

Limbar și comunicare

Evaluarea limbajului este multiaspectuală și prevede studierea premiselor apariției limbajului la copii și a motricității aparatului articular, a mâinilor și a manipulării cu obiectele.

Copiii din familii vocalizează sunetele vorbirii la vârsta de 4-5 luni, gânguresc la 5-6 luni, rîd la 4-5 luni, aceste procese fiind întârziate cu 2-4 luni la 73,0±4,42% din copiii instituționalizați.

Copiii din familii reacționează la sunetele fizice și ale vorbirii, se întorc la chemare, tresar la zgomote în 90,0±2,99% cazuri la vârsta de 6-9 luni, acești indicatori fiind mult mai întârziați, în medie cu 3-4 luni, la cei instituționalizați. 8 din 10 copii din familii încep să gîngurească în conformitate cu normele de vîrstă, pe cînd 8 din 10 copii din instituții rezidențiale achiziționează această capacitate mai tîrziu decît mediile de vîrstă cu circa 1-3,5 luni.

Un alt indicator ce caracterizează dezvoltarea limbajului și comunicării copilului este capacitatea acestuia de a se întoarce după zornăitoare. În grupurile de copii cercetați constatăm că 90,0±2,99% copii din familii se întorc după zornăitoare la vârsta de 4-5 luni, pe cînd 70,0±4,56% copii din instituții rezidențiale achiziționează tardiv, în comparație cu media de vîrstă, acest comportament ($p < 0,001$).

Concluzii

1. În condițiile reformelor sistemelor de sănătate și asistență socială, politica de protecție medico-socială a mamei și copilului devine prioritatea statului și a societății, deoarece mama și copilul reprezintă populația cea mai vulnerabilă și cu cel mai înalt risc de îmbolnăvire.

2. Datele cercetării arată diferențe semnificative ale dezvoltării fizice a copilului la vârsta de 12 luni, referitor la parametrii antropometrici de bază, în raport cu media de vîrstă și cu copiii îngrijiți în familii: masa corporală medie 8728,03±124,5 gr. comparativ cu 9929,0±148,4 gr. ($p < 0,001$); talia medie 70,3±4,8 cm comparativ cu 75,0±4,2 cm ($p > 0,05$); perimetrul cranian 45,5±4,9 cm comparativ cu 46,5±4,9 cm ($p > 0,05$).

3. Dezvoltarea neuropsihică a copilului de vîrstă 0-12 luni este un proces de creștere și maturizare fizică, mintală, emoțională și socială și nu se produce de la sine; copiii în acest proces au nevoie de o stimulare specializată, de învățare continuă și sprijin adecvat și permanent.

4. Rezultatele cercetării demonstrează că, indiferent dacă copiii au sau nu anumite probleme de dezvoltare/învățare, modul și etapele de dezvoltare sunt asemănătoare, toți parcurg aceleași etape predictive, însă caracteristicile psihofizice sunt marcate nu numai de o anumită vîrstă cronologică, dar și de condițiile în care se realizează această dezvoltare.

Bibliografie

1. Ababii I. ș.a. *Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate*. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, Chișinău, 2007, nr. 6 (21), p. 21-26.
2. Bacus A. *Creșterea copilului de la o zi la șase ani*. București: Teora, 2006, 464 p.
3. Borzan C. *Factori de risc în pediatria socială*. Teză de doctor. Rezumat. Universitatea de Medicină și Farmacie Iuliu Hațieganu. Cluj-Napoca, 2001, 23 p.
4. Ciofu E.P. ș.a. *Pediatria socială*. În: *Tratat de Pediatrie*. București: Editura Medicală, 2001, p. 38-44.
5. *Convenția ONU cu privire la Drepturile Copilului*, 1989.
6. *Declarația Universală a Drepturilor Omului*, 1948.

ASPECTE SOCIOPROFESIONALE LA PERSOANELE CU DIZABILITĂȚI MENTALE ȘI DE COMPORTAMENT

**Tudor GREJDIANU, Dumitru TINTIUC,
Marina ISRAFILOV, Leonid MARGINE,**
Consiliul Republican Expertiză Medicală a Vitalității,
Catedra Medicină Socială și Management Sanitar
a USMF Nicolae Testemițanu

Summary

The some social-professional aspects of persons with mental and behavior disorders through

All through Europe it is established at this moment a great concern in fighting the phenomenon of social exclusion of persons with disabilities. Social exclusion refers to the process of placing certain persons or social groups to the outskirts of the society which implies isolation and restriction of the access to community goods. Socially excluded groups primarily contain persons with mental deficiency. These, in order to survive, need to develop a different from the rest of the society way of life, thus worsening the process of desadaptation and social exclusion. Persons with mental disorders are those persons who lack the abilities of performing normally daily activities, needing protection measures for the recovery and social inclusion.

