Исхаков ЭР. *Социально-гигиеническая грамотность молодых матерей как фактор профилактики заболеваемости новорожденных детей.* // Вопросы охраны материнства и детства. - 1991. - № 11. - С.69.
278. Казаков ДП., Егоров ВМ., Девайкин КВ. *Организация реанимационной помощи детям в больном регионе.* // Анестезиология и реаниматология. - 1996. - №6. - С.4-6.
279. Камсюк ЛГ. *Проблемы медико-социальной реабилитации детей-инвалидов.* // Педиатрия. - 1990. - № 2. - С.5-10.
280. Камсюк ЛГ., Михеева ЛВ. *Организация медико-социальной реабилитации в различных странах.* // Сов. здр. - 1987. - № 9. - С.55.
281. Кулиев АМ. *Возможности пренатальной диагностики в профилактике врожденных и наследственных заболеваний.* // В кн.: Итоги науки и техники. Генетика человека. Том 7. - М., 1990. - С.5-54.

282. Леонов ИТ., Орел ВИ., Юрьев ВК. *Здоровье детей, рожденных юными матерями.* // Педиатрия. - 1990. - № 7. - С.32-35.
283. Макаров Т. *Только и света, что в окне.* // Народное образование. - 1990. - № 9. - С.105-114.
284. Мартынов ВЛ. *Роль семьи в реабилитации детей-инвалидов.* // Сов. здр. - 1990. - № 10. - С.36-40.
285. *Методические рекомендации по комплексному изучению причин инвалидности.* // М., 1989. - 24с.
286. Митрофанов АИ. *Социально-гигиеническая характеристика медицинской активности родителей.* // Здр. Рос. Фед. - 1990. - № 7. - С.131-132.
287. Молчанова ЛФ. *Образ жизни семьи и здоровье.* // Сов. здр. - 1990. - № 10. - С.25-30.
288. Нежданова МВ. *Распространение и структура заболеваний почек у детей г.Сранаска в зависимости от*
289. *степени загрязнения окружающей среды свинцом.* // Педиатрия. - 1996. - №2. - С.72-73.
290. Никитина МН. *Медико-социальная реабилитация инвалидов с детства.* // Педиатрия. - 1981. - № 2. - С.3-5.
291. Овечко-Филиппова ЛН., Зыряева НВ., Бирюкова НС., Мильман ДБ. *Структура заболеваемости и смертности новорожденных при поздних токсикозах беременности и пути их снижения.* // Вопросы охраны материнства и детства. - 1989. - № 9. - С.21-23.
292. Орел ВИ. *Юные матери.* -
293. Осадчих АИ. *Медико-социальные аспекты инвалидности.* // Здр. Рос. Фед. - 1988. - № 7. - С.12-16.
294. Полюдов С., Моршану М. *Пректирование компьютерных технологий в здравоохранении.* // Кишинев, 1993. - 145с.
295. Полунина НВ., Степанова СМ. *Образ жизни семьи и состояние здоровья детей раннего возраста.* // М., 1987. - С.149-154.
296. Попушой ЕП., Спией ЛВ., Штефанец СЕ., Иодко НЕ. *Воспитание и реабилитация ребенка инвалида в семье.* - Методические рекомендации для врачей и родителей. - Кишинев, 1994. - 49с.
297. Попушой ЕП., Спией ЛВ., Иодко НЕ., Штефанец СЕ. *Совершенствование организации обслуживания детей-инвалидов в детской поликлинике.* - Методические рекомендации. - Кишинэу, 1996. - 25с.

