

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
IMSP INSTITUTUL MAMEI ȘI COPILULUI

Cu titlu de manuscris

CZU: 616.231.24-036.12-036.865-053.2

CHIPER NATALIA

**ABORDAREA MEDICO-SOCIALĂ ÎN DETERMINAREA
DIZABILITĂȚII LA COPIII CU ASTM BRONȘIC**

322.01 – PEDIATRIE ȘI NEONATOLOGIE

Teză de doctor în științe medicale

Conducător științific:

STRATULAT Petru

dr.hab.șt.med., profesor universitar

322.01 – Pediatrie și Neonatologie

Consultant științific:

SPINEI Larisa

dr.hab.șt.med., profesor universitar

331.03 – Medicină socială și Management

Autor:

CHIPER Natalia

CHIȘINĂU, 2017

© CHIPER NATALIA, CHIȘINĂU, 2017

CUPRINS

ADNOTARE (română, rusă, engleză)	6
LISTA ABREVIERILOR	9
INTRODUCERE	10
1. VIZIUNI MODERNE DE APRECIERE A DIZABILITĂȚII LA COPII. IMPLEMENTAREA CLASIFICĂRII INTERNAȚIONALE A FUNCȚIONĂRII, DIZABILITĂȚII ȘI SĂNĂTĂȚII ÎN EVALUAREA COPIILOR CU ASTM BRONȘIC.....	20
1.1. Actualități privind dizabilitatea în lume, provocată inclusiv de patologia bronhopulmonară cronică, și anume, de astmul bronșic. Situația actuală la copiii din Republica Moldova	20
1.2. Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la copii și tineri, ca model de evaluare a dizabilității	26
1.3. Instrumente actuale și de perspectivă de apreciere a dizabilității și de monitorizare a copiilor cu astm bronșic	34
1.4. Concluzii la capitolul 1	39
2. MATERIAL ȘI METODE DE CERCETARE.....	41
2.1. Algoritmul cercetării	41
2.2. Studii epidemiologice realizate	42
2.3. Metode de investigare aplicate în studiu	46
2.4. Metode statistice de analiză a rezultatelor obținute	49
2.5. Concluzii la capitolul 2	50
3. EVALUAREA DINAMICII INDICILOR DIZABILITĂȚII CAUZATE DE ASTMUL BRONȘIC LA COPII ÎN REPUBLICA MOLDOVA.....	51
3.1. Analiza indicilor dizabilității prin astm bronșic la copii în Republica Moldova, în perioada 2009-2015.....	51
3.2. Concluzii la capitolul 3	63
4. APRECIEREA STĂRII DE SĂNĂTATE ȘI FUNCȚIONARE LA COPIII CU ASTM BRONȘIC.....	64
4.1. Evaluarea indicatorilor de sănătate și de funcționare la copiii cu astm bronsic cu și fără grad de dizabilitate, conform Protocolului Clinic Național.....	64
4.2. Determinarea criteriilor de activitate, participare și factori de mediu, conform Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății, în determinarea	

dizabilității la copiii cu astm bronșic	71
4.3. Concluzii la capitolul 4	79
5. ELABORAREA INSTRUMENTULUI PRACTIC DE APRECIERE A STĂRII DE FUNȚIONARE, DIZABILITATE ȘI SĂNĂTATE A COPIILOR CU ASTM BRONȘIC	81
5.1. Setul de categorii CIF de bază pentru copiii cu astm bronșic. Rezultatele studiului de obținere a opiniei de consens cu aplicarea exercițiului Delphi	82
5.2. Implementarea Setului de categorii CIF pentru copiii cu astm bronșic	90
5.3. Concluzii la capitolul 5	96
SINTEZA REZULTATELOR OBȚINUTE	98
CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI.....	104
BIBLIOGRAFIE.....	107
ANEXE.....	120
Anexa 1. Chestionar pentru lucrătorii medicali: CATEGORII DIN CIF-CT SELECTATE PENTRU COPIII CU ASTM BRONȘIC	120
Anexa 2. Chestionar pentru părinți: CATEGORII DIN CIF-CT SELECTATE PENTRU COPIII CU ASTM BRONȘIC	133
Anexa 3. Consimțământul participării în studiul de cercetare a criteriilor din CIF-CT selectate pentru astmul bronșic	141
Anexa 4. Categoriile CIF ce se referă la funcțiile organismului, incluse în <i>Setul comprehensiv al categoriilor CIF</i> , la copiii cu astm bronșic (% răspunsuri „pro” ale specialiștilor pe parcursul studiului de colectare a opiniilor, metoda Delphi)	143
Anexa 5. Categoriile CIF ce se referă la structura corpului, incluse în <i>Setul comprehensiv al categoriilor CIF</i> , la copiii cu astm bronșic (% răspunsuri „pro” ale specialiștilor pe parcursul studiului de colectare a opiniilor, metoda Delphi)	144
Anexa 6. Categoriile CIF ce se referă la activități și participare, incluse în <i>Setul comprehensiv al categoriilor CIF</i> , la copiii cu astm bronșic (% răspunsuri „pro” ale specialiștilor pe parcursul studiului de colectare a opiniilor, metoda Delphi)	145
Anexa 7. Categoriile CIF ce se referă la factorii de mediu, incluse în <i>Setul comprehensiv al categoriilor CIF</i> , la copiii cu astm bronșic, care pot fi favorabili pentru evoluția sănătății copilului (% răspunsuri „pro” ale specialiștilor pe parcursul studiului de colectare a opiniilor, metoda Delphi)	146
Anexa 8. Fișa de evaluare a profilului categoriilor CIF la copiii cu astm bronșic	147

Anexa 9. Tabelul de intervenții ale echipei multidisciplinare pentru copiii cu astm bronșic, în baza evaluării profilului categoriilor CIF	149
Anexa 10. Act de implementare.....	150
Anexa 11. Act de implementare.....	151
Anexa 12. Act de implementare.....	152
DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII	153
CV-ul AUTORULUI	154

ADNOTARE

Chiper Natalia.

„Abordarea medico-socială în determinarea dizabilității la copiii cu astm bronșic”.

Teză de doctor în științe medicale, Chișinău, 2017

Structura tezei: conține introducere, revista literaturii, materiale și metode de cercetare, 3 capitole de cercetare, sinteza rezultatelor obținute, concluzii generale și recomandări practice. Bibliografia include 183 de titluri. Lucrarea este expusă pe 106 pagini text de bază, ilustrată cu 25 de figuri, 25 de tabele și 12 anexe.

Cuvinte-cheie: dizabilitate, astm bronșic, copil, activitate, participare, factori de mediu.

Domeniul de studiu: pediatrie, alergologie.

Scopul. Evaluarea criteriilor actuale în aprecierea dizabilității pentru elaborarea instrumentului practic de determinare a dizabilității la copiii cu astm bronșic prin prisma Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății în Republica Moldova.

Obiectivele lucrării: Analiza dinamicii indicilor dizabilității la copiii cu astm bronșic în Republica Moldova (aa. 2009-2015); Evaluarea indicatorilor de sănătate și de funcționare la copiii cu astm bronșic cu și fără grad de dizabilitate conform Protocolului Clinic Național; Determinarea criteriilor de activitate, participare și factori de mediu conform Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății pentru copiii cu astm bronșic; Analiza rezultatelor interviuării medicilor prin metoda Delphi privind Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății, pentru delimitarea criteriilor de apreciere a dizabilității cauzate de astm bronșic; Elaborarea instrumentului practic de apreciere a stării de funcționare, dizabilitate și sănătate, derivat din Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății, pentru copiii cu astm bronșic în Republica Moldova.

Noutatea și originalitatea științifică. În premieră în Republica Moldova au fost efectuate cercetări științifice orientate spre obiectivizarea procesului de determinare a dizabilității la copiii cu astm bronșic prin elaborarea instrumentului practic, derivat din CIF.

Problema științifică soluționată în teză. Rezultatele studiului au permis elaborarea unui instrument practic de obiectivizare a procesului de evaluare a sănătății, funcționării și dizabilității copiilor cu AB și de monitorizare a managementului cazului.

Semnificația teoretică. Studiul a adus un aport semnificativ la dezvoltarea unui nou concept de stabilire a dizabilității în baza modelului medico-social al acesteia. Au fost propuse criterii noi (derivate din CIF) de apreciere a dizabilității ce vizează nivelul de funcționare a copilului, activitate și participare acestuia în viața cotidiană și cea socială.

Valoarea aplicativă. Studiul a adus o contribuție valoroasă pentru implementarea principiilor CIF, promovate de OMS, în practica medicală din Republica Moldova.

Implementarea rezultatelor științifice. Rezultatele obținute au fost aplicate în activitatea curativă a specialiștilor din secția *Alergologie pediatrică* ale IMSP IMC.

РЕЗЮМЕ

Кипер Наталья.

„Медико-социальный подход в оценке инвалидности у детей с бронхиальной астмой”.

Диссертация Кандидата Медицинских Наук, Кишинев, 2017.

Структура диссертации: введение, обзор литературы, материалы и методы исследования, 3 главы с результатами исследования, синтез полученных результатов, выводы и практические рекомендации. Библиография включает 183 источника. Работа изложена на 106 страниц основного текста. Иконографический материал включает 25 рисунков, 25 таблиц и содержит 12 приложений.

Ключевые слова: дети, бронхиальная астма (БА), инвалидность, деятельность, участие, факторы окружающей среды.

Область исследования: педиатрия, аллергология.

Цель исследования: Разработка практического инструмента для оценки инвалидности у детей с бронхиальной астмой на основе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) в Республике Молдова.

Задачи исследования: Анализ показателей инвалидности у детей с БА в Молдове за 2009-2015 гг.; Оценка состояния здоровья и функционирования у детей с инвалидностью, обусловленной бронхиальной астмой, и без таковой на основании Национального клинического протокола; Определение критериев деятельности, участия и факторов окружающей среды в соответствии с Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья у детей с БА; Анализ результатов опроса врачей по методике Delphi для определения критериев инвалидности, обусловленной бронхиальной астмой, у детей; Разработка практического инструмента оценки состояния здоровья и функционирования для детей с БА, основываясь на МКФ-ДП.

Новизна и оригинальность исследования: Впервые в Республике Молдова были проведены научные исследования, ориентированные на объективизацию процесса установления инвалидности у детей с БА с использованием современных инструментов, утвержденных ВОЗ.

Научная проблема, решенная в диссертации. Результаты проведенного исследования позволили объективизировать процесс оценки здоровья, функционирования и степени инвалидности у детей с БА, а также менеджмент данного заболевания у детей.

Теоретическая значимость. Данное исследование внесло свою лепту в разработку новой концепции – медико-социальной модели определения инвалидности у детей с БА.

Практическое значение работы. Исследование внесло значительный вклад в реализацию принципов МКФ-ДП, продвигаемых ВОЗ, в практической медицине, и в частности в педиатрии Молдовы. Полученные результаты имеют важное практическое значение для объективной оценки состояния здоровья детей, страдающих бронхиальной астмой, и определения у этих детей наличия особых потребностей.

Внедрение научных результатов. Разработанные инструменты были применены в лечебной практике специалистами отделения Аллергологии Института Матери и Ребенка.

SUMMARY

Chiper Natalia.

„The medico social approach in assessing disability of children with asthma”

PhD thesis in Medical Sciences, Chisinau, 2017.

Thesis structure: contains introduction, literature review, research materials and methods, 3 research chapters, summary of obtained results, conclusions and practical recommendations. The bibliography includes 183 titles. The paper is illustrated by 25 figures, 25 tables, contains 12 annexes and it is exposed on 106 pages.

Key words: disability, asthma, child, activity, participation, environmental factors

Research field: pediatrics, allergology.

Purpose: Develop practical tools for assessing disability of children with asthma through the prism of International Classification of Functioning, Disability and Health in the Republic of Moldova.

Research's objectives: The analysis of indices of disability of children with asthma in Moldova (aa. 2009-2015); Evaluation of health and functioning's indicators in children with and without asthma degree of disability according to the National Clinical Protocol; Determination of criteria activity, participation and environmental factors, according to the International Classification of Functioning, Disability and Health for children with asthma; Analysis of the results of medical interview by Delphi on the International Classification of Functioning, Disability and Health, for defining criteria for assessment of disability caused by asthma; Elaboration of practical tools for assessing disability in children with asthma through the prism of International Classification of Functioning, Disability and Health in Republic of Moldova.

Scientific novelty and originality. For the first time in the Republic of Moldova were conducted scientific researches oriented towards objectification process for determining disability of children with asthma by developing practical tools derived from ICF.

The scientific problem solved in the thesis. The study results allowed the development of practical tools for the objectification of the evaluation process of health, functioning and disability of children with asthma and of monitoring of case management.

The theoretical significance. The study made significant contributions to the development of a new concept determining disability based on its social medical model. New criteria have been proposed (derived from ICF) for assessing disability aimed at the child functioning level, activity and participation in daily and social life.

Applicative value of the study. The study made a valuable contribution for implementing the ICF principles, promoted by WHO in medical practice from the Republic of Moldova.

Implementation of scientific results.

