

# FACTORII SOCIALI AI MANAGEMENTULUI CALITĂȚII PRESTAT LA COPII SUB 5 ANI ÎN REPUBLICA MOLDOVA

## SOCIAL FACTORS OF MANAGEMENT QUALITY IN CHILDREN UNDER 5 YEARS IN THE REPUBLIC MOLDOVA

### Rezumat

În lucrarea se prezintă rezultatele analizei privind aspectele factorilor social de risc ai managementului calității, prestat populației pediatrice sub 5 ani. Copii în perioada sub 5 ani sunt mai frecvent expuși factorilor de risc pentru viață, sănătate și dezvoltare integrală.

Din numărul total al populației – copii sub 5 ani alcătuiesc 5,07% (182 mii) de cazuri. În perioadă anului 2007 au fost născuți 37 973 copii; indicatorul: natalității - 10,6‰; mortalității infantile - 11,3‰; mortalității sub 5 ani (14,0‰). Examenul primar la copiii preșcolari prezentat de medicului de familie a depistat: retardul fizic - 25,8‰ de cazuri, acuitatea vizuală scăzută - 30,4‰ de cazuri, acuitatea auditivă scăzută - 4,7‰ de cazuri și deficitul vorbirii-20,5‰ de cazuri. Numai două treimi dintre copii sub 15 ani (68,9% de cazuri), locuiesc cu ambii părinții biologici, iar un copil din zece - „orfan social” - rămâne fără ambii părinții, care lucrează peste hotarele țării.

Alina FERDOHLEB

*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie  
„N. Testemițanu”, Catedra „Economie,  
Management în medicină*

### Summary

This paper is focused on the results of the analysis respecting the aspects of social risk factors of management quality in children under 5 years old. More frequently of risk factors of life, health and integral development are exposed

in children less than 5 years.

Children under 5 years have constituted of 5.07% (182 thousand) from the total amount of population. 37 973 of alive new-born were born in 2007. The indexes are: birth rate - 10.6‰; infant mortality - 11.3‰; mortality under 5 years - (14.0‰). The primary exam of children of school age is presented: physical retard - 25.8‰ cases, reduced keenness of sight - 30.4‰ cases, reduced keenness of hearing - 4.7‰ cases of speech defect - 20.5‰ cases. Only the 2/3 (68.9%) of children under 15 year resides with both parents, while one of ten children - “social orphan” resides with only one parent.

### Introducere

Calitatea sistemului de sănătate apreciază independență de eficacitate și calitate a serviciilor prestate populației și rezultatele algoritmilor curative actuale. Dar nu întotdeauna, noi putem să așteptăm finalizarea activității curative, pentru aprecierea/evaluarea sarcinilor realizate [4]. Din această poziție, autorul dorește să prezinte „factorii sociali ai managementului calității” prestat populației pediatrice. După Henri Fayol, Management înseamnă prognozare – planificare, organizare – coordonare, motivare - monitorizare, evaluare – control.

Moldova a realizat succese considerabile în ceea ce privește indicatorii esențiali de sănătate, așa că rata mortalității infantile a scăzut cu 32% (de la 18 decese per 1000 nou-născuți în 2000, la aproximativ 12 decese per 1000 nou-născuți în 2006). Necătând la rezultatele obținute în lumina Obiectivelor de Dezvoltare a Mileniului, indicatorul mortalității infantile rămâne de două ori mai înalt față de media europeană [2].

Prioritatea politicii serviciului de sănătate la populația pediatrică constă în: fortificarea indicatorilor de sănătate, asigurarea posibilităților - șanselor egale în acordarea unor manopere curative, în instruirea privind modul sănătos de viață și adaptarea copiilor/adolescenților la mediul social [7]. Supervizarea proceselor de: creștere, îngrijire, dezvoltare și

educare a copiilor, în deosebi în perioada de vârstă timpurie, ocupă un loc central în preocupările medicilor de familie, managerilor din AMP, psihologilor, pediatriilor etc. Factori sociali ai managementului calității al serviciilor de sănătate este un domeniu relativ nou de investigație pentru Moldova, și sunt integrate în contextul prioritar politicilor medico-sociale prestat populației pediatrice. Sinteza și analiza acestei probleme a fost unul din argumentele pentru studiile susținute de organizațiile internaționale WB, OMS, UNICEF în Moldova, și care au evidențiat, au specificat, au argumentat riscul social al serviciilor de sănătate prestat copiilor în republica [6].

Migrația economică a populației din republică, cât și în țările post-comuniste, (conform unor estimări, numărul cetățenilor moldoveni care lucrează în străinătate este circa 367 mii) a generat un nou risc – abandonarea temporară sau definitivă a copiilor [7]. Astfel, conform unor calcule neoficiale, numărul copiilor abandonați de către cetățenii moldoveni, plecați la muncă în străinătate, atinge numărul de la 30 la 50 de mii. Aspectul cel mai grav al situației constă în faptul că mare partea din acești copii (conform unui studiu din 2007 juridic cca. 50% ) scapă vizorului autorităților și pot deveni victime ale abuzului, exploatării și a traficului de ființe umane [7].