Keywords: *persons with mental disorders, exclusion, social inclusion*

Резюме

Некоторые социально-профессиональные аспекты лиц с психическими и поведенческими расстройствами

В настоящее время одной из важных проблем в Европе являются лица с психическими и поведенческими расстройствами.

Социальная изоляция этих лиц относится к процессу размещения некоторых людей или социальных групп

на периферии общества. Социально изолированные группы – это лица с ограниченными умственными возможностями. Они вынуждены развиваться, чтобы выжить в жизни отличаясь от остальной части общества, к которому они принадлежат. Люди с психическими расстройствами не имеют навыков для выполнения обычной повседневной деятельности, поэтому требуются меры защиты в поддержку их восстановления и социальной интеграции.

Ключевые слова: лица с психическими расстройствами, изолирование, социальная интеграция

Introducere

Abordarea indicatorilor ce caracterizează factorii socioeconomiци la diferite nivele (medii de rezidență) este necesară pentru a obține date relevante pentru reorientarea activității medicului-expert în scopul recuperării statutului social și a motivației persoanei cu dizabilități mentale și de comportament.

Acest studiu s-a axat pe efectuarea unui sondaj de opinii prin studierea aspectelor socioprofesionale ale invalizilor cu maladii psihice pe raioane și medii de rezidență (urban, rural), nivele de educație, categorii socioprofesionale, grupe de vârstă și în funcție de activitatea lor, ce caracterizează sănătatea mentală și starea lor în condițiile reformelor socioeconomice.

Rezultate și discuții

Cercetarea a fost elaborată astfel încât să conțină informații veridice de la un eșantion reprezentativ de persoane încadrate în grad de invaliditate cu tulburări mentale. La proiectarea eșantionului s-a ținut cont de principiile generale, utilizându-se metoda eșantionării de grup în funcție de timp și loc. Locul de culegere a datelor a fost CEMV teritoriale Chișinău (mediul urban), Bălți și Ceadâr-Lunga (mediul rural). Totalitatea statistică generală a fost determinată drept o subtotalitate a numărului total de invalizi. Drept unități de observație au fost luate persoanele care s-au adresat primar și repetat (expertizare și reexpertizare) la CEMV conform vizei de reședință. Volumul colectivității generale (numărul total al invalizilor cu tulburări mentale), conform înregistrărilor la CEMV teritoriale Chișinău, Bălți, Ceadâr-Lunga pentru segmentul de studiu 2001-2006, este de 14638 invalizi. Înlocuind cifrele în formula irevocabilității selective, obținem 370 de invalizi.

Caracteristici generale ale persoanelor cu dizabilități mentale care au fost interviewate, în funcție de vârstă și mediul de rezidență. În structura invalizilor cuprinși în studiu, ponderea maximă (35,95%) îi revine vârstei de 30-39 de ani, atât pentru întregul lot, cât și pe zonele de rezidență. Pe locul doi se află grupul de vârstă 40-49 ani pentru toată republica și pentru mediul urban, pentru cel rural

această grupă de vârstă acumulând doar 23,57% și fiind pe locul III, cedând locul doi grupei de vârstă 50-59 ani. Aceste diferențe sunt semnificative ($p < 0,05$) din punct de vedere statistic, iar la sumarea grupelor de vârstă 30-39 ani cu 40-49 ani, pentru ambele medii de rezidență, diferența semnificativă dintre medii crește ($p < 0,01$) și constituie 56,05% pentru mediul rural și 73,71% pentru cel urban. Ponderea minimă a venit vârstei de peste 70 de ani (1,08%). Vârsta medie a invalizilor cu dizabilități mentale și de comportament este de $43,83 \pm 1,21$ ani.

După locul de trai, persoanele cu dizabilități au fost selectate din întreaga republică, iar după mediul de rezidență (urban sau rural) procentul maxim l-au atins invalizii din mediul rural cu 57,57% (Î 50,4% – 66,7%) față de cei din urban cu 42,43% (Î 36,0% – 49,6%).

După sex, ponderea majoră în rândurile invalizilor cu tulburări mentale și de comportament le revine femeilor cu 54,59%, bărbații constituind 45,41%. În funcție de mediul de rezidență și sex, diferențe semnificative nu s-au înregistrat ($p > 0,05$), fiind câte 53,5% femei din mediul urban față de 46,5% bărbați și 55,4% femei față de 44,6% bărbați din cel rural.