298. Резник БЯ., Мишков ИП. К вопросу о распространённости врожденных пороков развития. // Сов. здр. - 1990. - № 1. - С.41-43.
299. Резник БЯ., Мишков ИП., Кривенькая МИ. и другие Врожденные пороки развития у детей и загрязнение окружающей среды. // Педиатрия. - 1991. - № 12. - С.37-41.
300. Рекомендации совещания-семинара по медико-социальным проблемам инвалидности в детском возрасте (С-ПБ., 1990г.). // Педиатрия. - 1990. - № 1. - С.107-109.
301. Ренкер К. Основы реабилитации. // М., 1980. - 116с.
302. Сарычева СЯ. Основные медико-социальные проблемы инвалидности в детском возрасте. // Педиатрия. - 1990. - № 2. - С.4-10.
303. Сидоренко ВИ., Сигалова ТМ. Международный симпозиум по планированию семьи. // Здр. Белоруссии. - 1990. - № 11. - С.66-68.
304. Социальная гигиена и организация здравоохранения. // Серенко АФ., Ермаков ВВ. - М.: Медицина. - 1977. - С.124.
305. Спиной ЛВ. Руководство по методам изучения и анализа детской инвалидности. - Кишинэу, 1996. - 27с.
306. Тарасов ОФ., Фонарев МИ. Реабилитация при детских болезнях. - Л., 1980. - 218с.
307. Терновская ВА., Сидоровская ВГ., Сухих ИА., Терновский ЛИ. Особенности развития детей, родившихся в семье алкоголиков. // Здр. Рос. Фед. - 1990. - № 7. - С.34-37.
308. Шигап ЕИ. Системный анализ в здравоохранении. - М. - 1982. - 70с.
309. Шорманов СВ. Миокард и венечное артериальное русло у детей с врожденными пороками сердца. // Педиатрия. - 1996. - №3. - С.26-29.
310. Юрьев ВК., Здоровцева НВ. Влияние ребенка с врожденной патологией на психологический климат семьи. // Сов. здр. - 1991. - № 8. - С.39-41.
311. Яковлева ЭБ. Юный возраст матери и состояние здоровья новорожденного ребенка. // Педиатрия. - 1990. - № 3. - С.62-65.
312. Яковлев ЮГ., Бурьянова ИИ., Скворцова ЕС. Состояние здоровья детей, родители которых страдают алкоголизмом. // Вопросы охраны материнства и детства. - 1991. - № 11. - С.7-12.

ANCHETA PRIVITOR LA COPILUL INVALID

Nr	Descrierea caracteristicii	Variabilele caracteristicii	Codul
1	Numele, prenumele copilului		
2	Domiciliul		
3	Data nașterii	ziua - luna - anul	
4	Sexul	masculin feminin	1 2
5	Vârsta la momentul depistării patologiei (ani)		
6	Cauzele patologiei	Innăscuta Dobândită în timpul nașterii Consecința maladiei Consecința traumei	1 2 3 4
7	Prezența invalidității	Da Nu	1 2
8	Vârsta la momentul stabilirii invalidității (ani)		
9	Caracteristica copilului:	Organizat Neorganizat	1 2
10	Caracteristica instituției în care se află copilul:	De profil general Pentru orbi Pentru persoane cu vederea scăzută Pentru persoane cu ambliopie și strabism Pentru surzi Pentru persoane cu auzul scăzut Pentru persoane cu dereglări motorii Pentru persoane cu dereglări de vorbire Pentru persoane cu retenție în dezvoltare Pentru persoane cu arierații mintale Alte (specificare)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
11	Tipul instituției:	De zi De cinci zile Permanentă	1 2 3
12	Adresa instituției	Orașul - raionul - satul	

Date despre familie

13	Copilul are:	Mamă Tată Tutore Tutore social	1 2 3 4
----	--------------	---	------------------

14	Vârsta mamei (ani)		
15	Starea familială a mamei	Căsătorită	1
		Divorțată	2
		Singură	3
16	Numărul de copii în familie (inclusiv copilul cercetat)		
17	Numărul de ordine a copilului		
18	Prezența în familie a altor copii cu deficiențe mintale/fizice	Da	1
		Nu	2
19	Nivelul de studii a mamei	Medii incomplete	1
		Medii generale	2
		Medii de specialitate	3
		Superioare	4
20	Categorია socio-profesională a mamei	Muncitoare	1
		Agricultoare	2
		Funcționară	3
		Casnică	4
		Studentă/elevă	5
		Pensionară	6
21	Nivelul de studii a tatălui	Medii incomplete	1
		Medii generale	2
		Medii de specialitate	3
		Superioare	4
22	Categorია socio-profesională a tatălui	Muncitor	1
		Agricultor	2
		Funcționar	3
		Student/elev	4
		Pensionar	5
23	Condițiile de educare în familie	Favorabile	1
		Nefavorabile (specificare) _____	2
24	Diagnosticul:	De baza _____	
		Concomitent _____	
		Complicații _____	
25	Deregările, înregistrate la copil:	De bază _____	
		Suplimentare _____	
26	Reducerea vitalității corespunzător vârstei copilului:	Scăderea văzului	1
		Scăderea auzului	2
		Dereglaarea vorbirii	3
		Imposibilitatea menținerii poziției	4
		Imposibilitatea reproducerii mișcărilor precise	5
		Comportament neadecvat	6
		Imposibilitatea de a controla necesitățile fiziologice	7
		Imposibilitatea de a controla acțiunile sale	8
		Scăderea rezistenței	9
		Alte deregări	10
27	Gradul de limitare a activității	Dificultăți în activitatea cotidiană	1