Actualitatea lucrării este axată pe faptul că majoritatea maladiilor suportate în copilăria timpurie au consecințe atât

precoce, cât și mai îndepărtate la adulți. Șapte ani de acasă pentru un copil constituie baza pentru toate celelalte reușite, inclusiv succesul unei comunități și al unei țări.

Analiza factorilor sociali pentru dezvoltarea integrală al copilului sub 5 ani, prezintă o importanță majoră, deoarece în această perioadă ea este direct dependentă de nivel de educație al familiei copilului. Cu regret, în Republica Moldova lipsește un studiu aprofundat al influenței riscurilor sociali - „după ușile închise” și al cazurilor de maltratare asupra sănătății copilului. Despre creșterea ratei comportamentului neglijat concluzionăm din sondaje și cercetările unilaterale sau din analiza generală a situației social-economice în țară. Nu este prevăzut un regulament sau un așa numit algoritm clinic la nivel de medicină de familie în privința depistării, diagnosticării a comportamentului de maltratare în familia cu copil de vârstă fragedă.

Sărăcia, în cazul acestor familii cu copii în vârstă timpurie, are mai multe aspecte: morbiditatea și mortalitatea crescută în cazurile evitabile; malnutriția, anemia fero-deficitară și hipotrofia congenitală; traumatismul, accidente și maltratarea față de copil. Toți acești factori subminează dezvoltarea adecvată, armonioasă a copilului în familia sa și totodată diminuează potențialul societății de a întrerupe ciclul sărăciei. Este important să menționăm că, în ultimele decenii s-au aprofundat diferențele dintre mediile de trai în regiunile urbane și cele rurale. Nu se înregistrează diferența dintre zonele rurale de: nord, centru și sud al Republicii Moldova.

Scopul lucrării constă în sinteza și analiza factorilor sociali prin prisma opiniilor lucrătorilor din asistență medicală primară pentru depistarea precoce a acestora la copilului sub 5 ani.

Pentru realizarea scopului trasat s-au propus următoarele obiective:

- ☞ studierea unei viziuni cuprinzătoare asupra serviciilor pediatrie prestate familiei cu copilul sub 5 ani;
- ☞ elaborarea unei viziuni cuprinzătoare asupra factorilor sociali a copilului în familie;
- ☞ relevarea factorilor sociali în serviciul pediatric și elaborarea recomandărilor privind fortificarea serviciului educație pentru sănătate familiei cu copilul, precum și a modelelor practice de implementare ale acestora.

Obiectul cercetării cuprinde populația pediatrică sub 5 ani cu factor social și care este deservită de lucrători medicali la nivel de medicină de familie.

Subiectul cercetării cuprinde specificul și particularitățile obiectului de studiu, precum și fortificarea serviciului pediatric în domeniul Educației pentru Sănătate, Promovarea Modulului Sănătos de Viață al familiei cu copil la nivel de asistență medicală primară.

### **Materiale, metodologia și metode cercetării**

Cercetarea s-a bazat pe delimitarea obiectului de studiu al cercetării, interpretarea conceptelor, aplicarea metodelor și tehnicilor de cercetare, sistematizarea datelor obținute și analiza lor. S-a utilizat modelul liniar al cercetării, care s-a desfășurat după etapele documentare - ipoteză - operaționalizare - eșantionare - colectarea datelor - interpretare - validarea ipotezei. Au fost utilizate următoarele metode: istorică, sociologică, matematico-statistică, epidemiologică, focus-grup și interviu structural.

Pentru organizarea și efectuarea studiului s-au îndeplinit în mod consecutiv cele patru etape ale cercetării statistice: întocmirea programului și planului cercetării, determinarea eșantionului; efectuarea cercetării pe teren cu acumularea informației; prelucrarea informației (prin programa SPSS 12.0 și EXCEL); analizarea rezultatelor obținute, elaborarea concluziilor și recomandărilor.

La prima etapă a cercetării integrale, descriptive, prin metoda de selectare indirectă, a fost folosită informația: din date statistice ale Biroului Național de Statistică al RM. În continuare, prelucrarea informației oficiale medicale din „Anuarului statistic - Sănătate publică în Republica Moldova, anii 2003-2007”, care reflectă indicatorii demografice și rezultatele examenului profilactic primar al medicului de familie. A fost evaluată statistică medicală „Registrul de acordarea serviciului în Cabinetele Copilului Sănătos 083-u” și prezența „Regulamentului despre Cabinetul Copilului Sănătos - Anexa № 8 la ordin MS al RM nr. 225 din 23.09.1999.

La a doua etapă cercetării selective, sociologice, prin metoda de selectare directă, a fost colectată informația cu ajutorul chestionarului din 27 de întrebări (cu închise/semi-inchise), care au fost formulate în baza rezultatului metodei focus-grup [9]. Universul cercetării la metoda anchetării ar constituit - 227 medici de familie și 436 asistentele medicului de familie din AMP. La chestionare au participat lucrători de medicină de familie din 3 zone rurale al republicii: nord - Soroca, centru - Călărași și sud - Basarabeasca și un sector al municipiului Chișinău - „Râșcani”. Modalitatea de selecție la metodă focus grup a fost directă, care au fost coordonate de 3 experți. Cercetare sociologică prin metoda focus-grup: a organizat discuțiile pe subiectul, în opt grupuri de câte 10 -12 LM, care a durat circa 40 de minute; sugestiile și opiniile al lucrătorilor medicali au fost expuse în forma scrisă (metoda Delfi) și oral (brainstorm). Informația au fost audio-înregistrată, protocolizată și analizată de grupul științific.

