



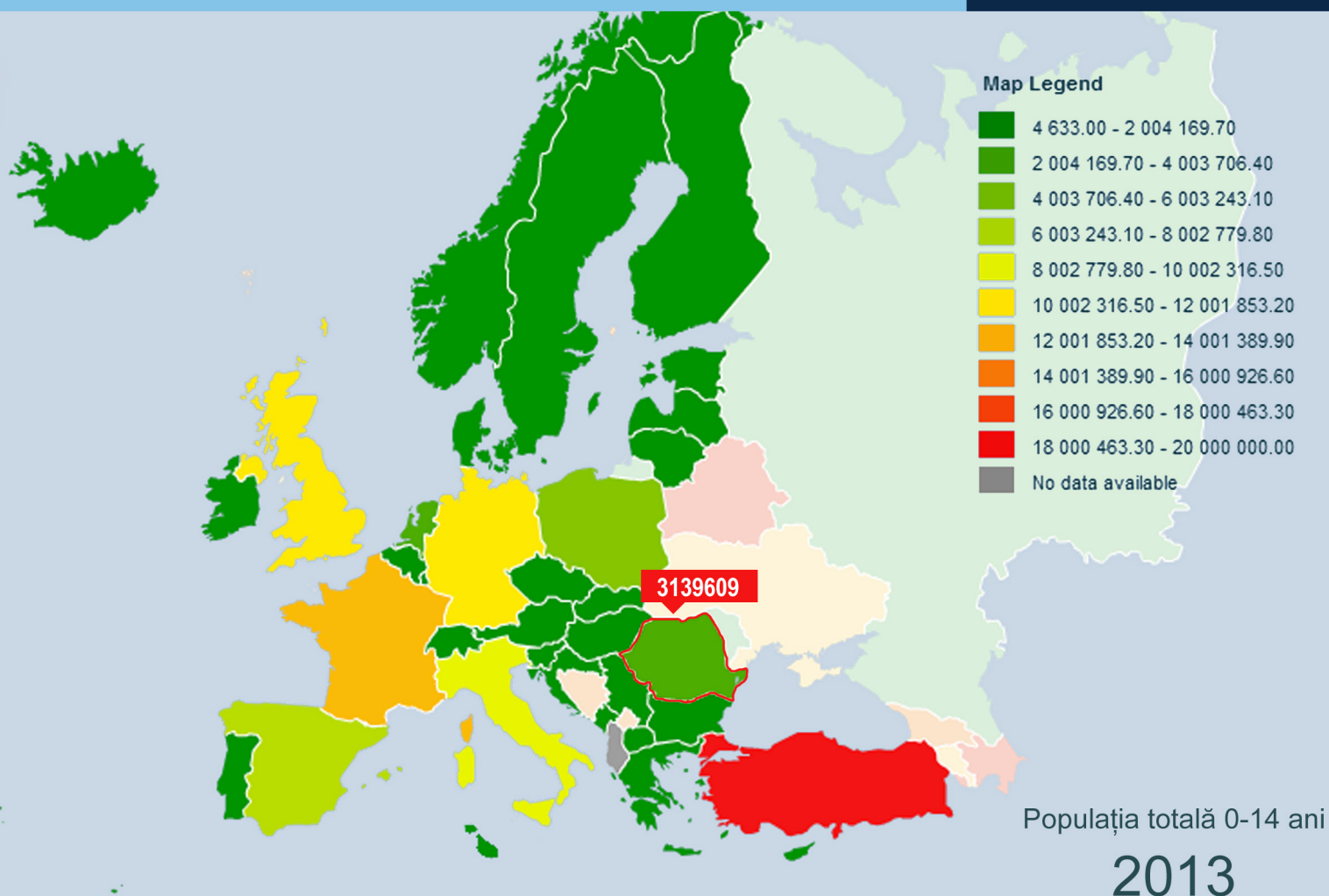
Ministerul Sănătății



Institutul Național de
Sănătate Publică

CNEPSS

Centrul Național de Evaluare și
Promovare a Stării de Sănătate



RAPORTUL NAȚIONAL DE SĂNĂTATE A COPIILOR ȘI TINERILOR DIN ROMÂNIA

2014

CUPRINS

INTRODUCERE	4
CAP. I. INDICATORI DEMOGRAFICI	11
I.1 NATALITATEA	11
I.2 MORTALITATEA INFANTILĂ	12
I.3 MORTALITATEA PERINATALĂ	13
I.4 MORTALITATEA NEONATALĂ PRECOCE	13
I.5 MORTINATALITATEA	15
I.6 MORTALITATEA LA COPII	15
I.7 MORTALITATEA PE CAUZE DE DECES	16
CAP. II INDICATORI AI STĂRII DE SĂNĂTATE A COPILULUI	17
II. 1 DEZVOLTAREA FIZICĂ	17
II. 2 DEZVOLTAREA NEUROPSIHICĂ	21
II. 3 MORBIDITATEA	25
II. 3.1 Morbidity înregistrată prin examene de bilanț	25
II. 3.2 Evaluarea morbidității cronice prin dispensarizare în colectivitățile de copii și tineri	28
II.3.3 Morbidity înregistrată prin triajul epidemiologic în colectivitățile de copii și tineri	31
II. 3.4 Evaluarea stării de nutriție a copiilor din ciclul primar conform metodologiei OMS prin participarea la proiectul European “European Childhood Obesity Surveillance initiative(COSI)”	34
CAP. III DETERMINANȚII SOCIALI AI STĂRII DE SĂNĂTATE A COPILULUI	40
CAP. IV ROLUL CONTRACEPȚIEI ÎN PLANIFICAREA FAMILIALĂ LA ELEVI ȘI STUDENȚI	44
CAP. V FACTORI DE RISC ÎN ACTIVITATEA ȘCOLARĂ	54

INTRODUCERE

Copiii reprezintă investiția noastră în viitorul societății. O stare bună a sănătății, începând din perioada prenatală menținută și consolidată în perioada copilăriei și adolescenței, constituie o resursă importantă a sănătății generațiilor viitoare. Din această perspectivă, cu prilejul celei de-A 64 sesiuni a Comitetului Regional European al OMS (15-18 septembrie 2014), a fost aprobată **Strategia Europeană de Sănătate a Copiilor și Adolescenților 2015-2020**. În analiza de situație aceasta evidențiază următoarele tendințe epidemiologice:

- În ciuda progreselor substanțiale din ultimele decenii, disparitățile în materie de sănătate a copilului, între țări și în interiorul lor, încă persistă. Regiunea europeană include țările cu cele mai mici rate ale mortalității din lume, dar mortalitatea în țările cu cea mai mare rată la copiii sub cinci ani este de 25 de ori mai mare decât în țările cu cea mai scăzută rată. Principalele cauze de deces în rândul copiilor sub cinci ani în regiune sunt cele neonatale (inclusiv prematuritate, infecții și asfixie la naștere), accidente, pneumonii și boli diareice. Jumătate din decesele în timpul primilor cinci ani apar în prima lună de viață.
- Aproape 1 milion de copii în fiecare an nu primesc toate vaccinurile programate. Peste 90.000 de cazuri de rujeolă și 70.000 de rubeolă au fost raportate în ultimii trei ani.
- Doar 24 din cele 53 de state membre au introdus vaccinarea HPV în programele lor de imunizare de rutină, în ciuda dovezilor că reduce în mod semnificativ morbiditatea și mortalitatea atunci când este combinată eficient cu screening-ul pentru cancerul de col uterin.
- Mai mult de 10% din adolescenții din regiune au probleme de sănătate mintală, afecțiunile

neuropsihiatrice fiind principala cauză de handicap la persoanele tinere. Tulburările depresive majore sunt cele mai frecvente boli la copii și adolescenți, urmate de tulburările de anxietate, tulburările de comportament și abuzul de substanțe psihotrope. Regiunea europeană include țările cu cele mai mari rate de suicid în rândul adolescenților din lume, iar în unele țări sinuciderea este printre principalele cauze de deces în rândul tinerilor.

- Maltratarea copilului este, de asemenea, o problemă importantă în Europa. Se estimează că, până la vârsta de 18 ani, 18 milioane de copii este posibil să fi fost abuzați sexual și 44 de milioane abuz fizic. Anual, 850 de copii sub 15 ani din regiune sunt victime ale omuciderii. Maltratarea are consecințe profunde asupra sănătății fizice și psihice a copilului inclusiv dezvoltarea tendinței de a deveni victimă sau autor de violență în adolescență și, mai târziu, în viață.
- Regiunea europeană are unele dintre cele mai ridicate rate de prevalență a consumului de tutun în rândul adolescenților. Prevalența fumatului săptămânal crește semnificativ cu vârsta, în cele mai multe țări; creșterea prevalenței fumatului la vârste cuprinse între 11 și 15 ani depășește 15% în unele țări. Fumatul pasiv cauzează probleme grave de sănătate respiratorii cum ar fi astmul și reducerea funcției pulmonare la copii.
- Consumul de alcool la adolescenți este o practică uzuală în regiunea europeană. Tinerii pot percepe alcoolul ca pe un catalizator în satisfacerea nevoilor sociale și personale, dar ignoră că acesta este strâns asociat cu multe cauze de îmbolnăvire, inclusiv accidente, fumat, consum de droguri ilicite și sex neprotejat. 25% din băieți și 17% din fete în vârstă de 15 ani au

raportat consumul de alcool cel puțin o dată pe săptămână și aproape o treime au declarat că au fost în stare de ebrietate, cel puțin de două ori.

- Un procent considerabil de copii și adolescenți din multe țări europene nu ating nivelul de activitate fizică recomandat. Studiile au arătat că, în medie, unul din trei copii cu vârste cuprinse între 6-9 ani sunt supraponderali sau obezi. Incidența supraponderalității (inclusiv obezitatea), la copiii de 11-13 ani variază de la 5% la peste 25%. Peste 60% din copiii care sunt supraponderali înainte de pubertate vor fi supraponderali la maturitate, ceea ce va conduce la dezvoltarea de boli cronice, cum ar fi bolile cardiovasculare și diabetul de tip 2.
- 25% din copiii de 15 ani au avut relații sexuale și, în unele țări, mai mult de 30% nu folosesc prezervative sau orice altă formă de contracepție, consecințele fiind bolile cu transmitere sexuală și sarcinile nedorite la adolescente.
- Bolile cauzate de factorii de mediu sunt estimate la circa 17% din totalul bolilor în regiunea europeană. Expunerile de mediu care sunt asociate cu o rată mare de îmbolnăviri în rândul copiilor și adolescenților includ poluarea aerului, aprovizionarea inadecvată cu apă, deficiențe de salubritate și igienă, mijloace de transport poluante, produse chimice periculoase, zgomot și efectele combinate ale schimbărilor climatice.
- Accidentele rutiere sunt printre principalele cauze de deces în rândul copiilor și tinerilor cu vârsta cuprinsă între 5-19 ani. Principalele cauze de deces la copii sunt: accidentele rutiere (39%), înecul (14%), intoxicațiile (7%), incendiile și căderile de la înălțime (4% fiecare). Leziunile traumatice accidentale provoacă în jur de 42000 de decese la copiii de 0-19 ani.

- O tendință nouă care trebuie luată în considerare este o consecință a erei digitale: copiii și adolescenții din întreaga lume își conduc viața din ce în ce mai mult utilizând noua tehnologie digitală, în care o mare parte din comportamentul lor, alegeri, educație, preocupări sociale și de divertisment sunt accesate electronic. În timp ce acest lucru prezintă noi oportunități pentru a ajunge la copii și adolescenți cu mesaje inovatoare de sănătate publică (există deja în câteva țări astfel de exemple), se ridică, de asemenea, probleme în ceea ce privește expunerea la cyber-bullying și pornografie, dependența de internet sau dependența de jocuri electronice care au fost în centrul atenției în multe discuții mass-media. Un pericol și mai mare este dat de exploatarea comercială a acestor "slăbiciuni" caracteristice epocii moderne, cu direcționarea și influențarea comportamentelor, iar acest aspect al vieții noii generații este în pericol să scape de sub control. De aceea, în perioada acestei strategii, sectorul de sănătate își propune să ia în considerare cu seriozitate acest nou determinant al bunăstării în copilărie și adolescență și să valorifice noi surse de date și noile canale media pentru a promova și proteja sănătatea în moduri inovatoare.

Ca răspuns la aceste probleme, Strategia își propune o serie de obiective care au ca finalitate să permită copiilor și adolescenților din Regiunea Europeană a OMS să-și atingă întregul potențial de sănătate, dezvoltare și bunăstare și de a reduce bolile evitabile și mortalitatea prematură. Pentru îndeplinirea acestor obiective generale, țările din regiunea europeană își vor stabili propriile obiective specifice care se vor realiza prin promovarea unei bune guvernări, parteneriate și acțiuni intersectoriale la toate nivelurile societății,

consolidarea sistemelor de sănătate și centrarea acțiunilor pe sănătatea copiilor și tinerilor, bazate pe luarea în considerare a tuturor determinantilor sănătății și asigurarea principiului egalității pentru toți copiii.

Strategia Europeană de Sănătate a Copiilor și Adolescenților 2015-2020 prevede ca toți copiii și adolescenții născuți și/sau crescuți în Regiunea Europeană a OMS ar trebui:

- să fie vizibili pentru factorii de decizie politică și administrativă;
- să fie copii doriți, născuți de mame sănătoase și crescuți în familii și comunități sănătoase;
- să crească feriți de sărăcie și lipsuri;
- să crească într-un mediu cald, având alături permanent toți membrii familiei și alte persoane importante pentru îngrijirea lor;
- să fie alăptați în primele șase luni și bine hrăniți după aceea;
- să beneficieze de programul complet de controale de sănătate și de vaccinări;
- să fie protejați de boli care pot fi evitate și să aibă acces deplin la servicii de sănătate de bună calitate, inclusiv la serviciile de sănătate mintală;
- să beneficieze de îngrijiri parentale de calitate;
- să frecventeze grădinițe și școli adecvate și să fie alfabetizați;
- să aibă acces la oportunități pentru a lua parte la activități fizice;
- să aibă acces adecvat vârstei la informații privind sexualitatea și sănătatea vieții sexuale, precum și la servicii de suport în acest domeniu;
- să nu consume tutun, alcool și alte substanțe;
- să aibă acces la un mediu sănătos, sigur în comunități, case, grădinițe și școli;
- să dezvolte încrederea și aptitudinile necesare pentru a face alegeri și alua decizii informate și de a dezvolta relații pozitive;

- să aibă puterea de participare la luarea deciziilor cu privire la sănătatea și bunăstarea lor;
- să ajungă la vârsta adultă cu abilitățile și competențele necesare pentru a contribui activ la dezvoltarea societății și să se bucure de o viață productivă, sănătoasă, fericită.

La nivel național, două documente strategice identifică direcțiile și intervențiile majore în domeniul sănătății copiilor și tinerilor: „Strategia Națională de Sănătate 2014-2020” și „Strategia națională pentru protecția și promovarea drepturilor copilului pentru perioada 2014-2020”.

Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 - Sănătate pentru prosperitate furnizează cadrul general de intervenție pentru amendarea slăbiciunilor sistemului, identificate în sectorul de sănătate. Scopul acestei strategii este reducerea inegalităților importante existente în sănătate, optimizarea utilizării resurselor în serviciile de sănătate în condiții de cost-eficacitate crescută utilizând medicina bazată pe dovezi și, nu în ultimul rând, îmbunătățirea capacității administrative și calității managementului la toate nivelurile. La nivel sub-național există inegalități majore vis-a-vis de profilul determinantilor stării de sănătate (factori socio-economici, comportamentali, din mediul fizic de viață și de muncă și caracteristicile individuale). Amendarea efectelor determinantilor defavorabili ai stării de sănătate este de domeniul specialiștilor de promovarea sănătății dar și al celor din medicina primară.

Interesul pentru sănătatea copiilor și tinerilor se regăsește în toate cele trei arii strategice desemnate ca priorități naționale în sectorul de sănătate. Sănătatea gravidei și copilului constituie în orice societate civilizată o prioritate de sănătate publică. Programul de sănătate al MS privind mama și copilul include o varietate de intervenții vizând:

promovarea alăptării, suplimentarea cu micronutrienți esențiali a alimentației gravidei și copilului mic, profilaxia malnutriției la copiii cu greutate mică la naștere, alimentația sănătoasă și prevenirea obezității la copil. În plus, sunt vizate prevenirea deceselor neonatale prin creșterea accesului la îngrijiri adecvate în unități regionale pentru nou-născuții cu risc de deces neonatal, întărirea componentei de screening-neonatal (fenilcetonurie, hipotiroidism congenital, alte boli de metabolism ce pot fi depistate neonatal, deficiențe de auz, a retinopatiei la nou născut). Evidențele disponibile indică un deficit de îngrijiri medicale în perioada prenatală la nivelul medicinei primare, mai ales în cazul femeilor vulnerabile, dar nu numai, precum și un exces de servicii chirurgicale la nivel terțiar reflectat de excesul de nașteri prin cezariană nejustificat de profilul gravidelor din România [UNICEF 2005, DRG, Europeristat, 2012]. Ratele mortalității infantile și materne înalte reflectă, în mare măsură, calitatea suboptimală a serviciilor. Mortalitatea maternă prin avort a avut o evoluție ușor oscilantă dar favorabilă în ultimii ani. Trebuie avut însă în vedere faptul că aproximativ 10% din totalul avorturilor înregistrate anual în statisticile oficiale survin la fetele de 15-19 ani (11% în 2005, 9,6% în 2010) [INS, 2011] iar circa 4000 avorturi anual survin la sub 15 ani. Circa 10% din nașteri survin la fete de până la 19 ani. Prevenirea sarcinilor nedorite este cu atât mai importantă cu cât maternitatea precoce, mai ales cu o sarcină nedorită, presupune riscuri socio-economice importante (abandon infantil, abandon școlar și risc ulterior de excludere socială). Pondere de circa 9% a nașterilor premature /greutate mică la naștere este mult peste media europeană (6,5%) (Salvați copii, 2011). Rata alăptării continuate la vârsta de 12 luni s-a ameliorat dar rata alăptării exclusive la sân este net inferioară la copiii din gospodării sărace/extrem de

sărace [UNICEF, 2012]. Diversificarea dietei copiilor sub un an este frecvent necorespunzătoare, circa 40% din copiii din gospodăriile rome fiind subnutriți. Un procent important de copii au deficite nutriționale în micronutrienți și talie mică pentru vârstă; deficitul nutrițional sever la copilul sub 5 ani s-a agravat, prevalența greutății mici pentru talie atingând 10,4% (IOMC, 2010).

Bolile transmisibile care pot fi prevenite prin vaccinare constituie o prioritate de sănătate publică de interes european. Pe segmentul serviciilor preventive de bază reprezentate de imunizările obligatorii de rutină conform calendarului național de vaccinare, rezultatele naționale au un istoric bun. În general, s-a reușit atingerea țintelor de acoperire pentru imunizările obligatorii și s-a ținut în bună măsură sub control evoluția epidemiologică a maladiilor infecțioase acoperite prin programul național de imunizare. Cu toate acestea, s-a remarcat în ultimii ani o scădere a acoperirii vaccinale cu vaccinurile cuprinse în calendarul național de vaccinare, concomitent cu apariția unui număr mare de cazuri de boli prevenibile prin vaccinare.

Există anumite sub-populații/comunități - în special rurale, din anumite județe - unde parametrii recomandați de performanță ai programului sunt dificil de atins (acoperire populațională și imunizarea completă conform vârstei), mai ales la copii până în 12 luni [INSP]. Pe lângă unele sincope recente prin disfuncționalități ale sistemului de finanțare și achiziții publice pentru anumite tipuri de vaccinuri, cauze importante de vaccinare incompletă a copiilor conform vârstei sunt și neprezentarea și refuzul vaccinării. Rezistența sau indiferența la vaccinare a unor părinți persistă în anumite sub-populații, indicând un eventual risc de creștere a numărului persoanelor „contaminate” de

acest fenomen, dar și faptul că nevoia de intervenții IEC/BCC centrate pe beneficiari și pe adoptarea atitudinilor și practicilor favorabile, nu este adecvat acoperită de către serviciile/intervențiile specializate.

Dintre direcțiile strategice pentru perioada 2014-2020 merită evidențiat creșterea rolului și capacității liniei întâi de servicii medicale (medic de familie, asistent medicină de familie, asistent medical comunitar, medic de medicină școlară) de a identifica riscurile de boli cronice netransmisibile, de a răspunde nevoilor de informare și consiliere a indivizilor, mai ales a persoanelor cu risc crescut, a celor dezavantajați, cu formarea furnizorilor de servicii inclusiv prin soluții e-formare.

„Strategia națională pentru protecția și promovarea drepturilor copilului pentru perioada 2014-2020” și **„Planul operațional pentru implementarea Strategiei naționale pentru protecția și promovarea drepturilor copilului 2014 – 2016”**, documente strategice naționale, au rolul de a asigura continuarea măsurilor începute anterior în ceea ce privește promovarea și respectarea drepturilor tuturor copiilor din România, în conformitate cu prevederile legislației naționale, dar și ale Convenției ONU cu privire la drepturile copilului.

Implementarea aceasora va asigura continuarea eforturilor începute anterior în domeniul protecției drepturilor copilului, urmărind asigurarea accesului copiilor la servicii de calitate, adaptate nevoilor specifice ale acestora, reducerea disparităților sociale dintre diversele categorii de copii, concomitent cu reducerea numărului celor ce aparțin unor categorii considerate, în prezent ca fiind vulnerabile (copiii din familiile sărace, copiii cu dizabilități, copiii victime ale violenței, etc). Încurajarea participării copiilor la luarea deciziilor

care îi privesc reprezintă, de asemenea, unul din obiectivele generale ale actualei Strategii. Strategia va asigura cadrul efectiv de implementare a principalelor priorități în domeniul politicilor pentru copii ale Programului de Guvernare, gândite astfel încât „să permită condiții de dezvoltare și formare a copiilor, de la naștere și până la majorat”.

Documentul evidențiază că principalele probleme existente la nivelul asistenței medicale primare sunt reprezentate de existența unei capacități limitate de depistare activă a riscurilor pentru sănătate în rândul copiilor în comunități, dar și oferta limitată de servicii preventive din pachetul de bază. De aceea, măsurile propuse de prezentul document vor viza atât elaborarea unui pachet minim de servicii adresate copiilor din zonele sărace (preponderent rural), inclusiv zonele urbane cu sărăcie extremă, cât și compensarea disparităților în ceea ce privește disponibilitatea și calitatea ofertei educaționale și de servicii de sănătate. Se intenționează astfel ca prin stimularea transferului de bune practici în domeniul serviciilor și politicilor pentru copil și creșterea calității resurselor umane, să poată fi asigurată o calitate sporită atât a serviciilor sociale, cât și a celor medicale și din educație.

Strategia evidențiază faptul că mortalitatea infantilă continuă să plaseze România pe un loc inferior în clasamentul statelor europene, ceea ce reprezintă o altă dovadă a dificultății de acces la servicii medicale, generată în special de capacitatea familiei de a satisface nevoile copilului și respectiv de eșecul serviciilor de la nivelul comunității de a identifica precoce această nevoie.

De asemenea, strategia evidențiază problema copiilor cu dizabilități care rămâne încă o provocare insuficient regăsită în măsurile aplicate până în prezent, în acest domeniu. Prin strategia actuală se

intenționează intensificarea eforturilor necesare eliminării barierelor de atitudine și de mediu, în vederea reabilitării și reintegrării sociale a copiilor cu dizabilități, dar și dezvoltarea unui sistem integrat de depistare precoce și evaluare complexă a copilului cu dizabilități. Stabilirea unui traseu simplificat și cu costuri cât mai mici pentru familia copilului cu dizabilități în obținerea certificatului de încadrare în grad de handicap, a certificatului de orientare școlară/ profesională și a planificării serviciilor, va fi avută, de asemenea, în vedere.

În România, serviciile de asistență medicală primară se furnizează prin medici de familie care asigură servicii medicale preventive și curative pentru toți copiii, indiferent de statutul de asigurat al părinților/apartinătorilor. Principalele probleme existente la nivelul asistenței medicale primare sunt reprezentate de existența unei capacități limitate de depistare activă a riscurilor pentru sănătate în rândul copiilor în comunități, dar și oferta limitată de servicii preventive din pachetul de bază.

Un tip special de servicii, necesare, mai ales din punct de vedere al sănătății publice, îl constituie asistența medicală din unitățile de învățământ. Aceasta se realizează prin intermediul unui personal angajat, specific, în mediul urban, și prin cabinetele medicilor de familie în rural, ceea ce creează din start o inegalitate. În acest domeniu, în ultimele două decenii, nu s-a evidențiat o strategie coerentă de dezvoltare, motiv pentru care, gradul de acoperire este în scădere.

Analiza morbidității particularizează România prin incidențe mari ale unor boli transmisibile prevenibile prin vaccinare, comparativ cu restul statelor membre UE, în condițiile unei scheme naționale de vaccinare care acoperă aceste boli.

Tuberculoza continuă să reprezinte o problemă majoră de sănătate publică în general (România are o incidență a tuberculozei de 6 ori peste media UE și furnizează aproape un sfert din cazurile de tuberculoză din UE, dintre care 15% apar la copii). În Sistemul de sănătate mintală destinat copiilor și adolescenților, printre dificultățile identificate s-au remarcat orientarea excesivă a sistemului public de sănătate mintală pediatrică spre aspectele curative, în detrimentul prevenției, dificultățile privind constituirea unor echipe terapeutice complexe, lipsa comunicării reale între specialiștii implicați sau lipsa colaborării eficiente între sistemul educațional și cel de protecție și asistență socială a copilului.

Dintre caracteristicile particulare ale persoanelor cu infecție HIV/SIDA în România se impun a fi subliniate existența unui număr mare de tineri și creșterea de la an la an a importanței căii de transmitere injectabile la utilizatorii de droguri. Reducerea drastică a transmiterii verticale (de la mamă la făt) este un obiectiv important de sănătate publică.

În România starea de sănătate orodentară a copiilor la nivel național nu este cunoscută, ultima raportare în baza de date a OMS datând din anul 2007 (Indicatorul "Dinți cariați, lipsă și tratați la vârsta de 12 ani", care ajunge la valoarea de 3,3, aproape dublu față de ținta Strategiei Sănătate pentru toți până în anul 2020 în UE).

Referitor la riscurile comportamentale privind sănătatea la adolescenți prin adoptarea de comportamente precum consumul de tutun, alcool, droguri, comportament sexual, comportamente alimentare inadecvate, lipsa activității fizice, consumul de TV, internet, telefon în exces, strategia urmărește prevenirea instalării acestora și printr-o informare corectă.

Școlile pot juca un rol cheie în lucrul direct cu copiii, cât și pentru a oferi părinților suportul și sfaturile necesare strategiilor acestora. Școlile pot ajuta prin promovarea unor alegeri pozitive pentru viața copiilor, atât de necesare pentru a preveni comportamentele sexuale nesigure și utilizarea de tutun, alcool și alte droguri. Acest lucru ajută tinerii să dezvolte abilități de autogestionare, inclusiv de luare a deciziilor și depășire a anxietății, dar și aptitudini sociale, cum ar fi comunicarea.

În general, sprijinul adecvat din partea școlilor și a părinților, poate ajuta pentru a construi încrederea, stima de sine și capacitatea de adaptare, care vor ajuta copii să se simtă încrezători în luarea deciziilor care sunt potrivite pentru ei și să-i protejeze împotriva problemelor de sănătate mentală, mai târziu, pe parcursul vieții.

Un studiu efectuat de către OMS Europa privind organizarea serviciilor de sănătate (SSS) în școli, în regiunea europeană, arată că serviciile de sănătate din școli reprezintă un atu excelent pentru promovarea sănătății, dar care necesită stabilirea unor abilități pentru personalul medical școlar, luând în considerare, în special, faptul că în zilele noastre prioritățile și nevoile sănătății adolescenților s-au schimbat foarte mult în ultimii 20 de ani. Serviciile medicale școlare prin natura lor de asistență medicală primară, fiind primul punct de contact cu sistemul de sănătate pentru mulți adolescenți, trebuie să fie exploatate mult mai bine, iar legăturile cu serviciile comunitare ar trebui să fie consolidate. Principalele provocări cu care se confruntă astăzi serviciile medicale școlare, în opinia respondenților, sunt lipsa unei finanțări adecvate (raportat de aproape 80% din respondenți), implicarea insuficientă a familiilor / îngrijitori sau profesori în cadrul programelor de promovare a sănătății, lipsa de personal și formarea

inadecvată a acestuia, accesul inegal la aceste servicii la nivel de țară, și inegalitățile în accesarea acestor servicii pentru unele grupuri de tineri. Pentru a face față provocărilor, respondenții au considerat că este absolut necesar să susțină importanța serviciilor medicale școlare la nivelul autorităților competente din cadrul țărilor; deosebit de utilă în acest sens ar fi colectarea de date cu privire la eficacitatea serviciilor de sănătate din școli. Mai este mult de lucru pentru clarificarea poziției serviciilor medicale școlare în cadrul instituțiilor de învățământ și stabilirea unei divizări clare a responsabilităților asistentelor medicale școlare, medicilor școlari și a medicilor de familie.

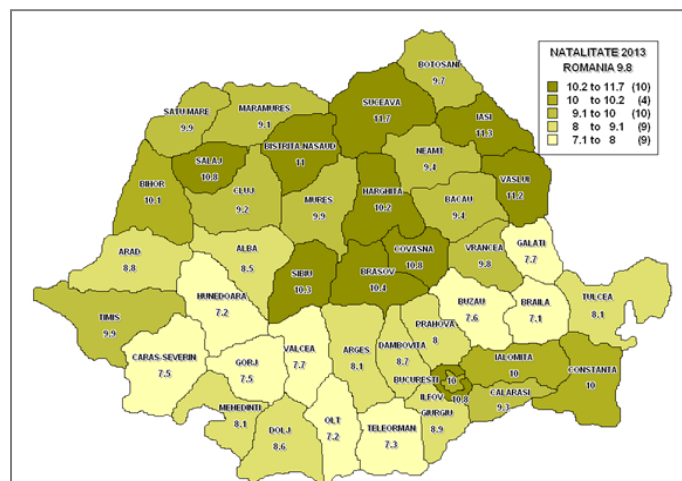
Evoluția morbidității și mortalității din ultimele două decade, marcată de povara în creștere a bolilor cronice, în paralel cu evoluțiile survenite în sistemul de îngrijiri de sănătate și în societate în general, impun ca o necesitate schimbarea de paradigmă în favoarea creșterii rolului prevenirii, depistării și intervenției cât mai precoce în bolile cronice. De aici rezultă rolul și responsabilitatea mare a asistenței medicale comunitare și a medicinei de familie, în privința intervențiilor și programelor de promovare a sănătății și a educației pentru sănătate, la nivel de individ și comunitate. Aceste servicii au și rolul de a sprijini și împuternici individul să își asume mai mult responsabilitatea pentru menținerea propriei sănătăți prin adoptarea unui stil de viață adecvat și a unui comportament anticipativ al bolii încă de la vârste tinere, nu a unui cu intenție corectivă în fazele avansate de boală, și au responsabilitatea de a nu-i lăsa pe cei vulnerabili în situație de marginalizare sau excludere de la serviciile la care au dreptul.

CAP I. INDICATORI DEMOGRAFICI

I.1 NATALITATEA

Contextul economic și social a contribuit la evoluția descendentă și apoi la menținerea la un nivel scăzut a natalității. După cum se observă din Figura 1, din 1995 tendința curbei de natalitate este aproximativ stabilă, cu variații ușoare în jurul valorii de 10‰ și o tendință de scădere după 2010.