		Activitate cu ajutorul mijloacelor auxiliare	2
		Necesitatea unui ajutor suplimentar	3
		Incapacitate pronunțată	4
		Incapacitate completă	5
28	Evaluarea prognosticului	Possibilitatea însănătoșirii	1
		Possibilitatea ameliorării	2
		Possibilitatea ajutorării	3
		Reducerea stabilă a capacității de muncă	4
		Reducerea progresivă a capacității de muncă	5
		Prognosticul neclar	6

Ajutorul solicitat de familii ce educă copii invalizi și posibilitatea acordării ajutorului respectiv

29	Necesitate în instituții medicale specializate	Da Nu	1 2
30	Profilul necesar al instituției (specificare)		
31	Tipul instituției necesare	De zi De cinci zile Permanentă	1 2 3
32	Determinarea copilului în instituții de asigurare socială	Da Nu	1 2
33	Indicați profilul instituției respective (specificare)		
34	Instruirea copilului la domiciliu	Da Nu	1 2

Asigurarea cu utilaje necesare

35	Proteze ale membrelor	Da Nu	1 2
36	Încălțăminte ortopedică	Da Nu	1 2
37	Aparat auditiv	Da Nu	1 2
38	Cărucior pentru invalid	Da Nu	1 2
39	Ochelari	Da Nu	1 2
40	Alte utilaje	Da Nu	1 2
41	Ajutorul necesar familiei pentru îngrijirea copilului invalid	Da Nu	1 2

Tratatamentul

42	Spitalizarea copilului în secții specializate pentru tratamentul de recuperare	Da	1
		Nu	2

Evidența de dispensar la:

43	Pediateru	Da	1
		Nu	2
44	Psihiateru	Da	1
		Nu	2
45	Neurolog	Da	1
		Nu	2
46	Ortoped	Da	1
		Nu	2
47	Otorinolaringolog	Da	1
		Nu	2
48	Oculist	Da	1
		Nu	2
49	Alt specialist	Da	1
		Nu	2

Alt ajutor solicitat de familie:

50	Tratament fizioterapeutic	Da	1
		Nu	2
51	Masaj	Da	1
		Nu	2
52	Gimnastică curativă	Da	1
		Nu	2
53	Ajutorul logopedului	Da	1
		Nu	2
54	Alimentație dietetică	Da	1
		Nu	2
55	Tratamentul balneo-sanatorial	Da	1
		Nu	2
56	Accesibilitatea medicamentelor necesare	Da	1
		Nu	2
57	Alte măsuri curative și de reabilitare solicitate de familie	Da	1
		Nu	2