### **Rezultate cercetării integrale**

Aspecte demografice - din numărul total al populației în Republica Moldova 27,03% alcătuiesc copiii în vârstă sub 18 ani, din care 5,07% sunt copiii sub 5 ani. Din numărul total al populației pediatrie copii sub 5 ani alcătuiesc 18,75%(182 mii) de cazuri [1].

Numărul născuților-vii în anul 2007 a fost 37 973, rata natalității fiind de 10,6‰. Nivelul natalității în localitățile rurale se menține mai înalt decât în localități urbane, fiind respectiv 11,5‰ și 9,1‰. Mai mult de jumătate (51,4%) din numărul copiilor născuți-vii au fost băieți, înregistrând o rata 11,6‰. Mamele din mediul rural nasc la vârstă mai mică decât mamele din mediul urban, respectiv la 21,7 și 23,6 ani. Majoritatea copiilor-născuți revin mamelor din mediul rural (72,10%) din număr total de nou-născuților. De asemenea este important de menționat, că continuă să crească natalitatea extraconjugală: fiecare al patrulea copil s-a născut în afară căsătorii, din care 66,5% revin mediul rural.

Aspecte sociale: Din totalul gospodăriilor casnice în RM - 32,7% de cazuri s-au reprezentat familiile cu copii. Din acest număr, cu componența de câte un copil 59,0% cazuri, 32,4% cazuri familii cu doi copii și 8,6% cazuri familiile cu trei și mai mulți copii. Gospodăriile cu trei și mai mulți copii sunt caracteristice pentru mediul rural (11,9%), iar cele cu un singur copil sunt majoritatea în mediul urban (73,6%).

Rezultatele studiului Demografic și de Sănătate din Republica Moldova anului 2005 -DSH, confirmă că doar numai două treimi 68,9% din copii sub 15 ani locuiesc cu ambii părinți biologici; în timp ce numai 17,1% - copiii locuiesc cu mama, 4,9% din copii locuiesc cu tata și 7,4% - copiii locuiesc nici cu un din părinți, care sunt în viață, adică marea majoritate a lor sunt numiți „orfan social” cu părinți biologici în viață, dar care în mod voluntar au lăsat copii în grija altora. La fel este important de menționat, că în localități rurale mai înaltă rata copiilor, care locuiesc fără părinți. Cu cât copilul este mai mare după vârstă

cu atât are mai multe șanse să fie îngrijit nu de părinți biologici (cu 13,95% mai des diferență dintre copiii din perioadă de vârstă infantilă respectiv și perioadă de vârstă sub 5 ani).

Studiul "Situția copiilor rămași fără îngrijire părintească în urma migrației" din anul 2006 care fost realizat de CIDDC, UNICEF - Moldova și a evidențiat, că 40% tați și 30% mame care au emigrat, au părăsit țara [2]. Studiul releva că 30% dintre mamele copiilor au plecat în Italia și circa 20% au plecat în Rusia. Tot în Rusia este plecat și fiecare al doilea tată. În recomandări s-a specificat [6], că majoritatea copiilor ai căror părinți sunt plecați peste hotare au o situație materială mai bună. Dar de cele mai multe ori ei se izolează de societate, pentru că se simt mai puțin protejați și că găsesc cu dificultate un consilier, o persoană de încredere. Acești copii devin mai vulnerabili față de maladiile tradiționale perioadei de copilărie, de „maladii noi” (copilul bătut, omucidere, sinucidere), care au ca consecințele precoce și totodată mai îndepărtate de viața unui adult. „Maladiile noi” au reprezentat schimbarea în înțelegerea impactului dintre medicul și părinții în sănătatea copilului. Participarea medicului de familie în problemele psihosociale ale familiei poate juca un rol important în dezvoltarea copilului.

**Aspecte medicale** - În anul 2007 au decedat 428 copii în vârstă sub un an, indicele mortalității infantile constituie 11,3‰ (12 luni 2006 - 11,8‰). În staționare, pe parcursul a 12 luni ale anului 2007, au decedat 327 copii sub un an (76,4%), iar în condiții de domiciliu 85 copii (19,9%). În structura mortalității infantile după principalele cauze de deces pe primul loc se plasează afecțiunile perioadei perinatale, care constituie 35,1% (12 luni 2006 - 33,3%). Malformațiile congenitale ocupa locul doi alcătuind 25,2% (12 luni 2006 - 30,3%). Pe locul trei în structura cauzelor mortalității copiilor în vârstă de până la un an se regăsesc bolile aparatului respirator cu 15,7% (12 luni 2006 - 18,3%).