The results obtained were applied in the curative activity of Pediatric Allergy IMSP station BMI.

LISTA ABREVIERILOR

AB – astm bronșic

AMP – asistență medicală primară

BNS RM – Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova

CIF – Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății

CIF-CT – Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății, versiunea pentru copii și tineri (adolescenți)

CIM – Clasificarea Internațională a Maladiilor

CMC – Consiliul Medical Consultativ

CNDDCM – Consiliul Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă

CSi – corticosteroizi inhalatori

CIDIH – Clasificarea Internațională a Deficiențelor, Incapacității și Handicapului

CDPD – Convenția pentru drepturile persoanelor cu dizabilități

CNMS – Centrul Național de Management în Sănătate

DALY – anii de viață ajustați în funcție de dizabilitate (Disability-adjusted life years)

FEV₁ – volumul expirator maxim pe secundă

FVC – capacitatea vitală forțată

GINA – Global Initiative for Asthma

IMSP IMC – Instituția Medico-Sanitară Publică Institutul Mamei și Copilului

MMPSF – Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei

MS RM – Ministerul Sănătății Republicii Moldova

NO – oxidul nitric

OMS – Organizația Mondială a Sănătății

ONU – Organizația Națiunilor Unite

PEF – debitul expirator maxim / de vârf

ppb – parts per billion

PCN – protocol clinic național

RM – Republica Moldova

SEBR – Societatea Europeană de Boli Respiratorii

UE – Uniunea Europeană

USMF „Nicolae Testemițanu” – Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

YLD – anii trăiți cu dizabilitate (years lived with disability)

INTRODUCERE

Actualitatea și importanța problemei abordate. Una dintre problemele majore în înțelegerea dimensiunii și a gravității fenomenului dizabilității în întreaga lume este variația considerabilă care există în clasificarea și în definiția acesteia [176]. Căutarea unei definiții unitare, riguroase, care să nu stigmatizeze, a constituit obiectul preocupărilor mondiale în ultimele decade ale secolului 20.

Dizabilitatea este recunoscută ca un concept în evoluție, o consecință a interacțiunii dintre persoanele cu deficiențe, afectări ale funcțiilor și/sau structurilor organismului și barierele de atitudine și de mediu care împiedică participarea lor deplină și efectivă în societate în condiții de egalitate cu ceilalți.

În ultimul deceniu s-au produs mai multe modificări în contextul general de abordare a problemicii dizabilității. În prezent, cel mai puternic instrument internațional în domeniul dizabilității este Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (CDPD), adoptată de Adunarea Generală a Națiunilor Unite în 2006, împreună cu Protocolul Opțional. Convenția reprezintă principalul document juridic prin care se asigură exercitarea deplină a tuturor drepturilor și libertăților fundamentale ale omului de către toate persoanele cu dizabilități [76].

Modelul tradițional medical (de la etiologie – la patogenie – la manifestări clinice) este insuficient în evaluarea medico-socială a pacientului cu probleme complexe, a stărilor care nu pot fi tratate sau prevenite.

Organizația Mondială a Sănătății a elaborat modelul Bio-psiho-social al dizabilității, care stă la baza Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF), adoptată de sesiunea 54-a OMS în 2001, Geneva. În dezvoltarea modelului conceptual și operativ al CIF un pas important a fost publicarea noii versiuni completate a CIF pentru copii și tineri, CIF-CT, în anul 2007 (OMS, 2007). Acest nou instrument, apărut în urma unei munci intense de adaptare desfășurată în 18 țări din lume plecând de la CIF, reprezintă un *framework* conceptual, ceea ce focalizează interesul pe persoana cu nevoile ei reale, coerent cu principiile Convenției cu privire la drepturile copiilor (ONU, 1989) și a Convenției ONU cu privire la persoanele cu dizabilități (ONU, 2007), permițând în același timp punerea clinicianului în condițiile de a completa o fișă anamnestică, punctual și de a actualiza o proiectare personalizată la modul real [173, 174].

Dat fiind că dizabilitatea este „o dificultate în funcționare la nivelul corpului persoanei și la nivelul societății, într-unul sau mai multe domenii ale vieții, așa cum vine trăită și experimentată de către o persoană cu o anumită condiție de sănătate în interacțiune cu factorii contextuali” [108], se poate afirma că aceasta este o experiență universală. Corpul, persoana, mediul de viață sunt cei trei

factori asupra cărora se concentrează cea mai mare atenție. Folosirea CIF, și mai ales a versiunii CIF-CT, permite concentrarea muncii pe persoană într-o perspectivă bio-psiho-socială, care pune în centru demnitatea însăși a persoanei (Simeonsson et al., 2003) [137].

Dacă Clasificarea Internațională a Deficiențelor, Incapacității și Handicapului (CIDIH) făcea o diferențiere între incapacitate și handicap, Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății, abordează problema dizabilității prin prisma unei abordări care recunoaște factori sociali, factori socio-demografici, factori comportamentali în analiza dizabilității.

CIF oferă un model științific pentru fundamentarea interacțiunii dintre starea de sănătate a unei persoane și mediile social și fizic. Dizabilitatea apare din interacțiunea dintre condițiile de sănătate și factorii contextuali – factori de mediu și personali.

Raportul mondial privind dizabilitatea, din 2011, realizat de OMS și Banca Mondială, listează o serie de factori de mediu care acționează ca bariere în calea participării persoanelor cu dizabilități, care include următoarele: politici și standarde inadecvate, atitudini negative, servicii insuficiente, probleme în furnizarea serviciilor existente, finanțare insuficientă, lipsa accesibilității mediului fizic, comunicațional și informațional, lipsa implicării și consultării persoanelor cu dizabilități, insuficiența datelor statistice și altele [43].

În Republica Moldova, problematica dizabilității a fost tratată aproape constant din perspectiva medicală, ceea ce a determinat abordări cu tentă caritabilă și influențe negative asupra politicilor sociale sectoriale din domeniu, în special în ceea ce privește integrarea socială, profesională și traiul independent al persoanelor cu dizabilități.

Numărul estimat al persoanelor cu dizabilități în Republica Moldova (Biroul Național de Statistică, 2015) este de 184,5 mii persoane, inclusiv 12,9 mii copii cu vârsta de 0-17 ani. Persoanele cu dizabilități reprezintă 5,2% din populația totală a țării, iar copiii cu dizabilități constituie 1,9% din numărul total al copiilor din Republica Moldova [3]. În medie la 10 mii locuitori revin 519 persoane cu dizabilități și 188 copii cu dizabilități la 10 mii copii cu vârsta de 0-17 ani respectiv. Aproape fiecare a șaptea persoană cu dizabilitate se încadrează în categoria celor cu dizabilitate severă [3].

În Republica Moldova, CIF este puțin promovată și cunoscută de specialiști. Totuși, în ultimii ani au fost efectuați mai mulți pași pentru a schimba această situație. Ținând cont de Ratificarea Convenției Organizației Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități, de către Republica Moldova, prin Legea nr. 166 din 09.07.2010, și adoptarea Strategiei de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități (2010–2013), Legea nr. 169 din 09.07.2010, de Hotărârea Guvernului cu privire la determinarea dizabilității și capacității de muncă (nr. 65 din 23.01.2013), s-au întreprins o serie de măsuri în vederea implementării unei noi abordări a

dizabilității, care, la rândul său, presupune un șir de reforme la nivelele central și local, menite să pună în aplicare prevederile Convenției și ale Strategiei [21, 26].

Astmul bronșic (AB) este una dintre cele mai frecvente patologii cronice și una din cele mai dese cauze a dizabilității la copii, mai ales la cei cu vârsta cuprinsă între 5 și 14 ani – aproximativ 1 la 10 cauze [157]. Cu toate că ratele de astm la copii și adolescenți au atins recent un platou, astmul rămâne cea mai frecventă afecțiune cronică de sănătate fizică în copilărie, și continuă să afecteze o valoare estimată de 9,1% din copiii din SUA [56].

Având o evoluție cronică, astmul bronșic are un impact negativ asupra dezvoltării fizice și psihice armonioase. Copilul este afectat medical, social (absențe de la școală, izolare socială, limitare în activități sportive, ludice), psihologic (simte furie, frustrare, îngrijorare, tristețe) [50]. Unele persoane cu astm bronșic ascund dizabilitatea, și nu întotdeauna aceasta poate fi vizibilă pentru cei din jur. Oricum, astmul bronșic poate afecta grav viața de zi cu zi a persoanei. Datele publicate relevă o dependență a calității vieții copiilor cu astm bronșic de nivelul de cunoștințe al părinților despre simptomele, cauzele, factorii de risc, metodele de profilaxie și de tratament al maladiei [39].

Două persoane cu AB pot prezenta niveluri de funcționare diferite, după cum două persoane cu același nivel de funcționare nu trebuie să aibă neapărat aceeași stare de sănătate [174].

CIF propune pentru prima dată evaluarea socială centrată pe identificarea factorilor contextuali în care trăiește persoana cu dizabilitate, vizând: calitatea mediului fizic, dar și a nișei de viață și dezvoltare (locuință, hrană, igienă, asigurarea securității fizice și psihice); participarea în comunitate, în viața civică și socială; facilitatorii și/sau barierele existente în mediul fizic și social în care trăiește persoana [31].

Utilizarea CIF va permite identificarea intervențiilor care pot îmbunătăți nivelul de participare a persoanelor cu dizabilități prin astm bronșic, va contribui la identificarea sursei principale a „problemei”, fie că este vorba de mediu, sub forma prezenței unui obstacol sau a absenței unui facilitator, de capacitatea limitată a individului în sine sau de o combinație de factori. Prin intermediul acestei clarificări, intervențiile pot fi orientate în mod corespunzător, iar efectele lor asupra nivelelor de participare pot fi monitorizate și măsurate [4].

Dezvoltarea este un proces dinamic prin care copilul trece, în mod treptat, de la dependența de ceilalți pentru toate activitățile din perioada copilăriei, la maturitatea fizică, socială, psihologică, din perioada adolescenței. În acest proces dinamic, funcționarea copilului este dependentă de interacțiunea continuă cu familia sau alte persoane care au grijă de el, într-un mediu apropiat, social. De aceea, funcționarea copilului nu poate fi văzută în mod izolat, ci mai degrabă din perspectiva copilului aflat în contextul sistemului familial. În cazul copiilor cu AB pot exista variații

semnificative ale momentelor în care copilul ajunge să-și exercite funcțiile organismului, să-și utilizeze structurile corpului pentru însușirea de deprinderi, aceste variații fiind dependente și de diferențele individuale în creștere și dezvoltare. Rămănerile în urmă în ceea ce privește apariția funcțiilor, structurilor sau capacităților nu constituie o condiție permanentă, dar reflectă o întârziere în dezvoltare. Rămănerile în urmă sunt specifice și, un aspect, deloc de neglijat, este acela că pot fi influențate de factori fizici, dar și psihologici din mediu.

CIF-CT are la bază cadrul conceptual al CIF și folosește un limbaj și o terminologie comună, pentru a înregistra problemele care implică funcțiile și structurile organismului, limitările de activitate și restricțiile de participare, care pe parcursul vieții, în copilărie și adolescență, precum și factorii de mediu relevanți [7].

Elaborarea bazelor teoretice ale metodologiei de evaluare profesională comprehensivă a funcționării, dizabilității și sănătății la copii cu AB va servi pentru estimarea corectă a necesităților terapeutice și de reabilitare nu numai din punct de vedere strict medical, ci și prin prisma factorilor de mediu (biologici, sociali, personali), ceea ce va permite o înțelegere mai profundă a problemelor acestui grup de copii și elaborarea unor intervenții oportune, pentru a spori calitatea vieții lor [58].

Un factor de influență asupra calității vieții copilului cu astm bronșic este vârsta la care a debutat maladia: cu cât mai devreme a debutat boala, cu atât calitatea vieții copiilor este mai redusă [39].

Nivelul de educație sanitară și de cultură a familiei în care crește copilul este un factor important în controlul astmului bronșic, în adaptarea optimă la statutul morbid și în integrarea în microambianța socială a copilului. Unele cercetări evidențiază statutul social și cel economic al familiei ca un posibil factor de influență asupra calității vieții copilului cu astm [52].

Determinarea indicilor dizabilității cauzate de astm bronșic, care are o evoluție severă, va permite trasarea/optimizarea unor strategii de prevenție la nivel național. Instrumentele practice (eventual, Setul concis și Setul comprehensiv de categorii CIF la copiii cu astm bronșic) vor fi propuse pentru implementare MS al RM, MMPSF al RM pentru realizarea planului de acțiuni aprobat de Guvernul RM pentru introducerea unei noi metodologii de determinare a dizabilității în Republica Moldova, în concordanță cu CIF, aprobată de Organizația Mondială a Sănătății.

Este necesară dezvoltarea unui nou concept de stabilire a dizabilității în baza modelului medico-social al dizabilității, pentru a afla nivelul real al acesteia la copiii cu AB în funcție de funcționarea, activitatea și participarea copiilor.