Este dificil de a aborda problema persoanelor cu dizabilități mintale din perspectiva nivelului de instruire. Cu toate că există unele instituții specializate care activează în baza programelor adaptate la capacitățile acestor persoane, riscul lor de a rămâne neincluse în procesul de instruire este destul de mare. În cadrul cercetării noastre, cota invalizilor neîncadrați în instruire este de 2,43% sau 9 persoane, toate fiind din mediul rural. În școli specializate și-au făcut studiile 9,46% persoane, ceilalți 88,11% fiind antrenați în procesul general de studii, inclusiv 23,24% au absolvit studiile începătoare, 27,3% – studiile medii, 19,19% – studiile medii speciale și 18,38% – studiile superioare.

Structura invalizilor în funcție de studii diferă în localitățile urbane și cele rurale. În zonele urbane există o probabilitate mai mare ca persoanele cu dizabilități mintale să aibă o mai bună pregătire / educație decât cele din zonele rurale și constituie respectiv invalizii cu studii începătoare (18,47% și 26,76%), cu studii medii (20,38% și 32,39%), cu studii medii speciale (19,11% și 19,25%), cu studii superioare (29,94% și 9,86%), fără studii (0,0% și 4,23%). Diferența urban – rural este mai pronunțată în cazul nivelului de studii speciale și superioare, unde o proporție semnificativ mai mare de invalizi (49,05%) în municipalități au făcut studii la o școală de profil sau universitate, în comparație cu persoanele cu reședință în mediul rural (29,11%).

Deoarece în studiul de anchetare a persoanelor cu dizabilitate mentală au fost incluse numai

persoanele care, conform diagnosticului și gravității maladei, sunt capabile să răspundă la întrebările chestionarului, am presupus că aceste persoane, până la primirea gradului de invaliditate, au fost încadrate în muncă, iar unele din ele își continuă activitatea la momentul de față.

Cercetările au demonstrat că 44,05% (inclusiv 63,8% din mediul rural și 36,2% din cel urban) din cei chestionați erau încadrați în câmpul muncii până la primirea gradului de invaliditate.

Este de remarcat faptul că numărul total al celor chestionați ce activau cota maximă revine celor din mediul rural (63,8%), însă dacă luăm fiecare zonă în parte, atunci din mediul rural la momentul încadrării în grade de invaliditate activau numai 13,15% față de zona urbană, unde erau încadrate în câmpul muncii 37,58% ($p < 0,05$) (vezi tabelul).

Din cei ce activau, 76,07% exercitau o muncă fizică, 13,5% – intelectuală și 10,43% – mixtă, cu diferențe semnificative între sat și oraș. Respectiv, la sate o cotă mai mare de persoane erau angajate la munci fizice (87,5%) față de urbe, unde ponderea a fost de 55,93%, invers proporțională fiind exercitarea muncii intelectuale: la sate – 7,69% iar la orașe – 23,73% ($p < 0,01$).

Ponderea persoanelor chestionate, încadrate în câmpul muncii până la primirea gradului de invaliditate, în funcție de mediul de rezidență

Criteriul	Zona urbană			Zona rurală			Total		
	c.a.	% pe verticală	% pe orizontală	c.a.	% pe verticală	% pe orizontală	c.a.	% pe verticală	% pe orizontală
Angajați	59	37,58	36,2	104	13,15	63,8	163	44,05	100
Neangajați	98	62,42	47,34	109	86,85	52,66	207	55,95	100
Total	157	100	42,43	213	100	57,57	370	100	100

La momentul actual își continuă activitatea 16,76% din numărul total de invalizi incluși în studiu sau 38,04% (62 de persoane) din cei ce la momentul primirii gradului de invaliditate erau încadrați în câmpul muncii.

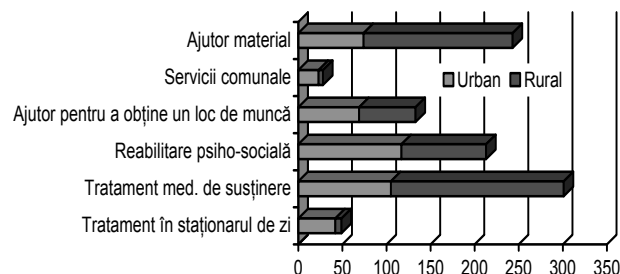
Este necesar de menționat că după primirea gradului de invaliditate niciuna dintre persoane nu a fost angajată oficial în muncă, iar $\frac{3}{4}$ din cei care activează exercită activități sezoniere.