În același timp în Republică au decedat 532 copii în vârstă de 0-5 ani, iar în anul 2006 - 527 copii. Indicele mortalității constituie 14,0‰ și au manifestat o tendință de descreștere și au constituit față de 20,3‰ în 2001. În anul 2007 pe 12 luni la domiciliu au decedat copii în vârstă 0-4 ani în număr de 129 ceea ce constituie 24,2%, în același timp în 2006 au fost înregistrate 113 decese sau 21,4%. Pe mediul de reședință rata mortalității la copiii sub 5 ani rămâne mai mare în mediul rural respectiv.

Conform datelor Centrului Științifico-practic Sănătatea Publică și Management Sanitar pe anul 2007: primul loc îl ocupă (28,5%) după cauzele de deces la copiii sub 5 ani ocupă malformațiile congenitale, pe locul II (17,1%) - maladiile aparatului respirator și pe locul III (12,7%) - traume și otrăviri.

Totodată este important de subliniat că, conform rezultatelor examinărilor profilactice din anul 2007 la copiii 1-5 ani sa depistat 25,8‰ cazuri cu retardul fizic (respectiv rural/urban 29,9‰ și 7,9‰); cu acuitatea vizuală scăzută - 30,4‰ cazuri (respectiv rural/urban 28,7‰ și 37,7‰); cu acuitatea auditivă scăzută - 4,7‰ cazuri (respectiv rural/urban 4,7‰ și 4,8‰).

### Rezultate cercetării selective

Organizarea și conducerea focus-grupului presupune, în general, aceleași principii și generează aceleași probleme ca și interviul de tip clasic. Diferența majoră constă, desigur, în faptul că, în primul caz, există întrebări formulate din timp, ceea ce angajează unele cerințe în plus față de interviul de grup nestructurat [8].

Pentru focus grupurile, organizate în cadrul cercetării noastre, a fost elaborat un ghid de moderare, care conține un număr restrâns de întrebări. Întrebările au fost alese și formulate

în așa fel, încât să acopere cât mai deplin tema pusă în discuție. Întrebările au fost divizate în patru capitole bine definite:

1. generalități ale asistenței medicale primare (problemele majore cu care se confruntă medicii de familie);

2. opiniile privind familiile cu copii cu riscul social, care sunt prezentate în tabel 1. (servicii de supervizare tradițională și alternativă, serviciile oferite de structurile statale, neguvernamentale și private);

3. reforme și programe naționale în serviciul pediatric (CIMC și indicatorul de impact, proces, rezultat; CNAM și indicatorii calității);

4. rezumat (revitalizare serviciului Educație pentru Sănătate în Cabinetele Copilului sănătos).

În cadrul studiului lucrătorii serviciului medicinei de familie au confirmat că vârsta fragedă a copilului este cea mai vulnerabilă etapă vitală pentru supraviețuire și asigurarea unei sănătăți ulterioare. Măsurile de prevenție și tratament la copii sunt mult mai ușor de realizat și nu implică costuri mai mari [3].

Studiul ne-a prezentat că în AMP lucrează medici și asistente cu experiență profesională mare și cu o dorință de schimbă și de îmbunătăți integral Asistența Medicală Primară din sector. Analiza datelor generale al medicilor de familie a arătat, că vârstă medie în localitățile rurale este 48,89 ± 1,02 ani; în localitățile urbane este 42,67 ± 0,87 ani. Și în continuare, analiza datelor generale al asistentelor medicului de familie au arătat, că vârstă medie în localitățile rurale este 44,41 ± 0,51 ani; în localitățile urbane este 42,17 ± 1,12 ani.

Stagiul medical în medie pentru medici din localitățile rurale este de 23,50 ± 1,21 ani și corespunzător urbane 17,74 ± 0,86 ani. Analiza pentru stagiul medical în medie pentru asistentele medicului de familie din localitățile rurale este de 22,70 ± 0,96 ani și corespunzător urbane 22,30 ± 1,06 ani. Sinteza și analiza altor datelor privind resursele umane din asistența primară ne confirmă migrația și inabilitate dintre lucrătorii medicali. La fel este important de menționat că dacă în localitățile urbane sunt încadrați în serviciul persoane după rezidențiatul de 3 ani în medicină de familie cca. 14,56%, în localitățile rurale sunt doar 1,61% de cazuri. Totodată în serviciul de asistență primară în localitățile rurale sunt încadrați 5,17% de lucrători după re-specializarea de bază (stomatolog, obstetrician, etc.).

În marea majoritate a lucrătorilor medicali (82%) s-a adevărit că succesul în dezvoltarea armonioasă al copilului depinde de părinți. Doua treimi (62%) din LM sunt de părerea că „părinți mai buni” sunt cei care nu neglijează lecțiile de instruire în perioadă prenatală și postnatală din partea lucrătorilor medicali și de care depinde „copilăria fără riscuri”.

Este important de menționat că, sectorul care are în echipă 2 asistente medicale, instruirea privind EpS al familiilor cu copii este mai eficientă. Totodată în sectoarele/secțiile medicale unde activează un medic de familie (sau are doar o singură asistentă medicală), serviciul informativ-educativ cu familiile poartă caracter de regulă formal. În sectoarele unde lucrează un singur medic fără asistentele medicului de familie nu numai că documentația medicală nu se completează calitativ (privind instruirii părinților și etc.), dar lasă de dorit și informații privind Educație pentru Sănătate.