Comparativ cu anul 2012, numărul născuților vii scade de la 201104 la 198216 în 2013 și determină o scădere a natalității de la 9,4‰ la 9,3‰.



Harta 1. Natalitatea în România în anul 2013

Sursa: INSP-CNSISP

Figura următoare ilustrează comparativ dinamica comparativă a ratei natalității din România, cu rata natalității din UE, în perioada 2000-2012. După cum se observă la nivelul UE, rata natalității se situează constant în jurul valorii de 10‰, iar în România aceasta oscilează ușor în jurul aceleiași valori cu deosebirea că înregistrează o tendință de scădere din anul 2010 când a înregistrat valoarea de 9,9‰ până la 9,15‰ în 2011, apoi o ușoară creștere la 9,4‰ în 2012.

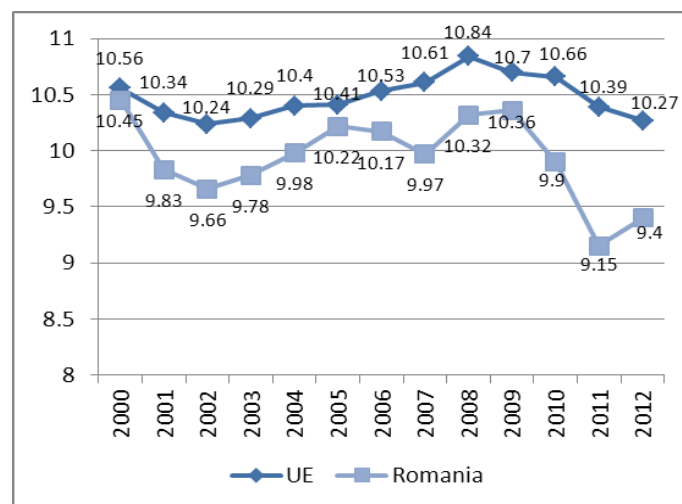


Fig. 2 Evoluția ratei de natalitate, România vs UE în perioada 2000-2012

Sursa: WHO/Europe, European HFA Database

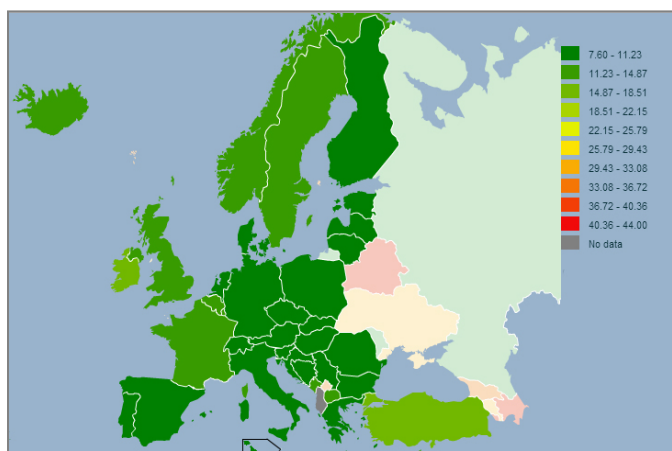
Fig. 1 Evoluția ratei de natalitate, România 1995-2013

Sursa: INSP-CNSISP

În anul 2013 în 22 județe valoarea natalității a atins sau a depășit media pe țară (9,3‰), cea mai scăzută natalitate s-a înregistrat în județele Brăila (7,1‰), Hunedoara și Olt (7,2‰) și cea mai crescută în județele Suceava (11,7‰), Iași (11,3‰) și Vaslui (11,2‰), iar în Municipiul București s-a înregistrat 10‰ (harta 1).

Observăm, conform ilustrării din harta următoare, că natalitatea din România în anul 2012, se situează

Într-un grup compact al țărilor din Europa cu valori cuprinse între 7.6‰ și 11.23‰.



Harta 2. Natalitatea în Europa în anul 2012

Sursa: European Commission-ECHI-European Core Health Indicators

I.2 MORTALITATEA INFANTILĂ

Principalul indicator negativ care caracterizează starea de sănătate a copiilor, dar și performanța sistemului de sănătate, este mortalitatea infantilă. În ultimii ani, România a realizat progrese importante în reducerea semnificativă a mortalității infantile, în condițiile în care în 1990 valoarea acesteia a fost de 26,9‰. În anul 1999, rata mortalității infantile ajunge sub pragul de 20‰ și continuă să scadă constant până la valoarea de 8,5‰ în anul 2013 (Fig.3). Deși acesta este un progres important, indicatorul este încă cel mai ridicat din Uniunea Europeană.

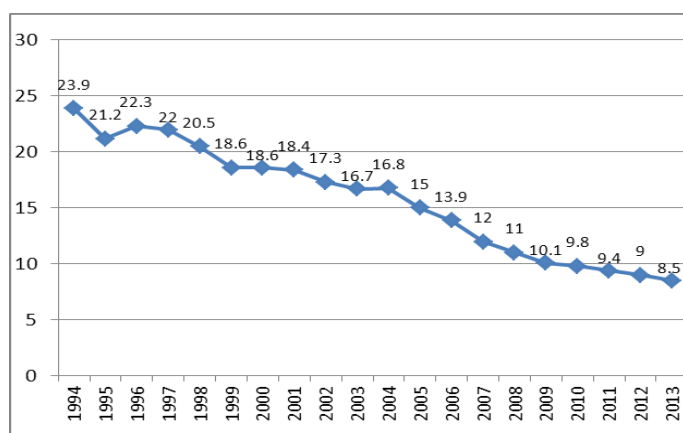
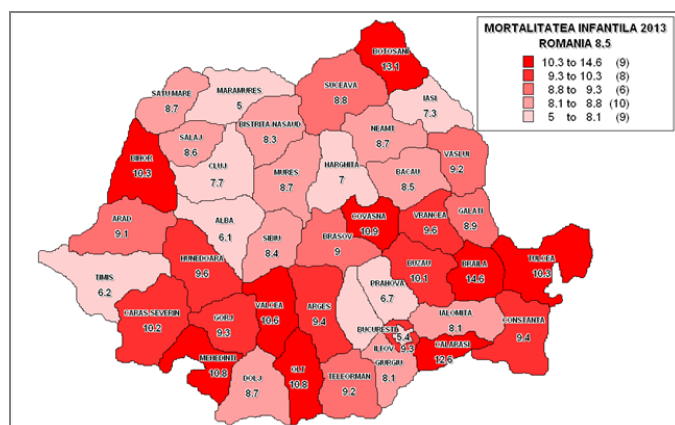


Fig. 3 Mortalitatea infantilă în România în perioada 1994-2013

Sursa: INSP-CNSISP

Cauzele de deces cele mai răspândite la sugari sunt cauzele perinatale (din 2006 devin principala cauză de deces infantil – 38,8% din totalul deceselor 0-1 an în 2013), bolile aparatului respirator și anomaliile congenitale (câte 23,5% din totalul deceselor 0-1 an în 2013).



Harta 3. Mortalitatea infantilă în România în 2013

Sursa: INSP-CNSISP

În anul 2013 în 29 județe valoarea mortalității infantile a atins sau a depășit media pe țară (8,5‰). Valoarea minimă a mortalității infantile s-a înregistrat în județul Maramureș (5‰) și Municipiul București (5,4‰), iar cea maximă în județele Brăila (14,6‰) și Botoșani (13,1‰) (Harta 3). Și în acest an indicatorul are, în rural, valori mai ridicate decât în urban (10,4‰ în rural față de 6,8‰ în urban). Indicatorul a scăzut față de anul 2012 în rural și a crescut ușor în urban.

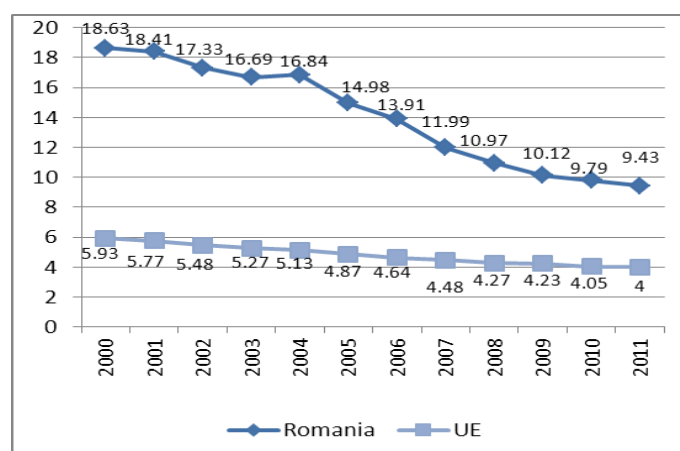
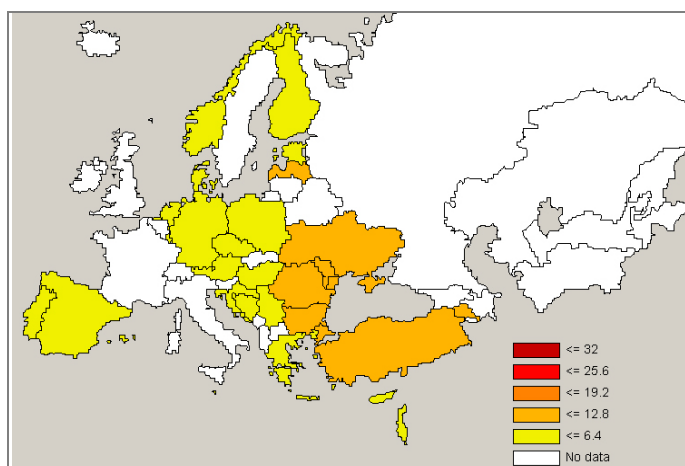


Fig. 4 Mortalitatea infantilă în România vs UE în perioada 2000-2011
Sursa: WHO/Europe, European HFA Database

În figura 4 este reprezentată comparativ rata mortalității infantile, în România și UE. Se observă o scădere importantă a ratei mortalității infantile din România pe întreaga perioadă, aceeași tendință de scădere, dar mult mai mică, se întâlnește și la nivelul UE. Chiar dacă această scădere a ratei mortalității infantile din România este una importantă, aceasta încă înregistrează valori de două ori și ceva mai mari față de media europeană.

În cartograma următoare observăm că în anul 2011 mortalitatea infantilă din România se situează în grupul țărilor din regiunea europeană, care au înregistrat valori $\leq 12,8\%$.



Harta 4. Mortalitatea infantilă în regiunea europeană în anul 2011

Sursa: WHO/Europe, European HFA Database

I.3 MORTALITATEA PERINATALĂ

Analiza dinamicii ratei mortalității perinatale (născuți morți, decese la naștere și în primele 6 zile de viață) în perioada anilor 1993 - 1998 indică o dinamică oscilantă cu valori cuprinse între 12,4‰ și 12,8‰ pentru ca în 1999 să coboare la 11,8‰. În 2000 indicele depășește 12‰ și apoi coboară la 11,9‰, aceeași valoare fiind înregistrată în intervalul 2001 – 2003. Cele mai înalte rate ale mortalității perinatale s-au înregistrat în anul 2004 (12,86 ‰) cu o reducere constantă în anii următori, până la 7,02‰ în 2012 când se înregistrează

valoarea minimă a intervalului. În anul 2013 indicatorul crește la valoarea de 7,4‰ (Fig. 5).

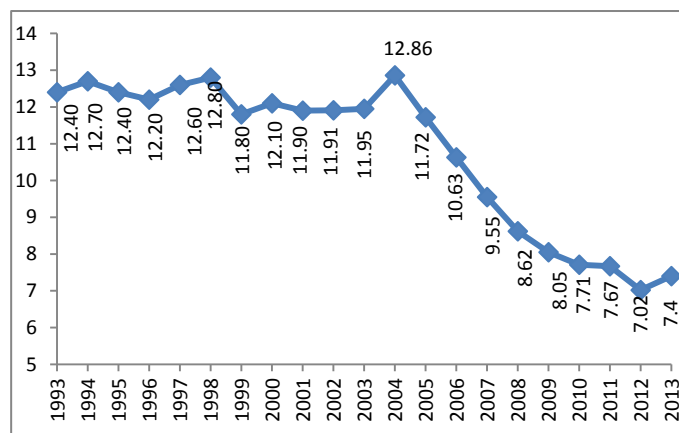
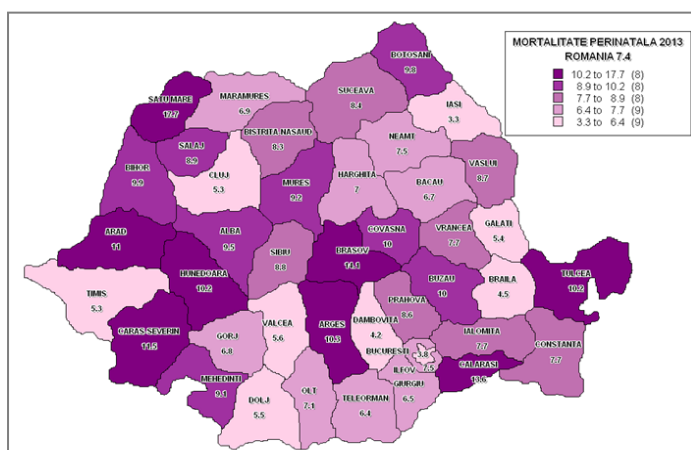


Fig. 5 Mortalitatea perinatală în România în perioada 1993 – 2013

Sursa: INSP-CNSISP

În ceea ce privește evoluția pe județe în anul 2013, mortalitatea perinatală a depășit în 26 de județe media pe țară (7,4‰). Valorile cele mai mici s-au înregistrat în județul Iași (3,3‰) și Municipiul București (3,8‰), iar valorile cele mai mari în județele Satu-Mare (17,7‰) și Brașov (14,1‰) (Harta 5).



Harta 5 Mortalitatea perinatală în România în anul 2013

Sursa: INSP-CNSISP

I.4 MORTALITATEA NEONATALĂ PRECOCE

Mortalitatea neonatală precoce înregistrează o evoluție oscilantă, cu o perioadă de creștere care începe în anul 2003 de la 6‰, continuă în 2004 când ajunge la 6,9‰, fiind urmată de o perioadă de

scădere care începe din 2005 și continuă până în anul 2012 când se înregistrează cea mai mică valoare de 3.18%. În 2013 se înregistrează o ușoară creștere la 3.5% (Fig. 6).

Mortalitatea neonatală precoce are valori mai mici în urban (3,1%) față de rural (4%) în anul 2013.

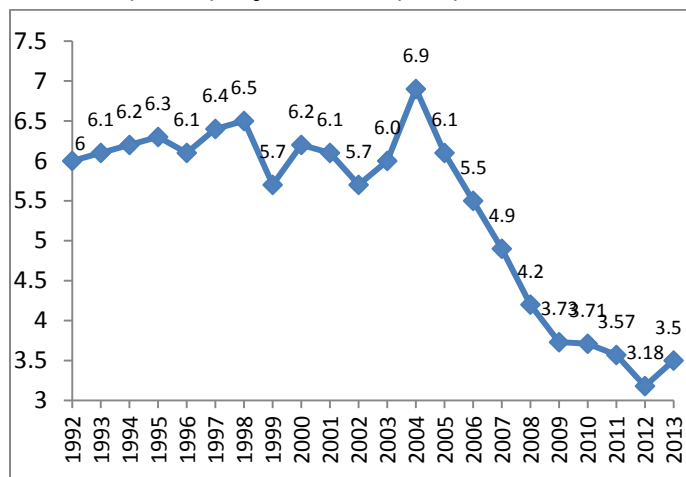
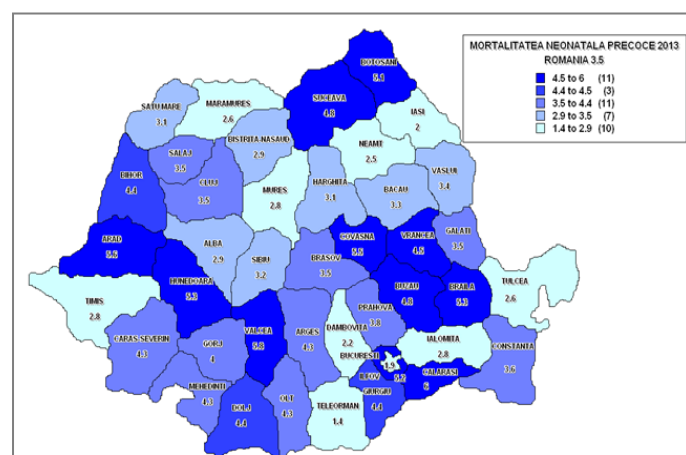


Fig. 6 Mortalitatea neonatală precoce în România în perioada 1992-2013

Sursa: INSP-CNSISP

În ceea ce privește evoluția pe județe a mortalității neonatale precoce în anul 2013 (Harta 6), 25 de județe au atins sau au depășit media pe țară (3,5%). Valoarea minimă a mortalității neonatale precoce s-a înregistrat în județele Teleorman (1,4%) și Municipiul București (1,9%), iar maxima în județul Călărași (6%).



Harta 6 Mortalitatea neonatală precoce în România în anul 2013

Sursa: INSP-CNSISP

În figura 7 se poate observa curba mortalității neonatale precoce din România, care are o tendință de scădere începând cu anul 2005, de la 5.99% până la valoarea de 3.18% în 2012, înregistrând astfel o scădere importantă în intervalul 2000-2012. Comparativ la nivelul UE tendința indicelui este tot de scădere dar într-o mai mică măsură de la 2.75% în anul 2000 până la 1.85% în 2012, an în care valoarea înregistrată este de aproximativ de două ori mai mică comparativ cu valoarea din România.

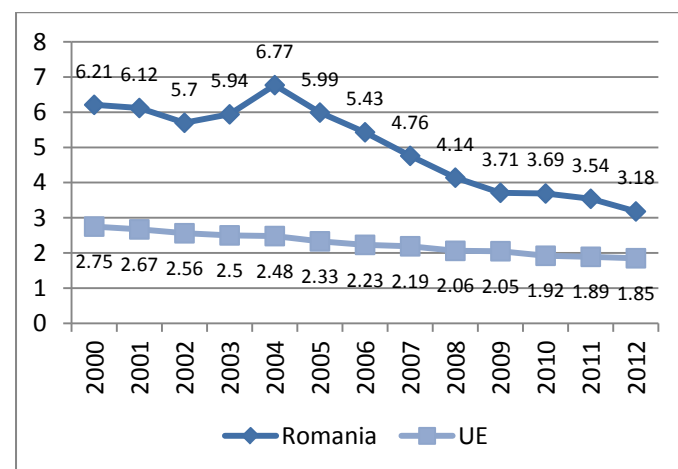
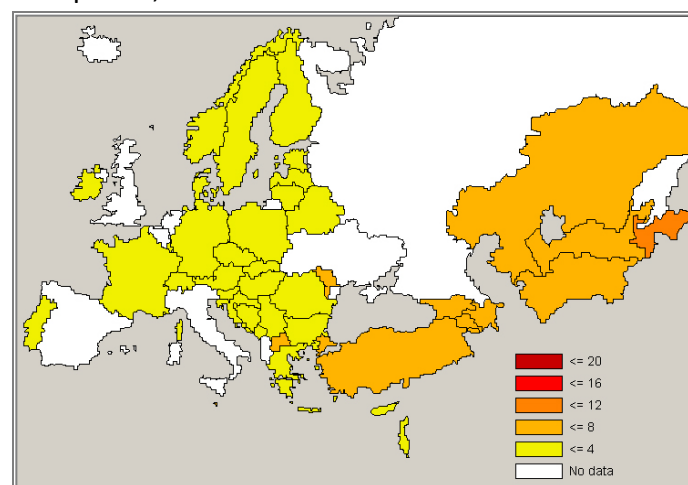


Fig. 7 Mortalitatea neonatală precoce în România vs UE în perioada 2000-2012

Sursa: WHO/Europe, European HFA Database

În cartograma de mai jos se observă că mortalitatea neonatală precoce din România în anul 2012 se situează în grupa majoritară a țărilor din regiunea europeană, cu valori $\leq 4\%$.



Harta 7 Mortalitatea neonatală precoce în regiunea europeană

Sursa: WHO/Europe, European HFA Database

I.5 MORTINATALITATEA

Reprezintă numărul de născuți morți la 1000 de născuți vii + născuți morți. Are o evoluție oscilantă cu tendință de scădere de la 6,5‰ în 1992 la 5,8‰ în 2001. Acest indice are o evoluție pozitivă de scădere continuă în intervalul 2005-2010 de la 5,7‰ la 4,0‰, după care în anul 2011 se înregistrează o ușoară creștere la 4,1‰. În 2012 și 2013 indicatorul scade până la minimul perioadei de 3,9‰ (Fig. 8).

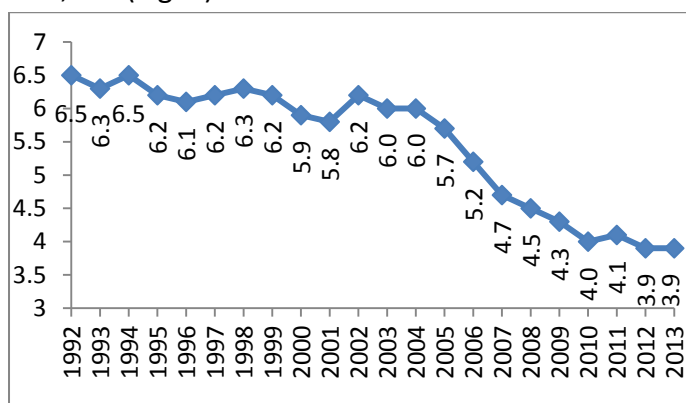
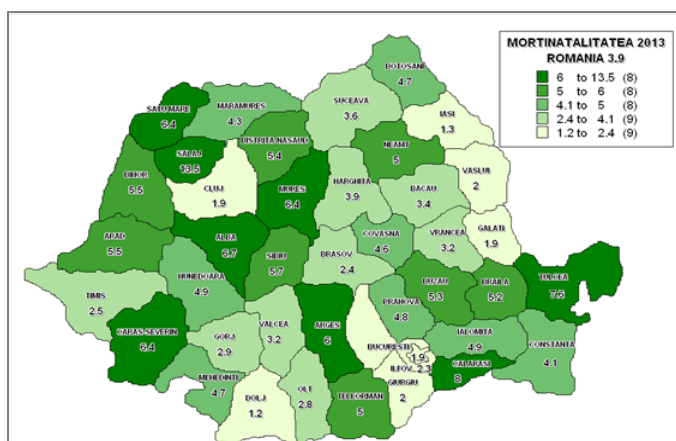


Fig. 8 Mortinatalitatea în România în perioada 1992-2013

Sursa: INSP-CNSISP

În anul 2013 în 25 de județe valoarea mortinatalității a atins sau a depășit media pe țară (3,9‰). Valorile cele mai mici ale mortinatalității la nivelul județelor în anul 2013 (Harta 8) s-au înregistrat în județele Dolj (1,2‰) și Iași (1,3‰), cele mai mari în județele Sălaj (13,5‰) și Călărași (8‰), iar în municipiul București 1,9‰.



Harta 8 Mortinatalitatea în România în anul 2013

Sursa: INSP-CNSISP

I.6 MORTALITATEA LA COPII

Dinamica mortalității copiilor sub 5 ani (Fig. 9) în perioada anilor 2000 – 2013 a indicat o tendință de scădere de la 22,18‰ în anul 2000 la 10,03‰ în 2013, cu excepția anilor 2003 și 2004 când s-a înregistrat aceeași valoare 19,70‰.

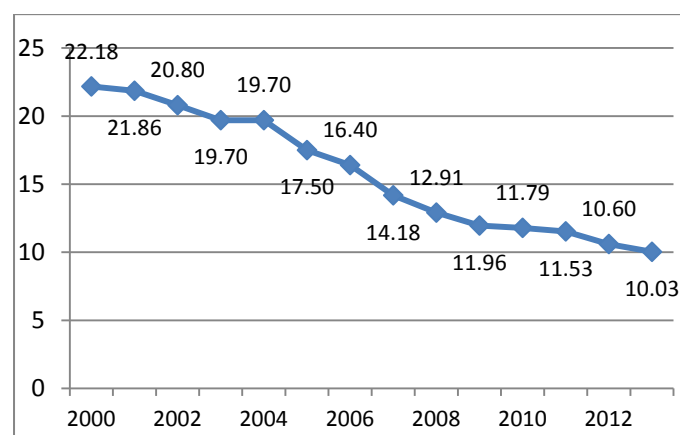


Fig. 9 Dinamica mortalității copiilor sub 5 ani în România în perioada 2000-2013

Sursa: INSP-CNSISP

Tendința mortalității pe grupe de vârstă este de scădere pentru toate grupele, scăderea pentru grupa de vârstă 0-4 ani fiind cea mai accentuată. Față de anul 2012, în anul 2013 se înregistrează o scădere a mortalității specifice la grupele 0-4 ani, 10-14 ani și 15-19 ani și se menține la același nivel la grupele 5-9 ani și 20-24 ani (Fig. 10).

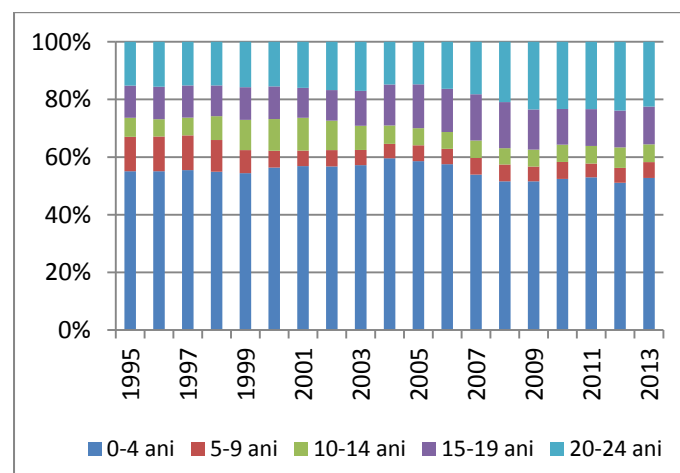


Fig. 10 Mortalitatea pe grupe de vârstă la copii și tineri, în perioada 1995-2013

Sursa: INSP-CNSISP

I.7 MORTALITATEA PE CAUZE DE DECES

Principalele cauze de deces infantil (Fig. 11) au fost reprezentate de:

- cauzele perinatale, care oscilează de la 19,4% în 1990 la 33,2% în 2000, și 37,8% în 2005; iar din 2006, cauzele perinatale devin principala cauză de deces infantil cu 37,8% respectiv cu 35,7% în 2008, 35,6% în 2009, 34,4% în 2010 și 2012, pentru ca în 2013 să se înregistreze cea mai mare proporție de 38,8%;
- bolile aparatului respirator, s-au situat pe primul loc de la 39,3% în 1990 la 33,6% în 1999, trec din primul loc cu 31,3% în 2002, din nou pe locul doi din 2005 cu 27,2% până la 30,0% în 2008, 28,1% în 2009, 29% în 2010 și în 2012; în 2013 reprezintă 23,5% din totalul deceselor, la egalitate pe locul doi-trei cu anomalii congenitale; de menționat că în țările europene occidentale decesele infantile prin boli ale aparatului respirator sunt mult mai puține, fiind considerate drept decese evitabile;
- anomalii congenitale, au fluctuat, între 14,9% în 1990 și 23,4% în 2012, reprezentând în această perioadă a treia cauză de deces infantil, pentru ca în 2013 cu 23,5% din totalul deceselor, să fie la egalitate pe locul doi-trei cu bolile respiratorii.

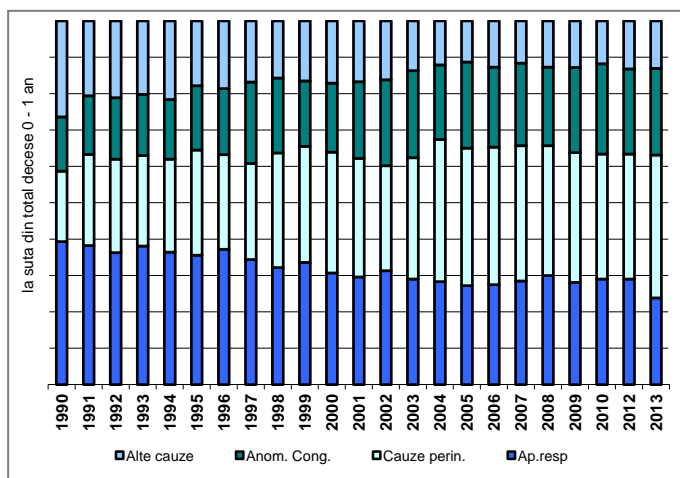


Fig. 11 Structura deceselor 0-1 an pe principalele cauze de deces în România 1990 – 2013

Sursa: INSP-CNSISP

În ceea ce privește structura cauzelor de deces înregistrate pe clase de boli, la copii și tineri până la 19 ani în anul 2013, în ordine descrescătoare, primele 5 clase de boli sunt: afecțiuni perinatale, leziuni traumatice și cauze externe, boli ale aparatului respirator, malformații congenitale și anomalii cromozomiale, tumori (fig.12).

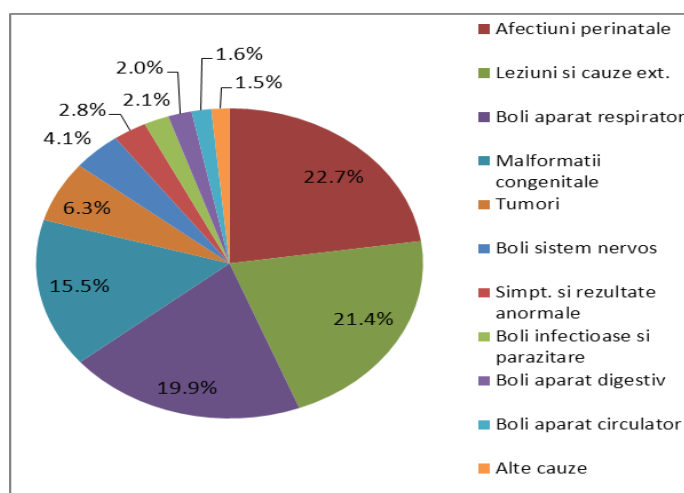


Fig. 12 Structura deceselor 0-19 ani pe principalele cauze de deces în România 2013

Sursa: INSP-CNSISP

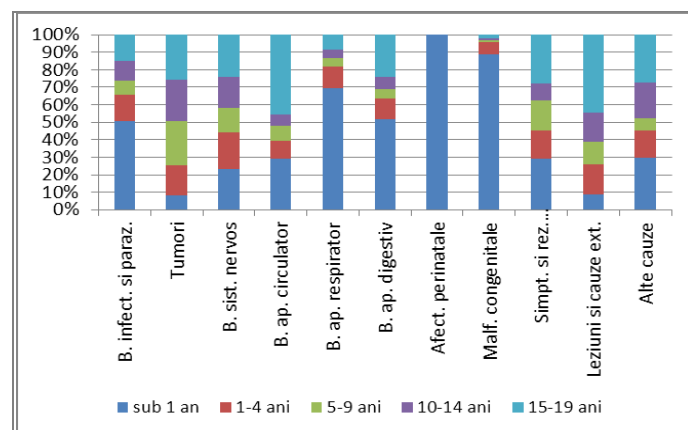


Fig. 13 Structura deceselor pe clase de boli și grupe de vârstă la copii și tineri în România în anul 2013

Sursa: INSP-CNSISP

Ierarhia cauzelor principale, pe grupe de vârstă, identifică principalele cauze de deces (fig.13) astfel: pentru grupa de vârstă sub 1 an: cauzele perinatale, bolile aparatului respirator și malformații; pentru grupa 15-19 ani: leziunile traumatice și cauzele externe și pentru tumori.