Nr. rând	Profil de observare Профиль наблюдения	Cifra conform CIM revizia a X Шифр по МКБ X пересмотра	Luajă din nou în evidență Вновь взято на учет		Au decedat pe parcursul anului Умерло в течение года	Scoși de la evidență în legătură cu însănătoșirea Сняты с учета в связи с выздоровлением	Supravegheați la sfârșitul anului Состоят под наблюдением на конец года		
			total всего	inclusiv invaliditatea stabilită pentru prima dată в т. ч. впервые признанных инвалидами			total всего	inclusiv: в т. ч.:	
A	B	C	1	2	3	4	5	6	7
1.0	Tumori Новообразования	C00—D48							
2.0	Boliile singelui și organelor hematopoietice Болезни крови и кроветворных органов	D50—D89							
3.0	Boliile endocrine Эндокринные болезни	E00—E90							
4.0	Tulburări mentale și de comportament Психические расстройства и расстройства поведения	F00—F99							
4.1	inclusiv: в т. ч.: — schizofrenia шизофрения	F20							
4.2	— epilepsia cu tulburări mentale și de comportament эпилепсия с психическими и поведенческими расстройствами	F02.8; F06.2.8; F07.0							
4.3	— retard mental умственная отсталость	F70—F79							
5.0	Boliile sistemului nervos Болезни нервной системы	G00—G99							
5.1	inclusiv: в т. ч.: — paraliză cerebrală infantilă детский церебр. паралич	G80							
6.0	Boliile ochiului și anexelor sale Болезни глаза и его придатков	H00—H59							
7.0	Boliile urechii și arofizei mastoide Болезни уха и соседнего ототка	H60—H95							
8.0	Boliile aparatului respirator Болезни органов дыхания	J00—J99							
9.0	Boliile aparatului digestiv Болезни органов пищеварения	K00—K93							
10.0	Boliile pielii și țesutului celular subcutanat Болезни кожи и подкожной клетчатки	L00—L99							
11.0	Malformații congenitale Врожденные аномалии	Q00—Q99							
12.0	Traume și otrăviri Травмы и отравления	S00—T98							
13.0	Altele Прочие								
14.0	Total Всего								

1010 Din numărul celor aflați la evidență necesită:
Из числа состоящих на учете, нуждаются в:

protezare ortopedică 1 ортопедическом протезировании	proteze pentru ochi 2 глазном протезировании	aparate auditive 3 слуховых аппаратах
utilaje pentru deplasare 4 инвалидных колясках	aranjarea în instituții specializate: определения в специализированные:	grădinițe pentru copii 5 детские сады
școli-internate 6 школы-интернаты	case-internate 7 дома-интернаты	

ANCHETA PENTRU STUDIAREA FAMILIEI CE EDUCĂ COPILUL INVALID

I. Caracteristica familiei

Nr	Denumirea caracteristicii	Variantele posibile	Codul
1	Familia este completă:	da	1
		nu	2
2	Familia cu mulți copii	da	1
		nu	2
3	Prezența în familie a altor copii cu deficiențe fizice și mintale	da	1
		nu	2
4	Numărul de copii în familie		
5	Familia locuiește în:	casă individuală	1
		cămin	2
		apartament închiriat	3
		casa părinților	4
		apartament izolat	5
6	Mărimea spațiului locativ pentru o persoană (m ²)		
7	Alimentația familiei:	bună	1
		satisfăcătoare	2
		nesatisfăcătoare	3
8	Climatul psihologic în familie:	favorabil	1
		nefavorabil	2
		nu-mi dau seama	3
9	Nașterea copilului a influențat planurile părinților:		
		A. mama	
		da	1
		nu	2
		B. tata	
		da	1
	nu	2	
10	Bugetul sumar al familiei (lei)		
11	Venitul pentru un membru al familiei (lei)		
12	Cheltuiile suplimentare ale familiei pentru reabilitarea copilului:	nu sunt;	1
		masaj cu plată;	2
		cumpărarea medicamentelor;	3
		consultația specialiștilor;	4
		alte	5
13	Pregătirea familiei pentru reabilitarea copilului invalid la domiciliu	da	1
		nu	2