Totodată, aprecierea corectă a dizabilității și a funcționării copilului cu astm bronșic, a factorilor de mediu, personali și sociali ce influențează nivelul de dizabilitate va permite o mai

bună reabilitare și integrare a copilului în societate, fapt care se va solda cu sporirea calității vieții acestor copii, iar în aspect general – va scădea nivelul de dizabilități infantile.

Așadar, elaborarea unor modele de instrumente practice, care ar facilita procesul de aplicare a CIF în practica medicală în RM, este o actualitate și o necesitate confirmată de politicile promovate în prezent de MS al RM.

Scopul cercetării constă în evaluarea criteriilor actuale în aprecierea dizabilității pentru elaborarea instrumentului practic de determinare a dizabilității la copiii cu astm bronșic prin prisma Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății în Republica Moldova.

Pentru realizarea scopului, au fost trasate următoarele **obiective**:

1. Analiza dinamicii indicilor dizabilității la copiii cu astm bronșic în Republica Moldova (aa. 2009-2015).
2. Evaluarea indicatorilor de sănătate și de funcționare la copiii cu astm bronșic cu și fără grad de dizabilitate conform Protocolului Clinic Național.
3. Determinarea criteriilor de activitate, participare și factori de mediu conform Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății pentru copiii cu astm bronșic.
4. Analiza rezultatelor interviului medicilor prin metoda Delphi privind Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății, pentru delimitarea criteriilor de apreciere a dizabilității cauzate de astm bronșic.
5. Elaborarea instrumentului practic de apreciere a stării de funcționare, dizabilitate și sănătate, derivat din Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății, pentru copiii cu astm bronșic în Republica Moldova.

Metodologia cercetării științifice. Pentru realizarea scopului și a obiectivelor preconizate a fost efectuat un studiu epidemiologic combinat: studiul descriptiv, analitic observațional și caz-control. Indicatorii indicilor de dizabilitate la copiii cu AB au fost apreciați conform studiului descriptiv din datele colectate din rapoartele statistice de ramură „Raport statistic (anual) nr. 46-săn., privind deservirea medicală a copiilor cu dizabilități”, pe parcursul anilor 2009-2015. Pentru evaluarea funcționării, sănătății și dizabilității copiilor cu AB, în baza studiului analitic observațional, și elaborarea opiniei de consens a fost utilizată metoda Delphi în baza Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la Copii și Tineri (CIF-CT, OMS, 2007). În cercetarea copiilor cu dizabilitate cauzată de astm bronșic a fost folosit studiul caz-control. Metodele de investigare au inclus examenul clinic complex, cu studierea documentației medicale a copiilor (Formularul 112), și examinări paraclinice (spirografia, pulsoximetria), dar și o metodă inovatoare pentru țara noastră – examinarea oxidului nitric în aerul expirat. Analiza datelor a fost realizată prin programul Excel al pachetului Microsoft Office 2003 și programul EpiInfo 7.1, cu

ajutorul funcțiilor și modulelor acestor programe, software GraphPad InStat v2.0 pentru Windows. Cartografierea a fost efectuată prin intermediul programului Quantum GIS 1.8.

Noutatea științifică a rezultatelor obținute. Studiul realizat a determinat dinamica indicilor dizabilității cauzate de astmul bronșic, ceea ce va permite trasarea/optimizarea unor strategii de prevenție la nivel național. A fost reliefat indicele estimativ real al dizabilității la copii cu astm bronșic în funcție de activitatea, funcționarea și participarea copiilor. Au fost delimitate rezervele de reducere considerabilă a indicelui de dizabilitate produsă de AB la copii. În premieră au fost elaborate instrumente practice, derivate din CIF (*„Seturile comprehensiv și concis de categorii CIF”*, *„Fișa de evaluare a profilului categoriilor CIF la copii cu AB”*, *„Tabelul de intervenție ale echipei multidisciplinare pentru copii cu AB, în baza evaluării profilului categoriilor CIF”*), care facilitează procesul de evaluare a copilului cu AB (inclusiv cu suspecție sau cu dizabilitate prin astm), obiectivizându-l și transformându-l în unul cuantificat calitativ, dar și cantitativ, și care le permit profesioniștilor în reabilitare să identifice și să monitorizeze eficiența strategiilor de intervenție.

Problema științifică soluționată în cercetare. A fost estimat indicele real al dizabilității copiilor cauzate de AB și au fost identificate rezerve de reducere a acestuia. Rezultatele studiului au permis elaborarea unor instrumente practice de obiectivizare a procesului de evaluare a sănătății, funcționării și dizabilității copiilor cu AB, dar, și de monitorizare a managementului cazului.

Importanța teoretică a studiului. Rezultatele studiului au adus un aport semnificativ la dezvoltarea unui nou concept de stabilire a dizabilității în baza modelului medico-social al acesteia. Au fost propuse criterii noi (derivate din CIF) de apreciere a dizabilității, ce vizează nivelul de funcționare a copilului, activitatea și participarea acestuia în viața cotidiană și cea socială. Abordarea prin prisma CIF a dizabilității copiilor cu AB a permis acumularea unor noi dovezi privind rolul factorilor de mediu (individuali și sociali) în apariția dizabilității la acești copii. Rezultatele cercetării au constituit o bază teoretică pentru crearea unei metodologii de evaluare multidisciplinară comprehensivă a sănătății, funcționării și dizabilității copiilor cu AB, care va servi pentru estimarea corectă a necesităților terapeutice și de reabilitare nu numai din punct de vedere strict medical, ci și în plan social, prin prisma factorilor de mediu (biologici, sociali, personali).

Valoarea aplicativă a cercetării. Studiul a adus o contribuție valoroasă pentru implementarea principiilor CIF, promovate de OMS, în practica medicală din Republica Moldova. Rezultatele obținute au o valoare practică semnificativă prin furnizarea argumentelor, dovezilor și materialelor necesare pentru ajustarea procesului de evaluare a stării de sănătate și a dizabilității copilului cu astm bronșic. Instrumentele practice de evaluare a sănătății, funcționării și dizabilității acestor copii, elaborate de autor și derivate din CIF, au fost implementate în practica medicală a

specialiștilor – alergologi pediatri, implicați în evaluarea copiilor cu dizabilități cauzate de astm bronșic sau cu risc de dezvoltare a dizabilității. Instrumentele practice elaborate oferă un nou nivel de management al copilului cu AB, contribuind la planificarea și monitorizarea eficientă a măsurilor de tratament și suport interdisciplinar. Studiul a propus ca inovație complementarea evaluării funcției pulmonare în astmul bronșic la copii cu monitorizarea inflamației alergice la nivelul căilor aeriene, prin implementarea metodei de dozare a oxidului nitric (NO) în aerul expirat. În premieră s-a demonstrat utilitatea aprecierii NO în aerul expirat drept marker al inflamației căilor respiratorii în astmul bronșic și nivelul de control al maladiei. Au fost elaborate recomandări practice la nivelele național și organizațional, implementarea cărora ar asigura reducerea semnificativă a indicelui dizabilității cauzat de astm bronșic la copii și ar crea beneficii economice și sociale considerabile. Modelul de apreciere a sănătății, funcționării și dizabilității și instrumentele practice elaborate, pot fi utilizate pentru multiplicarea experienței în alte stări clinice la copii și adulți.

Implementarea rezultatelor științifice. Rezultatele studiului au fost aplicate în activitatea practică a secției de alergologie ale IMSP Institutul Mamei și Copilului și oferă un suport metodologic în procesul de evaluare individualizată a copiilor cu AB. Totodată, instrumentele practice elaborate au fost implementate în activitatea specialiștilor – alergologi pediatri implicați în evaluarea copiilor cu dizabilități cauzate de astm bronșic sau cu risc de dezvoltare a dizabilității (fiind reflectate în 3 certificate de inovator și 3 acte de implementare).

Aprobarea rezultatelor. Materialele tezei au fost prezentate și publicate la diferite foruri științifice naționale și internaționale:

- Conferința tinerilor cercetători. Ucraina, Kiev, 24.05.2015;
- 1st International Developmental Pediatrics Congress, 2nd National Developmental Pediatrics Congress “Assessment of disability degree in children with asthma: Current and perspective approach”. Sabanci Center, Istanbul, Turcia, 2-5.12.2015;
- Conferința Națională de Pediatrie. Chișinău, 9-10 septembrie 2016;
- Conferințele științifico-practice anuale ale IMSP IMC (aa. 2013-2016).

Publicații la tema tezei. Rezultatele obținute sunt publicate în 8 lucrări științifice, dintre care: 1 monografie colectivă, 4 articole în reviste științifice recenzate (inclusiv 3 fără coautor) și 3 teze ale comunicărilor științifice naționale și internaționale.

Studiul a fost efectuat în baza temei aprobate la ședința Seminarului de profil „Pediatrie” din 06.12.2013 (proces-verbal nr.3) și la Consiliul științific al IMSP IMC din 24.09.2015 (proces-verbal nr.7).

Teza a fost discutată, aprobată și recomandată spre susținere la ședința Laboratorului Științific de Pediatrie din cadrul IMSP Institutul Mamei și Copilului de comun cu Departamentul Pediatrie USMF „N. Testemițanu” (proces-verbal nr.62 din 23.11.2016), la ședința Seminarului de profil „Pediatrie și Neonatologie” pe lângă IMSP IMC din 08.02.2017 (proces verbal nr.1).

Sumarul componentelor tezei

Volumul și structura tezei. Teza este scrisă în limba română cu titlu de manuscris. Este expusă pe 106 pagini de text de bază tehnoredactate la calculator și conține: introducere, rezumatele în limba română, rusă și engleză, revista literaturii (capitolul I), materiale și metode de cercetare (capitolul II), 3 capitole cu rezultate, sinteza rezultatelor obținute, concluzii generale și recomandări practice. Bibliografia include 183 de titluri. Lucrarea este ilustrată cu 25 de tabele, 25 de figuri și conține 12 anexe.

Sumarul componentelor tezei

Compartimentul „Introducere” descrie actualitatea și importanța problemei științifice studiate, scopul și obiectivele cercetării, noutatea și problema științifică soluționată, importanța teoretică și valoarea aplicativă a lucrării, aprobarea rezultatelor și sumarul compartimentelor tezei.

Capitolul I „Viziuni moderne de apreciere a dizabilității la copii. Implementarea clasificării internaționale a funcționării, dizabilității și sănătății în evaluarea copiilor cu astm bronșic” conține revista literaturii, sunt analizate viziunile conceptuale contemporane privind înțelegerea dimensiunii și a gravității fenomenului dizabilității în întreaga lume, care variază considerabil în clasificarea și definiția dizabilității. Au fost analizate publicațiile ce abordează noi concepte și modificări în contextul general de abordare a problematicii dizabilității, este descrisă utilizarea Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF), ca un instrument de planificare strategică de sănătate și ca un concept de comunicare în domeniul sănătății. S-au cercetat publicațiile care, prin prisma acestei clasificări, încearcă de a elabora instrumente practice de apreciere comprehensivă, multidisciplinară a sănătății și de determinare corectă a funcționării și a gradului de dizabilitate la copii, luând în considerație și rolul factorilor facilitatori și al barierelor în ameliorarea stării de sănătate a copiilor. Au fost studiate în mod aparte publicațiile despre astmul bronșic, care duce la pierderea capacității temporare de muncă a persoanelor, la apariția timpurie a dizabilității și la reducerea calității vieții populației.

Capitolul II „Material și metode de cercetare” conține descrierea celor 3 tipuri de studii: descriptiv, analitic observațional și caz-control. Calculul mărimii eșantionului este făcut conform formulelor corespunzătoare. Este prezentat designul studiului, sunt expuse metodele de investigare, este descrisă caracteristica generală a loturilor de studiu, ce a inclus 300 de copii cu AB, dintre care 150 de copii cu grad de dizabilitate și 150 fără grad de dizabilitate. Materialul acumulat a fost analizat statistic, aplicându-se programul Excel al pachetului Microsoft Office 2003 și programul EpiInfo 7.1, cu ajutorul funcțiilor și modulelor acestor programe, software GraphPad InStat v2.0 pentru Windows. Cartografierea a fost efectuată prin intermediul programului Quantum GIS 1.8.

Capitolul III „Evaluarea dinamicii indicilor dizabilității cauzate de astmul bronșic la copii în Republica Moldova” elucidează tendințele indicelui dizabilității la copii cauzate de AB, pe parcursul anilor 2009-2015, datele fiind preluate din rapoartele statistice de ramură „Raport statistic (anual) nr. 46-săn., privind deservirea medicală a copiilor cu dizabilități”. În structura cauzală a dizabilității induse de patologia bronhopulmonară cronică la copii (acest indice a crescut de la 72,7% în 2013 la 77,1% în 2015), cea mai mare cotă-parte îi revine AB. Indicele dizabilității copiilor cu astm bronșic a rămas constant în ultimii ani (procentul de spor 0,01), chiar dacă se înregistrează o tendință de descreștere a valorilor relative de la 0,58‰ în 2009 la 0,42‰ în 2015.