CAP II. INDICATORI AI STĂRII DE SĂNĂTATE A COPILULUI

II. 1 DEZVOLTAREA FIZICĂ

Cu o condiționare multifactorială, dezvoltarea fizică sintetizează cel mai bine efectul factorilor endogeni, al factorilor de mediu, socio - economici și al îmbolnăvirilor asupra organismului; ea măsoară, la mari intervale de timp, eficiența programelor de sănătate, mai ales a activităților de promovare a sănătății mamei, copilului și tinerilor.

Sursa informațiilor

Examenle medicale profilactice de bilanț ale stării de sănătate se efectuează anual preșcolarilor (la intrarea în grădiniță), elevilor din clasa I-a, IV-a, a VIII-a și a XII-a, școala profesională, la nivelul colectivităților școlare de către medic și asistenta medicală, atât în mediu urban, cât și în mediul rural, în vederea cunoașterii nivelului de dezvoltare fizică, prevenirii unor îmbolnăviri, depistării precoce a unor afecțiuni sau deficiențe, aplicării tratamentului recuperator, orientării școlare și profesionale în funcție de starea de sănătate.

Semnificația pentru sănătatea publică

Examenle medicale profilactice de bilanț ale stării de sănătate reprezintă un instrument valoros de evaluare a stării de sănătate atât la nivel individual, cât și la nivel populațional, ceea ce face ca acestea să fie unele dintre cele mai importante metode utilizate în sănătatea publică și în medicina preventivă.

Individualizați prin particularități anatomice, fiziologice, de adaptare și de sănătate, copiii și tinerii reprezintă un important segment din populația unui teritoriu. La copii și tineri, sănătatea

are situația cea mai favorabilă față de adulți dar și vulnerabilități specifice, astfel încât sănătatea acestor vârste poate fi considerată un indicator al sănătății colectivităților și un «barometru» pentru situația de la vârstele următoare. Sănătatea copiilor și tinerilor ar trebui să fie unul dintre principalele motive de preocupare pentru decidenți, pentru că asigurarea sănătății la aceste vârste reprezintă garanția unui nivel de sănătate acceptabil la generațiile următoare.

Metodologie

Datele colectate prin examinările medicale la nivelul colectivităților sunt centralizate la DSP județene, trimise către INSP și CRSP, unde sunt prelucrate statistic și analizate. În anul școlar 2012/2013 examenle de bilanț au inclus un număr de 672 241 preșcolari și elevi proveniți din mediul urban și rural (urban 40 jud. și rural 24). Dinamica numărului de copii examinați prin examenle de bilanț în perioada 2002-2013 a fost cea din tabelul de mai jos.

An școlar	Nr.copii examinați	Nr.județe urban	Nr.județe rural
2002	480 693	36	-
2004	879 717	37	22
2005	817 378	38	26
2006	767 797	39	25
2007	724 041	36	23
2008	723 050	37	21
2009	621 582	33	19
2010	493 941	30	18
2011	759 585	40	26
2012	706 022	38	25
2013	672 241	40	24

Tabel 1 Dinamica numărului de copii examinați prin examenle de bilanț în perioada 2002-2013

Sursa: Raport național „Evaluarea nivelului de dezvoltare fizică și a stării de sănătate pe baza examenelor medicale de bilanț la copiii și tinerii din colectivitățile școlare din mediul urban și rural - an școlar 2012-2013”

Rezultate

Din punct de vedere al dezvoltării fizice, populația de copii din colectivitățile școlare supuse examenului de bilanț în anul școlar 2012-2013 se împarte în 72,7% armonici și 27,3% dizarmonici. Structura populației școlare din punct de vedere al diagnosticului de dezvoltare fizică în anul școlar 2012/2013 este următoarea:

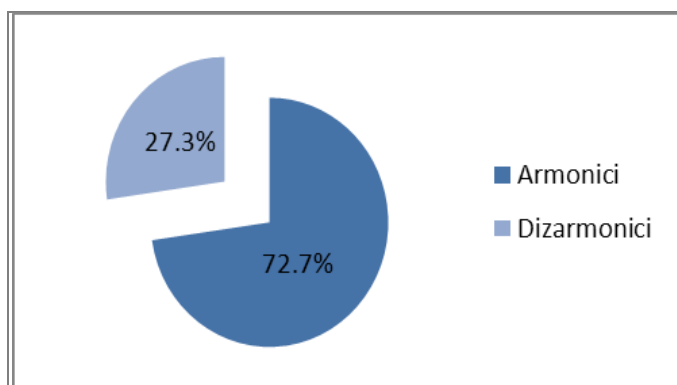


Fig. 14 Structura lotului din perspectiva diagnosticului de dezvoltare fizică

Sursa: Raport național „Evaluarea nivelului de dezvoltare fizică și a stării de sănătate pe baza examenelor medicale de bilanț la copiii și tinerii din colectivitățile școlare din mediul urban și rural - an școlar 2012-2013”

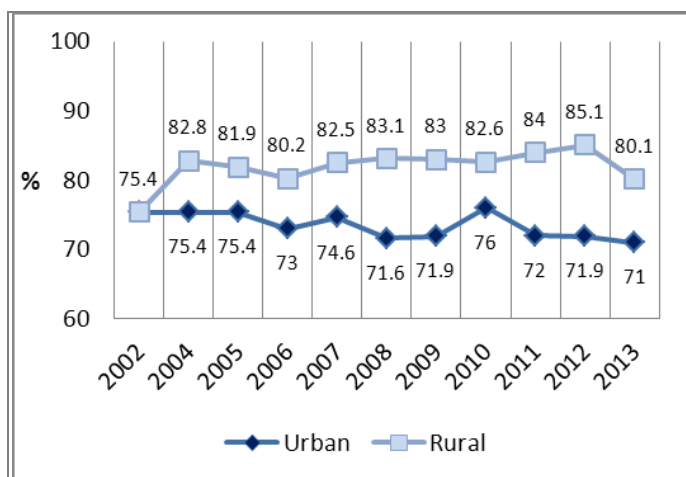


Fig. 15 Dinamica diagnosticului de dezvoltare fizică armonică 2002-2013

Sursa: Raport național „Evaluarea nivelului de dezvoltare fizică și a stării de sănătate pe baza examenelor medicale de bilanț la copiii și tinerii din colectivitățile școlare din mediul urban și rural - an școlar 2012-2013”

Analiza dinamicii diagnosticului de dezvoltare fizică 2002-2013 evidențiază o dezvoltare fizică foarte bună, mai mult de 70% dintre copii fiind dezvoltați armonici. Se observă că, de-a lungul perioadei urmărite, în mediul urban procentajul de armonici rămâne aproape același, iar în mediul rural acesta crește cu aproximativ 5 procente (Fig.15).

Din perspectiva distribuției armonicilor în funcție de perioada de dezvoltare, în urban se observă o scădere a ponderii armonicilor pentru toate perioadele de creștere și dezvoltare, conform figurii de mai jos.

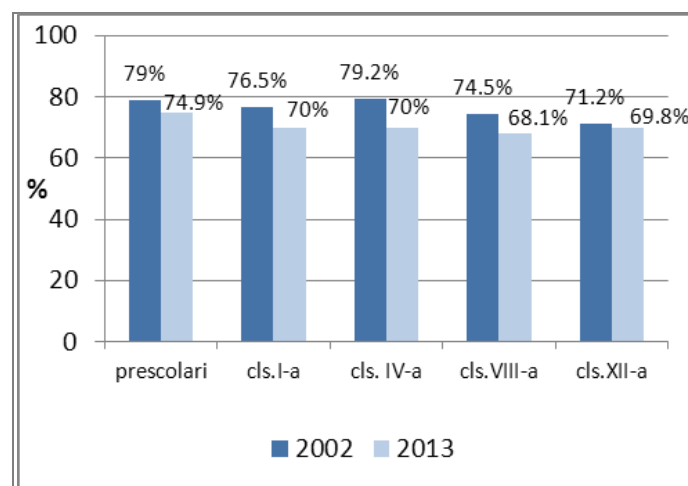


Fig. 16 Distribuția frecvenței copiilor cu dezvoltare armonică, pe perioade de dezvoltare, mediul urban 2002-2013

Sursa: Raport național „Evaluarea nivelului de dezvoltare fizică și a stării de sănătate pe baza examenelor medicale de bilanț la copiii și tinerii din colectivitățile școlare din mediul urban și rural - an școlar 2012-2013”

Din perspectiva distribuției armonicilor în funcție de vârstă, în rural se observă o creștere a ponderii armonicilor pentru toate perioadele de creștere și dezvoltare, conform figurii de mai jos.

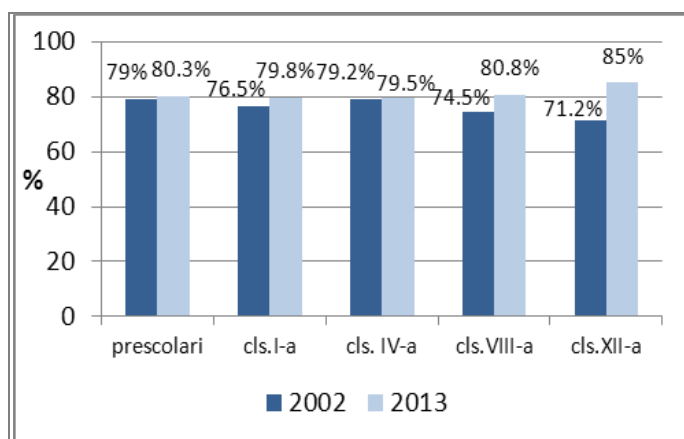


Fig. 17 Distribuția frecvenței copiilor cu dezvoltare armonică, pe perioade de dezvoltare, mediul rural 2002-2013

Sursa: Raport național „Evaluarea nivelului de dezvoltare fizică și a stării de sănătate pe baza examenelor medicale de bilanț la copiii și tinerii din colectivitățile școlare din mediul urban și rural - an școlar 2012-2013”

Din perspectiva distribuției copiilor cu dezvoltare dizarmonică în funcție de perioada de dezvoltare, în urban se observă o predominanță a dizarmonicilor cu plus de greutate pentru toate categoriile.

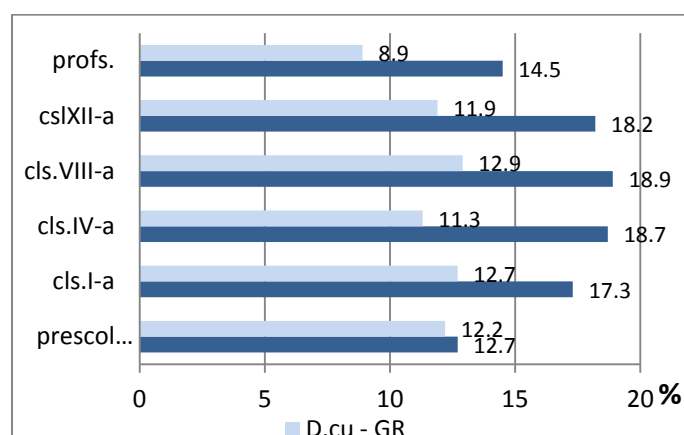


Fig. 18 Distribuția frecvenței copiilor cu dezvoltare dizarmonică, pe perioade de dezvoltare, mediul urban 2012/2013

Sursa: Raport național „Evaluarea nivelului de dezvoltare fizică și a stării de sănătate pe baza examenelor medicale de bilanț la copiii și tinerii din colectivitățile școlare din mediul urban și rural - an școlar 2012-2013”

În mediul rural, distribuția copiilor cu dezvoltare dizarmonică în funcție de perioada de dezvoltare relevă o distribuție relativ echilibrată între dizarmoniile cu plus și minus de greutate.

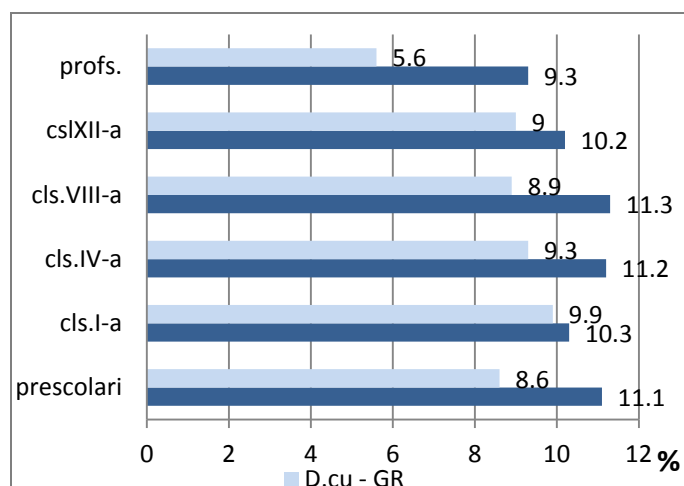


Fig. 19 Distribuția frecvenței copiilor cu dezvoltare dizarmonică, pe perioade de dezvoltare, mediul rural 2012/2013

Sursa: Raport național „Evaluarea nivelului de dezvoltare fizică și a stării de sănătate pe baza examenelor medicale de bilanț la copiii și tinerii din colectivitățile școlare din mediul urban și rural - an școlar 2012-2013”

Dinamica diagnosticului de dezvoltare pentru populația de copii și tineri examinați arată că, din totalul dizarmonicilor identificați, se înregistrează, în ultimii doi ani, o ușoară scădere a dizarmoniilor prin plus de greutate. Astfel, conform figurii de mai jos, în 2002, mai mult de jumătate dintre dizarmonici înregistrau minus de greutate, situația inversându-se în 2005 când peste 50% dintre dizarmonicii examinați înregistrau plus de greutate.

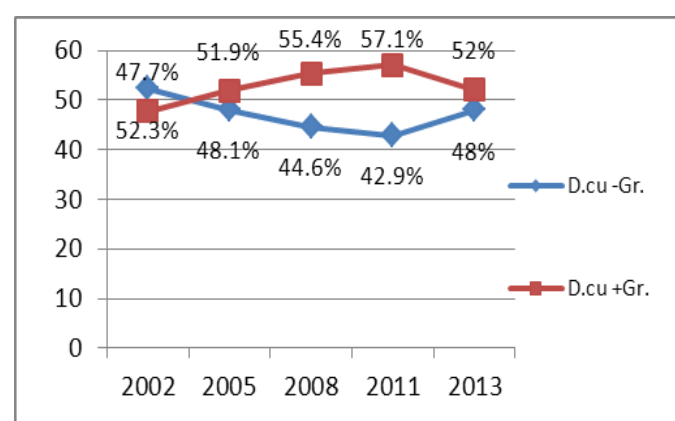


Fig. 20 Dinamica frecvenței copiilor cu dezvoltare dizarmonică, România 2002- 2013

Sursa: Raport național „Evaluarea nivelului de dezvoltare fizică și a stării de sănătate pe baza examenelor medicale de bilanț la copiii și tinerii din colectivitățile școlare din mediul urban și rural - an școlar 2012-2013”

Din perspectiva distribuției copiilor cu dezvoltare dizarmonică prin plus de greutate în funcție de perioada de dezvoltare, se observă o creștere a dizarmonicilor cu plus de greutate pentru toate categoriile.

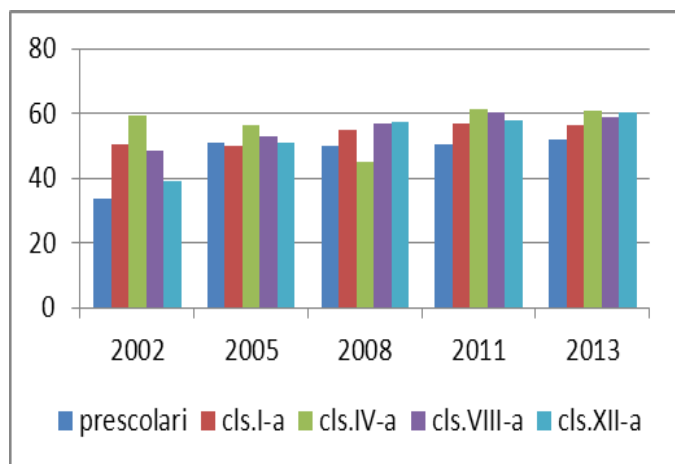


Fig. 21 Dinamica frecvenței copiilor cu dezvoltare dizarmonică prin plus de greutate, din totalul dizarmonicilor pe grupa de vârstă, România 2002- 2013

Sursa: Raport național „Evaluarea nivelului de dezvoltare fizică și a stării de sănătate pe baza examenelor medicale de bilanț la copiii și tinerii din colectivitățile școlare din mediul urban și rural - an școlar 2012-2013”

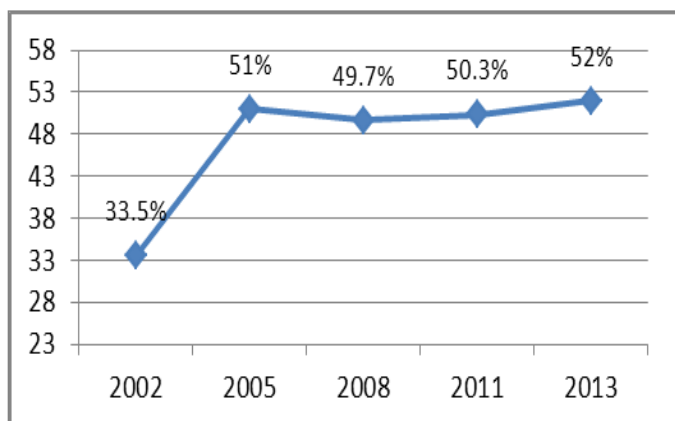


Fig. 22 Dinamica frecvenței copiilor de vârstă preșcolară cu dezvoltare dizarmonică prin plus de greutate, în perioada 2002- 2013

Sursa: Raport național „Evaluarea nivelului de dezvoltare fizică și a stării de sănătate pe baza examenelor medicale de bilanț la copiii și tinerii din colectivitățile școlare din mediul urban și rural - an școlar 2012-2013”

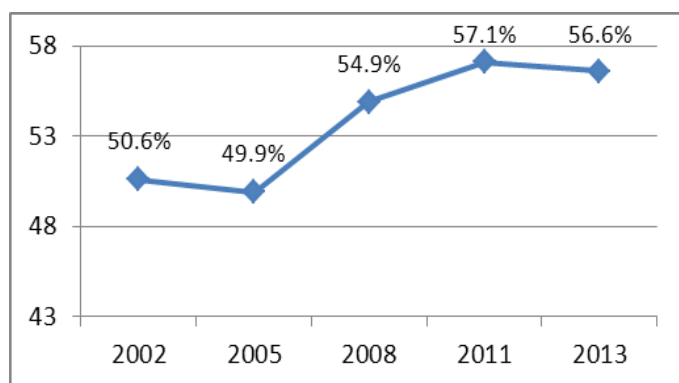


Fig. 23 Dinamica frecvenței copiilor din clasa I-a cu dezvoltare dizarmonică prin plus de greutate, în perioada 2002- 2013

Sursa: Raport național „Evaluarea nivelului de dezvoltare fizică și a stării de sănătate pe baza examenelor medicale de bilanț la copiii și tinerii din colectivitățile școlare din mediul urban și rural - an școlar 2012-2013”

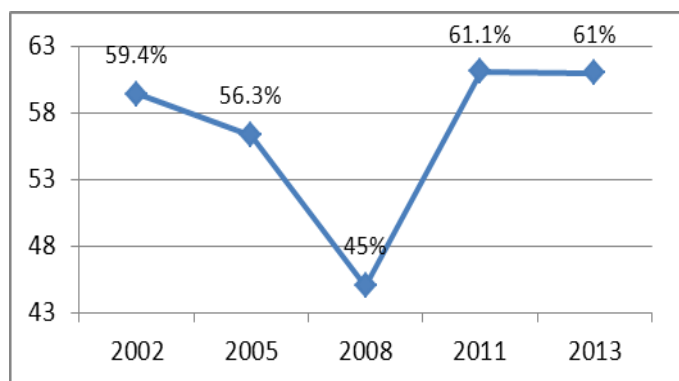


Fig. 24 Dinamica frecvenței copiilor din clasa a IV-a cu dezvoltare dizarmonică prin plus de greutate, în perioada 2002- 2013

Sursa: Raport național „Evaluarea nivelului de dezvoltare fizică și a stării de sănătate pe baza examenelor medicale de bilanț la copiii și tinerii din colectivitățile școlare din mediul urban și rural - an școlar 2012-2013”

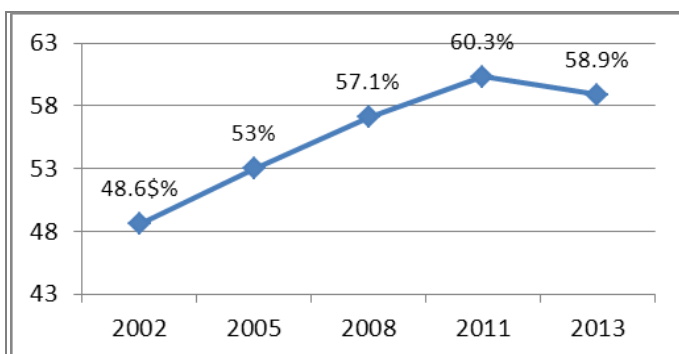


Fig. 25 Dinamica frecvenței copiilor din clasa a VIII-a cu dezvoltare dizarmonică prin plus de greutate, în perioada 2002- 2013

Sursa: Raport național „Evaluarea nivelului de dezvoltare fizică și a stării de sănătate pe baza examenelor medicale de bilanț la copiii și tinerii din colectivitățile școlare din mediul urban și rural - an școlar 2012-2013”

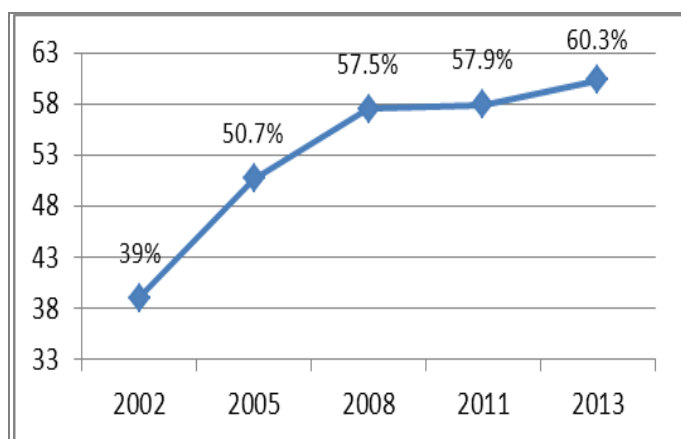


Fig. 26 Dinamica frecvenței copiilor din clasa a XII-a cu dezvoltare dizarmonică prin plus de greutate, în perioada 2002- 2013

Sursa: Raport național „Evaluarea nivelului de dezvoltare fizică și a stării de sănătate pe baza examenelor medicale de bilanț la copiii și tinerii din colectivitățile școlare din mediul urban și rural - an școlar 2012-2013”

În concluzie, informațiile examenului de bilanț relevă o evoluție favorabilă a dezvoltării fizice armonice a copiilor și adolescenților din colectivitățile școlare. Totuși, urmărind dizarmoniciile în perioada 2002-2013, se observă că ponderea copiilor și adolescenților cu dizarmonie prin plus de greutate este din ce în ce mai mare. Continuarea și extinderea activității de supraveghere a stării de sănătate a copiilor și tinerilor prin examenele de bilanț, inclusiv în colectivitățile de copii din mediul rural vor permite identificarea precoce a tendințelor nefavorabile și proiectarea intervențiilor sănătății publice în concordanță cu acestea.

II. 2 DEZVOLTAREA NEUROPSIHICĂ

Dezvoltarea neuropsihică a copilului este un proces de creștere și maturizare fizică, mentală, emoțională și socială. În acest proces, copiii au nevoie de o stimulare specializată, de învățare continuă și sprijin adecvat și permanent.

Cunoașterea dezvoltării psihomotorii, intelectuale și afective a copilului, împreună cu dezvoltarea lui somatică, reprezintă un obiectiv obligatoriu pentru aprecierea dezvoltării lui normale.

În cadrul CRSP Iași, a fost realizat un studiu, din perspectiva psiho-socială, care permite evaluarea nivelului de dezvoltare neuropsihică la copiii de vârstă preșcolară pe baza unor criterii orientative de normalitate, ce au în vedere patru comportamente: motor, cognitiv, verbal și social - afectiv.

METODOLOGIE

Investigația s-a efectuat în anul 2013 pe un lot de 170 copii cu vârsta cuprinsă între 4 și 6 ani, 88 băieți și 82 fete, în 3 grădinițe cu program prelungit din municipiul Iași.

Examinarea dezvoltării neuropsihice a copiilor s-a realizat în baza indicatorilor dezvoltării, caracteristici vârstei de 4-6 ani.

Prezența devierilor de la indicatorii de dezvoltare arată nivelul de dezvoltare și gradul de severitate ale afecțiunilor sau ale tulburărilor de dezvoltare.

Metoda a fost dezvoltată în cadrul unui studiu longitudinal (condus de Irina Chiriac și Angela Chitu) complex asupra dezvoltării copiilor sub influența factorilor social - familiali și constă din probe specifice, selecționate și adaptate din metodologia de specialitate (Testul Denver, Scalele de dezvoltare infantilă Gesell) și din probe elaborate și validate în cadrul cercetării. Prin această metodă se urmărește evoluția neuropsihică a copilului pe 4 principale domenii de comportament: motor, cognitiv, verbal și social - afectiv. Pentru fiecare din aceste domenii comportamentale sunt diferențiate componentele principale care definesc în mod specific domeniul respectiv.

Aprecierea dezvoltării psihice a copiilor s-a efectuat prin examinarea individuală, notându-se răspunsul la seria de probe caracteristice vârstei.

Referitor la scorare și interpretare s-au parcurs următorii pași:

a) aplicarea tuturor probelor de vârstă;

b) notarea rezultatelor la fiecare probă pe fișa individuală (proba rezolvată se notează cu 1 punct iar proba nerezolvată se notează cu 0 puncte);

c) totalizarea numărului de puncte;

d) compararea cu punctajul total estimat la vârsta respectivă, calculându-se procentajul individual;

e) formularea diagnosticului de dezvoltare psihică, care poate fi:

- normalitate psihică - valori cuprinse între 75 - 100%;

- subnormalitate psihică (retard psihic de diferite grade) - valorile sub 75%.

Întârzierea poate fi globală dacă preșcolarul examinat are rezultate negative la unele probe la nivelul tuturor celor 4 comportamente, sau parțială, când nu rezolvă probele la 1- 2 comportamente.

A fost utilizat ca instrument de lucru chestionarul care a cuprins 15 probe (pe grupe de vârstă) pentru testarea elementelor de normalitate pe cele patru comportamente (motor, cognitiv, verbal și social - afectiv) și un set de 8 întrebări privind situația familială a copiilor investigați (vârsta părinților, nivelul studiilor și profesia acestora, numărul de copii, rangul copilului în familie). Datele au fost prelucrate în programul Microsoft Excel 2007.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

Distribuția în lotul investigat a fost următoarea: 48,24% fete și 51,76% băieți. Vârsta părinților a variat între 25-43 de ani pentru mame și între 26-47 ani pentru tați. Majoritatea copiilor au părinți cu studii superioare (76,1% dintre părinți), iar 23,9% dintre aceștia au studii medii. Unici la părinți au fost 39,4% dintre copii, 54,1% provin din familii cu câte 2 sau 3 copii, iar 6,5% provin din familii cu mai mult de 3 copii.

Studiul continuă și în 2014.

Comportamentul motor

Cuprinde o gamă largă de deprinderi și abilități, coordonarea și dezvoltarea senzorială.

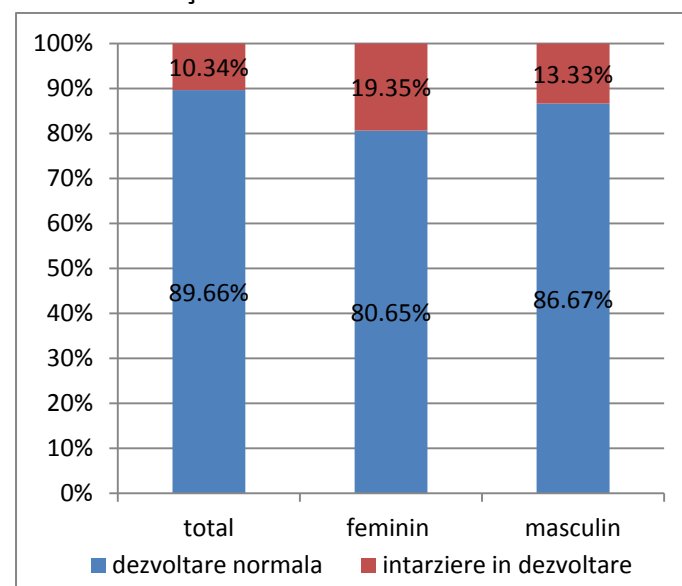


Fig. 27 Comportamentul motor

Sursa: INSP – CRSP Iași - "Evaluarea nivelului de dezvoltare neuropsihică la copiii preșcolari"

Analiza comportamentului motor arată că dezvoltarea motricității grosiere și a motricității fine corespunde mediei de vârstă la 89,66% din copiii investigați, cu frecvența mai mare la băieți: M=86,67%; F=80,65%. Întârzierea dezvoltării motricității fine demonstrează că acest domeniu al dezvoltării necesită o stimulare activă, care nu întotdeauna este realizată adecvat (Fig.27).

Comportamentul cognitiv

A fost definit în termenii abilității copilului de a înțelege relațiile dintre obiecte, fenomene, evenimente și persoane, dincolo de caracteristicile lor fizice.

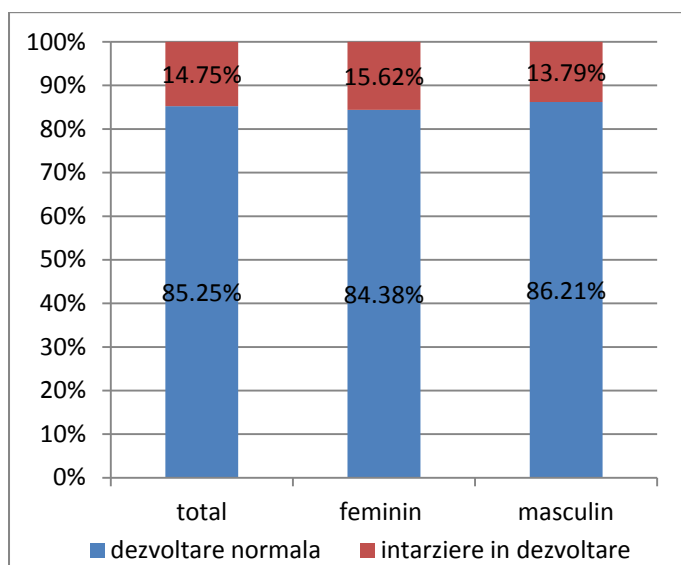


Fig. 28 Comportamentul cognitiv

Sursa: INSP – CRSP Iași - “Evaluarea nivelului de dezvoltare neuropsihică la copiii preșcolari”

Indicatorii ce caracterizează dezvoltarea cognitivă la această vârstă sunt: compară 2 obiecte ca greutate; sortează obiecte după 2-3 culori; sortează ușor obiecte după 2 mărimi; sortează obiecte în raport cu dimensiunile lat-îngust; explică o noțiune necesară simplă (ce faci când îți este sete); grupează imagini în raport cu 2 noțiuni generale (fructe, flori); cunoaște 3 pozitii spațiale (sus, jos, în față, în spate).