Două treimi dintre lucrătorii medicali lucrează în AMP mai mult de 20 de ani într-un sector anumit. Din acest aspect sunt prețioase sugestiile lor privind cele mai efective metode de instruire a familiilor „copilărie fără risc”.

Foarte des în timpul activităților serviciului Educației pentru Sănătate apar întrebări la părinții din domeniul psihologiei, pedagogiei sau bazelor juridice. Mai mult de trei pătrimi (77%) ai

**Scor factorilor de risc la populația pediatrică sub 5 ani prezentat de serviciul asistenței primare – pediatrice în baza examenului de rutină**

<b>Factor de risc social</b>	1	părinte cu vârsta sub / 18 ani
	2	părinte cu studiile sub / de 9 clase
	3	părinte elev/a, student/a
	4	părinte cu starea civilă: mama celibatară, concubinaj
	5	părinte cu criza în starea civilă: divorț, văduv/ă
	6	părinte în starea psiho - emoțională depravată
	7	părinte cu criza în carieră: șomaj, locul de muncă instabil, stres profesional
	8	familia în starea economică redusă (sărăcie)
	9	familia închirierea locuinței pe scurtă durată (lipsa de locuință permanentă)
	10	mama/părinți plecați la lucru peste hotare mai mult de 6 luni
	11	nașterea neprogramată, copil nedorit
	12	familia cu mulți copii, copii gemeni
	13	antecedentele de violență față de alți membri de familie - maturi (comportamentul abuziv și neglijent – CAN)
	14	antecedentele de traumatism, accidente, combustii la alți copii de familie
	15	părinte/alți membri de familie au maladie cu prognoza negativă / invaliditatea
	16	părinte are maladie psihică (confirmată de specialist)
	17	părinte cu abuz de alcool
	18	părinte cu abuzul de droguri
<b>Factor de risc medical</b>	19	copil cu dizabilități, maladie cu prognoză negativă (cu grupă de invaliditate)
	20	copil cu grupa de sănătate III, IV, V
	21	copil cu deficitul de masă corporală la naștere sau de 7 luni
	22	copil cu deficiențe nutriționale – Hipotrafie
	23	anemie fierodificitară și alte
	24	Rahitism

lucrătorilor medicali confirmă importanța implicării în instruire a unui psiholog și unui lucrător social nu numai la familiile cu risc social. Serviciul EpS la familiile cu copii necesită să fie integral prevăzut, planificat în standardele de supervizare a populației pediatrice din parte MS al RM și CNAM.

S-au propus că în perioadă efectuării examenelor de bilanț, familie să fie consultată și de specialiștii sus numiți. Standardele din practica mondială în domeniul pediatric ne demonstrează că acest fapt este destul de eficient [3].

Asistentele medicale au propus revitalizarea sistemului de patronaj cu introducerea statului de asistentă medicală de patronaj, care să se ocupe numai de asistența persoanelor sănătoase. Medicii au fost mai reținuți față de această propunere, menționând, că asistentele medicale nu vor fi sub supravegherea directă a medicului. Ei au propus că ar fi mai util dacă fiecare sector ar avea 2 asistente medicale (una pentru asistența copilului și alta pentru asistența adulților) și un medic. Dar atât asistentele medicale, cât și medicii, menționează, că aceste propuneri sunt nerezale la momentul actual.

De asemenea este important de prezentat că, la întrebările semideschise în chestionar medicii ca și asistentele medicale au propus sugestii de optimizare, care deja se practică în țările UE:

- încurajarea familiilor cu copii din gr I de sănătate și cu copii practic sănătoși prin diferite metode economice (prezentarea literaturii pentru copil, jucării pentru copil, scrisori la serviciul părintelui...);
- încurajarea familiilor la fel disciplinați privind calendarul imunologic al copilului, disciplinați în supraveghere lunară, alimentația naturală până la un an și mai mult;
- încurajarea familiilor în care nu au fost des bolnavi copii– ca un semn al îngrijirii corecte, adecvate vârstei .

Este important de menționat că, LM a sugerat revederea statelor și orelor de lucru în Cabinetul Copilului Sănătos. A fost propus schimbarea orelor de lucru la acest serviciu: timpul accesibil pentru părinții care lucrează (exemplu la week-end), în zilele care mai mult convin părinților sau zilele de imunizare.

S-a propus promovarea formelor de educație ca formale, la fel și non-formale. Una dintre metode poate fi „peer-training”, de la părinți care promovează modul sănătos în familie și care să participe cu experiență-practică personală în Cabinetul Copilului Sănătos. LM au subliniat că educația non-formală la trening va ajuta la identificarea problemelor de moment, caracteristice pentru localitatea dată. Mai mult de două treimi dintre lucrătorii medicali au sugerat elaborarea /revederea tematici de instruire pentru familii cu copii de vârstă 2,5 – 3,0; 3,0 – 3,5; 3,5- 4,0; 4,0-4,5; 4,5-5 ani: specializată și nu generalizată.