Capitolul IV „Aprecierea stării de sănătate și funcționare la copiii cu astm bronșic” descrie rezultatele evaluării severității bolii conform documentației medicale primare, în suprapunere cu criteriile PCN ”Astmul bronșic la copii”. S-a conturat faptul că, în realitate, gradul de dizabilitate în astm bronșic la copii nu corelează cu severitatea bolii, conform criteriilor PCN. Aceste rezultate au sugerat concluzia că atribuirea gradului de dizabilitate copiilor cu astm bronșic trebuie abordată inclusiv din punctul de vedere al estimării restricțiilor de activitate și participare ce se evidențiază la copil și factoriilor de mediu, ceea ce aduce o înțelegere mai bună a problemelor cu care se confruntă copilul/familia și a rezultatelor investigațiilor paraclinice. Ca inovație, am complementat evaluarea funcției pulmonare în astmul bronșic la copii cu monitorizarea inflamației alergice la nivelul căilor aeriene, și anume prin implementarea metodei de dozare a oxidului nitric (NO) în aerul expirat, fapt care ne-a confirmat evoluția severă necontrolată a maladiei. Au fost apreciate criteriile de obiectivizare a dizabilității infantile cu aplicarea PCN, aprecierea NO în aerul expirat, CIF, în reducerea indicelui dizabilității la copiii cu AB, ceea ce va aduce beneficii considerabile atât medicale, economice, cât și sociale.

Capitolul V „Elaborarea modelelor de instrumente practice de apreciere a stării de funcționare, dizabilitate și sănătate a copiilor cu astm bronșic” conține rezultatele metodei Delphi (chestionare structurată), în urma aplicării căreia au fost elaborate *Setul de bază și setul concis de categorii CIF la copiii cu AB* (46 și, respectiv, 20 de categorii CIF). Setul reflectă categoriile

relevante pentru descrierea statutului actual al pacientului-copil cu AB. Pentru implementarea rezultatelor obținute, în baza *Setului de bază de categorii CIF pentru copiii cu AB* a fost elaborat instrumentul *Fișă de evaluare a profilului categoriilor CIF pentru copiii cu AB*. Pentru trasarea obiectivelor de intervenție/reabilitare, pentru documentarea rezultatelor măsurărilor specifice ale profesioniștilor în momentul inițierii programului de reabilitare și la finele acestuia, a fost structurat un tabel numit *Tabelul de intervenții a echipei multidisciplinare pentru copiii cu AB în baza evaluării profilului categoriilor CIF*, în care se va ilustra evoluția valorică a categoriilor în urma intervenției, iar ulterior – valorile calificativelor după intervenție.

Ultimul compartiment „Sinteza rezultatelor obținute”, include sinteza celor mai importante rezultate științifice ale studiului, integrarea lor cu datele publicate de alți cercetători și trasează perspectivele de aplicare a lor în practica medicală, în vederea eficientizării managementului copilului cu astm bronșic în determinarea dizabilității în Republica Moldova.

Cuvinte-cheie: dizabilitate, astm bronșic, copil, activitate, participare, factori de mediu.

1. VIZIUNI MODERNE DE APRECIERE A DIZABILITĂȚII LA COPII. IMPLEMENTAREA CLASIFICĂRII INTERNAȚIONALE A FUNCȚIONĂRII, DIZABILITĂȚII ȘI SĂNĂTĂȚII ÎN EVALUAREA COPIILOR CU ASTM BRONȘIC

1.1. Actualități privind dizabilitatea în lume, provocată inclusiv de patologia bronhopulmonară cronică, și anume, de astmul bronșic. Situația actuală la copiii din Republica Moldova

În categoria persoanelor cu dizabilități se poate pomeni oricine, în orice moment, ca urmare a unor împrejurări nefericite (boli, accidente), și există opinia că segmentul de populație marcat de dizabilități este potențial în creștere.

Potrivit estimărilor la nivel global în anul 2010 persoanele cu dizabilitate reprezintă circa 15% din populația lumii, iar circa două treimi din aceste persoane sunt din țările în curs de dezvoltare și cu economie de tranziție [43]. La nivel european numărul persoanelor cu dizabilități reprezintă circa 80 milioane sau și mai mult de 15% din întreaga populație. Unul din patru europeni are un membru de familie cu dizabilitate. Totodată, numărul copiilor cu dizabilități variază între 93 milioane în cazul copiilor în vârstă de 0-14 ani, până la 150 de milioane pentru grupa de vârstă de 0-18 ani [158].

Conform datelor Biroului Național de Statistică al Republicii Moldova, numărul estimat al persoanelor cu dizabilități în Republica Moldova este de 184,4 mii, inclusiv 13,4 mii copii cu vârsta de 0-17 ani. În ultimii 5 ani, cifra generală a crescut cu 2,7%, iar în cazul copiilor – a scăzut cu 11,3%. Persoanele cu dizabilități reprezintă 5,2% din populația totală a țării, iar copiii cu dizabilități constituie aproape 2% din numărul total al copiilor din Republica Moldova. În medie, la 10 mii de locuitori revin 520 de persoane cu dizabilități și la 10 mii de copii – 193 de copii cu dizabilități cu vârsta de 0-17 ani [3, 32, 33].

Din numărul total al persoanelor cu dizabilități aflate în evidența organelor asigurării sociale de stat, 71% au căpătat dizabilitatea în urma unei boli obișnuite, 15% constituie persoanele cu dizabilitate din copilărie, iar 7% – copiii cu dizabilitate [3]. Iar Adunarea Generală a ONU a evidențiat invizibilitatea persoanelor cu dizabilități din statisticile oficiale [106].

Abordările privind măsurarea dizabilității variază între țări și influențează rezultatele generale. Măsurile operaționale ce vizează dizabilitatea variază în funcție de: scopul și punerea în practică a datelor, mentalitatea cu privire la dizabilitate, aspectele dizabilității examinate – deteriorări, limitări ale activității, restricții de participare, condiții de sănătate înrudite, factori de mediu/definiții, conceperea întrebărilor, raportare a surselor, metode de culegere a datelor și așteptările în privința funcționării.

Țările ce raportează o rată scăzută a prevalenței dizabilității – este vorba în principal de țările în curs de dezvoltare – au tendința de a aduna datele cu privire la dizabilitate prin intermediul recensămintelor sau folosesc măsuri axate exclusiv pe o selecție îngustă de deteriorări [62, 111, 115].

Țările ce raportează o prevalență mai mare a dizabilității au tendința de a-și acumula datele prin intermediul unor sondaje și aplică o abordare de măsurare ce înregistrează – pe lângă deteriorare – limitările de activitate și restricțiile de participare socială. Dacă populația instituționalizată este inclusă în sondaj, ratele de prevalență vor fi mai ridicate [145]. Acești factori influențează gradul de comparație la nivelele național și internațional și relevanța datelor pentru un număr mai larg de utilizatori.

Un șir de estimări ale prevalenței dizabilității la nivel global este redat în studiul *Povara Globală a Bolii*, variantă actualizată în 2010 [157].

Diferențele în estimările prevalenței dizabilității în funcție de metoda de colectare a datelor le putem reda printr-o reprezentare grafică (Figura 1.1).

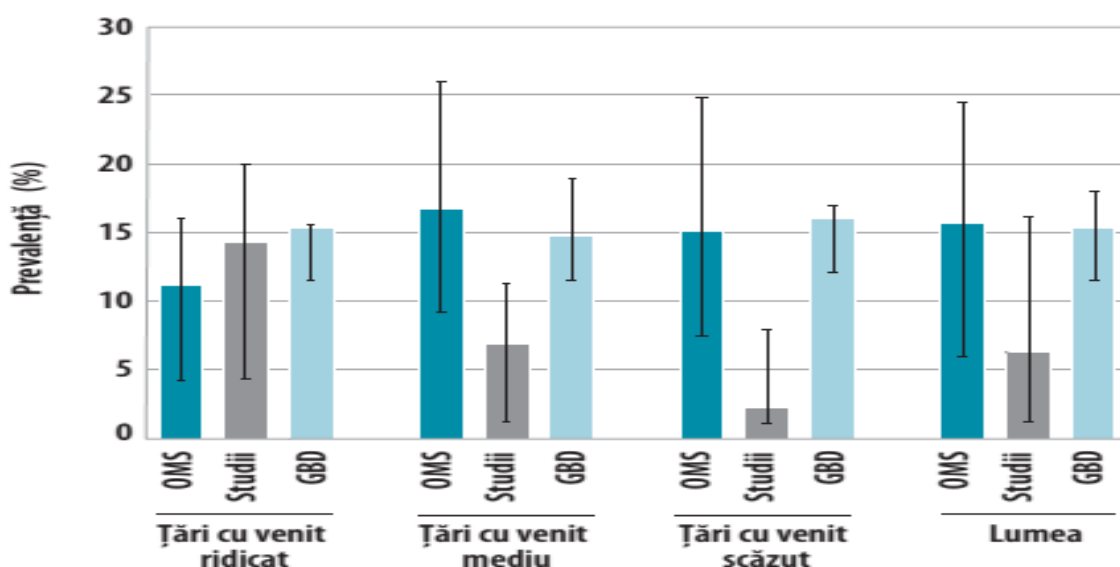


Fig. 1.1. Estimarea prevalenței dizabilității din surse diferite, 2012 [43].

Măsura de dizabilitate reprezintă anii trăiți cu dizabilitate (YLD-years lived with disability) și este utilizată în încercarea DALYs (Disability-adjusted life years) de a cuantifica statutul funcțional al indivizilor în funcție de capacitățile lor și ignorarea factorilor de mediu. YLD folosește un șir de domenii de sănătate de bază, ce includ mobilitatea, dexteritatea, afectele, durerea, percepția, văzul și auzul.

Dizabilitatea este o provocare tot mai serioasă la nivel mondial, inclusiv în Republica Moldova (Figura 1.2). Numărul total al persoanelor cu dizabilități este estimat în baza beneficiarilor

de pensii pentru dizabilitate și a alocațiilor sociale conform datelor Casei Naționale de Asigurări Sociale, Ministerului Afacerilor Interne, Serviciului Informații și Securitate, Departamentului Instituții Penitenciare, Ministerului Apărării. Aproape fiecare a șaptea persoană cu dizabilitate se încadrează în categoria celor cu dizabilitate severă [25].

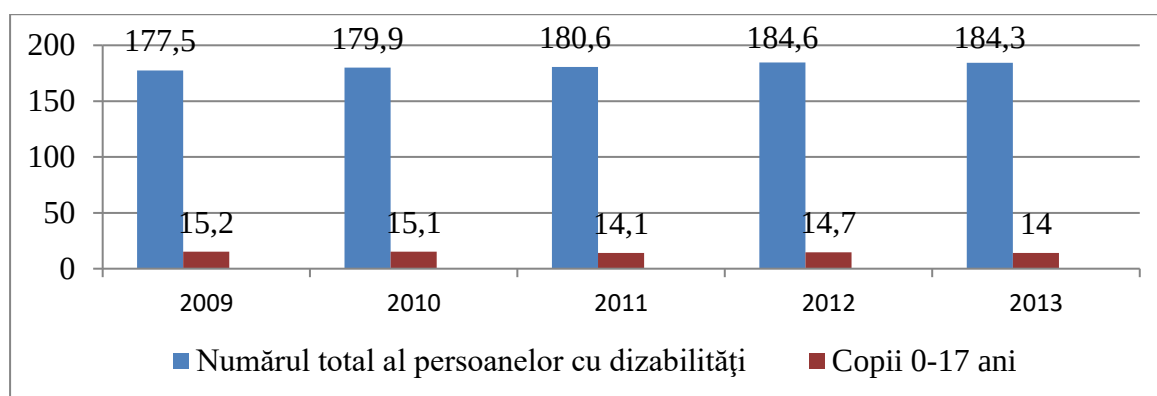


Fig. 1.2. Numărul estimativ al persoanelor cu dizabilități în Republica Moldova (la 10000 copii), [32].

Conform situației din 01.01.2015, în țară numărul total al persoanelor cu dizabilități se cifrează la 183693, dintre care copii – 12865. Indicele dizabilității copiilor de 0-18 ani (la 1000 copii de vârstă respectivă), pe parcursul ultimilor șapte ani, conform datelor statistice oficiale prezentate de Centrul Național de Management în Sănătate (Figura 1.3), rămâne relativ constant pe parcursul perioadei 2009-2011 (de la 20,34% până la 20,17%), cu majorarea ulterioară (în 2012) până la 20,44%, apoi având o ușoară tendință de descreștere în anul 2013 până la 18,9%, care se menține practic la același nivel în următorii 3 ani (2013-2015).