Rezultatele studiului arată că marea majoritate a copiilor examinați au un potențial cognitiv bun și foarte bun. Prezintă întârzieri în dezvoltarea cognitivă 14,75% dintre copii, cu frecvențe comparabile pe sexe: M = 13,79%; F = 15,62%(Fig. 28).

Comportamentul verbal

Vizează dezvoltarea limbajului (sub aspectele vocabularului, gramaticii, sintaxei, dar și a înțelegerii semnificației mesajelor), a comunicării (cuprinzând abilități de ascultare, comunicare orală și scrisă, nonverbală și verbală) și prechizițiile pentru scris-citit și însoțește dezvoltarea în fiecare dintre celelalte domenii.

Pentru aprecierea dezvoltării comportamentului verbal a fost analizată capacitatea de a folosi corect pluralul în vorbirea curentă și de a reproduce poezii din 2 strofe (8 versuri).

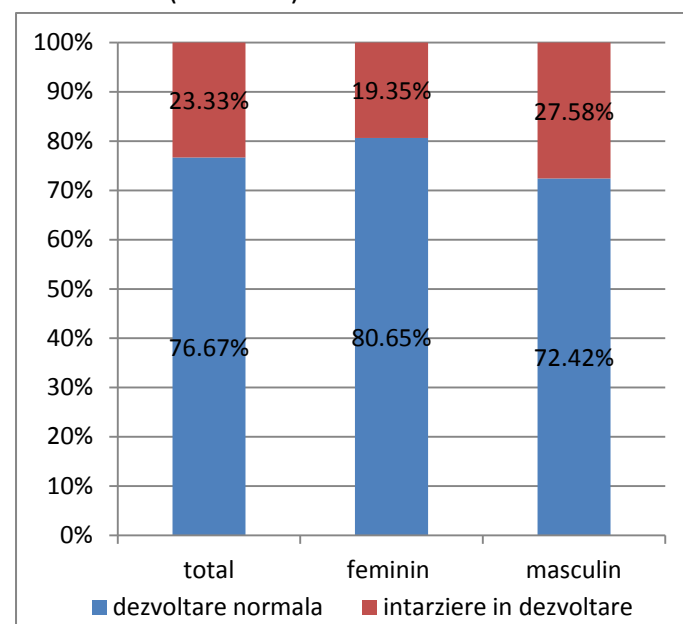


Fig. 29 Comportamentul verbal

Sursa: INSP – CRSP Iași - “Evaluarea nivelului de dezvoltare neuropsihică la copiii preșcolari”

Evaluarea acestor aspecte arată întârzieri în dezvoltarea comportamentului verbal la 23,33% dintre copii, cu frecvența mai mare la băieți: M=27,58%; F= 19,35%(Fig. 29).

Comportamentul socio-afectiv

Vizează debutul vieții sociale a copilului, capacitatea lui de a stabili și menține interacțiuni cu adulți și copii. Interacțiunile sociale mediază modul în care copiii se privesc pe ei înșiși și lumea din jur. Dezvoltarea emoțională vizează îndeosebi capacitatea copiilor de a-și percepe și exprima emoțiile, de a înțelege și a răspunde emoțiilor celorlalți, precum și dezvoltarea conceptului de sine, crucial pentru acest domeniu. În strânsă corelație cu conceptul de sine se dezvoltă imaginea despre sine a copilului, care influențează decisiv procesul de învățare.

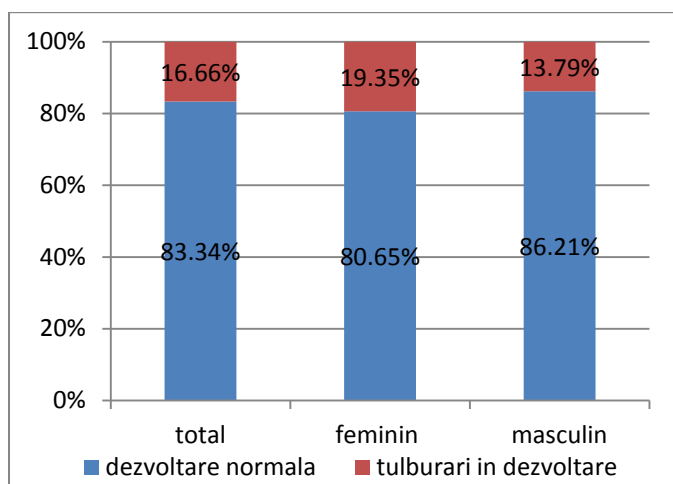


Fig. 30 Comportamentul socio-afectiv

Sursa: INSP – CRSP Iași - "Evaluarea nivelului de dezvoltare neuropsihică la copiii preșcolari"

Au fost investigați următorii indicatori ai dezvoltării socio - afective: își pune singur pantofii; se poate dezbrăca singur; mănâncă corect singur; se joacă mai mult timp singur în companii imaginare.

Analiza comportamentului socio-afectiv în perioada de vârstă studiată indică adaptarea neadecvată la 16,66% dintre copii, cu frecvența mai mare la fete: F=19,35%; M=13,79% (Fig.30).

Comportamentele măsurate au atins gradul de dezvoltare normală pentru aceste vârste la majoritatea copiilor. O proporție mai mică de copii au aceste comportamente în dezvoltare (Fig.31). Astfel, au fost descoperiți cu tulburări în dezvoltare 17,14% dintre copiii examinați.

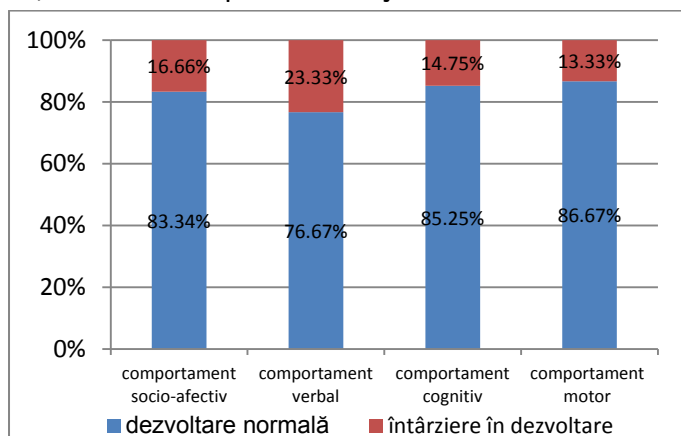


Fig.31 Evaluarea dezvoltării copiilor în funcție de comportamentele: motor, cognitiv, verbal și socio-afectiv

Sursa: INSP – CRSP Iași - "Evaluarea nivelului de dezvoltare neuropsihică la copiii preșcolari"

CONCLUZII

Rezultatele studiului 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 vârstă cronologică, dar și de condițiile în care se realizează această dezvoltare.

A depista cât mai precoce o tulburare în dezvoltarea neuropsihică a unui copil este de o importanță majoră pentru devenirea copilului, deoarece doar intervenția în timp util, prin programe terapeutice adecvate, asigură copilului atingerea potențialului maxim, programat genetic, cunoscut fiind faptul că perioada cea mai fragilă din dezvoltarea ființei umane este prima parte a copilăriei. Se cunoaște că întârzierile în dezvoltarea unui copil sunt reversibile până la un anumit nivel, recuperarea e posibilă doar dacă se corectează condițiile stresante implicate și de aceea momentul intervenției este foarte important, fiind condiționat de precocitatea diagnosticului.

Cu ocazia acestei investigații au fost descoperiți copii cu întârzieri în dezvoltare datorită stimulării deficitare sau cu tulburări comportamentale datorate în primul rând abordării educaționale neadaptate temperamentului copilului, sau necunoașterii de către părinți a practicilor comportamentale parentale eficiente.

II.3 MORBIDITATEA

Sursa informațiilor

Evaluarea morbidității la copii și tineri se face prin examenele medicale profilactice, efectuate la nivelul colectivităților școlare de către medic și asistenta medicală (examene de bilanț, triaj), cât și prin cele efectuate la nivelul cabinetelor de medicină primară.

Semnificația pentru sănătatea publică

Individualizați prin particularități anatomice, fiziologice, de adaptare și de sănătate, copiii și tinerii reprezintă un important segment din populația unui teritoriu. La copii și tineri, sănătatea are situația cea mai favorabilă față, de adulți dar și vulnerabilități specifice, astfel încât sănătatea acestor vârste poate fi considerată un indicator al sănătății colectivităților și un «barometru» pentru situația de la vârstele următoare. Sănătatea copiilor și tinerilor ar trebui să fie unul dintre principalele motive de preocupare pentru decidenți, pentru că asigurarea sănătății la aceste vârste reprezintă garanția unui nivel de sănătate acceptabil al generațiilor următoare.

Metodologiile de evaluare a morbidității:

- Prin examenul medical de bilanț desfășurat anual în colectivitățile de copii și tineri din mediul urban și rural se evaluează starea de sănătate a grupului țintă studiindu-se morbiditatea generală prin prevalența de perioadă;
- Colectarea anuală de date actualizate din registrele de boli cronice aflate în cabinetele medicale școlare (sau în cabinetele individuale ale

medicilor de familie, acolo unde nu există cabinet de medicină școlară);

- Triajul epidemiologic este o metodă activă de supraveghere a stării de sănătate, practică în colectivitățile de copii și adolescenți după fiecare vacanță școlară (creșe, grădinițe, centre de plasament, școli generale, școli profesionale, licee).

II.3.1. MORBIDITATEA ÎNREGISTRATĂ PRIN EXAMENE DE BILANȚ

Prin examenele de bilanț în cursul anului școlar 2012-2013 au fost înregistrate 170923 cazuri, reprezentând o morbiditate generală de 24,95% din totalul populației examinate la nivelul țării, cu diferențe importante în privința îmbolnăvirilor, în mediul urban, conform tabelului de mai jos.

Medii	Număr total copii examinați	Copii bolnavi	
		Nr.total	%
Urban (40 județe)	546262	152098	27.84
Rural (24 județe)	138654	18825	13.58
Total/tara	684918	170923	24.95

Tabel 2 Distribuția morbidității cronice generale în anul școlar 2012/2013

Sursa: Raport național „Evaluarea nivelului de dezvoltare fizică și a stării de sănătate pe baza examenelor medicale de bilanț la copiii și tinerii din colectivitățile școlare din mediul urban și rural - an școlar 2012-2013”

Dinamica fenomenului, conform datelor colectate de-a lungul anilor, este una staționară variind în jurul valorilor cuprinse între 26% în 2002 și 24.95% în 2013 (Fig.32).

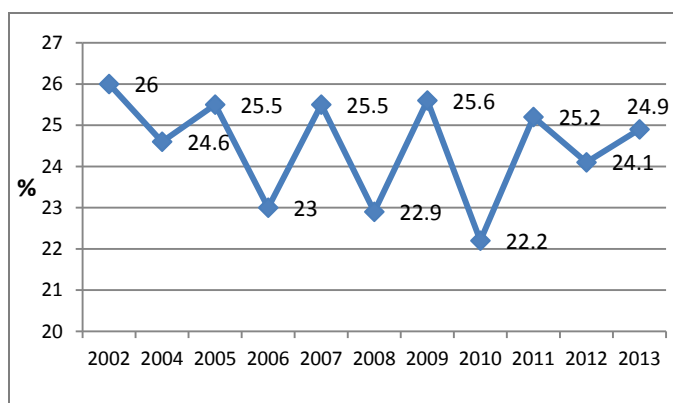


Fig. 32 Dinamica morbidității generale a copiilor și adolescenților din colectivități, România 2002 - 2013

Sursa: Raport național „Evaluarea nivelului de dezvoltare fizică și a stării de sănătate pe baza examenelor medicale de bilanț la copiii și tinerii din colectivitățile școlare din mediul urban și rural - an școlar 2012-2013”

În perioada 2002-2013 se evidențiază o creștere a procentului morbidității o dată cu vârsta pentru toate categoriile, conform datelor din tabelul de mai jos.

Anul	Prescolari%	Cls.I%	Cls. IV-a%	Cls.a VII-a%	Cls.a XII-a %	Prevalenta medie
2002	17.9	26.3	25.5	28.6	29.8	26.0
2004	12.9	19.2	19.6	25.3	19.5	24.6
2005	13.8	16.8	18.1	25.1	21.1	25.5
2006	14.0	17.3	17.3	23.0	22.5	23.0
2007	13.2	17.0	20.1	22.4	22.5	25.5
2008	14.4	17.6	18.7	21.5	23.6	22.9
2009	16.2	18.3	17.1	21.8	23.5	25.6
2010	14.3	16.1	18.5	20.3	26.1	22.2
2011	16.4	25.0	26.8	28.6	34.7	25.2
2012	15.6	24.0	25.7	28.5	31.7	24.1
2013	15.7	25.4	27.9	29.3	31.5	24.9

Tabelul 3 Nivelul prevalenței afecțiunilor cronice la copiii și tinerii din colectivități, România 2002 - 2013

Sursa: Raport național „Evaluarea nivelului de dezvoltare fizică și a stării de sănătate pe baza examenelor medicale de bilanț la copiii și tinerii din colectivitățile școlare din mediul urban și rural - an școlar 2012-2013”

Nivelul prevalenței pe cauze de îmbolnăvire pentru anul școlar 2012/2013 la nivelul țării a relevat faptul că pe primul loc se situează viciile de refracție(5,04%), urmate de obezitatea de cauză neendocrină (2,85%), deficiențele de coloană (1,9%), hipotrofia ponderală (1,71%), sechele de rahitism (1,58%), conform figurii de mai jos.

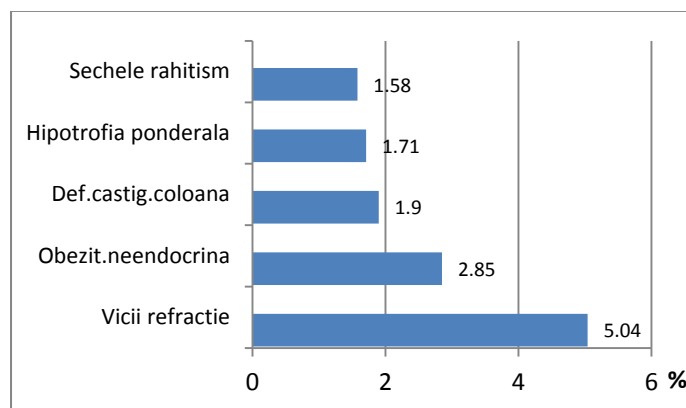


Fig. 33 Nivelul prevalenței afecțiunilor cronice 2012/2013

Sursa: Raport național „Evaluarea nivelului de dezvoltare fizică și a stării de sănătate pe baza examenelor medicale de bilanț la copiii și tinerii din colectivitățile școlare din mediul urban și rural - an școlar 2012-2013”

Analizând datele obținute prin examenele de bilanț ale stării de sănătate, în mediul urban se observă că valoarea prevalenței crește odată cu vârsta.

Pentru mediul urban:

- Prevalența viciilor de refracție crește de la preșcolar până la clasa a XII-a.
- Prevalența obezității de cauză neendocrină are aproximativ aceeași caracteristică de curbă cu valori crescătoare de la preșcolar la clasa a XII-a.
- Deformările dobândite ale coloanei vertebrale au o prevalență care crește o dată cu vârsta subiecților examinați, începând de la clasa a I-a la clasa a XII-a.

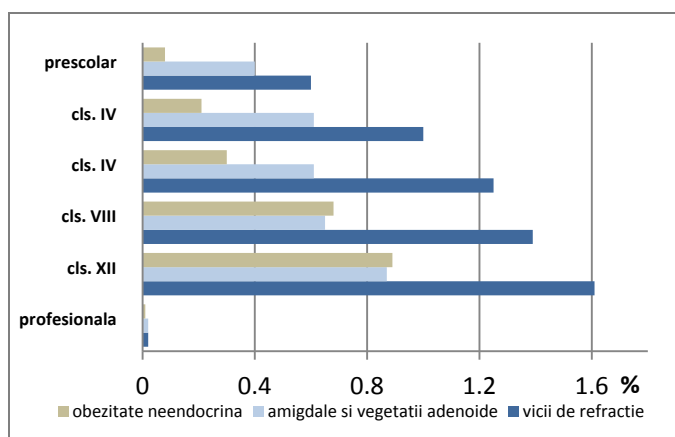


Fig. 34 Nivelul prevalenței afecțiunilor cronice la clasele studiate în mediul urban 2012/2013

Sursa: Raport național „Evaluarea nivelului de dezvoltare fizică și a stării de sănătate pe baza examenelor medicale de bilanț la copiii și tinerii din colectivitățile școlare din mediul urban și rural - an școlar 2012-2013”

Pentru mediul rural prevalența viciilor de refracție crește de la preșcolar la clasa a IV-a, vârful curbei înregistrându-se la această vârstă; prevalența afecțiunilor amigdalelor și vegetațiilor adenoide se distribuie după o curbă caracteristică plajei vârstelor, astfel încât odată cu intrarea în adolescență această patologie își diminuează frecvența apariției; prevalența obezității de cauză neendocrină crește de la preșcolar, intrarea în școlaritate, la școlarul de clasa a XII-a (Fig. 35).

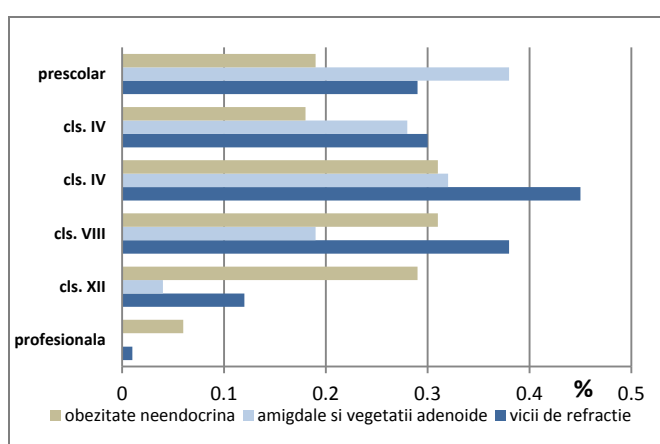


Fig. 35 Nivelul prevalenței afecțiunilor cronice la clasele studiate în mediul rural 2012/2013

Sursa: Raport național „Evaluarea nivelului de dezvoltare fizică și a stării de sănătate pe baza examenelor medicale de bilanț la copiii și tinerii din colectivitățile școlare din mediul urban și rural - an școlar 2012-2013”

Concluzii

Din analiza datelor centralizate pe întreaga țară – mediul urban și rural în anul școlar 2012/2013 a rezultat o prevalență medie a morbidității generale de 24.95%; morbiditatea din mediul urban fiind mult mai mare față de cea din mediul rural (27.84% față de 13.58%).

- În mediul urban valoarea prevalenței bolilor cronice crește odată cu vârsta, cea mai mare valoare fiind înregistrată în clasa a VIII(34,9%).

- În mediul rural valoarea prevalenței este apropiată în toate clasele, față de media obținută, cu excepția clasei a XII-a unde valoarea obținută este ridicată față de restul claselor(18,9%).

Pe primul loc, ca de altfel în toți anii precedenți, se află viciile de refracție, urmate de obezitatea de cauză neendocrină, deficiențele dobândite ale coloanei vertebrale, hipotrofiile ponderale, sechelele de rahitism, afecțiunile cronice ale amigdalelor și vegetațiilor adenoide, hipotrofia staturală.

- Atât în mediul urban, cât și în cel rural, primul loc este ocupat de viciile de refracție.

- Locul al doilea în urban este ocupat de morbiditatea prin obezitatea de cauză neendocrină, iar în rural de morbiditatea prin afecțiunile amigdalelor și vegetațiilor adenoide.

- Locul al treilea pentru mediul urban este reprezentat de morbiditatea prin deformațiile dobândite ale coloanei vertebrale; în rural de obezitatea de cauză neendocrină.

Trebuie avută în vedere importanța majoră a efectuării corecte a acestor examene medicale de

bilanț în vederea depistării din timp a tuturor îmbolnăvirilor și deficiențelor cu scopul urmăririi permanente și tratării corespunzătoare.

Nu trebuie uitat faptul că toate aceste afecțiuni și deficiențe ale nivelului dezvoltării fizice au un mare răsunet asupra capacității de adaptare la efort a copiilor, deci, cu implicații majore asupra procesului instructiv-educativ și, mai ales, asupra rezultatelor obținute de elevi în cadrul acestuia.

Cunoscând influența factorilor mezologici, peristatici ai mediului ambiental asupra stării de sănătate, se vor depista din timp toți acei factori care pot genera, favoriza sau agrava aceste deficiențe în vederea ameliorării lor.

Dintre aceștia - cu mare impact asupra stării de sănătate putem aminti:

- marile și frecventele deficiențe ale mobilierului școlar (degradat, necorespunzător vârstei și, mai ales, scopului),
- nerespectarea curbei de efort a elevilor la întocmirea programelor școlare și la programarea tezelor și testelor,
- un iluminat artificial total necorespunzător în sălile de clasă, ateliere și laboratoare.
- Una din cele mai grave deficiențe în sezonul rece este imposibilitatea asigurării temperaturii normale în interiorul colectivităților de copii și tineri. Corelat cu acest fapt este nerespectarea corespunzătoare a microclimatului (supraaglomerare în sălile de clasă, lipsa de aerisire și ventilație, lipsa de curățenie).

Toți copii și tinerii depistați cu afecțiuni cronice trebuie să fie corect dispensarizați și tratați în scopul evitării apariției complicațiilor și sechelelor, în vederea recuperării totale a acestora.

II.3.2. EVALUAREA MORBIDITĂȚII CRONICE PRIN DISPENSARIZARE ÎN COLECTIVITĂȚILE DE COPII ȘI TINERI

Dispensarizarea are ca obiectiv *prevenirea, combaterea și recuperarea* bolilor cronice prin supravegherea medicală organizată a unor categorii de indivizi sănătoși sau bolnavi și aplicarea măsurilor medico-sociale corespunzătoare; este o metodă de prevenire, combatere și recuperare, fiind așadar un instrument de lucru valoros pentru sănătatea publică.

Dispensarizarea este o metodă complexă de organizare a ocrotirii sănătății în cadrul instituțiilor curativ-profilactice, care prevede supravegherea activă a sănătății a unor grupe de oameni, după particularitățile lor fiziologice (copii de toate vârstele, adolescenți, femei gravide) și a persoanelor cu anumite afecțiuni (ulcer gastroduodenal, tuberculoză, boli cardiovasculare, oncologice, venerice, psihice etc). Se realizează prin diagnosticarea activă și precoce a bolilor cronice sau cu potențial de cronicizare, prin studierea și înlăturarea cauzelor care contribuie la apariția și răspîndirea lor și prin luarea unor anumite măsuri sociale, curativ-profilactice și sanitar-igienice. Are drept scop păstrarea și întărirea sănătății populației, creșterea longevității și a calității vieții, studierea profundă a legăturii dintre modificările patologice apărute și mediul înconjurător, în special a factorilor sociali.

Descrierea morbidității cronice prin boli dispensarizabile în colectivitățile de copii și tineri se face prin calcularea prevalenței pe an școlar la nivelul cabinetelor medicale școlare.

Din analiza datelor primite anual de la nivelul cabinetelor medicale școlare, prevalența medie anuală pe țară a bolilor cronice dispensarizate în intervalul 2003-2013 înregistrează mici diferențe de la un an la altul:

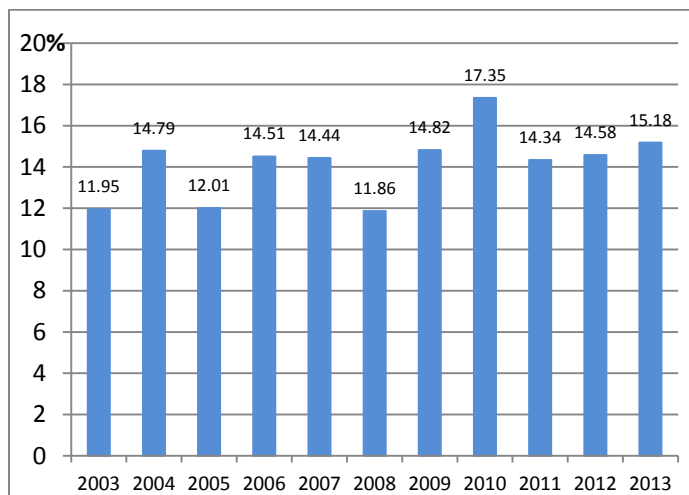


Fig. 36 Dinamica prevalenței medii anuale a bolilor cronice dispensarizate în cabinetele medicale școlare – România 2003-2013

Sursa: Raport național “Evaluarea morbidității cronice prin dispensarizare în colectivitățile de copii și tineri – an școlar 2012-2013”

În anul școlar 2012-2013: s-au primit raportări de la 33 de județe și Municipiul București, deci 34 de raportări. Din datele înregistrate, prevalența bolilor cronice la nivel național pentru copiii cu vârste cuprinse între 0 și 19 ani, aflați în evidența cabinetelor medicale școlare este 15,18% (față de 14,58% în anul 2012); cea mai scăzută valoare s-a înregistrat în județul Tulcea – 3,14%, iar cea mai ridicată valoare s-a înregistrat în Cluj 45,68% (Fig. 37).

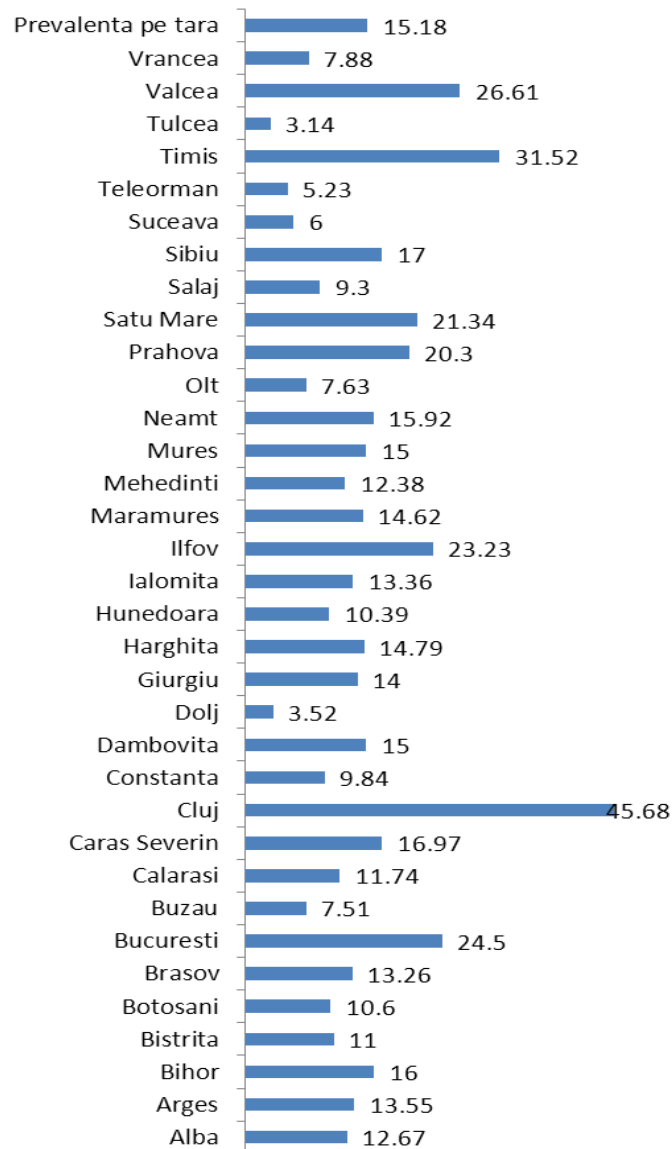


Fig. 37 Prevalența medie a bolilor cronice dispensarizate în cabinetele medicale școlare în anul școlar 2012-2013, pe județe și pe țară

Sursa: Raport național “Evaluarea morbidității cronice prin dispensarizare în colectivitățile de copii și tineri – an școlar 2012-2013”

În figura următoare este reprezentată ponderea primelor 10 boli cronice (cu cea mai ridicată prevalență) care reprezintă 70% din totalul cazurilor de boală, comparativ cu celelalte 53 de boli cronice înregistrate, care reprezintă doar 30% din numărul total de cazuri.

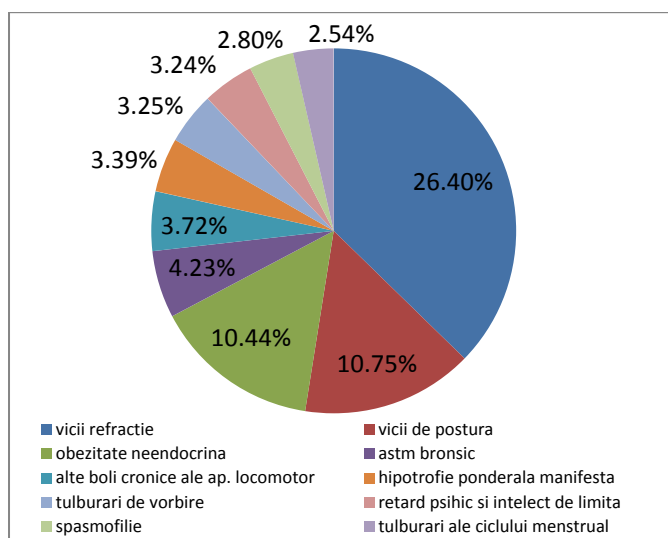


Fig. 38 Structura morbidității cronice dispensarizate-top 10 boli cronice

Sursa: Raport național "Evaluarea morbidității cronice prin dispensarizare în colectivitățile de copii și tineri – an școlar 2012-2013"

Prevalența primelor zece boli cronice dispensarizate în anul școlar 2012-2013 se prezintă astfel:

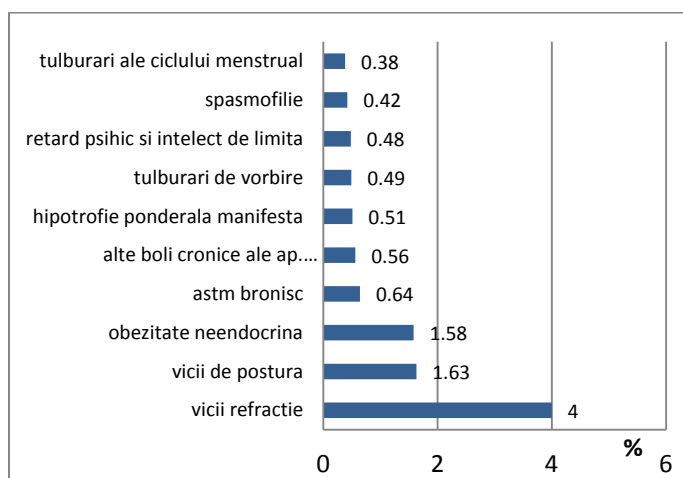


Fig. 39 Prevalența primelor 10 boli cronice dispensarizate în cabinetele medicale școlare în anul școlar 2012-2013

Sursa: Raport național "Evaluarea morbidității cronice prin dispensarizare în colectivitățile de copii și tineri – an școlar 2012-2013"

Analiza prevalenței bolilor cronice dispensarizate în cabinetele medicale școlare în anul școlar 2012-2013 pe cicluri de învățământ arată că, cea mai ridicată valoare se înregistrează la elevii din ciclul gimnazial – 19.28 (Fig. 40).