II. Caracteristica medico socială a mamei

14	Vârsta mamei		ani
15	Nivelul de studii	Primare	1
		Medii incomplete	2
		Medii generale	3
		Medii de specialitate	4
		Superioare incomplete	5
		Superioare	6
16	Statutul marital	Căsătorită	1
		Divorțată	2
		Mamă singură	3
		Văduvă	4
17	Categorია socio-profesională	Funcționară	1
		Muncitoare	2
		Agricultoare	3
		Studentă/elevă	4
		Invalidă	5
		Casnică	6
18	Caracteristica muncii	Ușoară	1
		De greutate medie	2
		Grea	3
19	Acțiunea noxelor profesionale în timpul sarcinii și până la sarcină	Da	1
		Nu	2
20	Dacă "da", acestea au fost:	Nu	0
		Substanțe chimice nocive	1
		Lucrul cu tutunul	2
		Ridicarea greutăților peste 10 kg (> 7 tone în 24 ore)	3
		Alte (specificare)	4
21	Durata lucrului în condiții nocive		ani
22	Frecvența consumului băuturilor alcoolice	Nu consumă	0
		Rareori (de sărbători, nu mai frecvent de 1 dată pe lună, în cantități mici: câteva pahare de vin sau un pahar de băuturi alcoolice tari)	1
		Moderat (nu mai frecvent de 1 dată pe săptămână, 200 ml de băuturi spirtoase tari sau 400-500 ml de vin)	2
		Frecvent (de câteva ori pe săptămână mai mult de 200ml de băuturi spirtoase tari și peste 500ml de vin)	3
23	Fumatul	Da	1
		Nu	2

24	Patologii extragenitale, suportate de mamă în timpul maturizării sexuale (după 18 ani)	Nu s-au înregistrat	1
		Rubeola	2
		Angina	3
		IVA, gripă	4
		Hepatită virală	5
		Trauma cerebrală	6
		Afecțiuni respiratorii	7
		Afecțiuni cardio-vasculare	8
		Afecțiuni renale	9
		Afecțiuni gastrointestinale	10
		Boli endocrine	11
		Tuberculoză	12
		Alte	13
25	Nr. total de sarcini		
26	Nr. de nașteri la termen		
27	Nr. de nașteri înainte de termen		
28	Nr. de nașteri peste termen		
29	Nr. de născuți morți		
30	Nr. de avorturi medicale		
31	Nr. de avorturi spontane		
32	Durata intervalului intergenezic		ani
33	S-a aflat la evidența de dispensar:	Nu	0
		La terapeut	1
		La fiziatru	2
		La cardiolog	3
		La pulmonolog	4
		La ginecolog	5
		Alte (specificare)	6
34	S-au mai născut copii cu patologie înăscută:	Da	1
		Nu	2
35	La rudele apropiate s-au născut copii cu patologie înăscută (handicapuri mintale și fizice etc.)	Da	1
		Nu	2

Informații referitor la sarcina din care a provenit copilul cercetat:

36	Copilul a fost dorit	Da	1
		Nu	2
37	Numărul de ordine a sarcinei respective		
38	Complicațiile în timpul sarcinii din care provine copilul cercetat:	Nu	1
		Gestoză precoce (forma medie și gravă)	2
		Iminență de avort	3
		Anemie hipocromă	4
		Gestoză tardivă	5
		Naștere prematură	6

		Alte (specificare)	7
39	Bolile infecțioase suportate în timpul sarcinii	Nu a fost bolnavă	1
		IVA, gripă	2
		Boala Botkin	3
		Rubeolă	4
		Alte (specificare)	5
40	Acutizarea maladiilor extragenitale în timpul sarcinii	Da	1
		Nu	2
41	Prezența contraindicațiilor pentru sarcina respectivă	Da	1
		Nu	2
42	A fost consultată la centrul generic	Da	1
		Nu	2

**Informații referitor la decurgerea nașterii,
din care provine copilul cercetat**

43	Caracterul nașterii	La termen	1
		Înainte de termen	2
		Peste termen	3
44	Modul de desvășurare a nașterii	Pe cale naturale	1
		Prin cezariană	2
		Aplicarea forcepsului	3
		Alte (specificare)	4
45	Complicații în timpul nașterii	Fără complicații	1
		Scurgerea precoce a lichidului amniotic	2
		Anomalii de travaliu	3
		Gestoză tardivă	4
		Hemoragie	5
		Deregări din partea fătului (hipoxie, cordon ombilical înjurat gâtului etc.)	6

III. Caracteristica medico-socială a tatălui

46	Vârsta		ani
47	Nivelul de studii	Primare	1
		Medii incomplete	2
		Medii generale	3
		Medii de specialitate	4
		Superioare incomplete	5
		Superioare	6
48	Categoria socio-profesională	Funcționar	1
		Muncitor	2
		Agricultor	3
		Student/elev	4