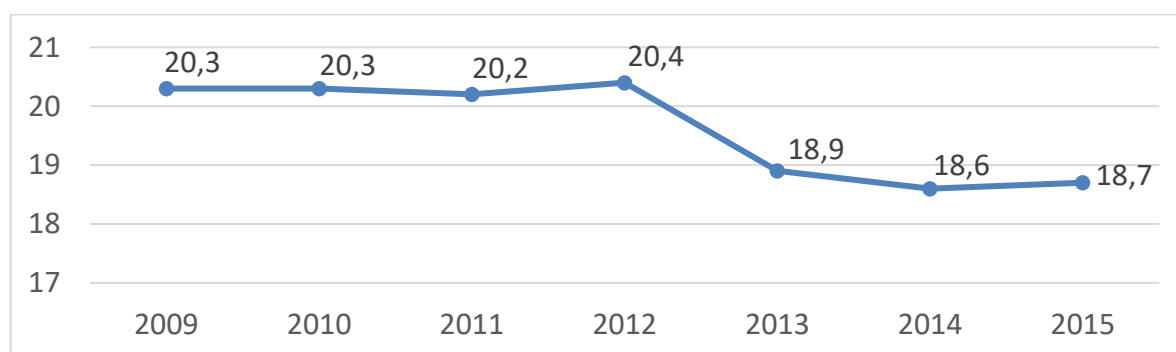


Fig. 1.3. Dizabilitatea generală a copiilor în Republica Moldova, perioada 2009-2015 (la 1000 copii), conform Centrului Național de Management în Sănătate.

Astmul bronșic este una dintre cele mai frecvente boli cronice, afectând pe glob ≈ 300 de milioane de oameni. Prevalența sa în țările dezvoltate a crescut în ultimii 30 de ani, ajungând actualmente la valori de $\approx 10\text{-}15\%$ la adulți și $\approx 15\%$ la copii [166]. La nivel global, boala provoacă dizabilitatea moderată până la severă în cazul a 19,4 milioane de persoane începând din anul 2004 (dintre care 16 milioane se află în țări cu venituri mici și medii) [119].

Organizația Mondială a Sănătății *Studiul Global al Sarcinii bolii / Global Burden of Disease Study* / estimează ca 13,8 % (DALY), se pierd anual din cauza astmului, ceea ce reprezintă 1,8% din sarcina totală a bolii la nivel mondial.

În 2013, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a estimat că în fiecare an 25 miliarde de ani de viață dedicați incapacității (DALY) sunt pierdute din cauza astmului [178]; din acestea, 5,2 miliarde de DALY se pierd în cadrul UE [89]. Astmul este cea mai frecventă boală neinfecțioasă în rândul copiilor [166]. În majoritatea cazurilor de AB este ușoară, dar AB sever apare la 10-20% dintre pacienți [92].

Dizabilitatea provocată de AB are următoarea distribuție la nivel mondial: o povară relativ mai mare în Australia și Noua Zeelandă, în unele țări din Africa, Orientul Mijlociu, America de Sud și Europa de Vest, iar în țările dezvoltate a scăzut drastic sau chiar s-a redus până la zero (Figura 1.4) [156].

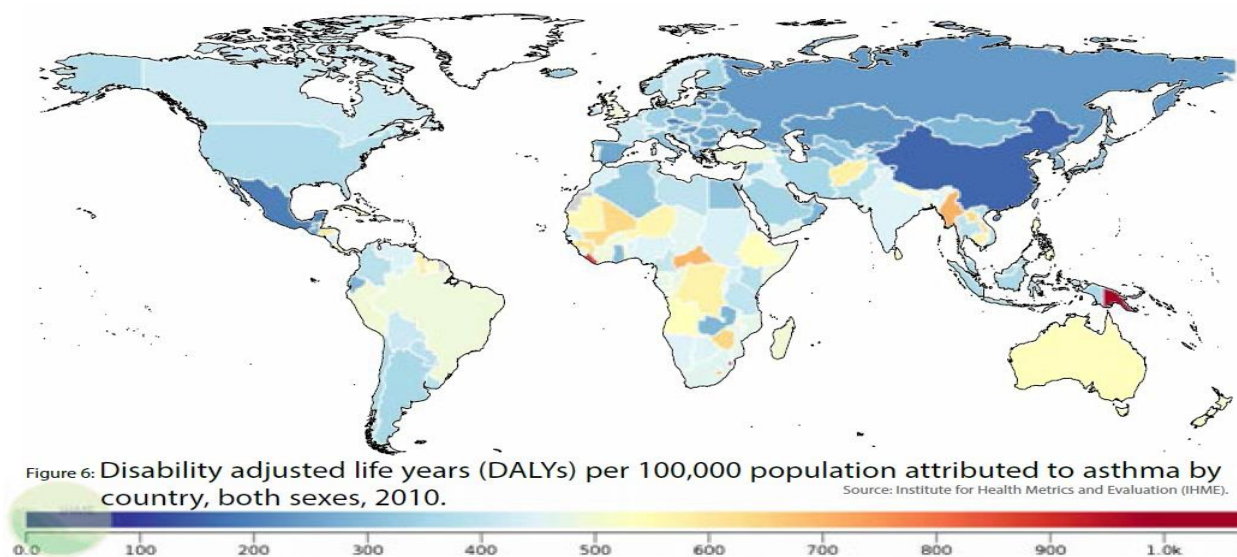


Fig.1.4. Dizabilitatea cauzată de astmul bronșic conform poverii globale a bolii, 2010 (la 100 mii populație) [156].

În structura cauzală a dizabilității prin patologie bronhopulmonară la copii în RM cea mai mare cotă-parte îi revine astmului bronșic – 86%, anomaliile de dezvoltare ale sistemului respirator constituie 1%.

Conform Anuarului Statistic al Republicii Moldova 2015, actualmente în republică sunt în evidență 290 de copii cu diferit grad de dizabilitate cauzată de astmul bronșic (aceștia alcătuiesc 77,3% din cei cu dizabilitate provocată de patologia bronhopulmonară); în 2014 au fost în evidență 339 de copii. Nivelul de dizabilitate prin astm bronșic la copii, pe parcursul anilor 2009-2015 în republică, conform statisticilor naționale, înregistrează o tendință de descreștere – de la 0,58‰ în 2009 la 0,42‰ în 2015 [32].

La nivel internațional, există puține date în ceea ce privește numărul exact al copiilor cu dizabilități, tipurile de dizabilități pe care le au aceștia și modul în care le afectează viața. Majoritatea statisticilor conțin doar informații cu privire la dispozițiile publice sau la beneficiarii de stat specifici, care au acceptat statutul de dizabilitate, în conformitate cu definițiile operative ale legii. Oamenii care nu se văd ca având dizabilități, de obicei, nu intră în sfera de activitate a statisticii oficiale. De fapt, în multe țări, cum ar fi Marea Britanie, de exemplu, multe dintre persoanele cu dizabilități evită înregistrarea statistică. Dreptul de a nu fi înregistrat cu dizabilitate este în conformitate cu principiile demnității umane [114].

Datele statistice din Republica Moldova de asemenea nu reflectă situația reală, deoarece determinarea și evaluarea dizabilității au fost reglementate de actele normative în baza *Regulamentului Consiliului Medical Consultativ (CMC)* [37], iar sarcina de bază a CMC în cazul copiilor era „efectuarea expertizei vitalității copiilor de 0-18 ani în comun cu vicedirectorul/specialistul principal în asistența medicală a mamei și copilului”. CMC determina gradul de severitate a dizabilității și, de asemenea, recomanda instruire la domiciliu copiilor cu dizabilități.

În scopul realizării Legii nr. 499-XIV din 1 iulie 1999 privind alocațiile sociale de stat pentru unele categorii de cetățeni (Monitorul Oficial, 1999, nr.106-108, art. 512), precum și al optimizării asistenței medicale și sociale acordate copiilor cu deficiențe severe fizice și psihice, Guvernul Republicii a aprobat Hotărârea nr. 1065 din 11.11.1999 cu privire la aprobarea *Listei bolilor și stărilor patologice, care acordă copiilor până la vârsta de 18 ani dreptul la primirea statutului de copil-invalid și a alocațiilor sociale de stat conform legislației* (Monitorul Oficial, nr. 128-129 din 17.11.1999). Lista conține un număr de 146 de diagnoze medicale, împărțite în 19 categorii.

Remarcăm faptul că decizia privind încadrarea într-un grad de „severitate” în cazul copiilor era luată în exclusivitate de către medicii din cadrul CMC. Stabilirea gradului sever de dizabilitate

se solda cu accesul persoanelor la prestații și alte beneficii sociale, fără a se pune accent suficient pe capacitățile, potențialul persoanei, pe recomandările de incluziune educațională etc.

În Republica Moldova au fost detectate numeroase probleme legate și de managementul copiilor cu dizabilități, în general, și cu dizabilități cauzate de patologia cronică bronhopulmonară, în special [51].

Problemele identificate în sistemul de determinare a dizabilității sunt: baza tehnico-materială precară a instituțiilor implicate în procesul de determinare a dizabilității; lipsa criteriilor unice standardizate și a instrumentelor de evaluare a dizabilității la nivel național; lipsa programelor și a planurilor de instruire continuă a specialiștilor implicați în determinarea dizabilității prin prisma CIF; predominarea modelelor ierarhice de comunicare specialist – beneficiar, abordarea preponderent medicală a dizabilității [20, 22].

Întrucât determinarea gradului de dizabilitate se efectua de către Consiliul Medical Consultativ în Centrele Medicilor de Familie situate în fiecare raion, unde se utiliza modelul medical de determinare a dizabilității, majoritatea cazurilor de tulburări ușoare nu erau înregistrate. Totodată, cu siguranță persistau cazuri (mai cu seamă în cazurile de activism exagerat al părinților pacientului sau din motive materiale etc.) în care gradul de dizabilitate a fost stabilit doar în baza diagnosticului, în pofida faptului că funcționalitatea, activitatea și participarea copilului nu erau afectate [54].

În anul 2011, Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei a ieșit cu inițiativa de a revedea modalitatea de apreciere a dizabilității și a racorda sistemul de determinare a dizabilității la rigorile internaționale, în special, la experiența internațională în implementarea prevederilor Convenției ONU pentru drepturile persoanelor cu dizabilități și introducerea în utilizare a Clasificatorului Internațional a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF). Obiectivul general al CIF este de a oferi un limbaj standardizat și unitar, precum și un cadru general de descriere a stării de sănătate și a celorlalte stări asociate stării de sănătate.

Astfel, cu sprijinul experților naționali și internaționali în domeniu, a fost definitivată *Metodologia și criteriile de determinare a dizabilității la copii și la adulți*. Rezultatele obținute au condus la reorganizarea sistemului de apreciere a dizabilității, aprobat prin HG Republicii Moldova nr. 65 din 23.01.2013 „Cu privire la determinarea dizabilității și capacității de muncă” [21].

Una dintre priorități în contextul reformării sistemului de protecție socială a persoanelor cu dizabilități îl reprezintă criteriile noi de determinare a dizabilității la copii și la adulți, care au fost aprobate prin ordine interministeriale dintre Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei, Ministerul Sănătății și Ministerul Educației. Prin aprobarea noilor criterii se urmărește

implementarea *modelului medico-social în procesul de determinare a dizabilității*, care va favoriza incluziunea copiilor în sistemul educativ și a adulților în câmpul muncii [34, 49].

Structurile medicale de stabilire a dizabilității au fost redefinite în structuri pentru *determinarea dizabilității și capacității de muncă*, incluzând, pe lângă medicii-experti menționați anterior, un psihopedagog și un lucrător social.

Așadar, recunoașterea unei persoane ca fiind cu dizabilități se efectuează de către Consiliul Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă (CNDDCM) sau de structurile sale teritoriale, în baza criteriilor aprobate de Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei, Ministerul Sănătății și Ministerul Educației (în cazul copiilor).

În urma reformării sistemului de determinare a dizabilității au fost redefinite criteriile gradelor de dizabilitate, actualmente existând trei grade: *severă, accentuată și medie*.

1.2. Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la copii și tineri, ca model de evaluare a dizabilității

Istoricul atitudinilor sociale față de persoanele cu dizabilități

Dizabilitatea face parte din existența umană, fiind o latură a dimensiunii universale a umanității. Ea este cea mai puternică provocare în acceptarea diversității, pentru că limitele sale sunt foarte fluide.

În ultima perioadă de timp, atât terminologia cât și însuși conceptul de „dizabilitate” a suportat schimbări radicale. Utilizat o perioadă îndelungată la nivel autohton, precum și la nivel internațional, termenul de „invalid”, care este unul categoric și absolut, a fost substituit de termenul „persoane cu dizabilități”, care redă caracterul parțial și relativ al stării acestuia [41].

Există aproximativ 23 de specialități, de profesii diferite implicate în activitățile cu persoanele cu dizabilități și, desigur, nu toate utilizează aceleași definiții. Townsend sugerează că aceste definiții date de specialiști ar putea fi grupate în cinci mari categorii: pierdere sau anormalitate; condiție clinică; limitare funcțională; devianță; dezavantaj. Întrucât au fost elaborate pentru scopuri specifice, nici una dintre definiții nu poate fi considerată corectă sau greșită [30].

Conform dicționarului de specialitate, dizabilitatea – însumează un număr de limitări funcționale ce pot fi întâlnite la orice populație. Dizabilitatea derivă dintr-o deficiență, este determinată, dar nu în mod obligatoriu și univoc, de o deficiență. Dizabilitățile pot fi determinate, cauzate de deficiențe (fizice, senzoriale sau intelectuale), de condiții de sănătate (boli psihice), dar depind și de mediu [42].