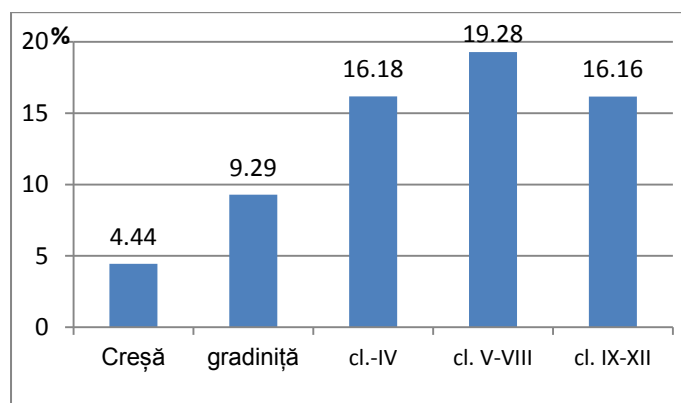


Fig. 40 Prevalența bolilor cronice dispensarizate în cabinetele medicale școlare în anul școlar 2012-2013, pe cicluri de învățământ

Sursa: Raport național "Evaluarea morbidității cronice prin dispensarizare în colectivitățile de copii și tineri – an școlar 2012-2013"

Valorile mici înregistrate la copiii din creșe și grădinițe pot fi interpretate și prin prisma unei supravegheri medicale deficitare a colectivităților de copii cu vârstă mică; acești copii sunt în grija medicilor de familie iar medicii care se ocupă de colectivitățile de copii (medicii școlari) nu dețin date privind morbiditatea prin boli cronice la aceste grupe de vârstă. Aceste date se pot obține doar printr-o foarte bună colaborare între medicii de familie, medicii școlari și Direcția de Sănătate Publică Județeană. Absența datelor reprezintă un factor de eroare în calcularea prevalenței medii pe țară: un alt factor de eroare este reprezentat și de populația de referință care nu a fost raportată corect și complet în toate județele analizate. De asemenea, nu trebuie uitat faptul că foarte mulți copii de vârstă mică nu sunt cuprinși în colectivități (creșe și grădinițe de stat).

În **concluzie**, din raportările primite de la cabinetele medicale școlare în ultimii ani reiese că prevalența bolilor cronice dispensarizabile la copii și tineri se menține ridicată. Dispensarizarea corect întocmită nu se poate realiza decât printr-o strânsă colaborare interdisciplinară, cu implicarea medicilor de familie, a medicilor școlari, a pediatriilor și, nu în ultimul rând, a specialiștilor în igiena copiilor și

tinerilor, cărora le revine sarcina de a colecta, centraliza și prelucra datele din teritoriu pentru o descriere generală a fenomenului și pentru elaborarea de programe profilactice care să asigure îmbunătățirea stării de sănătate a populației infantile.

II.3.3. MORBIDITATEA ÎNREGISTRATĂ PRIN TRIAJUL EPIDEMIOLOGIC ÎN COLECTIVITĂȚILE DE COPII ȘI TINERI

Triajul epidemiologic este o metodă activă de supraveghere a stării de sănătate practică în colectivitățile de copii și adolescenți.

Triajul epidemiologic se efectuează prin: anamneză succintă, termometrizare, examen clinic al cavității buco-faringiene, examen clinic al tegumentelor și mucoaselor de către medici și cadre medii.

Identificarea potențialului epidemiologic din creșe, grădinițe, centre de plasament, școli generale, licee, în cadrul efectuării triajului epidemiologic arată orientarea profilactică a acțiunilor medico-sanitare și social economice privind ocrotirea sănătății populației.

Triajul epidemiologic efectuat la începutul acestui an școlar, "triajul după vacanța de vară" a cuprins un număr de 2.417.518 copii și adolescenți, din care 733.861 din mediul rural și 1.683.657 din mediul urban.

Numărul de copii examinați în cadrul triajului epidemiologic a crescut în ultimii ani, de la un număr de 928.923 de copii examinați prin examenul de triaj în anul școlar 2007/2008, s-a ajuns la un număr de 2.417.518 copii examinați în anul școlar 2012/2013 (Fig.41).

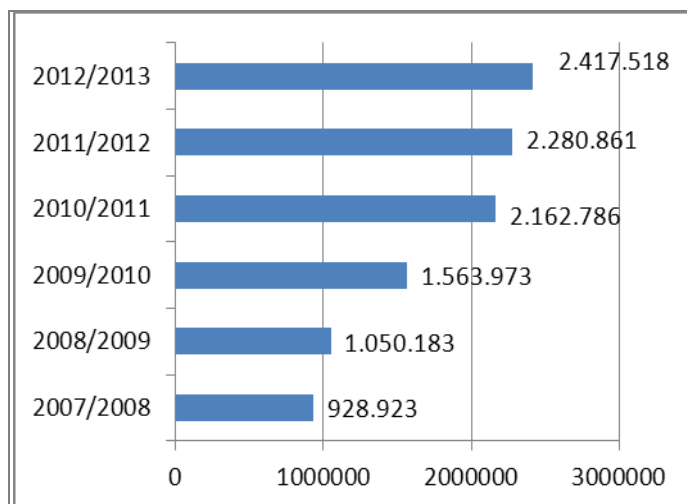


Fig. 41 Dinamica numărului copiilor și adolescenților examinați în ultimii ani școlari

Sursa: Raport național "Supravegherea stării de sănătate a copiilor după vacanțe prin triaj epidemiologic-an școlar 2012-2013"

Din totalul de copii examinați, au fost diagnosticați cu boli infecto-contagioase și parazitare 27.053, înregistrându-se o prevalență a de moment a bolilor infecto-contagioase și parazitare de 1,12% (Fig.42).

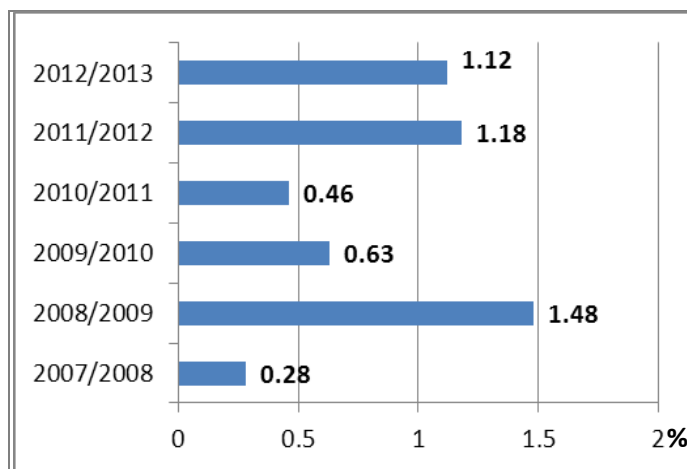


Fig. 42 Dinamica prevalenței de moment a bolilor transmisibile în ultimii ani școlari

Sursa: Raport național "Supravegherea stării de sănătate a copiilor după vacanțe prin triaj epidemiologic-an școlar 2012-2013"

Prevalența de moment a bolilor transmisibile în unitățile de învățământ situează pe primul loc anginele 0,621% (din care 0,006% angine cu streptococ B hemolitic), urmate de pediculoză 0,298%, micoze 0,066%, scabie 0,013%, boala diareică acută 0,005% și varicela 0,001% (Fig. 43).

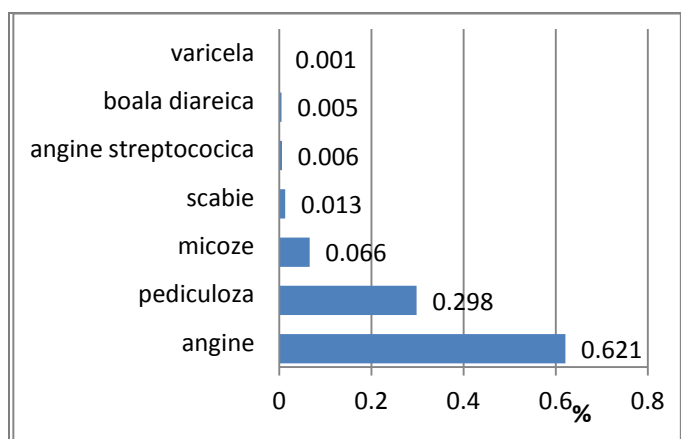


Fig. 43 Prevalențele de moment ale bolilor transmisibile diagnosticate la începutul anului școlar 2012-2013

Sursa: Raport național "Supravegherea stării de sănătate a copiilor după vacanțe prin triaj epidemiologic-an școlar 2012-2013"

În condiții epidemiologice sezoniere, patologia este dominată de infecțiile acute ale căilor respiratorii superioare, întâlnite, de fapt, la toate vârstele, dar, mai ales, la copiii din creșe (Fig.44).

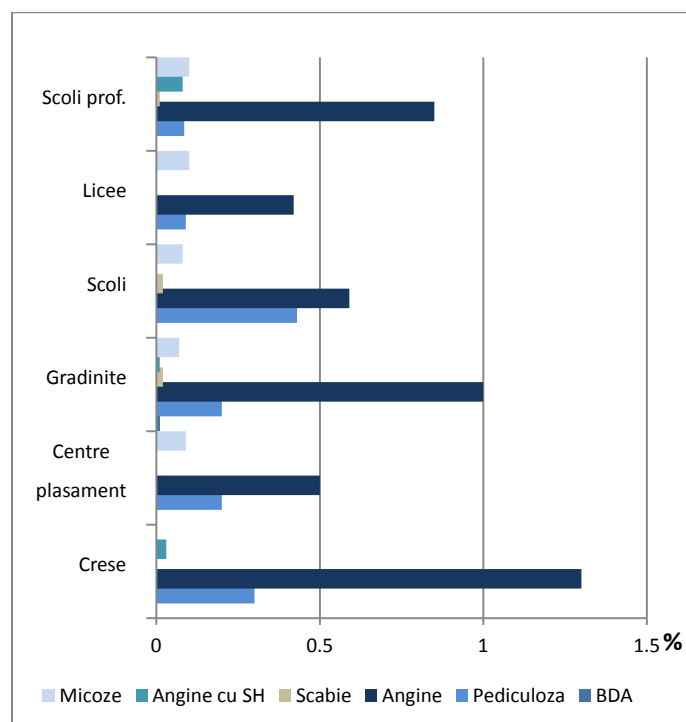


Fig. 44 Prevalența de moment a principalelor afecțiuni diagnosticate pe tipuri de colectivități la începutul anului școlar 2012-2013

Sursa: Raport național "Supravegherea stării de sănătate a copiilor după vacanțe prin triaj epidemiologic-an școlar 2012-2013"

În dinamică, în ultimii ani, cazurile de angină depistate la triajul de la începutul anului sunt cu valori între 0,31% și 0,63%. Se observă faptul că, în

ultimii doi ani școlari, au fost valori mai mari decât în anii anteriori (Fig.45).

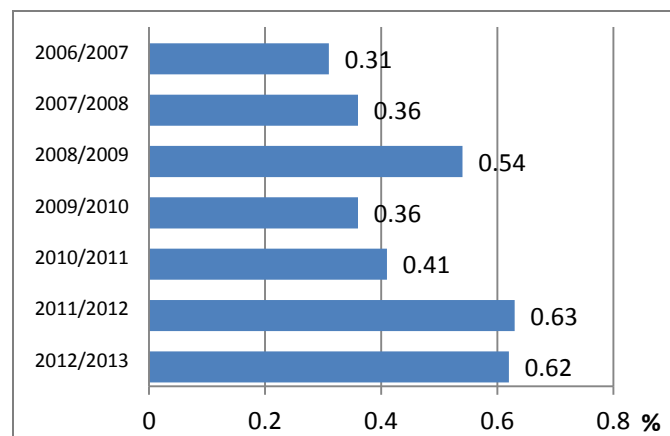


Fig. 45 Angina-prevalențe de moment în ultimii ani școlari

Sursa: Raport național "Supravegherea stării de sănătate a copiilor după vacanțe prin triaj epidemiologic-an școlar 2012-2013"

Depistarea cu ocazia triajului a anginelor cu SβH+, în ultimii ani a înregistrat oscilații mari de la 0,001 la 0,03% (datorate, probabil, și dificultăților obiective privind recoltarea exudatelor faringiene la copiii cu angine prezumtiv streptococice). Dificultățile de depistare sunt cu atât mai mari cu cât 10-20% din copii sunt purtători sănătoși. În anul școlar 2012/2013 prevalența de moment a fost mai scăzută, 0,006% (Fig.46).

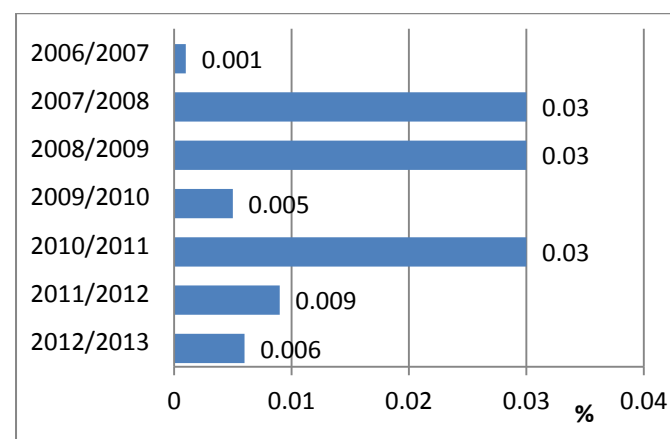


Fig. 46 Dinamica prevalenței de moment a anginelor cu SβH+, în ultimii ani școlari

Sursa: Raport național "Supravegherea stării de sănătate a copiilor după vacanțe prin triaj epidemiologic-an școlar 2012-2013"

Pediculoza prezintă la începutul acestui an școlar o prevalență per total colectivități de 0,29%.

În ultimii ani s-a remarcat o ușoară scădere a numărului cazurilor de pediculoză (Fig.47).

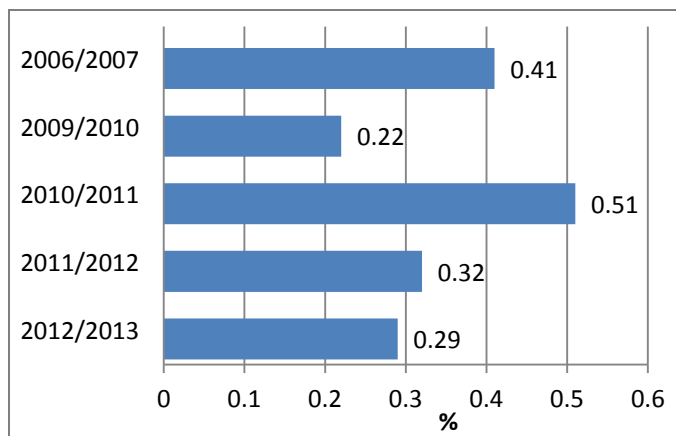


Fig. 47 Dinamica prevalențelor de moment ale pediculozei, în ultimii ani școlari

Sursa: Raport național "Supravegherea stării de sănătate a copiilor după vacanțe prin triaj epidemiologic-an școlar 2012-2013"

Triajul epidemiologic efectuat după vacanța de iarnă a cuprins un număr de 2.365.986 copii și adolescenți, din care 669.675 din mediul rural și 1.696.311 din mediul urban.

Comparativ cu triajul epidemiologic de la începutul anului școlar, efectuat în septembrie 2012 - când prevalența de moment a bolilor diagnosticate a fost de 1,12%, observăm că la triajul după vacanța de iarnă, în ianuarie 2013, prevalența de moment a fost mai mare, 1,23% (Fig.48).

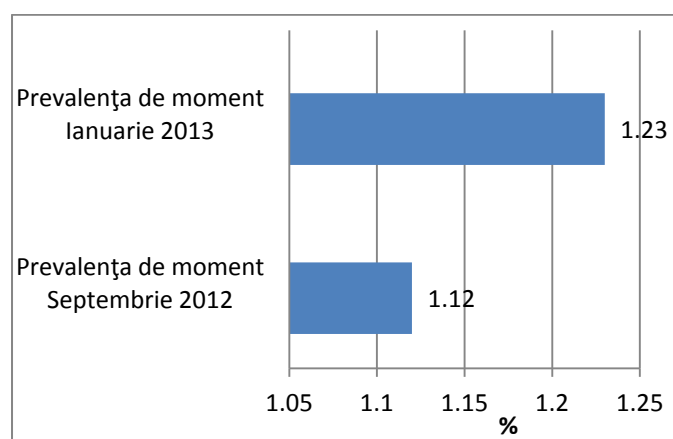


Fig. 48 Prevalența de moment septembrie 2012-ianuarie 2013

Sursa: Raport național "Supravegherea stării de sănătate a copiilor după vacanțe prin triaj epidemiologic-an școlar 2012-2013"

În figura 49 se observă prevalența îmbolnăvirilor prin boli infecțioase și parazitare diagnosticate, în cadrul triajului epidemiologic după vacanța de iarnă.

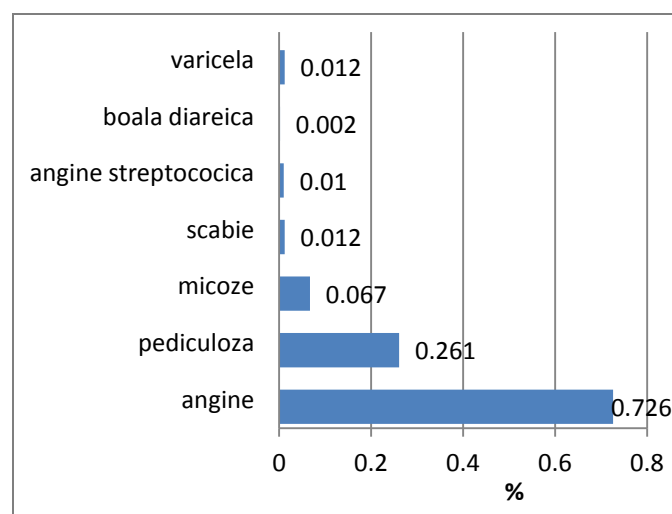


Fig. 49 Prevalența de moment a bolilor diagnosticate după vacanța de iarnă

Sursa: Raport național "Supravegherea stării de sănătate a copiilor după vacanțe prin triaj epidemiologic-an școlar 2012-2013"

Prevalența de moment a bolilor transmisibile în unitățile de învățământ situează pe primul loc anginele (0,726%), urmate de pediculoză (0,261%), micoze (0,067%), varicelă (0,012%), BDA (0,002%), angine cu streptococ B hemolitic (0,010%). Scarlatina a fost depistată la 9 copii din care 6 cazuri în grădinițe și 3 cazuri în școli generale. (Fig.49)

În ceea ce privește distribuția îmbolnăvirilor pe tipuri de colectivități, în figura următoare se observă că, cea mai ridicată frecvență a acestora se înregistrează în școlile profesionale (1,88%), apoi în grădinițe (1,61%), centre de plasament (1,55%), urmate de creșe (1,52%), școli generale (1,29%) și licee (0,84%).

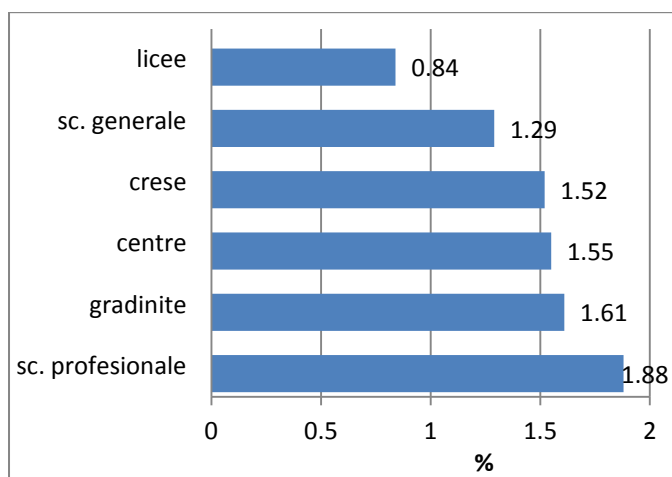


Fig. 50 Distribuția îmbolnăvirilor pe tipuri de colectivități-ianuarie 2013

Sursa: Raport național "Supravegherea stării de sănătate a copiilor după vacanțe prin triaj epidemiologic-an școlar 2012-2013"

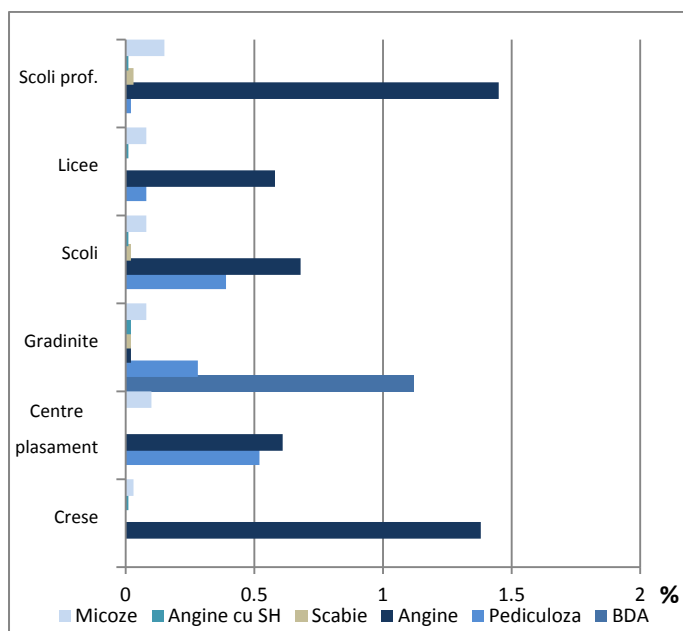


Fig. 51 Prevalența de moment a principalelor afecțiuni diagnosticate pe tipuri de colectivități-ianuarie 2013

Sursa: Raport național "Supravegherea stării de sănătate a copiilor după vacanțe prin triaj epidemiologic-an școlar 2012-2013"

După vacanța de iarnă, patologia este dominată, la fel ca la începutul anului școlar, de infecțiile acute ale căilor respiratorii superioare, înregistrându-se valori ușor crescute la toate grupele de vârstă, cea mai semnificativă creștere fiind în cazul anginei, în școlile profesionale.

II.2.3. EVALUAREA STĂRII DE NUTRIȚIE A COPIILOR DIN CICLUL PRIMAR CONFORM METODOLOGIEI OMS PRIN PARTICIPAREA LA PROIECTUL "EUROPEAN CHILDHOOD OBESITY SURVEILLANCE INITIATIVE (COSI)"

Obezitatea copiilor este o problemă importantă de sănătate, iar prevalența ei este în creștere în întreaga lume, cu o tendință alarmantă pentru Europa. Aceasta cauzează o largă paletă de consecințe sociale și de sănătate la adulți, cum ar fi: creșterea colesterolului, hiperinsulinemie, hipertensiune și ateroscleroză timpurie precum și creșterea mortalității la maturitate. Consecințele supraponderalității în timpul copilăriei asupra sănătății sunt mai puțin clare, dar o analiză arată că obezitatea în copilărie este puternic asociată cu factorii de risc pentru boli cardiovasculare și diabet de tip II, probleme ortopedice și tulburări mintale. Adesea, obezitatea în copilărie este legată de rezultate slabe la școală și de o scădere a stimei față de sine. Peste 60% din copiii cu supraponderalitate înaintea pubertății vor fi supraponderali în prima perioadă a maturității, reducând vârsta medie la care bolile ascunse devin vizibile, cu o mare creștere a solicitării serviciilor de sănătate. Conform statisticilor OMS, prevalența obezității s-a triplat față de anul 1980, iar în anul 2010 existau în întreaga lume mai mult de 40 de milioane de copii cu vârsta sub 5 ani supraponderali (Sursa - WHO Fact sheet no 311, May 2012).

În acest context, OMS a lansat inițiativa COSI (European Childhood Obesity Surveillance Initiative), care se află acum la cea de-a treia etapă. Studiul a început în 2007, în prima etapă au fost implicate 13 țări, în etapa 2010 s-au alăturat încă 4 țări, iar în 2012 a început o nouă etapă, la care s-a alăturat și România. Pe lângă obținerea unor date corecte de la nivelul întregii țări, evaluarea stării de nutriție după o metodologie standardizată permite și

realizarea unor comparații între țările Regiunii Europene. În aceasta rundă de măsurători, România a optat pentru măsurătorile antropometrice de baza la copiii de 8 ani, urmând ca, în runde următoare, să fie extinse atât paleta de măsurători, cât și grupele de vârstă la care acestea vor fi aplicate.

METODOLOGIE:

S-a aplicat modelul studiului semi-longitudinal, în sensul că la fiecare etapă de colectare a datelor (ce va fi repetată la intervale definite) este selectată o nouă secțiune transversală, drept eșantion, dintre copiii de aceeași vârstă. Este necesar ca dimensiunea efectivă finală a eșantionului să fie de 2800 de copii (1400 băieți și 1400 fete), pentru fiecare grupă de vârstă. Măsurătorile au loc în școli primare. În această etapă, în România studiul se desfășoară pentru grupa de vârstă 8.0 – 8.9 ani. Datele sunt colectate o singură dată în timpul unui an școlar. În România, datele au fost colectate în luna mai 2013, în decursul a 3 săptămâni. Este de preferat ca măsurătorile antropometrice să fie făcute în cursul dimineții, înaintea prânzului, urmând procedurile standardizate. Toate țările participante folosesc același tip de instrumente. Din lista instrumentelor agreate de OMS, România a optat pentru cântarul Beurer PS07 și pentru taliometrul portabil SECA 206 și a achiziționat 45 de astfel de seturi pe care le-a utilizat pentru această rundă de măsurători. Cei 84 de examinatori au fost instruiți privind tehnicile de măsurare, conform metodologiei OMS. Au fost pregătite 4 formulare pentru colectarea datelor: un formular de înregistrare al examinatorului (obligatoriu), un formular returnabil pentru școală (obligatoriu), un formular de înregistrare (voluntar) pentru familie și un altul (voluntar) pentru școală.

Datele sunt analizate atât la nivelul țării, la centrul național de coordonare, cât și la nivel european de Echipa de Investigatori COSI. În urma analizei, copiii sunt clasificați ca fiind cu greutatea mai mică decât normal (subponderali), cu greutate normală, cu supaponderalitate sau cu obezitate conform standardelor OMS 2007 pentru copiii de vârstă școlară și adolescenți.

REZULTATE

În România s-a optat pentru un eșantion reprezentativ de 207 școli, din mediul urban și rural, alese prin randomizare simplă, folosind ca bază de eșantionare totalitatea școlilor primare din țară (4589 de școli) care au un număr de copii înscriși de cel puțin 40 de elevi / școală. Studiul s-a desfășurat pentru grupa de vârstă 8.0 – 8.9 ani. Din fiecare județ s-au selectat câte 5 școli – 2 școli din mediul urban și 3 școli din mediul rural – iar din București au fost selectate 2 școli. S-au planificat a fi introduși în studiu un număr de 4812 copii de 8 ani, randomizați din clasele a II-a și a III-a din școlile selectate. Dintre aceștia, au fost incluși în studiu, cu date complete 4348 de copii, ceea ce arată o rată de răspuns de 90,35%.

1. Caracteristicile demografice ale populației studiate

Populația inclusă în studiu a fost constituită în proporții relativ egale din băieți (50,02%) și fete (49,98%), neexistând o diferență semnificativă statistic în ceea ce privește distribuția pe sexe. Studiul distribuției populației studiate în funcție de mediul de rezidență relevă faptul că aproximativ jumătate (49,98%) dintre copii provin din mediul urban, 47% din mediul rural și doar 3% au mediul de rezidență semi-urban.

2. Caracteristicile antropometrice ale populației studiate

Media greutății măsurate în toată țara este de $29,29 \pm 7$ kg, cu o valoare minimă de 14,10 kg și o maximă de 70,40 kg. Media greutății la fete este semnificativ mai mică ($t = 5,809$, $p < 0,001$) la nivel național pentru copiii cu vârste cuprinse între 8 și 9 ani incluși în studiu ($M = 28,68 \pm 6,55$ kg) față de media greutății la băieții de aceeași vârstă ($M = 29,91 \pm 7,37$ kg) (Fig.52). Cea mai mare medie a greutății a fost înregistrată în județul Covasna ($M = 36,28$ kg), iar cea mai mică în Bacău, Harghita și Vrancea ($M = 27,06$, $26,94$, respectiv $27,07$ kg). Județele cu media greutății cea mai scăzută la fete au fost Bacău ($M = 25,82$ kg), Brașov ($M = 26,04$ kg), Vaslui ($M = 26,33$ kg), iar la băieți cea mai mică medie a greutății s-a înregistrat în județul Vrancea ($M = 26,21$ kg). Județul Covasna are cele mai mari medii atât pentru fete ($M = 35,29$ kg), cât și pentru băieți ($M = 37,38$ kg).

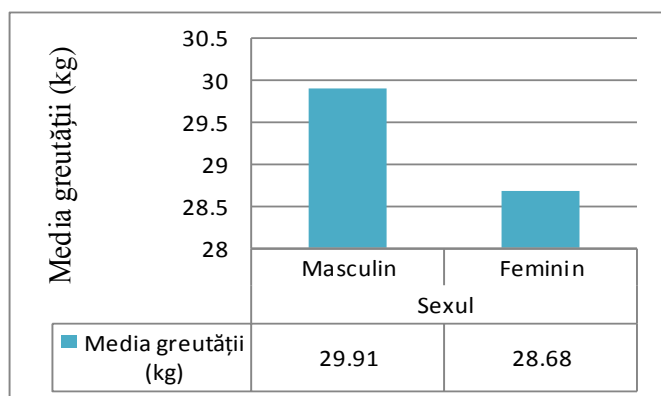


Fig. 52 Mediile greutăților înregistrate în funcție de sexul copiilor

Sursa: INSP – CNEPSS Raport național „Evaluarea stării de nutriție a copiilor din ciclul primar prin participarea la proiectul "European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)"

Media greutății în funcție de gradul de urbanizare al copiilor este semnificativ diferită ($F = 51,236$, $p < 0,001$) între mediul urban ($M = 30,34 \pm 7,09$ kg), cel semi-urban ($M = 29,32 \pm 6,69$ kg) și mediul rural ($M = 28,18 \pm 6,75$ kg).

Din raportul COSI elaborat după prima rundă de măsurători, reținem că media greutății la vârsta de 8 ani variază între 28,4 kg (Belgia) și 31,3 kg (Italia) la băieți, respectiv 28,3 kg (Norvegia) și 30,4 kg (Italia) la fete. (Sursa - *WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative 2008: weight, height and body mass index in 6–9-year-old children* - T. M. A. Wijnhoven & al.)

Media înălțimii la nivelul întregii populații incluse în studiu a fost de $131,81 \pm 6,74$ cm, cu o minimă de 106 cm și o maximă de 159 cm.

Media înălțimii la fete ($M = 131,21 \pm 6,64$ cm) este semnificativ statistic mai mică ($t = 5,893$, $p < 0,001$) decât media înălțimii la băieți ($M = 132,41 \pm 6,78$ cm) la nivel național (Fig.53). Județele în care se înregistrează cea mai mare medie a înălțimii pentru copiii de 8 ani sunt Tulcea ($M = 140,03$ cm) și Teleorman ($M = 139,32$ cm). Media cea mai mică a înălțimii s-a înregistrat în județele Brașov ($M = 128,26$ cm) și Bacău ($M = 128,24$ cm). Media înălțimii a înregistrat valori mai mari pentru fete în județele Tulcea ($M = 139,50$ cm) și Teleorman ($M = 138,76$ cm), iar pentru băieți în județele Tulcea ($M = 140,54$ cm) și Teleorman ($M = 139,92$ cm). Cele mai mici medii ale înălțimii au fost în județele Bacău ($M = 127,04$ cm) și Brașov ($M = 127,58$ cm) pentru fete și în județele Brașov ($M = 129,15$ cm) și Vrancea ($M = 129,18$ cm) pentru băieții incluși în studiu.