La fel de important este implementarea metodelor contemporane în serviciul EpS, de exemplu instalarea în holul Centrului Medicului de Familie tehnică audio-video sau monitoare, care să prezinte părinților spoturi de informare, instruire, educare privind: semnele de pericol pentru viață, sănătate, dezvoltare; avantajele alimentației exclusive naturale și introducerea complimentului la timp; stimularea dezvoltării timpurii; avantajele imunizării; traumatismul și accidentelor printre copii de vârstă preșcolară.

În finale prin focus-grup a creat, a precizat un model de screening al depistării și stabilirii primare la copii sub 5 ani a prezenței de risc social. Acest model de screening este necesar de aplicat la fiecare copil în timpul examenului de bilanț la 3 zile după maternitate, 6 luni, 12 luni, 3 ani, înainte de școala. În caz dacă la lucrător de familie apar unele suspiciuni la prezenta riscurilor, istoricul al acest copil vor trebuie de prezentat

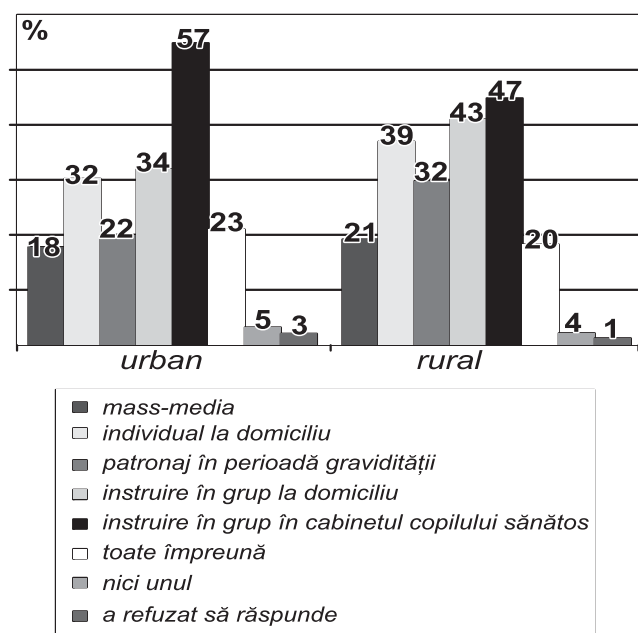


Fig. 1. Repartizare opiniilor LM privind cei mai efective metode de instruire familiilor sub 5 ani, în dependență de zonă rural / urban

managerului AMP și posibil în continuare la departamentul de protecție socială pentru elaborare planul individual de supervizarea, de conduită în caz de maladie.

Aranjamentul îmbunătățirii serviciul primar de sănătate au fost axat pe două concepte: primul – „Standardul de Supervizare copilului sub 5 ani, în afară vizitelor Medicului de Familie”; și a doilea „Carnetul de Dezvoltare a Copilului Sănătos F-112/e” și „Ghidul pentru părinți – Copilul Nostru”, care este distribuit la părinți și îngrijitorii principali ai copilului.

### Discuții în baza cercetării

Managementul Calității (MC) prezintă unul din componentele Managementului în Serviciile de Sănătate, cu scopul de deservire a populației pediatrice și dese ori prezintă calitatea în domeniul proceselor și calitate în domeniul rezultatului final. Totodată sub MC se înțelege activitate practică, care afectează calitate serviciilor la diferite nivele ale structurii[4]. De obicei decizia programată trebuie să fie executată după analiză detaliată a datelor, informațiilor corespunzătoare privind activitatea instituției medicale.

Activitatea profesională a medicilor de familie are legătură cu factorii sociali, anume de aceea este foarte important de apreciat adecvat riscurile și de organizat, coordonat serviciul, cu scopul realizării rezultatelor mai efective pe piața serviciilor medicale. În condiții economice de piață, serviciul de sănătate este nevoit să implementeze tehnologii efectiv-rentabile, manopere, metodele de cercetare moderne și să primească decizii non-triviale, care diminuează probabilitatea factorilor de risc.

Și în particular, caracteristica etapelor îngrijirii și dezvoltării copilului în perioada de vârstă timpurie este îndrumată de influență un șir de riscuri. Cel mai des la factori de risc al

MC prevede maximalizare proceselor pozitive și minimalizare proceselor negative ai factorilor de risc. Sarcina/sensul aplicativă al MC și MR este îndreptată la evidențierea și marcarea factorilor de risc cei mai frecvenți și conduitei / algoritmului clinic al pacientului cu maladia aceasta.

Management - organizarea serviciul de sănătate prestat populație pediatrice și/sau Asistența Medicală Primară pentru familii cu copii este un sistem, care asigură supravegherea medicală

și instructiv-educatională privind sănătate multilaterală a copilului începând de la momentul nașterii și până la 18 ani.

Scopurile principale al managementul calității serviciul de Asistență Medicală Primară este promovarea stării de sănătate și bunăstare, protejarea sănătății la populației pediatrice, îmbunătățirea serviciilor de sănătate prestate în zona rurală, dezvoltarea abilităților profesionale și tehnologice, prevenirea și controlarea maladiilor contagioase, și implementarea programei naționale „Conduita Integrata Maladiilor la Copii” - CIMC.