Conceptul de dizabilitate a evoluat pe parcursul istoriei atât ca conținut, cât și ca formă de exprimare. În diferite perioade de dezvoltare pentru identificarea persoanelor ce sufereau de

afecțiuni fizice, senzoriale sau mentale, a fost folosită cea mai diversă terminologie: infirmitate, invaliditate, handicap, deficiență. Această terminologie a evoluat odată cu evoluția conceptului de drepturi fundamentale ale omului și considerăm că a fost puternic influențat de acesta.

Până la schimbările calitative la nivelul drepturilor fundamentale ale omului se folosea conceptul de „*persoane cu infirmitate*”, care trata persoana cu dizabilități ca pe o deviație de la normalitate, caracterizată de neputința de a acționa în toate sau doar în unele domenii ale vieții comunității din care fac parte. Ulterior, s-a instituit termenul de *handicap* pentru a individualiza categoria persoanelor cu dizabilități. Însuși termenul de *handicap* este unul discriminatoriu, de aceea căutarea unei definiții pentru persoanele handicapate care să fie în același timp riguroasă și nonstigmatizantă a constituit obiectul preocupărilor unui număr mare de cercetători. Printre aceștia s-a remarcat P.Wood care a formulat propuneri de reconceptualizare acceptate ulterior prin consens de Organizația Mondială a Sănătății. Inovația sa a constat în înlocuirea termenului handicap prin trei concepte distincte [15]:

Infirmitate sau deficiență este pierderea, alterarea sau absența unei structuri sau a unei funcții din punct de vedere anatomic, fiziologic sau psihic. Aceasta poate să fie rezultatul unei boli, a unui accident etc., dar și rezultatul unor factori negativi de dezvoltare ai mediului, în special carențele afective [97].

Conceptul de deficiență nu trebuie confundat cu conceptul de *boală*, deoarece are o altă semnificație. Boala implica alterarea funcțională și/sau structurală a organismului din punct de vedere somatic, psihic sau psihosomatic și are ca o caracteristică suferința sau durerea. Deficiența implică dizabilitatea, dar care are un element comun cu boala, și anume starea de anomalie. Deficiența este caracterizată prin prezența dizabilității prin pierderea sau absența unei anumite aptitudini a persoanei, aptitudine prezentă la celelalte persoane [16].

Incapacitatea sau dizabilitatea („disability”) desemnează orice reducere, lipsă ori pierdere (rezultând dintr-o deficiență) a aptitudinii de a desfășura o activitate în condițiile considerate normale pentru o ființă umană. Dizabilitățile sunt descrieri ale perturbărilor la nivelul persoanei, al personalității; ele ilustrează limitarea funcțională sau restricția în activitate (de durată), cauzate de o deficiență. În cadrul studiilor și recensămintelor desfășurate au fost urmărite diferite tipuri de dizabilități, formulate ca „dificultăți”, cum ar fi: „de vedere”, „de auz”, „de deplasare”, „de autoservire” etc [9].

Handicapul – orice dezavantaj de care suferă o anumită persoană ca urmare a unei infirmități sau a incapacității care o împiedică să satisfacă total ori parțial sarcinile considerate normale pentru ea în raport cu vârsta, sexul sau alți factori sociali și culturali.

Noțiunea de handicap a stat la baza elaborării Clasificatorului internațional al deficiențelor, incapacităților și handicapurilor (ICIDH-1), adoptat ca document de lucru de către Organizația Mondială a Sănătății în anul 1980 [179], care a reprezentat o schimbare în atitudinea față de această categorie de persoane, dizabilitatea nu mai era privită ca o problemă de ordin personal, dar ca o problemă de interacțiune a acesteia cu mediul fizic sau cel social [175].

Termenul „handicapat” este jignitor pentru multe persoane cu dizabilități, deoarece este asociat (din limba engleză) cu „șapca ținută în mână” (handy-cap), adică cu cerșitul. Din cauza conotației negative la nivel de percepție a limbajului, există o tendință din ce în ce mai accentuată de a nu-l mai folosi. Astăzi se încearcă, în loc de „handicap”, utilizarea sintagmei „persoană cu deficiențe (mentală, senzorială, fizică etc.)” sau „persoană cu nevoi speciale”. De exemplu, în Anglia s-a introdus un nou termen pentru a defini această categorie de concepte, și anume „physically challenged” (Gleeson B.J. *Geographies of disability*. London: Routledge, 1999, 259 p.).

Cuvântul „invalid” echivalează dizabilitatea cu boala și poate fi interpretat ca „nevalabil” sau „fără valoare”. Așadar, sintagma preferată ar fi „persoană cu dizabilități” [41].

Din logica conceptului inițial se înțelege că dizabilitatea, incapacitatea devine handicap doar atunci când devin bariere în calea realizării condiției sociale a unei persoane concrete. De aceea nu toate deficiențele, incapacitățile în mod obligatoriu determină handicapul.

În 1997 a fost adoptat Clasificatorul internațional al deficiențelor, activităților și participării, care a stabilit că dizabilitatea se exprimă în două dimensiuni: a persoanei (privește caracteristicile individuale ale fiecărei persoane în parte); și a mediului [175], iar în anul 2001, OMS a elaborat Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății [81] prin care s-a renunțat în totalitate la noțiunile discriminatorii folosite până atunci, așa ca invaliditate, handicap etc., și s-a dispus folosirea termenului de dizabilitate ca termen general, global, utilizat pentru a desemna un fenomen multidimensional ce rezultă din interacțiunea dintre oameni și mediul lor fizic și social, dintre caracteristicile de sănătate și factorii contextuali [13].

O schimbare esențială a conceptului de dizabilitate a avut loc odată cu adoptarea Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități, care a încetat de a trata dizabilitatea ca pe o caracteristică negativă a individului, catalogând-o drept o problemă a întregii societăți care nu se poate adapta la necesitățile individuale ale persoanei [164].

De remarcat că nu doar noțiunea folosită pentru a individualiza această categorie a suferit schimbări, dar însăși încărcătura conceptuală a evoluat fiind caracterizată de două modele: cel medical și individual sau social [19] care s-au succedat pe parcursul istoriei, prima fiind caracteristică perioadei de până la adoptarea Clasificatorului internațional al deficiențelor,

activităților și participării din 1997, când de fapt s-a pus temelia schimbării în abordarea acestui concept, schimbare care s-a produs în mod definitiv odată cu adoptarea CDPD din 2006.

Modelele dizabilității

Problematica dizabilității a fost și este abordată, în principal, din perspectiva a trei modele: cel *individual*, de inspirație medicală (care consideră că dificultățile persoanelor cu dizabilități sunt datorate inferiorității biologice și psihologice a acestora); modelul *social* (care pune accentul pe mediul social neadaptat, considerat generator al dificultăților persoanelor cu deficiențe) și modelul *bazat pe drepturi*, instituționalizat prin Convenție. Modelul dominant a fost (și, din păcate, uneori continuă să fie) cel medical, care accentuează pierderile sau incapacitățile individuale, considerate generatoare de dependență (după Manea, 2006; Christie & Mensah-Coker, 1999, p.22) [28].

Modelul medical postulează că problemele cu care se confruntă persoanele cu dizabilități nu sunt altceva decât consecințele directe ale deficiențelor lor specifice [28], ceea ce îl consacră ca un model extrem de discriminatoriu, dar, ce este mai important, persoanele cu dizabilități resping acest model – ei spun că acesta a dus la scăderea respectului propriu, nede dezvoltarea abilităților vieții, educație slabă și un grad mare de neangajări. Toți recunosc că modelul medical duce la ruperea legăturilor naturale cu familia, comunitatea și societatea, în general [23].

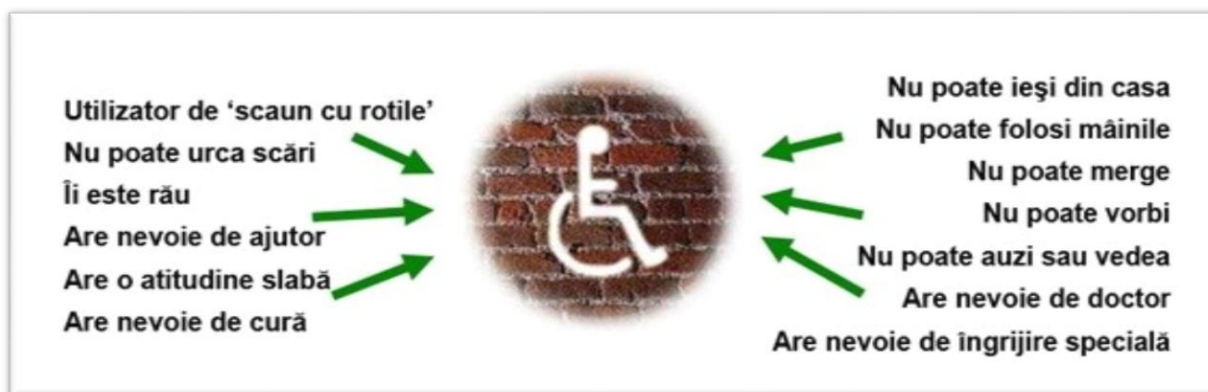


Fig. 1.5. Diagrama modelului medical în abordarea dizabilității [23].

Modelul social a dus la o schimbare de accente concentrând atenția nu asupra limitărilor fizice ale anumitor indivizi, dar asupra modului în care mediul fizic și societatea impun serii de constrângeri anumitor grupuri sau categorii de persoane. În consecință, ajustarea care reprezintă obiectivul esențial al modelului individual devine o problemă a societății: în ce măsură aceasta este

dispusă să-și ajusteze așteptările și paternurile de comportament pentru a îndepărta obstacolele cu care se confruntă persoanele cu deficiențe [30].

Modelul social tratează dizabilitatea ca o problemă socială, și nu numai a individului afectat. Modelul social în sine este o critică a modelului medical, transferând perspectiva de la dizabilitate la mediu și atitudini. Astfel, acest unghi de vedere implică politici sociale. Practicile europene arată că, pe lângă determinarea dizabilității, trebuie evaluat și statutul social al familiei.

Deseori, modelul medical și cel social sunt prezentate ca fiind în opoziție, însă dizabilitatea nu este necesar să fie privită nici ca una pur medicală, nici ca una pur socială: persoanele cu dizabilități se pot confrunta adesea cu probleme generate de starea lor de sănătate [154].

Modelul social se centrează pe ridicarea barierelor sociale mai degrabă decât pe „cura” persoanelor care au probleme de sănătate:



Fig. 1.6. Diagrama modelului social în abordarea dizabilității [23].

Prezența unei condiții de sănătate (boli, afecțiuni etc.) este o premisă, dar aceasta nu conduce obligatoriu la dizabilitate. Diagnosticul medical în sine nu este ca atare suficient pentru a fundamenta încadrarea într-o categorie de dizabilitate, el trebuie corelat cu evaluarea psiho-socială. La evaluarea potențialului persoanei cu dizabilități, pe lângă stabilirea gradului de disfuncționalitate a organismului, se vor lua în considerație și factorii de mediu, inclusiv cei familiari, calitatea educației, măsurile luate de familie, posibila neglijare, precum și factorii personali. În absența familiei se evaluează particularitățile mediului substitutiv [84, 171]. Este nevoie de o abordare echilibrată, care să ofere o pondere corectă diferitelor aspecte ale dizabilității [84, 146].

Modelul bazat pe drepturi a fost dezvoltat odată cu apariția, în 2001, a Comitetului ad-hoc deschis participării tuturor statelor-membre ale Națiunilor Unite, care au analizat propunerea de a beneficia de o convenție internațională, cuprinzătoare și integratoare, de promovare și protecție a

drepturilor și demnității persoanelor cu dizabilități. Astfel, în 2006 a fost finalizat textul Convenției ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, intrând în vigoare la 3 mai 2008, după ce a fost ratificată de 20 de state [76].

Parlamentul Republicii Moldova a ratificat Convenția prin legea nr. 166/09.07.2010. Uniunea Europeană a ratificat Convenția în data de 7 ianuarie 2011, fiind prima Convenție internațională ratificată de UE. *Strategia europeană 2010-2020 pentru persoanele cu dizabilități: un angajament reînnoit pentru o Europă fără bariere*, adoptată la 15 noiembrie 2010, este o asigurare a implementării efective a Convenției, stabilind planul de lucru și prioritățile pentru anii viitori [14, 183].

Astfel, Organizația Mondială a Sănătății a elaborat Modelul bio-psiho-social al dizabilității, care stă la baza Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF), aprobate de Adunarea Mondială a Sănătății în 2001 [173]. CIF se bazează pe integrarea acestor modele și în acest sens este folosit termenul de model „bio-psiho-social”, o sinteză a tuturor perspectivelor sănătății: din punct de vedere biologic, individual și social [40].

Până de curând, în Republica Moldova pentru persoanele cu dizabilități era folosit cuvântul „invalid”, care însă nu corespunde statutului acestor persoane, deoarece, în limba română, „invalid” (din lat. *invalidus*) este un om care are o infirmitate (din cauza căreia este inapt de muncă), infirm, mutilat, schilod. Acest termen este preluat din practica medicală sovietică, care folosea cuvântul rusesc „инвалид” pentru a determina o persoană cu dizabilități. Totodată, același termen continuă să fie utilizat și în sintagma „grad de invaliditate”, ce ține de practica expertizei medicale a vitalității din Republica Moldova. La noi în țară, persoanele cu dizabilități au fost privite prin prisma modelului medical [17].