Media înălțimii în funcție de gradul de urbanizare al copiilor este semnificativ diferită ($F = 58,677$, $p < 0,001$) între mediul urban ($M = 132,89 \pm 6,59$ cm), cel semi-urban ($M = 131,45 \pm 6,64$ cm) și mediul rural ($M = 130,68 \pm 6,70$ cm).

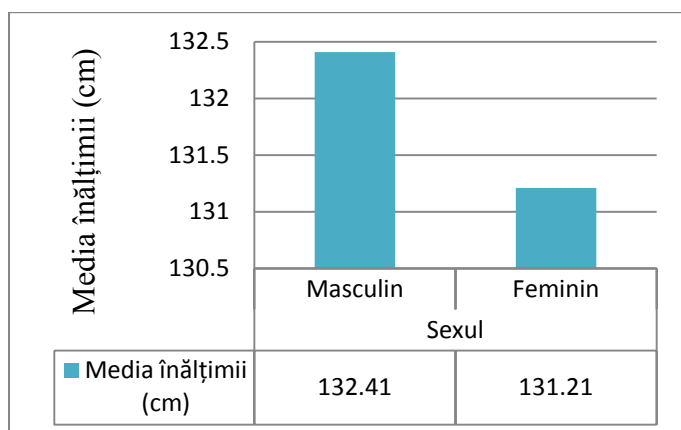


Fig. 53 Mediile înălțimii în funcție de sexul copiilor

Sursa: INSP – CNEPSS Raport național „Evaluarea stării de nutriție a copiilor din ciclul primar prin participarea la proiectul "European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)"

Din raportul COSI elaborat după prima rundă de măsurători, reiese că media înălțimii la vârsta de 8 ani variază între 132,8 cm (Belgia) și 134,1 cm (Slovenia și Suedia) la băieți, respectiv 131,7 cm (Norvegia, Italia) și 133,4 cm (Slovenia) la fete. (Sursa - WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative 2008: weight, height and body mass index in 6–9-year-old children - T. M. A. Wijnhoven & al.)

Indicele de masă corporală (IMC) la nivel național pentru populația studiată a fost de $16,72 \pm 3 \text{ kg/m}^2$, cu o minimă de $10,35 \text{ kg/m}^2$ și o maximă de $31,78 \text{ kg/m}^2$. Indicele de masă corporală la băieți ($M=16,91 \pm 3,13 \text{ kg/m}^2$) este semnificativ mai mare ($t = 4,105$, $p < 0,001$) față de indicele de masă corporală la fete ($M=16,53 \pm 2,86 \text{ kg/m}^2$). (Fig.54)

Media indicelui de masă corporală în funcție de gradul de urbanizare al copiilor este semnificativ diferită ($F = 26,499$, $p < 0,001$) între mediul urban ($M= 17,04 \pm 3,02 \text{ kg/m}^2$), cel semi-urban ($M = 16,83 \pm 2,83 \text{ kg/m}^2$) și mediul rural ($M = 16,37 \pm 2,95 \text{ kg/m}^2$).

Județul cu cea mai mare medie a indicelui de masă corporală este, de departe, județul Covasna, cu o

valoare de $20,68 \text{ kg/m}^2$. Cele mai mici valori medii ale indicelui de masă corporală a fost înregistrată în județele Teleorman ($M= 14,47 \text{ kg/m}^2$) și Tulcea ($M= 15,20 \text{ kg/m}^2$).

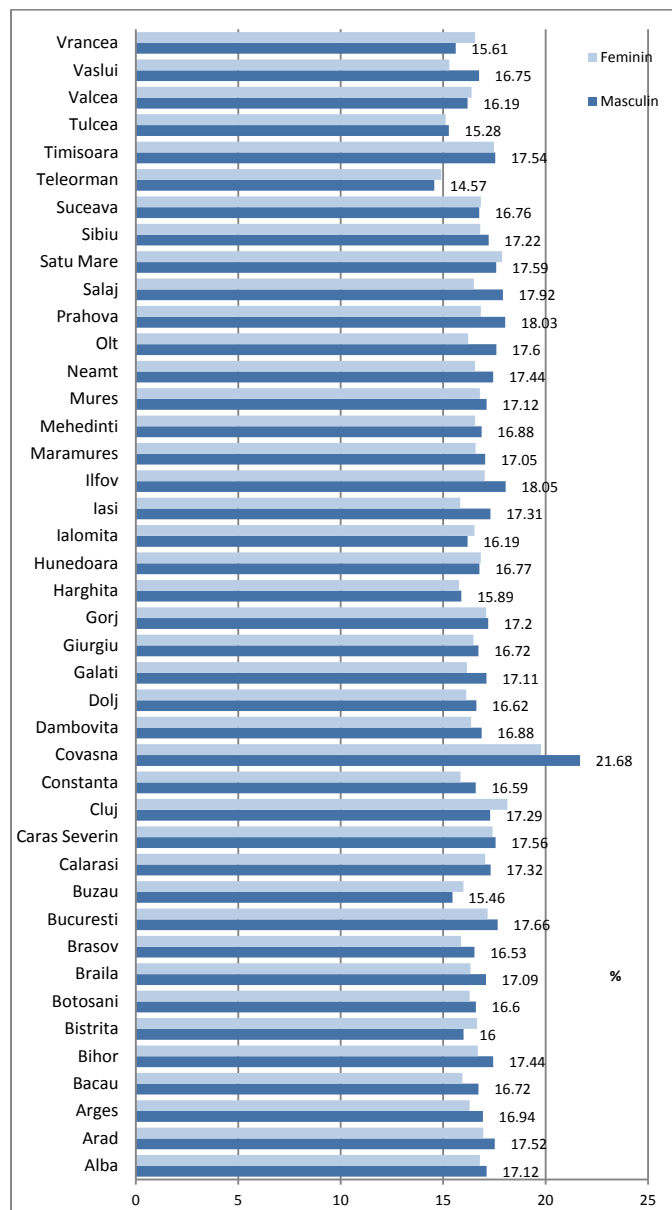


Fig. 54 Media indicelui de masă corporală pe județe în funcție de sexul copiilor

Sursa: INSP – CNEPSS Raport național „Evaluarea stării de nutriție a copiilor din ciclul primar prin participarea la proiectul "European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)"

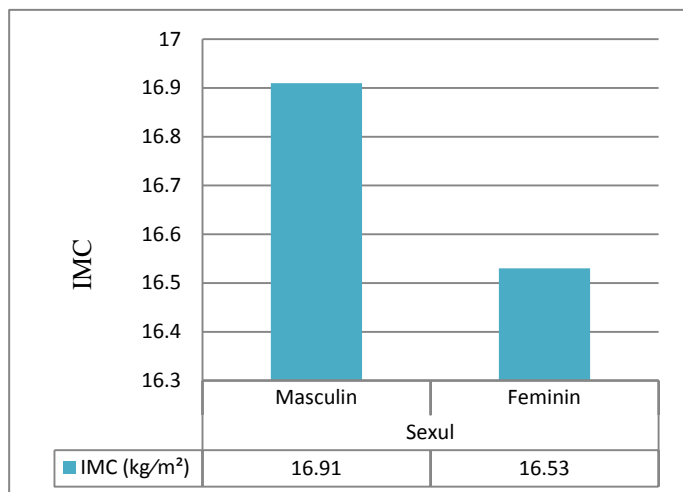


Fig. 55 Mediile indicelui de masă corporală în funcție de sexul copiilor

Sursa: INSP – CNEPSS Raport național „Evaluarea stării de nutriție a copiilor din ciclul primar prin participarea la proiectul "European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)"

În ceea ce privește valorile medii ale indicelui de masă corporală pe sexe, valorile cele mai mari au fost înregistrate în județul Covasna atât pentru sexul feminin ($M = 19,78 \text{ kg/m}^2$), cât și pentru cel masculin ($M = 21,68 \text{ kg/m}^2$). Cele mai mici valori medii ale indicelui de masă corporală s-au înregistrat în județele Teleorman și Tulcea, atât pentru fete ($14,91$, respectiv $15,12 \text{ kg/m}^2$), cât și pentru băieți ($14,57$, respectiv $15,28 \text{ kg/m}^2$).

Conform raportului COSI elaborat după prima rundă de măsurători, IMC la vârsta de 8 ani variază între 16 kg/m^2 (Belgia) și $17,7 \text{ kg/m}^2$ (Italia) la băieți, respectiv $16,1 \text{ kg/m}^2$ (Belgia) și $17,5 \text{ kg/m}^2$ (Italia) la fete. (Sursa - *WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative 2008: weight, height and body mass index in 6–9-year-old children* - T. M. A. Wijnhoven & al.)

Distribuția copiilor incluși în studiu a fost studiată în funcție de standardele Organizației Mondiale a Sănătății privind dezvoltarea antropometrică a copiilor.

În funcție de scorul Z, majoritatea copiilor ($54,03\%$) s-a încadrat la o deviație standard de mediană ($-1 \text{ SD} - \text{mediană} = 28,96\%$ și $\text{mediană} - 1 \text{ SD} = 25,07\%$). (Fig.56)

Copiii cu scor Z sub -1 SD au fost în proporție de $19,23\%$, dintre care $5,11\%$ se află sub -2 SD , respective $1,22\%$ sub -3 SD .

Au fost înregistrați $26,75\%$ dintre copii ca având scor Z peste 2 SD . Dintre aceștia $11,64\%$ aveau scor Z peste 2 SD , iar $2,6\%$ peste 3 SD .

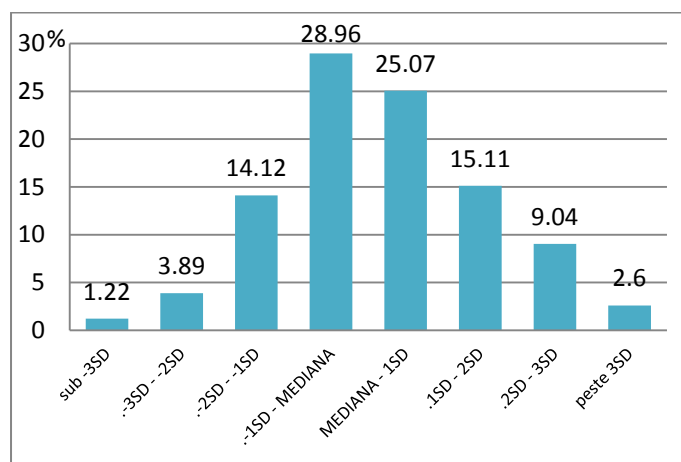


Fig. 56 Distribuția copiilor incluși în studiu în funcție de scorul Z

Sursa: INSP – CNEPSS Raport național „Evaluarea stării de nutriție a copiilor din ciclul primar prin participarea la proiectul "European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)"

În funcție de starea de nutriție, am clasificat copiii utilizând standardele Organizației Mondiale a Sănătății după calcularea scorului Z și a deviațiilor standard în: copii cu subnutriție, subnutriție severă, normoponderali, supraponderali și obezi. Conform sistemului de referință al Organizației Mondiale a Sănătății, sunt definite următoarele grupe de tulburări de creștere și dezvoltare

- $< -3 \text{ SD}$ – subnutriție severă
- $< -2 \text{ SD}$ – subponderali
- $> 1 \text{ SD}$ – supraponderali
- $> 3 \text{ SD}$ - obezitate

Majoritatea copiilor din studiu sunt normoponderali ($68,15\%$). $5,11\%$ dintre copiii incluși în studiu cu

vârstă de 8 ani au subnutriție, iar un procent de 1,22% au subnutriție severă.

Un procent îngrijorător (26,75%) dintre subiecții studiați sunt supraponderali sau obezi. Prevalența supraponderalității la copii de 8 ani din România este de 15,11%, iar prevalența obezității este de 11,64%. În ceea ce privește distribuția stării de nutriție pe sexe, 5,2% dintre fete și 5% dintre băieți au subnutriție, din care subnutriție severă prezintă 1% din fete și 1,4% din băieți. Procentul de fete normoponderale (71,1%) este cu 5,9% mai mare față de procentul de băieți normoponderali (65,2%). (Fig.57)

Prevalența supraponderalității și obezității la băieți (29,8%) este cu 6,1% mai mare decât la fete (23,7%). Prevalența obezității la băieții de 8 ani din România (15,03%) este cu 6,79% mai mare față de prevalența obezității la fetele de aceeași vârstă (8,24%).

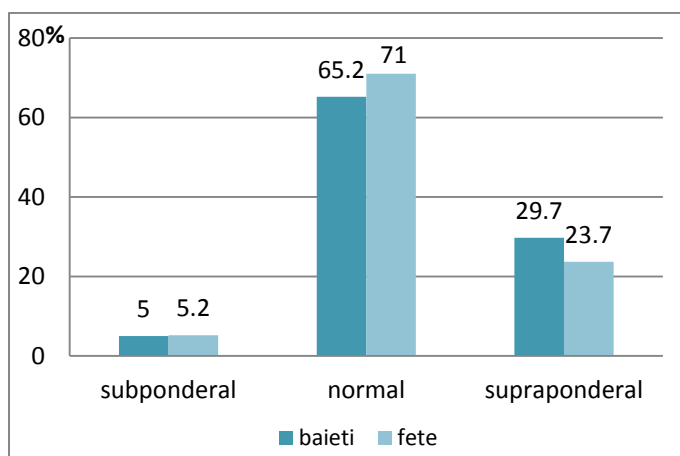


Fig. 57 Distribuția populației de studiu în funcție de starea de nutriție și sex

Sursa: INSP – CNEPSS Raport național „Evaluarea stării de nutriție a copiilor din ciclul primar prin participarea la proiectul "European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)"

Prevalența subnutriției severe nu diferă semnificativ în funcție de gradul de urbanizare. Prevalența subnutriției este mai mare în mediul rural (6,1%) față de mediul urban (4,2%) și mediul semi-urban (3,8%). Cea mai mare parte dintre copiii incluși în

studiu sunt normoponderali indiferent de mediul lor de rezidență (mediul urban – 64,2%, semi-urban – 71,2%, rural – 72,2%). (Fig.58)

Prevalența supraponderalității și obezității este de 31,6% în mediul urban și 21,7% în mediul rural. Un sfert din copiii care trăiesc în mediul semi-urban sunt supraponderali sau obezi. Cel mai mare procent de copii obezi s-a înregistrat în mediul urban (13,15%), urmat de cel din mediul rural (10,18%) și semi-urban (9,85%).

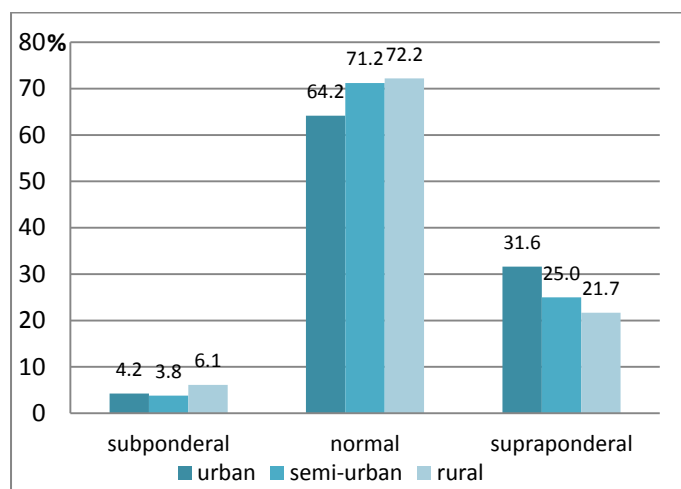


Fig. 58 Distribuția populației de studiu în funcție de starea de nutriție și mediu

Sursa: INSP – CNEPSS Raport național „Evaluarea stării de nutriție a copiilor din ciclul primar prin participarea la proiectul "European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)"

Conform raportului primei runde a studiului COSI, prevalența excesului de greutate (inclusiv obezitatea) la grupa de vârstă de 8 ani a variat între 22,1% (Belgia) și 49% (Italia) la băieți, iar la fete între 22,7% (Belgia) și 42,5% (Italia). Prevalența obezității se înscrie între următoarele limite: 7,5% (Norvegia) – 26,6% (Italia) la băieți și 6% (Norvegia) – 17,3% Italia. (Sursa - *WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative 2008: weight, height and body mass index in 6–9-year-old children* - T. M. A. Wijnhoven & al.)

CAP. III DETERMINANȚII SOCIALI AI STĂRII DE SĂNĂTATE A COPILULUI

Determinanții sociali ai sănătății sunt reprezentați de către condițiile în care oamenii se nasc, cresc, trăiesc, muncesc, îmbătrânesc, cât și de către sistemele puse în aplicare pentru a face față bolii. Aceste împrejurări sunt determinate de distribuția banilor, a puterii și a resurselor la nivel mondial, național și local.

Dezvoltarea cognitivă de lungă durată, a limbajului și dezvoltarea socială sunt influențate de calitatea primilor ani de învățare, din mediul casei parintești. Bunăstarea din perioada copilăriei determină o bună dezvoltare: educațională, fizică, socială și a capacității emoționale pentru relații susținute și aptitudini în legătură cu locul de muncă cum ar fi: persistența, lucrul în echipă și fiabilitatea. Dezvoltarea acestor capacități și trăsături se bazează pe familie, comunitate, contexte naționale și regionale. Unele familii sunt mai cultivate decât altele, unele comunități mai sigure decât altele și unele sisteme politice mai suportive decât altele. Practicile părinților au o influență puternică asupra copiilor. Interacțiunea din primele luni de viață poate seta direcția de dezvoltare socială și emoțională sănătoasă pentru tot restul vieții.

Multe dintre dovezile referitoare la practicile părinților s-au concentrat pe calitatea atașamentului copilului față de îngrijitorii cheie. Astfel starea sănătății mintale a părintelui, joacă un rol cheie în dezvoltarea copiilor, de exemplu, copiii care au mame cu deficiențe ale sănătății mintale fiind de cinci ori mai susceptibili să aibă

și ei probleme de sănătate mintală, inclusiv dificultăți emoționale și comportamentale.

Conflictul dintre părinți reprezintă de asemenea un alt factor de risc care poate să influențeze negativ dezvoltarea copiilor.

Sărăcia prezintă în perioada copilăriei, are o influență puternică asupra sănătății și a altor rezultate, pe tot parcursul vieții. Trăind în sărăcie, cantitatea de bani necesară pentru asigurarea nevoilor de bază se reduce și astfel scade capacitatea de asigurare a unei vieți sănătoase. În plus, sărăcia și, în special, datoriile, sunt strâns legate de ratele crescute ale afecțiunilor mentale materne și pot avea un impact negativ asupra calității de părinte, un factor deosebit de important în dezvoltarea copilului.

Sărăcia în perioada copilăriei este determinată parțial de piața forței de muncă și parțial de politicile sociale. Zonele cu un nivel ridicat al șomajului și/sau salarii mici, sunt susceptibile să înregistreze rate crescute ale sărăciei la copii, cu excepția cazului în care nivelul de sărăcie este atenuat de politicile de protecție socială.

În mod particular îngrijorează aspectul că, nu doar anumiți factori determinanți pentru sănătate, cum ar fi sărăcia și educația precară trec de la o generație la alta, cât mai ales faptul că aceștia se pot intensifica, în cazul în care copilul este expus la multiple procese de privare sau vulnerabilitate. Factorii care contribuie includ: contextul socio-economic, locația, cultura și tradiția, educația și ocuparea forței de muncă, veniturile și averea, stilul de viață și comportamentul. Toți acești factori afectează sănătatea și se pot consolida reciproc.

În timp, pot influența predispoziția genetică la anumite boli, deși moștenirea genetică a mai multor tipuri de probleme de sănătate nu a fost urmărită în cazul acestor determinanți.

Diferențe de gen semnificative se găsesc în diverse aspecte ale sănătății adolescenților. O stare de sănătate "satisfăcătoare" sau "deficitară", spre deosebire de o stare de sănătate "bună" sau "foarte bună", tinde să fie mai frecvent raportată de către fetele de 11, 13 și 15 ani cuprinse în cadrul studiului privind comportamentul legat de sănătate la copiii de vârstă școlară (HBSC). Cifrele pentru vârsta de 15 ani sunt prezentate în Fig.59.

Fetele au raportat mai frecvent, dureri de cap, de stomac și nervozitate (elemente care contribuie la măsurarea stării de sănătate autoevaluate). Acestea pot reflecta diferite răspunsuri la factorii de stres cu care se confruntă în perioada adolescenței sau diferențe culturale în raportarea problemelor de sănătate. Factorii biologici, precum și cei psiho-sociali contribuie la diferențele dintre adolescenți, fete și băieți.

Diferențele biologice (hormonii, de exemplu) pot să apară în funcție de nivelurile variabile ale riscului de rănire și să contribuie la diferențele nemulțumiri legate de sănătate, care în cele din urmă să conducă la niveluri diferite de raportare, însă diferențele psihosociale sunt considerate ca fiind mai importante în explicarea diferențelor de gen.

Stereotipurile de gen modelează așteptările fetelor și ale băieților. Ei se confruntă cu diferite oportunități și obstacole și pot să utilizeze strategii diferite de adaptare. Așteptările țin de

cultură, dând astfel naștere la o mare parte din variațiile dintre țări.

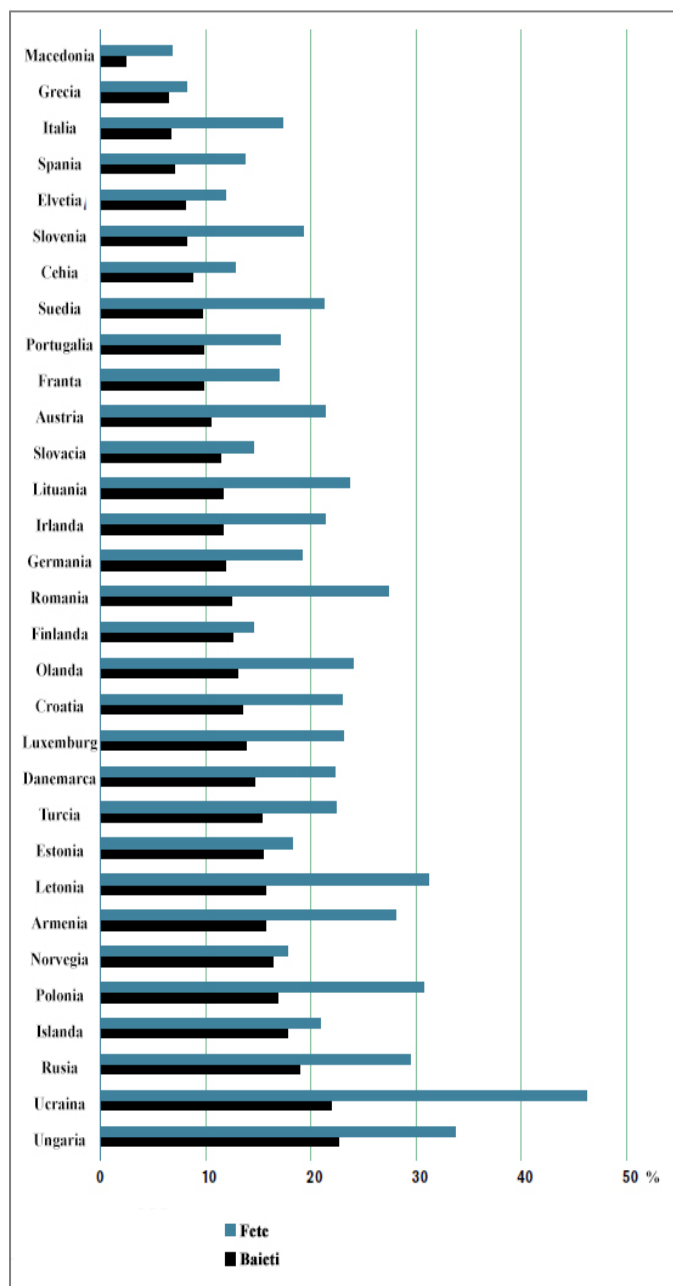


Fig. 59 Autoevaluarea sănătății în funcție de gen și țară, la vârsta de 15 ani-proporția celor care indică o stare de sănătate satisfăcătoare sau deficitară

Sursa:Raport OMS Europa 2013-Analiza determinantilor sociali și a stării de sănătate în regiunea europeană a OMS

Primii ani de dezvoltare, de educație și de sănătate

Multiple dovezi obținute din studiile de dezvoltare a copilului indică faptul că, copiii au nevoie de o bază solidă de dezvoltare fizică, emoțională și socială în primii ani, pentru a putea prospera și a rămâne sănătoși mai târziu în viață, iubitori, stabili, pentru toate acestea relațiile cu îngrijitorii fiind deosebit de importante.

Astfel de relații, în general sunt de dorit, însă nu sunt disponibile în egală măsură. Inegalitățile privind condițiile necesare unei bune dezvoltări a copilului pot fi traduse prin inechitățile sănătății și dezvoltării, identificate în primii ani de viață, care pot să aibă repercusiuni pe tot parcursul vieții. Ele pot fi remediate prin sprijinul familial, grija maternă, îngrijirea și educația copilului.

Disponibilitatea unui copil pentru școală, oferă o măsură a dezvoltării copilului în primii ani. Aceasta poate fi evaluată folosind indicatorii timpurii de dezvoltare fizică, comportamentală și cognitivă și este influențată de o gamă largă de factori care țin de copil, familie și societate.

Fig. 60 arată variații considerabile în participarea copiilor de vârstă preșcolară în cadrul procesului educațional, între țările central și est europene și cele din comunitatea statelor independente, variind de la mai jos de 20% în trei țări la peste 80% în patru dintre acestea.

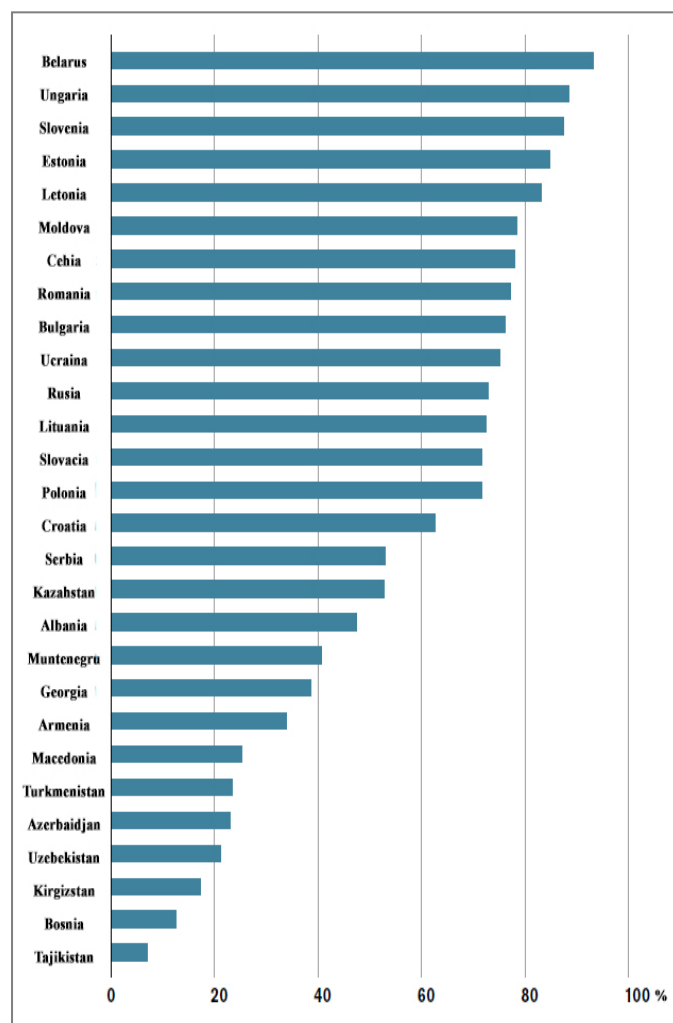


Fig. 60 Gradul de participare la educație a copiilor de vârstă preșcolară

Sursa: Raport OMS Europa 2013-Analiza determinantilor sociali și a stării de sănătate în regiunea europeană a OMS

Relația dintre sărăcie și sănătate la copii

Experiențele trăite pe tot parcursul copilăriei, au o relație deosebit de puternică cu șansele viitoare din viață și cu rezultatele stării de sănătate: cu cât condițiile în care un copil este crescut sunt mai sărace, cu atât este mai probabil ca rezultatele obținute ulterior să fie mai rele. Ratele mai mici ale sărăciei într-o serie de state membre ale UE, sunt asociate cu o mortalitate mai mică la copiii sub cinci ani.

Relația dintre mortalitatea infantilă și nivelul de sărăcie a fost de mult timp recunoscută. Fig. 61 ilustrează corelația puternică dintre ratele mortalității sub cinci ani și nivelurile de privare din gospodării, la nivel de țară, în întreaga regiune. Privarea ilustrată în Fig. 61 este măsurată prin procentul gospodăriilor lipsite de trei sau mai multe elemente esențiale din lista următoare: capacitatea de a se confrunta cu cheltuielile neprevăzute, de a lua anual o săptămână de vacanță departe de casă, de a plăti ipoteca sau chiria, de a plăti facturile utilităților sau ratele de închiriere, de a avea o masă cu carne, pui sau pește, o dată la două zile; de a putea încălzi locuința în mod adecvat și de a avea o mașină de spălat, un televizor color și un telefon.

Aceste elemente reprezintă modele de consum considerate ca norme sociale pentru gospodăriile din Europa în primul deceniu al secolului XXI.

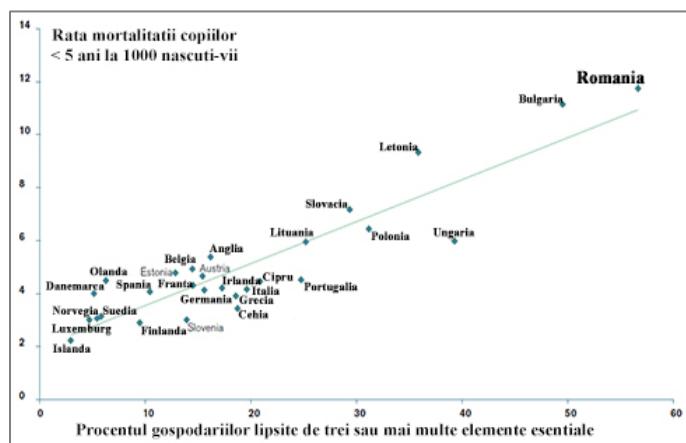


Fig. 61 Mortalitatea în rândul copiilor sub cinci ani și procentul de gospodării defavorizate (lipsite de trei sau mai multe elemente esențiale) în țările selectate din regiunea europeană

Sursa: Raport OMS Europa 2013-Analiza determinantilor sociali și a stării de sănătate în regiunea europeană a OMS

Sondajul UE privind veniturile și condițiile de viață în 2009 a arătat o mare varietate a ratelor sărăciei la copii, în cadrul Uniunii Europene 10–33% (Fig.62), în ciuda unor niveluri mai ridicate ale venitului mediu în vest și unele zone centrale ale regiunii, față de țările din centrul și estul Europei și față de țările din comunitatea statelor independente. Rata în cadrul țărilor s-a schimbat între 2005 și 2009 cu un punct procentual sau mai mult, în 20 dintre țările

prezentate în Fig.62, din care 11 au înregistrat creșteri.