În serviciul de Asistență Medicală Primară sunt prezentate 32 în raioane și 3 municipii, prin intermediul a 392 Centre a Medicilor de Familie, și a 551 Oficii a Medicilor de Familie. La 1 ianuarie 2007 numărul total a medicilor de familie a fost de 2031 [1].

În scopul reducerii ratei mortalității infantile și a copiilor sub 5 ani MS al RM, începând cu anul 1998 a implementat în republica standardele OMS - Conduita Integrata Maladiilor la Copii. Obiectivul de bază al programei naționale – CIMC, sau Strategia are 3 componente:

- ☞ îmbunătățirea cunoștințelor lucrătorilor medicali din sectorul primar în conduita și supravegherea copiilor bolnavi;
- ☞ îmbunătățirea organizării serviciilor medicale în depistarea, referirea copiilor bolnavi și utilizarea rațională a medicamentelor;
- ☞ îmbunătățirea procesului de informare și educației a familiilor privind îngrijirea copiilor sub 5 ani, mai cu seamă a copiilor bolnavi.

Pe parcursul a 8 ani, cu suportul OMS, UNICEF și alte organizații internaționale, au fost instruiți peste 2200 lucrători medicali (medici / asistente) din medicină primară din toate raioanele ale republicii, în afara Transnistriei și Bender; standardele CIMC au fost introduse în curricula de pregătire a resurselor umane din asistența medicală primară; au fost elaborate și multiplicat un șir de materiale informative – instructive – educative - metodice pentru familii cu copii. În aranjamentul îmbunătățirii serviciul primar de sănătate a fost sistematizat, analizat și elaborate concepții de: „Standardul de Supervizare copilului sub 5 ani, în afară vizitelor Medicului de Familie”; și „Carnetul de Dezvoltare a Copilului” și „Ghidul pentru părinți – Copilul Nostru”, care este distribuit la părinți și îngrijitorului principal al copilului.

Managementul Calității serviciul prestat familiei cu copil asigură:

- acordarea asistenței curativo-consultativă în oficiul medicului de familie;
- acordarea asistenței curativo-consultativă la domiciliu din parte asistentei și medicului de familie;
- acordarea asistenței curativo-consultativă la domiciliu din parte medicilor de profil;
- planificarea, organizarea și efectuarea măsurilor anti-epidemice din populație pediatrică;
- planificarea, organizarea și efectuare măsurilor profilactice primare - imunizare;
- planificarea, organizarea și promovarea modului sănătos de viață în: oficiul medicului de familie, cabinetul copilului sănătos, instituțiile preșcolare și școli;
- acordarea asistenței social-juridice la familiile vulnerabile sau în dificultate.

### Concluzii și recomandări:

Copiii sub 5 ani, sunt mai frecvent expuși riscurilor sociali pentru viață, sănătate, dezvoltare integrală din cauza cunoștințelor insuficiente al îngrijitorilor principali din familie.

Dezvoltarea fizică a copiilor sub 5 ani este insuficientă și se manifestă prin retardul fizic, acuitatea vizuală scăzută, acuitatea auditivă scăzută, deficiența de vorbire.

- Politica continuă și unică în localitățile rurale analogică ca în localitățile urbane privind PMSV în familiile cu copii în perioadă de vârstă preșcolară.

- Modele de instruire privind PMSV includ: patronaj I, II antenatal la domiciliu, Nr. 6 ședințe – instruirii antenatale, patronaj a/m MF primului an de viață al copilului la domiciliu, Nr. ședințelor în CCS al tinerelor părinți cu copii până la vârsta preșcolară.

- Înzestrarea lucrătorii medicali (medici de familie, asistentele medicului de familie și asistentele din cabinetele pre-medicale, de imunizare, medicilor de profil, care prestează serviciile populație de vârstă preșcolară) cu recomandările metodice privind completare documentație medicale (Carnet de dezvoltare copilului F-112/e). Totodată aceeași LM trebuie să fie familiarizați cu toate modelele de instruire familiilor cu copii de vârstă timpurie privind Promovarea Modulului Sănătos de Viață din primele clipe a copilăriei timpurii.

- Înzestrarea cu video-postere CCS conform tematicii la fiecare modul al programului CIMC (Alimentația exclusiv naturală – nutriția; Semne de pericol pentru: viață, sănătate, dezvoltare; Stimulare pentru dezvoltării timpurii; BRA și BDA; Semnele adresării la medic după consultație și obligațiunile părinților, Igiena copilului; Traumatismul și accidente al copilului)

- Introducerea indicatorilor calității Serviciului de Educație pentru Sănătate în Centrele Medicilor de Familie prestat de lucrătorii al Cabinetul Copilului Sănătos pentru familii cu copii preșcolari, care a să motiveze consolidarea serviciilor calitative în CCS:

1. Indicele Serviciului de Educație pentru Sănătate în Cabinetele Copilului Sănătos (CCS) prestat familiilor cu copii preșcolari, in medie intr-un an. Se calculează după formula:

$$\frac{\text{numărul instruirilor de educație pentru sănătate în CCS}}{\text{numărul total familiilor cu copii preșcolari}} \times 1000 \%$$