Reformele sistemului de determinare a dizabilității persoanelor în Republica Moldova s-a perfectat în ultimii ani și s-a aliniat la standardele europene. Organismele internaționale, inclusiv Organizația Mondială a Sănătății a inițiat în anul 2010 un proiect: „Strategia de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități în Republica Moldova pentru anii 2010-2013”, fiind un document strategic ce-a vizat problematica persoanelor cu dizabilități din Republica Moldova. Persoanele cu deficiențe fizice, mintale, intelectuale sau senzoriale de durată, care, în interacțiune cu diverse obstacole, stopează în mare parte participarea lor deplină și efectivă în societate, în condiții de egalitate cu ceilalți. Acest proiect s-a finalizat cu elaborarea bazei juridico-legale și mecanismele de implementare a acestor inițiative în practică. Baza legală a acestei strategii o constituie următoarele acte: Legea Nr. 60 din 30.03.2012 „Privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități”, Hotărârea Guvernului Nr. 65 din 23.01.2013 „Cu privire la determinarea dizabilității și capacității de muncă”, Ordinul MS al RM Nr 165 din 21.02.2013 „Cu privire la organizarea trimeriei la

expertizare pentru determinarea dizabilității și capacității de muncă”. Aceste acte reglementează drepturile persoanelor cu dizabilități în vederea incluziunii sociale a acestora, garantării posibilității participării lor în toate domeniile vieții fără discriminare, la un nivel identic cu ceilalți membri ai societății, având ca bază respectarea drepturilor și libertăților fundamentale ale omului [35].

Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF-2001)

În cadrul unui proces îndelungat, care a implicat participarea unor cadre universitare, medici și, cel mai important, a persoanelor cu dizabilități [66], a fost elaborată Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF) (The International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) [173], care a adus progrese în ceea ce privește înțelegerea dizabilității. Clasificarea respectivă face parte din familia Clasificărilor Internaționale ale OMS, alături de Clasificarea Internațională a Maladiilor (International Classification of Diseases – ICD) [8]. CIF s-a dezvoltat în anii 1990-2000 din Clasificarea Internațională a Deficiențelor, Dizabilității și Handicapului (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – ICIDH, 1980). Preocupări pentru aceste clasificări au existat încă din secolul al XVIII-lea, unul dintre promotori fiind William Cullen (1710-1790), care, în anul 1785, a publicat la Edinburgh o clasificare a bolilor *Synopsis nosologie methodicale*. De asemenea, în 1853, la Congresul Internațional de Statistică de la Brussels s-a vorbit despre Clasificarea cauzelor morții. În secolul al XX-lea, odată cu înființarea Organizației Mondiale a Sănătății, aceste clasificări internaționale se dezvoltă tot mai mult [176].

CIF nu se referă doar la persoanele cu dizabilități; de fapt, aceasta se referă la toți oamenii. Cu ajutorul CIF se pot descrie sănătatea și stările asociate sănătății, corelate cu oricare stare de sănătate, deci CIF are o sferă de aplicare universală [66].

CIF propune o serie de schimbări importante la nivel cultural cu privire la conceptele de sănătate, funcționare, și mai ales, dizabilitate. Pentru multă vreme, într-adevăr, conceptul de sănătate a fost suprapus celui de absență a bolii, un model strict de matrice medico-organică care s-a extins recent și la alte componente. Sănătatea, nu este însă absența bolii, însă poate fi sintetizată ca o stare a întregii persoane; prin urmare starea de bine este strict legată de funcționarea umană la toate nivelele: biologic, psihologic și social.

CIF face distincție între funcții ale corpului (fiziologice sau psihice, de ex. vederea) și structuri ale corpului (părți anatomice, de ex. ochi și structurile aferente), (Figura 1.7). *Deprecierea* în structura corporală sau funcțională este definită ca implicând o anomalie, un defect, o pierdere sau altă abatere semnificativă de la anumite standarde generale acceptate de populație, care poate varia în timp. *Activitatea* este definită drept executarea unei sarcini sau acțiuni. CIF enumeră 9

domenii generale ale funcționării, care pot fi afectate [117]: Învățarea și aplicarea cunoștințelor, Sarcinile și cerințele generale, Comunicarea, Mobilitatea fizică de bază, Viața casnică, Autoîngrijirea, Interacțiunile și relațiile interpersonale, Viața comunitară, socială și civică, Sprijin și relații cu familia, alte arii majore ale vieții, [173].

Factorii de mediu introduși pentru prima dată în CIF includ mediile fizic, social și atitudinal în care trăiesc oamenii. Acești factori sunt exterior individului și pot avea o influență pozitivă sau negativă asupra performanței unui individ ca membru al societății, capacității unui individ de a executa acțiuni sau sarcini ori asupra funcțiilor corpului unei persoane. În prezent nu există o clasificare pentru factori personali, aceștia constituind detaliile particulare ale vieții unui individ și includ factori cum ar fi sexul, vârsta și stilul de coping (reacție la factori stresanți) [173].

CIF oferă un model științific pentru fundamentarea interacțiunii dintre starea de sănătate a unei persoane și mediile social și fizic. Dizabilitatea apare din interacțiunea dintre condițiile de sănătate cu factori contextuali – factori de mediu și personali (Figura 1.7).

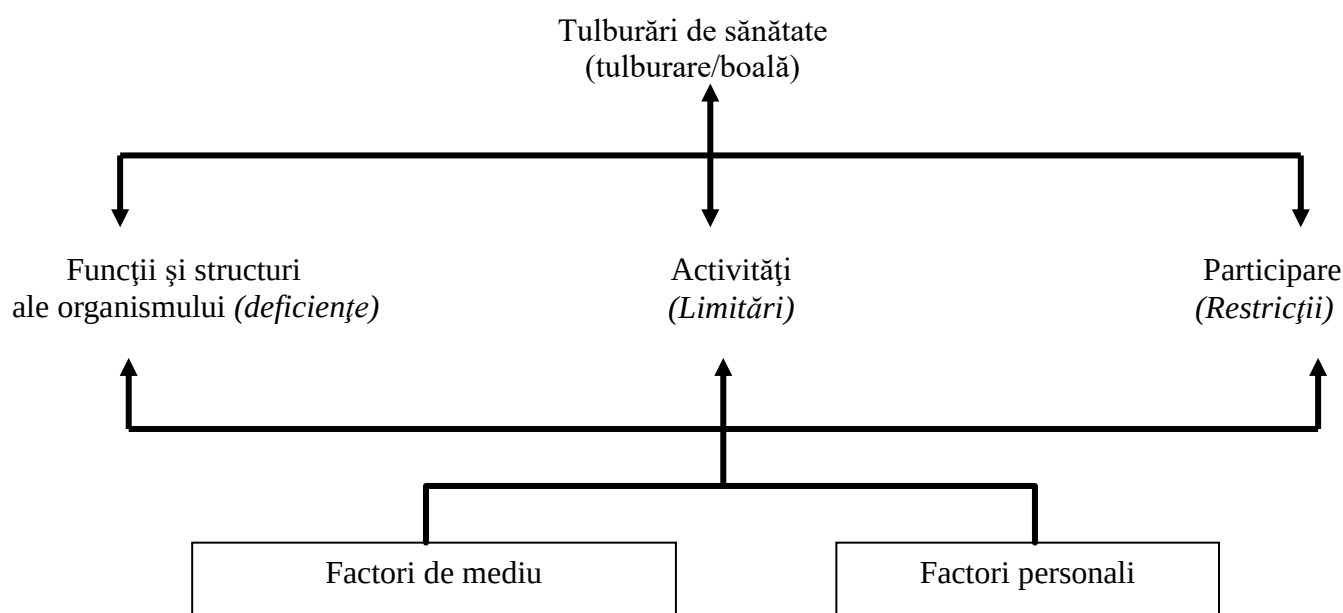


Fig. 1.7. Interacțiuni conceptuale CIF 2001 [173].

În CIF, sintagma „persoană handicapată mintal” este înlocuită cu expresia „persoană cu o problemă de învățare”. Totodată, în CDPD se folosesc termeni neutri sau pozitivi și un limbaj foarte concret. Această abordare aduce problema de „salubritate a termenilor”; oricum i-am spune unei dizabilități, ea continuă să existe, fie că i se aplică sau nu etichete. Problema nu este una lingvistică, ci de atitudine a altor indivizi și a societății.

Strategia OMS din ultimul deceniu recomandă o viziune comprehensivă asupra stării de sănătate a omului și asupra tulburărilor de sănătate ce conduc la dereglarea funcționalității și la dizabilitate. Pe parcursul mai multor ani, cu participarea unui grup de experți din mai multe țări, Organizația Mondială a Sănătății a elaborat și, în septembrie 2007, a publicat versiunea Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății pentru copii și tineri (CIF-CT) [174]. Versiunea CIF pentru copii și tineri urmează aceeași organizare și structură a informației, dar conținutul ei este extins asupra aspectelor esențiale ale funcționării și mediului, specifice copilului și adolescentului. În domeniile *Activități* și *Participare* au fost efectuate 237 de schimbări.

Toate instrumentele incluse în familia clasificărilor internaționale OMS pot fi folosite pentru a descrie și a compara sănătatea populațiilor în plan mondial, a dezvolta un limbaj semantic comun între toate sectoarele preocupate de sănătatea omului, totodată ele pot avea o serie de aplicații clinice. Astfel, și CIF poate avea diferite arii de aplicare: statistică, de cercetare, dezvoltare de politici sociale, educațională, dar și clinică – în evaluarea necesităților, ajustarea tratamentelor la anumite condiții și optimizarea programelor de terapie, evaluarea profesională a sănătății, reabilitarea și evaluarea rezultatelor reabilitării sau ale tratamentului [173, 174].

1.3. Instrumente actuale și de perspectivă de aprecierea dizabilității și de monitorizarea copiilor cu astm bronșic

CIF reprezintă o clasificare care nu pretinde a fi un instrument practic. Pentru a obține importanță ca instrument practic, a fost necesar a se extrage din CIF informațiile utile pentru practica cotidiană. Primul pas necesar pentru implementarea CIF în activitatea de reabilitare este dezvoltarea *seturilor de categorii CIF*. În acest context, pentru aplicarea CIF în practica reabilitării medicale, începând cu anul 2001, când aceasta a fost adoptată de OMS, s-a inițiat elaborarea seturilor de categorii (ghiduri) CIF. Cel mai important scop al acestor activități a fost de a selecta din multitudinea de categorii CIF un standard concis de aplicare clinică (Concise set of ICF) sau standard complex multiprofesional (Comprehensive set of ICF) de diferite stări funcționale și de sănătate [28].

Deja există elaborări preliminare de *seturi concise CIF* pentru pacienți cu condiții neurologice, musculoscheletice, cardiopulmonare și *seturi comprehensive CIF* pentru stări cronice, neurologice, musculoscheletice, cardiopulmonare și probleme geriatrie în cadrul sistemelor multiprofesionale de reabilitare. Suprapunerea acestor seturi arată că ele au numeroase puncte comune, deci există o comparabilitate între funcționarea organismului în diferite condiții [55, 65].

Existența acestor seturi determină legătura dintre CIF și CIM (Clasificarea Internațională a Maladiilor), care clasifică maladiile, disfuncțiile și leziunile în funcție de etiologie. Aceste două

documente ale Organizației Mondiale a Sănătății sunt complementare, se completează una pe alta și nicidecum nu se dublează.

Actualmente, OMS, împreună cu alte organizații internaționale (ICF Research Branch, WHO FIC Collaborating Center, Institute for Health and Rehabilitation Sciences, Ludwig-Maximilian University in Munich), au elaborat mai multe formulare care pot fi folosite ca instrumente practice pentru a face legătura dintre CIF și practica de reabilitare medicală [73].

Necesitatea utilizării CIF în practica clinică crește constant în ultima perioadă. În prezent, abordările CIF au început să acopere noi domenii terapeutice, care include evaluarea stării de sănătate pentru pacienți ce suferă de accident vascular cerebral [155], scleroză multiplă [99], boli maligne [67, 159], boli musculoscheletice [168], tulburări reumatologice [169], boala pulmonară obstructivă [151], boala ischemică a inimii [72], lupus eritematos [152], artrita reumatoidă [100, 149], boli interne [134, 150]. În practica pediatrică, însă, există încercări unice în lume (ICF Research Branch, Ludwig-Maximilian University in Munich), [82, 141].

Scopul acestor seturi de categorii (ICF Core Sets) este de a selecta din multitudinea de categorii ale CIF un standard minim sau mai extins de categorii aplicabile pentru o evaluare complexă. Setul de categorii a fost definit ca „o listă de categorii CIF, care ar include un minim de categorii pentru a fi practice în utilizare, dar atâtea câte ar fi suficiente pentru a oferi posibilitatea unei evaluări comprehensive a unui spectru tipic de probleme la un pacient cu o problemă specială” (Cieza și coaut., 2004). La moment sunt elaborate seturi de categorii pentru 12 stări clinice, procesul de elaborare (ca, de fapt, și a altor instrumente CIF) fiind în derulare continuă.