Totodată, 86,76% din respondenți au menționat că doresc să se angajeze într-o activitate, dar nu au posibilitatea, deoarece majoritatea angajatorilor solicită certificatul care confirmă sau infirmă evidența psihiatrică, fapt ce împiedică angajarea sau stabilitatea aflării în serviciu. La fel, lipsa recomandărilor de muncă în certificatul de invaliditate agravează această situație. O cotă de 17,84% (inclusiv 78,8% din urbe și 21,2% din sate) din respondenți s-au adresat

la Oficiul de ocupare a forței de muncă pentru a fi angajați și numai la 7,58% din ei le-a fost soluționată cererea. Este îngrijorător faptul că 57,84% (inclusiv 7,01% din orașe și 92,99% din sate) din respondenți nici nu cunosc despre existența Oficiului de ocupare a forței de muncă, iar 10,27% din toți cei chestionați nu doresc să se angajeze într-o oarecare activitate și 2,97% nu știu dacă doresc sau nu să lucreze.

Prezintă interes repartizarea invalizilor după faptul dacă resursele financiare acumulate din pensie le permit să ducă un trai decent. Au răspuns pozitiv la această întrebare numai 36,2% din numărul total de invalizi, 63,8% menționând că duc lipsă de resurse financiare. Cu toate acestea, cel mai mare cuantum al pensiei stabilit în cercetarea noastră a fost de 700-800 de lei la 11 (7,01%) persoane, iar cel mai mic – 250-300 de lei la 8 (5,1%) invalizi.

De asemenea, în cadrul cercetării au fost studiate necesitățile invalizilor de servicii medicale și sociale, care au fost de la minimum zero până la maximum 6 servicii. În medie un respondent are nevoie de $2,61 \pm 0,03$ servicii, care se extind de la servicii sociale de care au menționat că au nevoie 7,5% din invalizi, la cele de reabilitare psihosocială, de care au nevoie 57,57%. Totuși, cota maximă a intervievaților (81,35%) au menționat că necesită tratament medicamentos permanent de susținere. Procentul celor ce au arătat că au nevoie de tratament medicamentos de susținere este semnificativ mai mare în mediul rural – 92,02%, față de cel urban – 66,88% ($p < 0,01$) (vezi figura).



Servicii medico-sociale de care au nevoie la moment invalidii (valori cumulative pentru ambele medii de rezidență)

Concluzii și propuneri

1. Este necesară combaterea fenomenului excluziunii sociale a persoanelor cu dizabilități, care sunt nevoite să-și dezvolte, pentru a supraviețui, un stil de viață diferit de restul societății din care fac parte, astfel agravând procesul de dezadaptare și excluziune socială

2. Elaborarea unui program strategic de recuperare individualizat, care ar cuprinde toată gama de măsuri medicale, precum și unele măsuri cu caracter social și profesional, eșalonate pe etape și care sunt

necesare deficiențului pentru restabilirea funcțională sau redobândirea anumitor abilitați.

3. În studiul de opinii ale persoanelor cu dizabilități mentale au fost incluse numai cele care, conform diagnosticului și gravității maladei, sunt capabile să răspundă la întrebările chestionarului și până la primirea gradului de invaliditate au fost încadrate în muncă, iar unele din ele își continuă activitatea și la momentul de față.

4. Cercetările au demonstrat că până la primirea gradului de invaliditate, 44,05% (inclusiv 63,8% din mediul rural și 36,2% din cel urban) din cei chestionați erau încadrați în câmpul muncii până la primirea gradului de invaliditate: din cei ce activau, 76,07% exercitau o muncă fizică, 13,5% – intelectuală și 10,43% – mixtă, cu diferențe semnificative între sat și oraș ($p < 0,05$).

5. Rezultatele studiului confirmă că doar evaluarea corectă a gradului de deficiențe funcționale pentru pacienții cu tulburări mentale și de comportament, fără a se aplica măsuri de recuperare medicală, socială și profesională (după caz), reduce

activitatea medicului-expert doar la o simplă constatare a invalidității, ceea ce contravine principiilor de egalitate și incluziune socială, furnizării îngrijirii pe baza nevoilor individuale.

Bibliografie

1. *Concepția despre reabilitarea profesională și ocupațională a invalizilor*: Rezoluția 159, Adunarea Generală ONU din 1985.
2. Conferința europeană OMS la nivel de miniștri pentru protecția sănătății mentale (Helsinki, Finlanda 12/15.01.2005).
3. Hotărârea Guvernului RM nr. 459 din 25.04.2007 pentru aprobarea *Programului național de reabilitare și integrare socială a persoanelor cu dizabilități pentru anii 2007-2009*. În: Monitorul Oficial al R. Moldova, nr. 64-66/495 din 11.05.2007.
4. Anghel A. *Competențe și răspunderi în activitatea de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă*. În: *Expertiza Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă*. București, 2000, nr. 1, p. 39-42.
5. Nireștean A. et al. *Tulburările de personalitate – perspectivă etică asupra evaluării capacității de muncă*. În: *Revista de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă*, București, 2002, nr. 2, p. 43-48.