2. Indicele familiilor-absolvente ai №- ședințe în Cabinetul Copilului Sănătos este dat de formula:

$$\frac{\text{numărul familiilor-absolvente ai №- ședințe în Cabinetul Copilului Sănătos}}{\text{numărul total familiilor cu copii preșcolari}} \times 100 \%$$

3. Indicele comportamentului copilăriei fără risc rezultă din formula:

$$\frac{\text{numărul familiilor cu copii preșcolari cu comportamentul copilărie fără risc}}{\text{numărul total familiilor cu copii preșcolari}} \times 100 \%$$

- Introducerea indicatorilor calității pentru în Serviciul de Educație pentru Sănătate AMP, care să motiveze MF privind pretarea serviciilor calitative

- ☞ efectuarea completă și la timp examenelor de bilanț la copii până la perioada de vârstă preșcolarului conform standardelor MS RM - (și nu numai până la 1 an)

- ☞ efectuarea completă și la timp examenelor profilactice la copii până la perioada de vârstă preșcolarului conform standardelor MS al RM.

- ☞ efectuarea completă și la timp examenelor medicilor de profil la copii până la perioada de vârstă preșcolarului conform standardelor MS RM.

- ☞ efectuarea la timp examenelor de laborator conform standardelor MS RM

- ☞ divizarea serviciului „Educației pentru Sănătate” și „Promovare Modulului Sănătos de Viață” ca un sub-serviciul separat în organigrama Centrelor Medicilor de Familie, dar nu ca ANEXA care de obicei se efectuează în mod FACULTATIV.

- ☞ supervizare continuă a serviciul „Educației pentru Sănătate” și „Promovare Modulului Sănătos de Viață” din partea medicului de profil din domeniul.

- ☞ efectuarea la timp și integral a ședințelor cu familiile cu copii de vârstă preșcolară în Cabinetul Copilului Sănătos conform standardelor (noi re-vizate) al MS RM.

- Colaborarea cu asistentele medicale din instituțiile preșcolare, grădinițe. Familiarizare și instruire acestor asistente medicale în Programul Național CIMC și în politica națională a MS RM și OMS/UNICEF privind standardele de supraveghere a populației pediatrice și semnelor generale de pericol a preșcolarului. Totodată, instituțiile preșcolare trebuie să fie înzestrate, familiarizate cu recomandările metodice privind instruirea PMSV la familiile cu copii preșcolari din setul AMP.

- Crearea Colțișorul Copilului Sănătos în instituțiile preșcolare. Colțișorul Copilului Sănătos în IP trebuie să fie amenajat după aceleași principii ca și în AMP.

- Pentru efectuarea supravegherii calitative/dispensarizării copilului sănătos în cabinetul medical al instituțiilor preșcolare este nevoie ca documentația medicală (Carnet de dezvoltare copilului F-112/e) să conțină o ANEXĂ de la 18 luni până la 7 ani. Cu acest document medical vor fi înzestrată asistenta medicală din instituția preșcolară. Lucrătorul medical (LM) vor fi familiarizat cu algoritmele clinice al maladiilor de copii, cu scopul consolidării mai detaliată examinării primare la copil, excluderi maltratării și momentelor importante pentru această perioadă de vârstă al copilului.

- Conlucrarea / colaborarea cu asistenți sociali. Instruire asistentelor sociali în Programul Național CIMC și în politica națională al MS RM și OMS/UNICEF privind semnele generale de pericol a preșcolarului.

- Înzestrarea cu postere și pliante privind PMSV conform ultimelor cerințelor OMS/UNICEF privind cerințelor Medicinii Copilului Sănătos (MCS).

## Bibliografia

1. Anuarul Statistic al Republicii Moldova, Departamentul Statistica și Sociologia al Republicii Moldova, Chișinău, 2003-2007.
2. ABABII I. Starea de sănătate a populației, Fiecare pacient trebuie să beneficieze de servicii medicale calitative, Guvernul al Republicii Moldova, Buletin Informativ nr.2, 2007, p. 13-15.
3. CIOFU EP, CIOFU C, GEORGESCU A. Pediatria tratat, Pediatria preventivă, București, 2001, p. 46-47.
4. EȚCO C. Management in sistemul de sănătate, Chișinău, 2006, 864 p.
5. ALOIS Gh. Management general și strategic în educație. Ghid practic, Polirom, București, 2007, p. 232.
6. Guvernul al Republicii Moldova și UNICEF. Îngrijirea și dezvoltarea timpurie a copiilor în Moldova, Studiul Național, Chișinău, 2004, p. 91.
7. LANDERS CASSIE. Pediatria axată pe dezvoltare, Principalele teorii privind dezvoltarea copilului, Chișinău, 2004, p. 17-31.
8. ROTARU T, ILUȚ P. Ancheta sociologică și sondajul de opinie, Polirom, Iași, 1997, p. 66-68.
9. RICHARD A. KRUEGER, MARY ANNE CASEY. Metoda focus grup. Ghid practic pentru cercetarea aplicata, Polirom, București, 2005, p. 256.
10. SIMON ANNE-MARIE. Consiliere parentala, Polirom, București, 2004, p. 224.