În mod particular, copiii din familiile cu un singur părinte, care au o probabilitate crescută să fie conduse de către femei, sunt mai susceptibili să trăiască în sărăcie decât copiii din familiile cu ambii părinți.

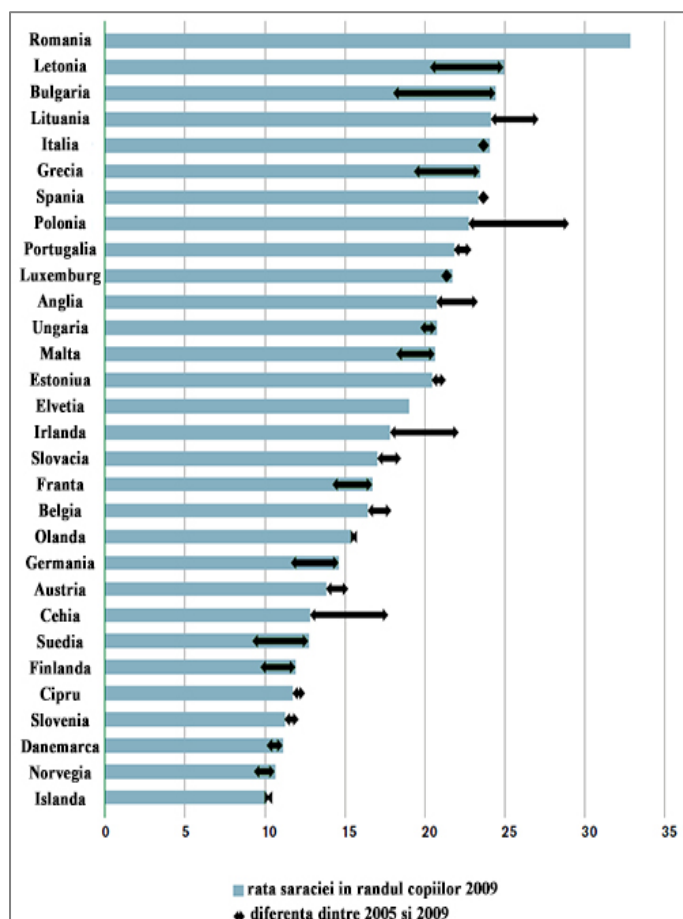


Fig. 62 Ratele sărăciei la copii în țările europene selectate în anul 2009 și schimbările față de anul 2005

Sursa: Raport OMS Europa 2013-Analiza determinantilor sociali și a stării de sănătate în regiunea europeană a OMS

CAP. IV ROLUL CONTRACEPȚIEI ÎN PLANIFICAREA FAMILIALĂ LA ELEVI ȘI STUDENȚI

Planificarea familială este un model cultural, determinat de numeroși factori. Exercițarea planificării familiale presupune trei condiții: cunoaștere, atitudine și practicare, în sensul că trebuie să existe o informație corectă, urmată de o motivație pentru adaptarea deciziei de a avea un anumit număr de copii. Planificarea familială se bazează pe dreptul fundamental al tuturor cuplurilor și persoanelor de a decide liber și responsabil asupra numărului de copii pe care doresc să îl aibă și asupra intervalului dintre nașteri. Ea acordă indivizilor și cuplurilor dreptul de a-și consolida propria fertilitate și de a avea numărul dorit de copii atunci când consideră oportun. Planificarea familială contribuie la reducerea sarcinilor nedorite, la evitarea deceselor materne și infantile, a malnutriției, sărăciei, și la reducerea transmiterii infecției HIV, dar și la dezvoltarea economică.

Serviciile de planificare familială includ:

- Contracepția și serviciile de sănătate a reproducerii în sens larg, inclusiv educație și consiliere.
- Consultații sân și examene pelvine.
- Consultații sân și screening-ul cancerului de col uterin.
- Educație de prevenire, consiliere, testare în cazul infecției cu transmitere sexuală (ITS) și virusul imunodeficienței umane (HIV).
- Diagnostic de sarcină și consiliere.

Abstenența de la activitatea sexuală este singura metodă având probabilitatea maximă de a evita sarcini nedorite. Cele mai eficiente metode de prevenire a sarcinii nedorite includ utilizarea de lungă durată a contraceptivelor reversibile, cum ar fi dispozitivele intrauterine (DIU) și implanturi contraceptive. Prezervativele protejează atât împotriva sarcinii nedorite și ITS, iar utilizarea lor ar trebui să fie încurajată. Atât bărbații, cât și femeile ar trebui să fie consiliați cu privire la folosirea prezervativelor la fiecare contact sexual.

Serviciile de sănătate reproductivă și sexuală pot: să prevină sarcinile nedorite. Riscurile asociate cu sarcina nedorită includ greutate mică la naștere, depresie postpartum, întârzieri în primirea de îngrijire prenatală, și stresul în familie.

- să fie evitată sarcina la vârsta adolescenței.
- să detecteze anumite condiții de sănătate.
- să depisteze și să trateze boli cu transmitere sexuală. Bolile cu transmitere sexuală netratate pot avea consecințe grave de sănătate pe termen lung, mai ales pentru adolescente și femei tinere.
- să reducă ratele de infertilitate.
- să ducă la încetinirea evoluției transmiterii HIV, prin testare și tratament adecvat. Persoanele care trăiesc cu HIV care primesc tratament antiretroviral au o probabilitate de 92% mai mică de a transmite HIV.

La nivel global, în 2012, metodele contraceptive moderne sunt folosite de către femeile cu vârste între 15 – 49 ani, în proporție de 57% în 2012: în Africa 24%, Asia 62%, iar în America Latină 67%. **S-a constatat în 2013 că mai puțin de 50% dintre femeile de vârstă fertilă utilizează contraceptive moderne în peste 10 țări din Regiunea Europeană, iar în unele țări procentul este sub 20%, mai mic decât media pentru țările subdezvoltate.**

Rata prevalenței contraceptivelor (procentajul de femei cu vârste între 15-49 ani care utilizează în mod curent cel puțin o metodă contraceptivă sau al cărei partener utilizează curent o astfel de metodă), a fost în Regiunea Europeană de 70,7% în perioada 2000 – 2010 (conform datelor OMS). În Europa, peste 25% dintre tinerii cu vârste între 15 – 24 ani au contact sexual neprotejat. 76% dintre ei folosesc prezervativul, 40% pilula contraceptivă și 16% coitus interruptus.

Conform Societății Europene a Contracepției, 85% dintre sarcinile adolescentelor sunt neplanificate și anual milioane de oameni sunt infectate de boli cu transmitere sexuală datorită neprotejării prin metode contraceptive.

În perioada 22 – 25 mai 2013 a avut loc prima Conferință globală asupra contracepției, sănătății reproductive și sexuale, la Copenhaga, la care au participat 92 de țări. S-a accentuat lipsa de acces la informații și servicii legate de planificarea familială, infecțiile cu transmitere sexuală, etc. S-a constatat că mai puțin de 50% dintre femeile de vârstă fertilă utilizează contraceptive moderne în peste 10 țări din Regiunea Europeană, iar în unele țări procentul este sub 20%, mai mică decât media pentru țările subdezvoltate.

METODOLOGIE:

Studiul s-a efectuat în anul 2013, la cabinetele de planificare familială din municipiul Iași (Spitalul de Obstetrică și Ginecologie Elena Doamna, Policlinica pentru studenți și elevi și Cabinetul medical studentesc nr. 7 Iași al Direcției de Asistență Comunitară Iași). Loturile de studiu au fost constituite din femei cu vârste între 15 și 24 ani, care utilizează serviciile de planificare familială, deci în momentul în care acestea s-au prezentat la

cabinet. Perioada de studiu pentru anul 2013 a fost septembrie, octombrie, noiembrie și decembrie.

Subiecții au completat un chestionar în prezența intervievatorului, la cabinet. Chestionarul a fost constituit din 21 de întrebări, dintre care, un număr de 8 au fost cu răspunsuri deschise. Un număr de 110 chestionare au fost completate.

Chestionarul a cuprins: starea de sănătate actuală; cunoștințe despre metodele tradiționale și moderne de contracepție; utilizarea acestor metode; utilizarea serviciilor de planificare familială; gradul de satisfacție cu privire la serviciile oferite; surse de informare și aprovizionare.

REZULTATE

În perioada septembrie – decembrie 2013, au fost completate 110 chestionare *"Chestionar privind atitudinea față de metodele contraceptive"*, de către tinerele cu vârste între 15 și 26 de ani, care au apelat la serviciile de planificare familială de la Spitalul de Obstetrică și Ginecologie Elena Doamna, Policlinica pentru studenți și elevi și Cabinetul medical studentesc nr. 7 Iași al Direcției de Asistență Comunitară Iași. Au fost vizate fete și tinere cu vârsta între 15 – 26 ani.

Repartiția pe grupe de vârstă, între 15 – 19 ani a fost: 10%, între 20 – 24: 85,45% și 24 – 26 ani, 4,55%.

Toate tinerele incluse în studiu au fost studente.

Ca mediu de reședință, 90% au fost din mediul urban, iar 10% din rural. 95,45% au fost necăsătorite, iar 4,55% căsătorite.

Un procent de 97,27% nu au avut sarcini, iar 2,73% au avut o sarcină. 99,09% nu au avut avorturi, iar 0,91% au avut câte un avort. Ca număr de copii, 98,18% nu au copii, iar 1,82% au un copil (Fig.63).

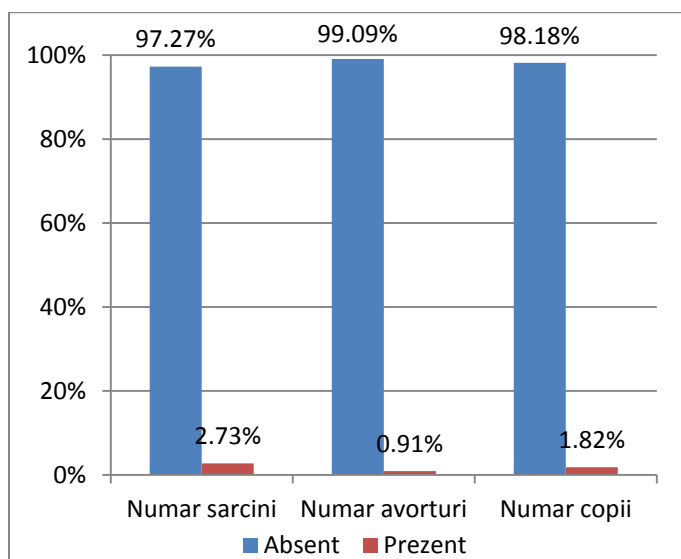


Fig. 63 Repartiția subiecților în funcție de numărul de sarcini, avorturi și copii

Sursa: INSP – CRSP Iași, studiul „Rolul contracepției în planificarea familială la elevi și studenți”

Cu privire la antecedentele de boală, 2,73% au avut afecțiuni cardiovasculare, 5,45% au avut hipertensiune arterială, 32,73% migrenă, 3,64% afecțiuni maligne ale sânelui, 2,73% sângerări vaginale de cauză nediagnosticată, 6,37% hepatite, iar 57,27% nu au avut nici una dintre boli.

Dintre respondenți, 57,27% nu au avut nici o boală în antecedente, 35,46% au avut o boală și 7,27% au avut două sau mai multe boli.

Referitor la statusul de fumător, 23,64% au răspuns că sunt fumătoare și 76,36% nefumătoare.

Cunoștințele asupra metodelor contraceptive moderne, au fost prezente la aproximativ 96,36% dintre fete (cunoșteau date despre prezervativ), 88,18% despre pilulele contraceptive, 52,73% despre sterilet, 14,55% despre spermicide, 32,73% despre ligatura trompelor și 44,55% despre alte metode moderne (contraceptive injectabile, diafragma, buretele contraceptiv, plasurele contraceptiv, inelul vaginal, implantul contraceptiv, vasectomia, pilula "de a doua zi", Fig.64).

Dintre metodele tradiționale, 22,73% dintre fete cunoșteau date despre coitus interruptus, 60,91% despre metoda calendarului, 6,36% alte metode (alăptarea, metoda temperaturii bazale, metoda ovulației).

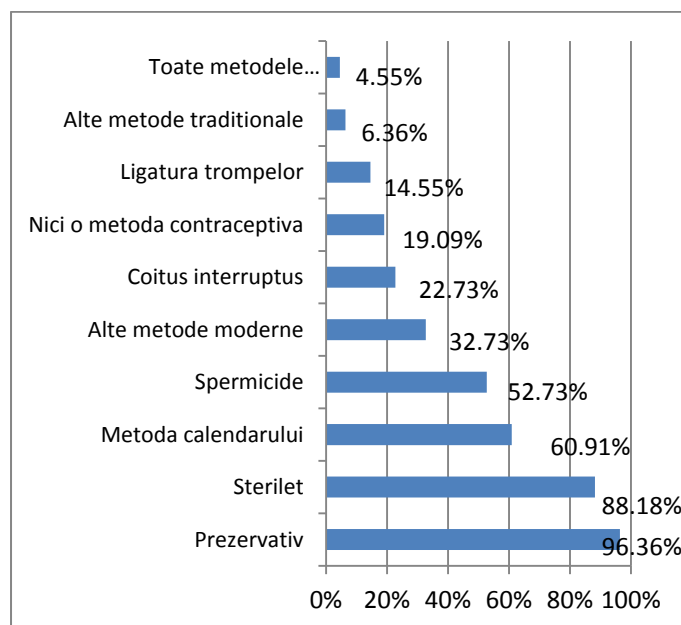


Fig. Fig. 64 Repartiția metodelor contraceptive cunoscute

Sursa: INSP – CRSP Iași, studiul „Rolul contracepției în planificarea familială la elevi și studenți”

Dintre metodele moderne, 0,91% dintre subiecți nu cunoșteau nici o metodă modernă, 9,09% o metodă, 26,36% două metode și 63,64% trei sau mai multe metode.

Dintre metodele tradiționale, 30% dintre subiecți nu cunoșteau nici o metodă, 49,09% o metodă, 16,36% două metode și 4,55% mai multe metode.

Dintre **metodele contraceptive folosite**, prezervativul a reprezentat 48,18%, pilulele 30%, spermicidele 0,91%, inelul vaginal 1,82%, metoda calendarului 1,82%, pilula de a doua zi 2,73%, 36,36% nu au folosit iar 1,82% dintre fete nu au răspuns (Fig.65).

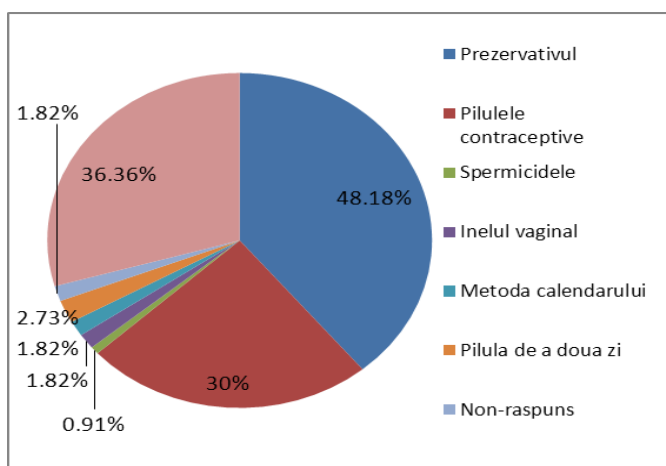


Fig. 65 Repartiția metodelor contraceptive folosite de subiecți

Sursa: INSP – CRSP Iași, studiul „Rolul contracepției în planificarea familială la elevi și studenți”

Dintre fete, 43,64% au utilizat o metodă, 14,54% două metode, 3,64% trei metode, 36,36% au declarat că nu au folosit metode în combinație și 1,82% nu au răspuns.

În combinație, prezervativul și pilulele au fost folosite în proporție de câte 6,36%, alte metode 1,82%, nu au folosit combinații 84,55% dintre respondenți iar 7,27% nu au răspuns.

Debutul utilizării metodelor contraceptive a fost sub 18 ani la 11,82% dintre fete, între 18 – 20 ani, 47,27%, peste 20 ani – 6,36%, iar 34,55% nu au răspuns (Fig.66).

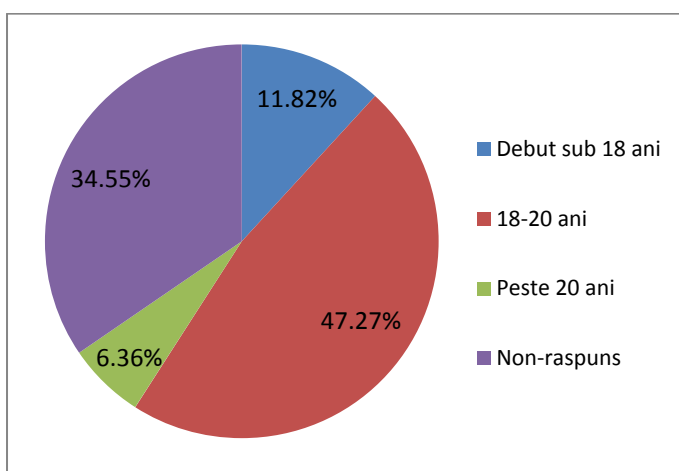


Fig. 66 Repartiția metodelor contraceptive după debutul utilizării la subiecți

Sursa: INSP – CRSP Iași, studiul „Rolul contracepției în planificarea familială la elevi și studenți”

În prezent, 34,54% utilizează prezervativul, 9,09% pilulele, metoda calendarului 2,73%, inelul vaginal 0,91%, iar 52,73% nu au răspuns (Fig.67).

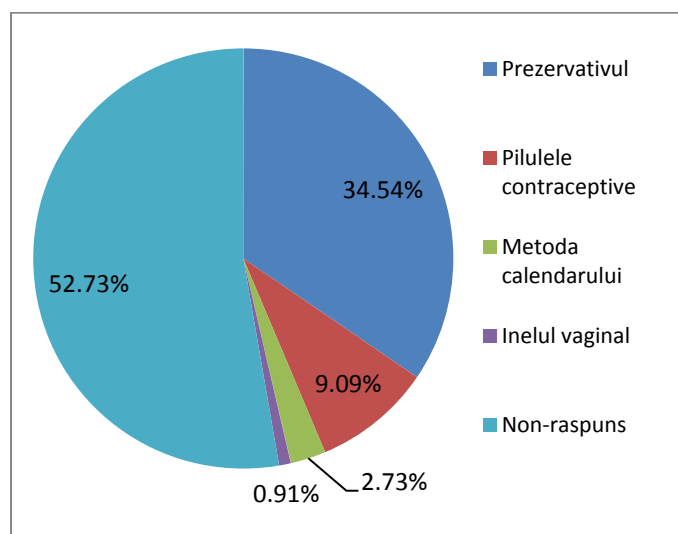


Fig. 67 Repartiția metodelor contraceptive folosite în prezent la subiecți

Sursa: INSP – CRSP Iași, studiul „Rolul contracepției în planificarea familială la elevi și studenți”

Perioada de utilizare

Metodele contraceptive au fost folosite o perioadă mai mică de un an de 7,27%, între 1-3 ani de 30%, peste 3 ani de 8,18%, iar 54,55% nu au răspuns (Fig.68).

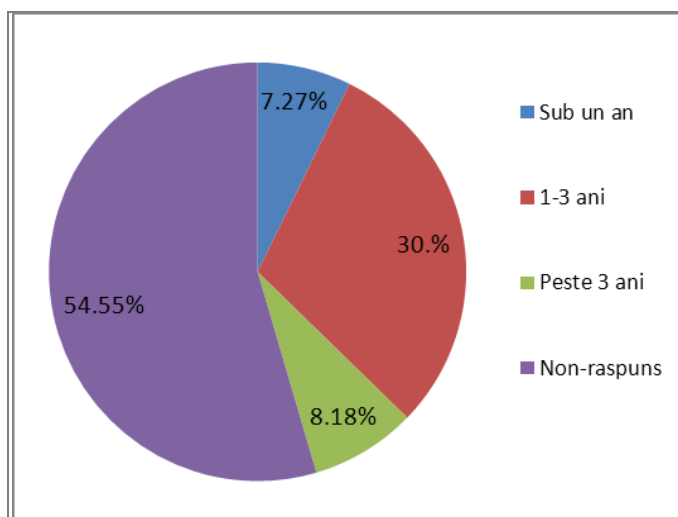


Fig. 68 Repartiția metodelor contraceptive folosite după perioada de utilizare la subiecți

Sursa: INSP – CRSP Iași, studiul „Rolul contracepției în planificarea familială la elevi și studenți”

Motivație pentru neutilizare

Dintre motivele pentru care nu folosesc metode contraceptive, teama pentru sănătate a reprezentat 16,36%, efectele secundare ale metodelor 16,36%, preferințele partenerului 8,18%, costul 0,91%, accesibilitatea 0,91%, credința că nu poate rămâne însărcinată 1,82%, starea de sarcină sau lăuzie 3,64%, dorința de a rămâne însărcinată 6,36%, religia 5,45%, recomandarea medicului 1,82%, nu știu 15,45%, nu vreau 0,91% și 47,27% nu au răspuns (Fig.69).

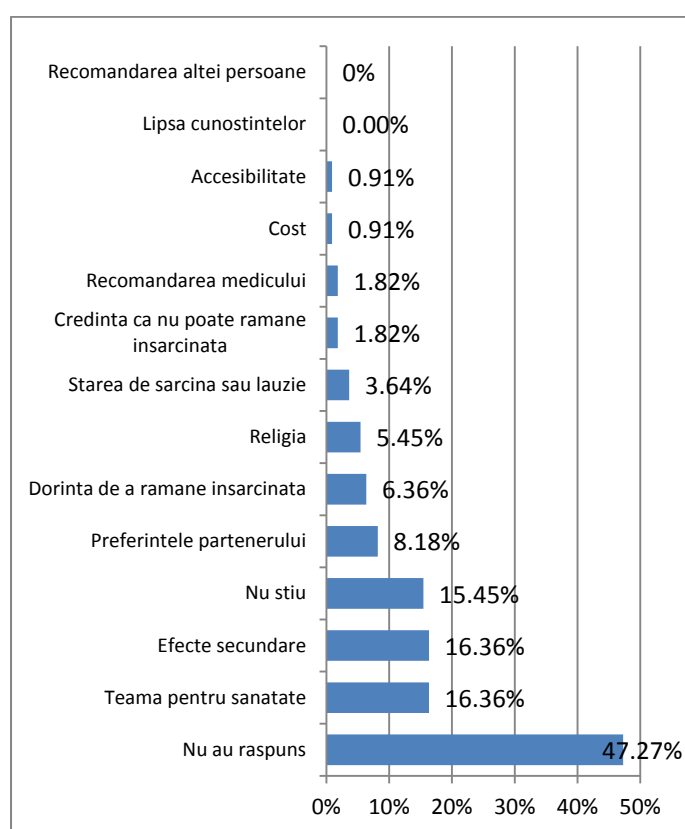


Fig. 69 Repartiția motivelor nefolosirii metodelor contraceptive

Sursa: INSP – CRSP Iași, studiul „Rolul contracepției în planificarea familială la elevi și studenți”

Dintre subiecți, 16,37% au avut un motiv să nu utilizeze metodele contraceptive, 15,45% au avut două motive, 3,64% au avut trei motive, 0,91% mai multe motive, 15,45% nu știu și 48,18% nu au răspuns.

Ca **motiv al abandonării metodelor contraceptive utilizate**, greața și vărsăturile au reprezentat 5,45%, cefaleea și amețelile 3,64%, creșterea în greutate 7,27%, lipsa menstruației 0,91%, alte motive 10% (preferințele partenerului, scăderea plăcerii, scurgeri vaginale), 34,54% au răspuns că nu au abandonat, iar 44,55% nu au răspuns.

În ceea ce privește **eficacitatea (cunoscută) a metodei folosite**, foarte eficace au răspuns 35,46% dintre fete, eficace – 29,09%, ineficace 0% și nu știu – 17,27%, iar 18,18% nu au răspuns.

Avantajele cunoscute ale utilizării contraceptivelor

Dintre avantajele metodelor contraceptive, răspunsurile au fost:

- pilulele
 - reglează menstruația – 61,82% din totalul subiecților
 - reduc pierderile de sânge – 22,73%
 - reduc durerile menstruale – 43,64%
 - acțiune preventivă pentru unele forme de cancer genital – 11,82%
- prezervativul
 - protejează de bolile cu transmitere sexuală și alte infecții – 86,36%
 - cresc plăcerea actului sexual – 7,27%
- dispozitivele intrauterine
 - cresc plăcerea actului sexual – 5,45%
 - cost relativ redus – 16,36%
- 8,18% nu au răspuns.

Dintre subiecți, 24,54% cunoșteau avantajele prezervativului, 4,55% ale pilulelor contraceptive, 43,64% avantajele atât ale pilulelor cât și ale prezervativului, 1,82% avantajele prezervativului și dispozitivelor intrauterine, 16,36% avantajele celor trei metode și 9,09% nu au răspuns (Fig.70).

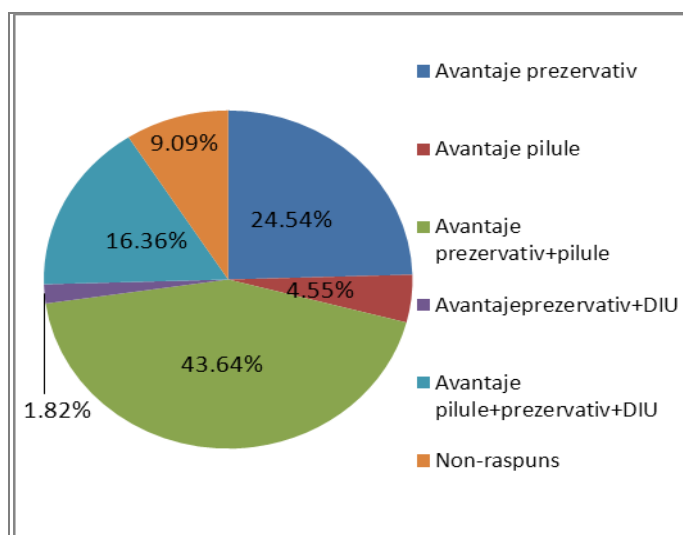


Fig. 70 Repartiția subiecților după cunoașterea avantajelor metodelor contraceptive

Sursa: INSP – CRSP Iași, studiul „Rolul contracepției în planificarea familială la elevi și studenți”

Dezavantajele cunoscute ale contraceptivelor

Dintre dezavantajele metodelor contraceptive cunoscute, răspunsurile au fost:

-pilulele: costul, risc digestiv, risc cardiovascular, ora fixă (câte 0,91%), embolie la fumătoare, uitarea, risc infertilitate (câte 1,82%), risc de boli cu transmitere sexuală 2,73%, dereglări hormonale, tromboembolie (câte 4,55%), risc îngrășare 10,91% din totalul subiecților.

-prezervativul: alergii (0,91%), dureri, libidou scăzut, risc de infecții (câte 3,64%), reduce plăcerea 18,18%, iar ruperea 26,36%.

- dispozitivele intrauterine – răni interne 0,91%, infecție 1,82%.

- 49,09% nu au răspuns.

Dintre subiecți, 17,27% cunoșteau dezavantajele prezervativului, 11,82% ale pilulelor contraceptive, 15,45% dezavantajele atât ale pilulelor cât și ale prezervativului, 1,82% dezavantajele prezervativului și dispozitivelor intrauterine, 0,91% dezavantajele pilulelor și dispozitivelor intrauterine (DIU), 1,82%

dezavantajele celor trei metode și 50,91% nu au răspuns.

Utilizarea serviciilor de planificare familială

În general, tinerele au apelat la unul sau mai multe servicii: de planificare familială, cabinetul medicului de familie, cabinet ginecologic sau spital.

Serviciile de planificare familială, în asociere cu celelalte servicii, au reprezentat 12,73% (82,73% nu au apelat). Cabinetul medicului de familie în asociere cu celelalte servicii a fost utilizat în proporție de 25,45% (70% nu au apelat), cabinetul ginecologic 35,45% (60% nu au apelat) iar serviciile spitalicești au fost utilizate în proporție de 12,73% (82,73% nu au apelat). Procentul celor care nu au răspuns variază 4,55% dintre subiecți nu au răspuns (Fig. 71).

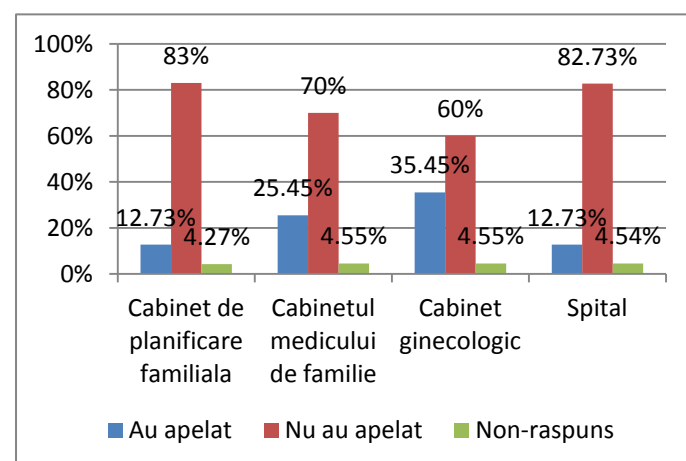


Fig. 71 Repartiția utilizării serviciilor de planificare familială

Sursa: INSP – CRSP Iași, studiul „Rolul contracepției în planificarea familială la elevi și studenți”

Tinerele au apelat numai la serviciile cabinetelor de planificare familială în proporție de 1,82%. Serviciile medicului de familie au fost utilizate în exclusivitate de un procent de 5,45%. Cabinetul ginecologic a fost utilizat în exclusivitate de 10,90% dintre tinere. Numai 0,91% au apelat numai la serviciile spitalicești.

Un procent de 6,36% dintre tinere au apelat atât la cabinetul de planificare familială cât și la cel ginecologic. 8,18% dintre tinere au apelat atât la medicul de familie, cât și la cabinetul ginecologic, 4,55% la medicul de familie și spital, 1,82% la cabinetul ginecologic și spital.

Un procent de 3,64% dintre tinere au apelat atât la medicul de familie, cabinetul ginecologic, cât și la spital, 2,73% la cabinetul de planificare familială, ginecologic și medicul de familie. La toate cele 4 tipuri de servicii au apelat 1,82% dintre tinere. Un procent de 47,27% nu au apelat la nici un serviciu menționat. 4,55% reprezintă non răspuns.

Motivația utilizării serviciilor de planificare familială

Motivele pentru care au apelat la serviciile de planificare familială au fost: control 12,73%, probleme de sănătate (secreții anormale, lipsa menstruației, chisturi ovariene, dureri menstruale, etc.) – 11,82%, informare 5,45%, contracepție 4,55% și 65,45% nu au răspuns (Fig. 72).