		Șomer	5
49	Lucrul sezonier	Da	1
		Nu	2
50	Prezența noxelor profesionale	Da	1
		Nu	2
51	Dacă "da", acestea au fost:	Nu	0
		Substanțe chimice nocive	1
		Lucrul cu tutunul	2
		Alte (specificare)	3
52	Durata lucrului în condiții nocive		ani
53	Frecvența consumului băuturilor alcoolice	Nu consumă	0
		Rareori (de sărbători, nu mai frecvent de 1 dată pe lună, în cantități mici: câteva pahare de vin sau un pahar de băuturi alcoolice tari)	1
		Moderat (nu mai frecvent de 1 dată pe săptămână, 200 ml de băuturi spirtoase tari sau 400-500 ml de vin)	2
		Frecvent (de câteva ori pe săptămână mai mult de 200ml de băuturi spirtoase tari și peste 500ml de vin)	3
54	Fumatul	Da	1
		Nu	2
55	S-a aflat la evidența de dispensar	Da	1
		Nu	2
56	A fost observat de:	Nici un specialist	0
		Terapeut	1
		Ftiziateru	2
		Psihiateru	3
		Narcolog	4
		Alte (specificare)	5
57	La rudele apropiate s-au născut copii cu patologii înăscute (handicapuri fizice și mintale etc.)	Da	1
		Nu	2
58	Participarea tatălui la îngrijirea și educarea copilului invalid	Da	1
		Nu	2
59	Gradul de participare a tatălui la procesul de îngrijire și educare:	Foarte mic	1
		Mic	2
		Satisfăcător	3
		Bun	4
		Foarte bun	5

INTRODUCERE	3
CAPITOLUL I	
PROBLEMELE INVALIDITĂȚII LA COPII ÎN DIFERITE ȚĂRI ALE LUMII (REVISTA LITERATURII)	
1.1. Definirea noțiunilor ce țin de invaliditate.	8
1.2. Răspândirea invalidității. Calitatea vieții invalizilor	9
1.3. Mediul ambiant și sănătatea copiilor.	16
1.4. Profilaxia invalidității.	19
1.5. Reabilitarea copiilor invalizi.	22
1.6. Reabilitarea profesională a invalizilor din copilărie	25
1.7. Problemele etice ale invalidității la copii.	28
CAPITOLUL II	
METODOLOGIA DE ORGANIZARE A CERCETĂRII INVALIDITĂȚII LA COPII ÎN REPUBLICA MOLDOVA ȘI PRELUCRAREA MATEMATICO-STATISTICĂ A MATERIALULUI	
2.1. Caracteristica generală a cercetării și protecția eșantionului.	35
2.2. Programul cercetării socio-igienice.	37
2.3. Analiza medico-organizatorică.	40
CAPITOLUL III	
EVOLUȚIA ȘI STRUCTURA INVALIDITĂȚII LA COPII ÎN REPUBLICA MOLDOVA	
3.1. Evoluția și structura invalidității la copii după datele cercetării integrale	45
3.2. Analiza invalidității la copii în baza cercetării selective.	61
3.3. Analiza invalidității din copilărie	65

CAPITOLUL IV

MODELUL DE EVALUARE A INFLUENȚEI INVALIDITĂȚII ASUPRA STĂRII DE SĂNĂTATE A COPIILOR DIN MOLDOVA

72

CAPITOLUL V

CARACTERISTICA MEDICO-SOCIALĂ A FAMILIEI EDUCĂ COPILUL INVALID

- | | |
|---|-----|
| 5.1. Caracteristica familiei. | 97 |
| 5.2. Caracteristic medico-socială a mamei. | 99 |
| 5.3. Caracteristica medico-socială a tatălui. | 111 |

CAPITOLUL VI

ROLUL FAMILIEI ÎN REABILITAREA ȘI EDUCAREA COPILULUI INVALID

- | | |
|---|-----|
| 6.1. Problemele familiei. | 124 |
| 6.2. Despre educația copilului cu devieri în dezvoltare. | 130 |
| 6.3. Activitatea medicală a familiilor. Familiile cu risc social. | 148 |

ÎNCHEIERE

156

BIBLIOGRAFIE

172

ANEXE

197

CUPRINS

207