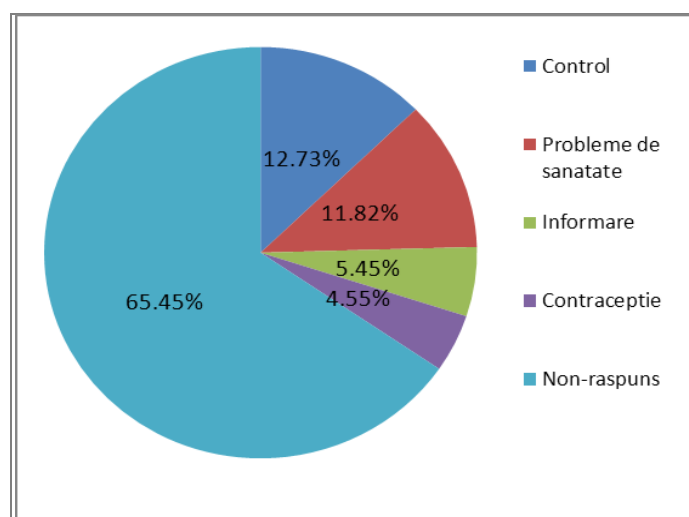


Fig. 72 Repartiția motivelor apelării la serviciile de planificare familială

Sursa: INSP – CRSP Iași, studiul „Rolul contracepției în planificarea familială la elevi și studenți”

Satisfacția cu privire la serviciile solicitate

Întrebate dacă au fost satisfăcute de nivelul de informații primite, situația este următoarea: 23,64% fiind foarte mulțumite, 24,55% - parțial mulțumite, 26,36% - mulțumite, iar 0,91% nemulțumite de informațiile primite. 9,09% nu știu să răspundă, iar 15,45% nu au răspuns.

Percepția calității serviciilor

Mulțumiți

Tinerele au răspuns la întrebările legate de cum au perceput acestea calitatea serviciilor la care au apelat, astfel:

- pentru serviciile primite la cabinetul de planificare familială, 19,09% (din totalul subiecților) au răspuns că sunt mulțumite, 1,82% că nu sunt mulțumite, 2,73% nu știu și 62,73% nu au consultat;
- pentru serviciile primite la cabinetul medicului de familie, 20,91% au răspuns că sunt mulțumite, 5,45% că nu sunt mulțumite, 2,73% nu știu și 49,09% nu au consultat;
- pentru serviciile primite la cabinetul ginecologic, 27,27% au răspuns că sunt mulțumite, 4,55% că nu sunt mulțumite, 1,82% nu știu și 54,55% nu au consultat;
- pentru serviciile primite la spital, 8,18% au răspuns că sunt mulțumite, 6,36% că nu sunt mulțumite, 2,73% nu știu și 57,27% nu au consultat (Fig.73).

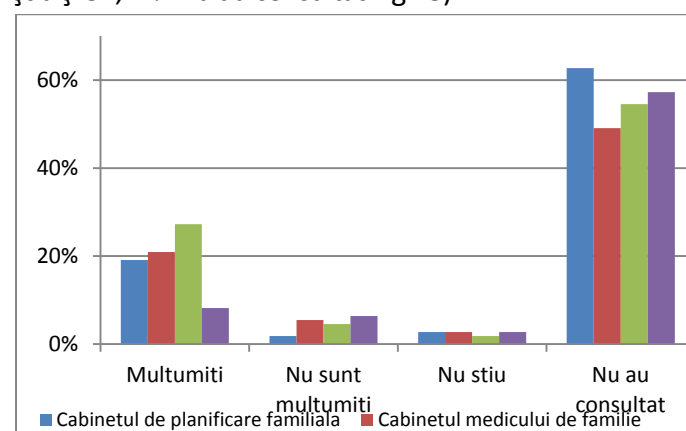


Fig. 73 Procentul de servicii utilizate și gradul de mulțumire

Sursa: INSP – CRSP Iași, studiul „Rolul contracepției în planificarea familială la elevi și studenți”

Nemulțumiți

Un procent de 0,91 susțin că au fost nemulțumite de serviciile de planificare familială, în proporție de 0,91%, 2,73 susțin că au fost nemulțumite de serviciile medicului de familie, 1,82 de serviciile oferite de cabinetul ginecologic, 4,54 de serviciile spitalicești. Un procent de 0,91% dintre fete au fost nemulțumite atât de serviciile primite de la medicul de familie cât și de cele de la cabinetul ginecologic, 0,91% de medicul de familie și spital. Non răspuns 88,18% dintre fete (Fig.74).

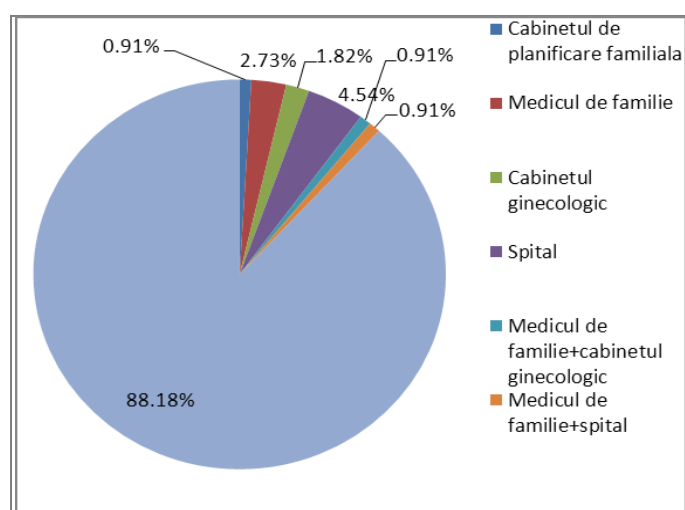


Fig. 74 Repartiția subiecților nemulțumiți de calitatea serviciilor utilizate

Sursa: INSP – CRSP Iași, studiul „Rolul contracepției în planificarea familială la elevi și studenți”

Nu știu

Dintre subiecți, un procent de 20,91% au răspuns că nu știu dacă au fost mulțumiți sau nu de serviciile primite, iar restul de 79.09% non-răspuns(Fig.75).

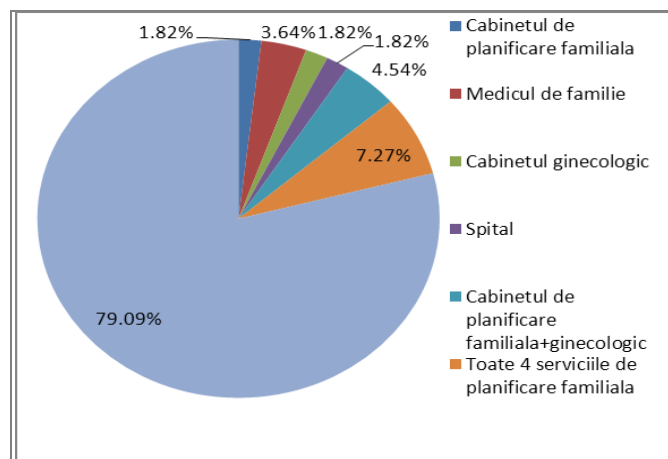


Fig. 75 Repartiția subiecților cu răspuns nu știu, referitor la satisfacția asupra serviciilor utilizate

Sursa: INSP – CRSP Iași, studiul „Rolul contracepției în planificarea familială la elevi și studenți”

Nu au apelat la serviciile menționate

Dintre fete:

- 5,45% *nu au apelat la* cabinetul de planificare familială, 2,73% la spital.
- 0,91% nu au apelat nici la cabinetul de planificare familială și nici la medicul de familie.
- 0,91% nu au apelat nici la cabinetul de planificare familială și nici la cel ginecologic
- 3,64% nu au apelat nici la cabinetul de planificare familială și nici la spital
- 4,54% nu au apelat nici la cabinetul de planificare familială și nici la spital
- 0,91%, nu au apelat la cabinetul de planificare familială, medicul de familie și spital
- 1,82% nu au apelat la medicul de familie, cabinetul ginecologic și spital
- 0,91% nu au apelat la nici un serviciu specificat.

- 36,36% nu au apelat la cabinetul de planificare familială, ginecologic și spital.

- 42,73% nonrăspunsuri.

În ceea ce privește numărul surselor de informare referitoare la metodele contraceptive: 41,83% au utilizat mai multe surse de informare, 16,36% au utilizat o singură sursă de informare, 17,27% două surse, 17,27% trei surse,, 0,91% nu știu și 6,36% nu au răspuns (Fig. 76).

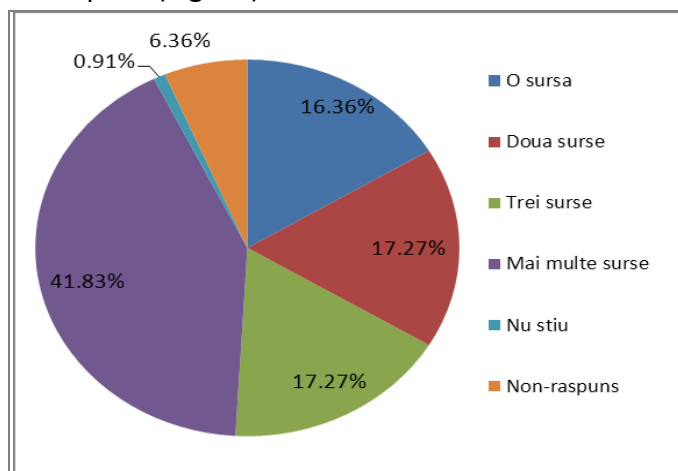


Fig. 76 Repartiția subiecților după numărul surselor de informare asupra metodelor contraceptive

Sursa: INSP – CRSP Iași, studiul „Rolul contracepției în planificarea familială la elevi și studenți”

Care sunt sursele de aprovizionare cu mijloace contraceptive?

Farmacia este sursa de aprovizionare cea mai frecvent utilizată – 76,36%; cabinetul medicului de familie / dispensar-16,36%; cabinetul ambulatoriului de specialitate - 4,55%; cabinetul/clinica de planificare familială - 8,18%; spital / maternitate /secție de ginecologie - 9,09%; piață 7,27%; magazin / chioșc / supermarket - 18,18%; partener 10,91%; prieten(ă) 2,73%; rudă 0,91%; nedeclarată 16,37%.

Dintre fete, 40,91% au utilizat o singură sursă de aprovizionare, 29,09% două surse, 9,09% trei surse, 5,46% mai multe surse și 15,45% nu au răspuns.

Doriți să apelați la mijloacele contraceptive și în viitor?

Un procent de 37,27% nu au răspuns.

Tinerele și-au exprimat dorința de a utiliza în viitor: pilulele sunt dorite, în proporție de 30,91%, prezervativul în proporție de 33,64%, dispozitivele intrauterine 1,82%, steriletul de 7,27%, inelul vaginal 0,91%, diafragma 0,91% (Fig.77).

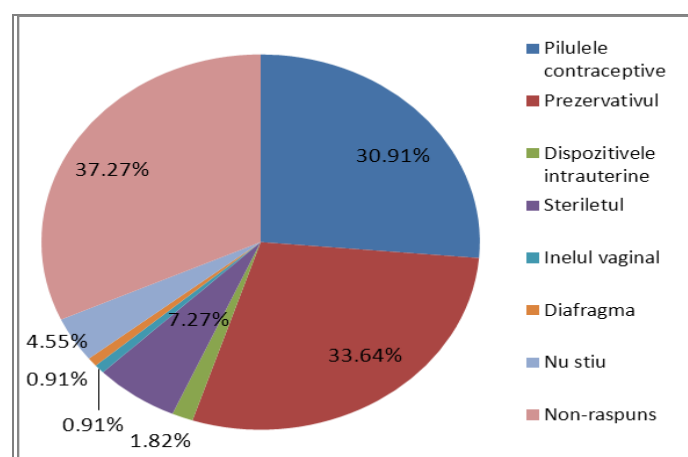


Fig. 77 Repartiția metodelor contraceptive preconizate a fi utilizate în viitor de subiecți

Sursa: INSP – CRSP Iași, studiul „Rolul contracepției în planificarea familială la elevi și studenți”

În cea mai mare parte, tinerele doresc să utilizeze doar o singură metodă 45,46%, 15,45% două metode, 1,82% trei metode, "nu voi folosi" au declarat 27,27%, "nu știu" – 1,82% și nu au răspuns 8,18% (Fig. 78).

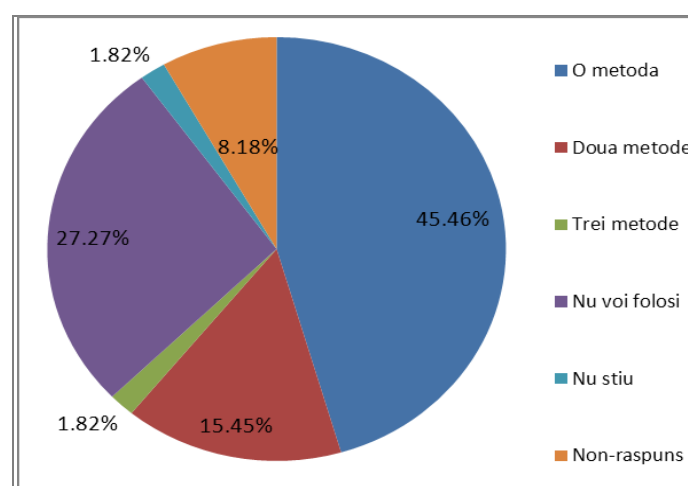


Fig. 78 Repartiția subiecților după numărul mijloacelor contraceptive pe care le vor folosi

Sursa: INSP – CRSP Iași, studiul „Rolul contracepției în planificarea familială la elevi și studenți”

Ce părere are partenerul despre folosirea mijloacelor contraceptive?

În ceea ce privește părerea partenerilor, 39,09% au declarat că sunt de acord cu metodele contraceptive, "foarte bună" 10%, "nu prea bună" 3,64%, "nu sunt de acord" 1,82%, "nu știu" 9,09%, "nici o părere" 1,82%, "nu contează părerea partenerului" și 33,63% non răspuns (Fig.79).

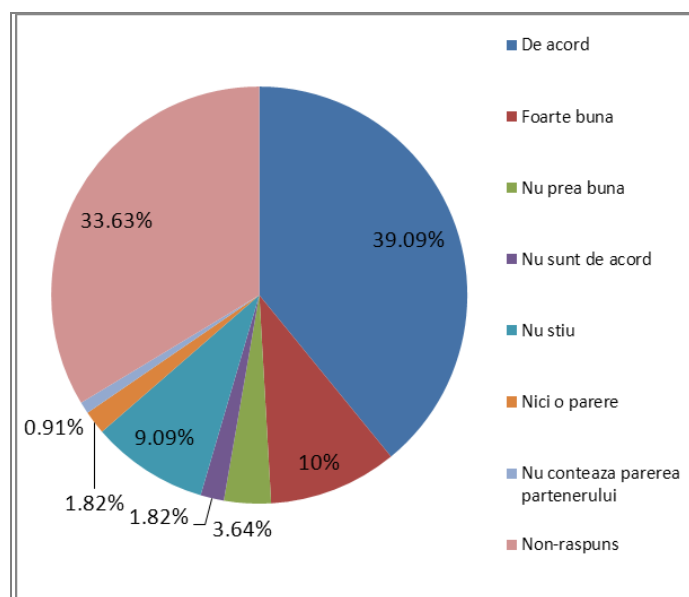


Fig. 79 Repartiția subiecților după părerea partenerilor referitoare la metodele contraceptive

Sursa: INSP – CRSP Iași, studiul „Rolul contracepției în planificarea familială la elevi și studenți”

Concluzii

Implicarea populației feminine tinere, a cuplurilor, a familiilor, în aspectele planificării familiale, cum ar fi: modalitatea de evitare a unei sarcini nedorite; modalitatea de a avea o sarcină la un moment dorit; reglarea intervalului dintre nașteri; evitarea sarcinilor cu risc pentru mamă și copil; creșterea stării de bine individual și social; armonia în cuplu; depistarea și tratarea bolilor cu transmitere sexuală, reducerea avorturilor la eleve și a abandonului școlar, este un obiectiv important.

Unul din rezultate așteptate, atât în cadrul campaniilor pentru celebrarea Zilei Mondiale a

contracepției, cât și în urma intervențiilor specifice efectuate, este înțelegerea rolului contracepției de cât mai multe persoane, în special elevi și tineri, cupluri, familii; utilizarea mai mare a cabinetelor de planificare familială; accesul la informație și consiliere corectă. Interes crescut al populației de tineri cu privire la sănătatea sexuală, sănătatea familiei, reducerea numărului de avorturi și a abandonului școlar. Creșterea nivelului de conștientizare asupra utilizării serviciilor de planificare familială, disponibile atât în cadrul spitalelor de obstetrică și ginecologie, cât și în cadrul serviciilor furnizate elevilor și studenților, este unul din obiectivele avute în vedere având ca țintă segmentul populațional tânăr.

Reducerea numărului de sarcini nedorite în rândul tinerelor contribuie atât la sănătatea lor, cât și a copiilor sau a familiei. Cel mai bun mod de a reduce riscul de sarcini neintenționate în rândul femeilor care sunt active sexual este folosirea unei metode contraceptive în mod corect și consecvent. Printre metodele reversibile de contracepție, contraceptivele intrauterine și implantul contraceptiv rămân extrem de eficiente.

Multe tinere pot beneficia de serviciile de planificare familială existente în vederea menținerii sănătății lor.

Promovarea sănătății sexuale prin programe de educație are loc în contextul educației pentru o viață sănătoasă. Pentru a determina individul să își asume responsabilitatea și dreptul de a decide cu privire la propria sănătate, este necesar să i se ofere informații.

Prevenirea sarcinilor printre adolescente este o prioritate datorită costurilor imense sociale, economice și de sănătate.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

CAP. V FACTORI DE RISC ÎN ACTIVITATEA ȘCOLARĂ

În condițiile transformărilor continue din sistemul de învățământ din țara noastră, se pune problema efectului pe care modul de desfășurare a procesului instructiv-educativ îl are asupra noilor generații. Având ca scop prevenirea dezadaptării școlare și a eșecului școlar, lucrarea și-a propus ca obiective:

- Cunoașterea factorilor de risc din mediul școlar asupra sănătății elevilor (autoevaluarea stării de sănătate);
- Cunoașterea opțiunilor privind structura programului de activitate și odihnă al elevilor;
- Evaluarea suprasolicitării școlare a elevilor din prisma programului de activitate și odihnă.

METODOLOGIE:

Evaluarea factorilor de risc biopedagogici în activitatea școlară a elevilor din ciclul primar s-a realizat prin chestionare alcătuite din 26 de întrebări adresate elevilor din patru județe (Brăila, Călărași, Dâmbovița, Ialomița) și din municipiul București. Chestionarul pentru elevi permite autoevaluarea stării de oboseală, timpul ocupat cu activități școlare, timpul liber, sport, calificativ școlar. Este un studiu pilot la elevii în vârstă de 10-11 ani (clasa a-IV-a) care a fost efectuat în anul 2013. Lotul de cercetare a cuprins un număr de 528 de elevi (304 fete, 224 băieți) din 4 județe și Municipiul București.

Studiul bugetului de timp al elevilor - mijloc de evidențiere a suprasolicitării școlare

Suprasolicitarea elevilor este o problemă a timpului ocupat de activitățile obligatorii ce se amplifică prin modul și gradul de solicitare a elevului la îndeplinirea sarcinilor școlare. Timpul școlar (analog timpului profesional al adulților) cuprinde programul școlar propriu-zis ("orele de curs" și pauzele dintre acestea), timpul afectat "pregătirii temelor", "pregătirii suplimentare", precum și cel în care se desfășoară orice fel de activități organizate de școală ("activități extrașcolare").

Curba fiziologică a capacității de muncă a școlarilor

Elevii claselor a IV-a din lotul studiat au în orarul școlar un număr variabil de ore între 21 și 23 de ore săptămânal cu predominanța programului de 23 de ore și 4-5 ore pe zi. Majoritatea elevilor (95%) au programul școlar dimineața de la ora 8-12/13; Există însă și câteva clase a IV-a care au program de la ora 12-17. Pentru aceste clase programul școlar include perioada de randament minim din zi și nu se respectă curba fiziologică a capacității de muncă a școlarilor. De remarcat și structura necorespunzătoare a orarelor școlare, fără respectarea curbei de efort zilnice și săptămânale. Astfel, zilele în care elevii au 5 ore sunt la început și la sfârșit de săptămână atunci când solicitările școlare ar trebui să fie mai mici. În alcătuirea orarului școlar sunt frecvent câte două ore de "Română" fie la început, fie la sfârșit de program școlar. Nu se respectă alternarea tipului de disciplină școlară pentru stimularea capacității de atenție. De asemenea, ora de educație fizică nu trebuie să fie prima sau ultima în orar și acest lucru se întâmplă în majoritatea cazurilor.

Durata pregătirii lecțiilor este strâns dependentă de numărul de lecții în orarul zilnic, de gradul de dificultate al temelor și de stilul de lucru al elevilor. Durata pregătirii însumată la timpul de lucru în școală nu ar trebui să depășească 6-7 ore pentru a nu ajunge sau chiar depăși normele de activitate zilnică ale adultului.

La lotul studiat se constată la 48% dintre elevi un timp mediu alocat studiului individual de 2 ore, 26% dintre elevi alocă 1 oră pregătirii temelor, restul de 24% au nevoie de 3-4 ore zilnic. Un procent mare (72%) din elevi învață sâmbăta și duminica un număr variabil de ore între 1 oră (25%), 2 ore (27%) și 3-4 ore (20%). La aceștia durata activității zilnice comparativ cu normele fiziologice optime este mai crescută cu 1-2 ore.

Se recomandă folosirea și acasă a pauzelor în activitate de 10 minute la fiecare oră în care să se efectueze exerciții ușoare de gimnastică.

Un alt factor de supraîncărcare sunt orele suplimentare tip meditații pe care 45% dintre elevi le au. Dintre fetele luate în studiu 59% au ore suplimentare, iar dintre băieți 47.5% au un număr variabil de ore între 1 oră (12.5%), 2 ore (21%) și 3 ore (14%). Valoarea mare a timpului școlar pentru toți subiecții studiați reduce din valoarea timpului liber pentru odihnă activă și somn.

Referitor la modul de petrecere a timpului liber se remarcă în lotul studiat practicarea sportului pe primul loc, joaca alături de prieteni, apoi vizionări TV și jocuri pe calculator. La fete urmează în ordinea preferințelor lectura (15%) și activitățile artistice în mai mică măsură. (6.6%). Timpul pentru somnul de noapte se constată că este scurtat, astfel 78% dintre elevi dorm 8-9 ore, 12% dorm peste 10 ore și 10% dorm 7 ore sau mai puțin. La această grupă de vârstă nevoile sunt de 10-11 ore de somn.

Reducerea timpului de somn împiedică fenomenele de refacere fiziologică după efort a elevilor și poate determina cumulearea fenomenelor de oboseală fiziologică, reducerea capacității de lucru și suprasolicitarea nervoasă.

De remarcat ca un element pozitiv, că elevii practică un sport în afara orelor de educație fizică (57% din tot lotul, respectiv 50% dintre fete și 66.5% dintre băieți). 44% din tot lotul îl practică de 2 ori pe săptămână, 11% o dată pe săptămână, 6.6% mai rar.

De asemenea, un procent de 83% afirmă că petrec 2 ore sau mai mult în aer liber. 11.6% stau în aer liber 1 oră zilnic și 3.6% nu stau deloc în aer liber.

La elevii de această vârstă se vede preocuparea părinților pentru ocuparea timpului liber al copiilor cu activități benefice stării de sănătate.

Studiul bugetului de timp evidențiază manifestarea fenomenului de supraîncărcare a elevilor cu sarcini școlare, atât din partea cadrelor didactice, cât și din partea părinților, acționând negativ asupra conținutului și duratei timpului extrașcolar și mai ales liber. Pentru evitarea acestui fenomen propunem revizuirea programei școlare și a manualelor la anumite discipline cu un conținut dens, îmbunătățirea modului de întocmire a orarelor școlare și oferirea pentru elevi a unor modele de organizare a timpului afectat activităților precum și a timpului lor liber : punerea la dispoziția elevilor a unor metode și tehnici de învățare eficiente.

Caracterizarea stării de sănătate a elevilor din clasele a IV-a prin metoda autoevaluării pe bază de chestionar

Chestionarul stării de sănătate s-a aplicat plecând de la ipoteza că stările intermediare între sănătate și boală se pot evalua de către elev și constituie un indicator al disfuncției sistemului.

Din analiza chestionarului privind autoevaluarea stării de sănătate a elevilor rezultă o predominanță la sexul feminin a simptomelor subiective resimțite de elevi cu excepția somnului agitat, oboselei matinale și a tulburărilor de atenție care sunt mai frecvente la băieți (Fig.80 și Fig.81). Acestea se pot corela cu somnul insuficient și timpul petrecut la calculator și televizor.

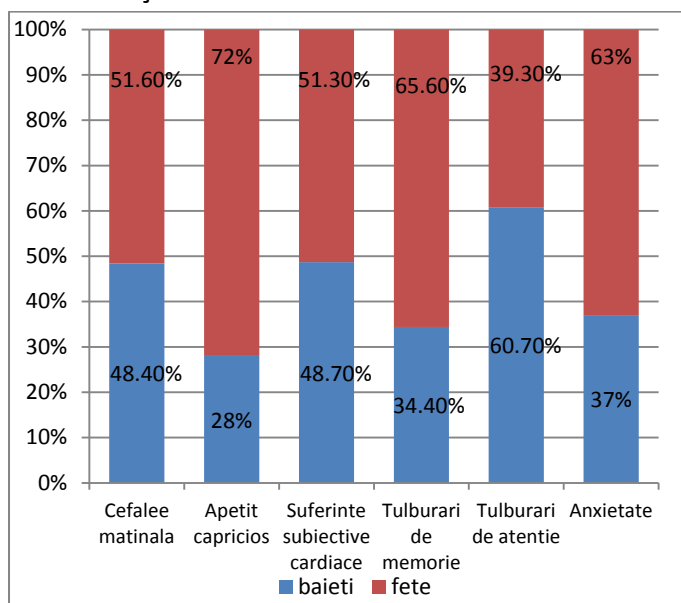


Fig. 80 Prevalența principalelor simptome subiective resimțite de elevii de clasa a IV-a

Sursa: INSP – CRSP București, Studiul “Factori de risc în activitatea școlară”

Interesant de remarcat că la fetele de clasa a IV-a apetitul capricios, tulburările de memorie și anxietatea sunt prezente mai mult decât la băieți. Tot fetele apreciază că sănătatea lor nu este mulțumitoare (70%) comparativ cu băieții (30%) (Fig.81).

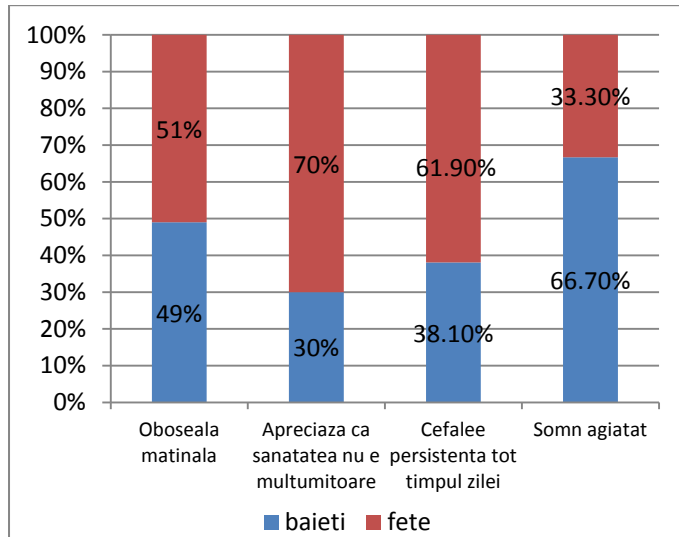


Fig. 81 Prevalența altor simptome subiective resimțite de elevii de clasa a IV-a

Sursa: INSP – CRSP București, Studiul “Factori de risc în activitatea școlară”

În ceea ce privește cauzele care duc la oboseala elevilor, 42% dintre subiecți afirmă că se simt obosiți din cauza suprasolicitării școlare (volum mare teme, ore de curs numeroase, obiecte de studiu dificile), 43% nu se odihnesc suficient, 3% fac sport zilnic, 10% alte cauze.

Din studiul bugetului de timp reiese că un procent de 24% din elevi alocă pregătirii temelor 3 și 4 ore zilnic. Și în acest caz predomină fetele (62%). De asemenea, fetele în procent mai mare (59%) au ore suplimentare tip meditații.

Coroborând această informație cu datele anterioare, se pot interpreta diferențele dintre subiecții de sex feminin și cei de sex masculin prin gradul mai mare de conștiinciozitate al fetelor față de băieți și efortul mai mare pe care îl fac.

Randamentul școlar al elevilor exprimat prin calificative este în 79% din cazuri “foarte bine”, 16% “bine”, 2.8% “suficient”. Din acest punct de vedere lotul este omogen 95% din copii (în proporții similare pe cele două sexe) având rezultate școlare bune.

În concluzie, elevii conștientizează simptomele ce arată tulburări de sănătate ca expresie a *disfuncțiilor ergonomice* ce necesită a fi corectate prin măsuri profilactice adecvate:

- orare defectuos întocmite, instabile, fără respectarea curbelor de efort zilnic și săptămânal și a normelor de igienă și ergonomie școlară: plasarea obiectelor în programul zilnic fără a se ține seama de gradul relativ de dificultate a disciplinelor și de alternanța materiilor cu specific umanist cu cele de real.
- forme deficitare de organizare a meditațiilor și consultațiilor;
- supraîncărcarea cu activități extrașcolare;
- durata redusă a orelor de curs și a pauzelor dintre ore;
- nivel de aspirații și solicitare exagerate din partea unor familii în raport cu vârsta și interesele copiilor (limbi străine, balet, studierea la un instrument muzical, sport de performanță etc., de multe ori cumulate);
- supraîncărcarea copiilor cu activități extrașcolare sau cu teme suplimentare.

Este în mare măsură rolul școlii și al familiei să anuleze sau măcar să atenueze influența factorilor negativi prezentați mai sus.

RECOMANDĂRI:

- respectarea unui regim rațional de muncă și odihnă;
- respectarea unui program de somn adecvat particularităților de vârstă ale elevilor;
- respectarea ritmurilor biologice ale copiilor în cele 24 de ore ale unei zile (a variației curbei randamentului zilnic);
- respectarea unui raport adecvat între învățatură și odihnă;
- încărcarea corespunzătoare cu activități, ținându-se seama de durata și gradul de

dificultate ale acestora, de capacitățile intelectuale și fizice ale elevilor, de vârstă și starea sănătății lor;

- satisfacerea suficientă a nevoii de mișcare a copiilor;
- reducerea temelor pentru acasă (atât din partea cadrelor didactice cât și a părinților);

Problema majoră nu e de a depista oboseala din viața școlarului, ci de a asigura copilului sau adolescentului în creștere condiții de activitate care nu riscă să lezeze iremediabil echilibrul fizic și intelectual. Oboseala poate fi evitată printr-o igienă sănătoasă a vieții care va ține cont de varietatea exigențelor exterioare dar și de resursele sau potențialul reactiv al individului pe care acesta va trebui să îl mobilizeze pentru a răspunde cerințelor unei situații. Este de dorit să prevenim oboseala decât să o tratăm. A trata oboseala înseamnă a recunoaște erorile ce puteau fi evitate.

PROPUNERI:

- Pornind de la factorii de suprasolicitare, apare necesitatea elaborării unui ghid de control ergonomic. Ghidul va conține acele condiții în care un elev poate să facă față tuturor solicitărilor, fără ca acestea să-i depășească posibilitățile sale reale, iar activitatea desfășurată în școală va fi adaptată și îmbunătățită conform acestui ghid de control.
- Cursuri de pregătire continuă a cadrelor didactice: reactualizarea cunoștințelor legate de normele igienice ale activității elevilor corespunzătoare organismului aflat în creștere și dezvoltare, și tehnici moderne de predare.