Seturile de categorii au fost folosite pentru a recunoaște nevoile pacientului, a raporta și a descrie funcționarea în diferite medii (acut, reabilitare etc.) și pentru a evalua răspunsul la intervenții. Până în prezent nu au fost dezvoltate seturi de bază pentru copii. Aceste seturi de categorii elaborate în baza Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății reprezintă standarde internaționale pentru „ceea ce se poate măsura” în ceea ce privește funcționarea și dizabilitatea, cu toate acestea, ele nu indică „cum să fie măsurate” aceste categorii.

Rolul tehnologiilor informaționale de comunicare în implementarea CIF

Globalizarea tehnologiilor informaționale de comunicare (TIC) în secolul XXI modifică practica și politicile privind îngrijirile de sănătate. Totodată, aceste tehnologii vin să răspundă la necesitățile crescânde în sisteme eficiente de stocare, sistematizare și analizare a datelor ce vizează sănătatea omului la diferite niveluri. Astfel, unul dintre obiectivele principale este crearea unor infrastructuri informaționale, semantic interoperabile, care ar nivela eterogenitatea limbajului, a terminologiei sistemelor de sănătate. Una dintre condițiile de bază pentru implementarea largă a

CIF este crearea unor e-sisteme electronice în domeniul sănătății cu design aplicabil limbajului CIF. Aceste sisteme ar permite schimbul de informații în domeniul sănătății la diferite nivele și sectoare și la nivel mondial.

Evaluare / măsurare și CIF

Sarcina evaluării copiilor cu dizabilități nu este una ușoară. Fără considerarea barierelor sau a factorilor de mediu care îi afectează pe oameni în viața de zi cu zi, este greu de stabilit dimensiunea reală a dizabilității. Pe de o parte, persoanele cu aceeași deteriorare se pot confrunta cu diverse tipuri și grade de restricționări, în funcție de context. Pe de altă parte, multe persoane cu dizabilități nu se consideră nesănătoase [167]. De exemplu, 40% din persoanele cu dizabilități severe sau profunde care au răspuns sondajului cu privire la Sănătatea Națională din Australia, din 2007-2008, și-au estimat sănătatea ca fiind *bună, foarte bună sau excelentă* [59]. Barierele de mediu care împiedică participarea la viața comunității pot să difere considerabil în funcție de țări și comunități.

Evaluarea nu înseamnă numai diagnoză, clasificare. Este necesară promovarea cât mai activ a depistării timpurii a dizabilității și a intervenției timpurii. Evaluarea trebuie să fie subordonată interesului superior al copilului – creșterea nivelului de funcționare, de implicare activă în planul vieții individuale și sociale. Evaluarea trebuie axată pe potențialul de dezvoltare al copilului, este adecvată pentru a compara un anumit copil cu un șir de deprinderi prestabilite și validate pentru identificarea nevoilor acestora. Obiectivul imediat al evaluării complexe a copilului cu dizabilități, conform CIF, îl constituie stabilirea funcționării, adică a nivelului calității structurilor anatomice, funcțiilor organice, activităților și a participării acestuia la viața societății, ținând cont de mediul în care trăiește și dacă beneficiază sau nu de servicii de intervenție adecvată. Autonomia personală a copilului cu dizabilități în viața cotidiană reprezintă unul dintre principalele nivele de calitate ale funcționării care trebuie atins. În funcție de nivelul la care are loc evaluarea copilului cu dizabilități, există obiective diferite ce trebuie atinse, însă obiectivul final al tuturor tipurilor de evaluare este includerea socială a acestor copii [80].

Aprecierea gradului de dizabilitate înseamnă aprecierea gradului de restricție și limitare a activităților și a participării, adică „deficiența” nu este sinonim cu „dizabilitatea”. Aceste principii de evaluare a gradului de dizabilitate sunt promovate de OMS prin CIF, cu aplicare de peste un deceniu în multe țări. Multe din instrumentele de evaluare ale CIF-ului sunt deja elaborate (Inventarul de evaluare a dizabilității, OMS (2010) *WHODAS 2.0* (WORLD HEALTH ORGANIZATION. DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2,0 – care are mai multe versiuni prescurtate și complexe, ce oferă posibilitatea de a evalua dificultățile de realizare a activităților pe

care le au persoanele din cauza stării de sănătate pe perioada ultimilor 30 zile), Fișa de evaluare – *ICF Check list* – ca instrument practic pentru a scoate la iveală și a înregistra informația pentru evaluarea clinică sau socială, seturile de categorii), altele sunt în curs de elaborare [70].

Noua metodologie de stabilire a gradului de dizabilitate prevede folosirea unor standarde unice (care urmează a fi elaborate). Ca instrumente de referință pentru elaborarea și utilizarea acestora se recomandă principiile și criteriile promovate de OMS prin CIF și instrumentele CIF.

În multe țări ale Uniunii Europene CIF are un impact deosebit asupra sistemului de sănătate și de recuperare. CIF și Convenția Națiunilor Unite referitoare la Drepturile Persoanelor cu Dizabilități utilizează în aceeași manieră conceptul de „dizabilitate”. În raport cu clarificările făcute de organismele europene, o serie de furnizori de servicii de sănătate au solicitat implementarea clasificării CIF.

În urma analizei situației implementării CIF în cadrul unor instituții europene care se ocupă de educația, recuperarea și formarea/integrarea socio-profesională a persoanelor cu deficiențe de vedere și în urma rezultatelor obținute în cadrul proiectului de parteneriat Leonardo da Vinci ICF Pro VIP – International Classification of Functioning, Disability and Health for Visually Impaired People, finalizat în anul 2011, șapte instituții din șase țări europene, au decis aplicarea unui nou proiect de tip Leonardo da Vinci Transfer de Inovație.

Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății în Republica Moldova

În ultimii ani, Republica Moldova a realizat progrese semnificative în consolidarea obiectivelor strategice în domeniul dizabilității și în promovarea unor politici, programe și inițiative coerente, care sunt în concordanță cu standardele europene și cele internaționale.

În conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr. 65 din 23.01.2013 „Cu privire la determinarea dizabilității și capacității de muncă”, determinarea dizabilității la persoanele de vârstă de până la 18 ani a devenit responsabilitatea CNDDCM.

O problemă constă în lipsa unor criterii și principii unice standardizate de incluziune a copilului cu probleme de dezvoltare. O soluție de perspectivă în acest sens ar putea fi implementarea principiilor și instrumentelor Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății pentru copii și tineri (CIF-CT, 2007). La moment, unele instrumente CIF de evaluare sunt accesibile, altele sunt în curs de elaborare.

Reiterăm că determinarea dizabilității trebuie să se bazeze pe o evaluare/reevaluare complexă a copilului. Astfel, în acest proces ar trebui implicați mai mulți specialiști și structuri la diferite nivele administrative (Figura 1.8).

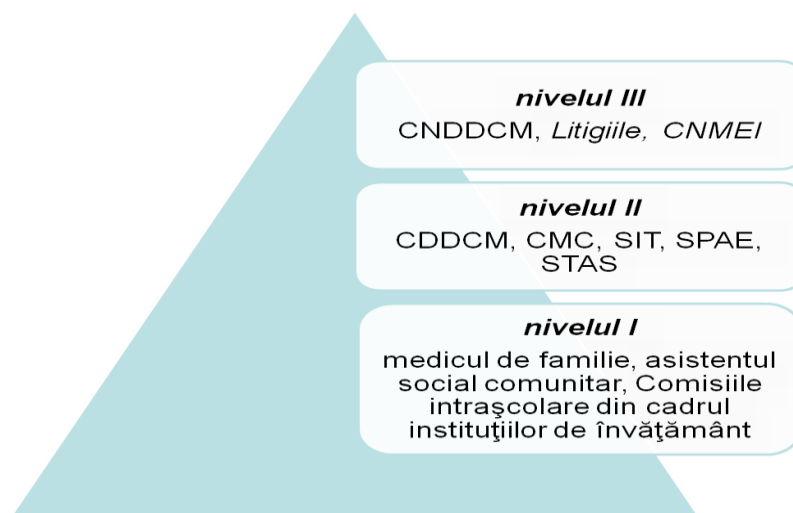


Fig.1.8. Opțiuni de determinarea dizabilității la copii.

- *nivelul I* – medicul de familie, asistentul social comunitar, comisiile intrașcolare din cadrul instituțiilor de învățământ;
- *nivelul II* – Consiliul pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă (CDDCM), Consiliul Medical Consultativ (CMC), Serviciul de intervenție timpurie, Serviciul Psihopedagogie și Asistență Educațională, structurile teritoriale de asistență socială;
- *nivelul III* – CNDDCM, Comisia de litigii pentru soluționarea contestațiilor din cadrul MMPSE, Centrul Național Metodologic de Promovare a Educației Incluzive.

Astfel, elaborarea unor modele de instrumente practice, care ar facilita procesul de implementare a CIF în practica medicală în Republica Moldova, este o necesitate stringentă, confirmată de politicile promovate în prezent de MS al RM. Determinarea dizabilității în urma evaluării complexe medico-sociale, inclusiv pe baza principiilor CIF, se va supune aceluiași algoritm de implementare ca și la adulți, dar cu utilizarea instrumentarului destinat copilului.

Scopul acestei cercetări constă în evaluarea criteriilor actuale în aprecierea dizabilității pentru elaborarea instrumentului practic de determinare a dizabilității la copiii cu astm bronșic prin prisma Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății în Republica Moldova.

Pentru realizarea scopului, au fost trasate următoarele **obiective**:

1. Analiza dinamicii indicilor dizabilității la copiii cu astm bronșic în Republica Moldova (aa. 2009-2015).
2. Evaluarea indicatorilor de sănătate și de funcționare la copiii cu astm bronșic cu și fără grad de dizabilitate conform Protocolului Clinic Național.

3. Determinarea criteriilor de activitate, participare și factori de mediu conform Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății pentru copiii cu astm bronșic.
4. Analiza rezultatelor interviuării medicilor prin metoda Delphi privind Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății, pentru delimitarea criteriilor de apreciere a dizabilității cauzate de astm bronșic.
5. Elaborarea instrumentului practic de apreciere a stării de funcționare, dizabilitate și sănătate, derivat din Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății, pentru copiii cu astm bronșic în Republica Moldova.

Problema științifică soluționată rezidă în estimarea indicelui real de dizabilitate provocată de astmul bronșic, cu specificarea clară a strategiilor de optimizare, obiectivizare a procesului de atribuire a gradului de dizabilitate copiilor cu AB.

1.4. Concluzii la capitolul 1

1. Dizabilitatea este o experiență universală, peste un miliard de persoane din întreaga lume sunt afectate de dizabilitate, cu multiple consecințe negative: nivel educațional scăzut, rata sărăciei crescute, stare de sănătate precară.
2. Evaluarea dizabilității se impune a fi efectuată analizând funcțiile organismului, structurile corpului, afectarea activității și limitarea participării în interacțiunea cu factorii de mediu și factorii personali.
3. CIF-CT este recunoscut ca un document de referință și un standard internațional care poate avea un impact pozitiv asupra politicilor privind copiii și tinerii, asupra legislației, managementului și practicilor adresate copiilor cu dizabilități, prin valorizarea potențialelor acestora, prin încurajarea activităților, participării și incluziunii lor sociale.
4. Noua Clasificare Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF), aprobată de OMS, este indispensabilă pentru managementul individual al fiecărui program de reabilitare.
5. Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății poate avea diferite arii de aplicare: statistică, de cercetare, dezvoltare de politici sociale, educațională, dar și clinică – în evaluarea necesităților, ajustarea tratamentelor la anumite condiții și optimizarea programelor de tratament, evaluarea profesională a sănătății, reabilitare și evaluarea rezultatelor reabilitării sau ale tratamentului.
6. Diseminarea CIF-CT în toate domeniile va determina modificări de viziune și atitudini adecvate față de copiii și tinerii cu dizabilități.

7. Folosirea CIF, drept cadru universal pentru strângerea de date referitoare la dizabilitate legată de obiectivele de participare, incluziune și sănătate va ajuta la crearea unui design mai bun al datelor, ca fiecare persoană cu dizabilitate să-și atingă potențialul.

2. MATERIAL ȘI METODE DE CERCETARE

2.1. Algoritmul cercetării

Pentru realizarea obiectivelor trasate, a fost efectuat un studiu epidemiologic combinat: studiul descriptiv, analitic observațional și caz-control (Figura 2.1):

1. Studiul analitic observațional de elaborare a opiniei de consens asupra evaluării funcționării, sănătății și dizabilității copiilor cu astm bronșic.
2. Studiul descriptiv de evaluare a dinamicii dizabilității la copiii cu astm bronșic în RM, în perioada aa. 2009-2015.
3. Studiul caz-control de cercetare a copiilor cu dizabilitate cauzată de astmul bronșic.

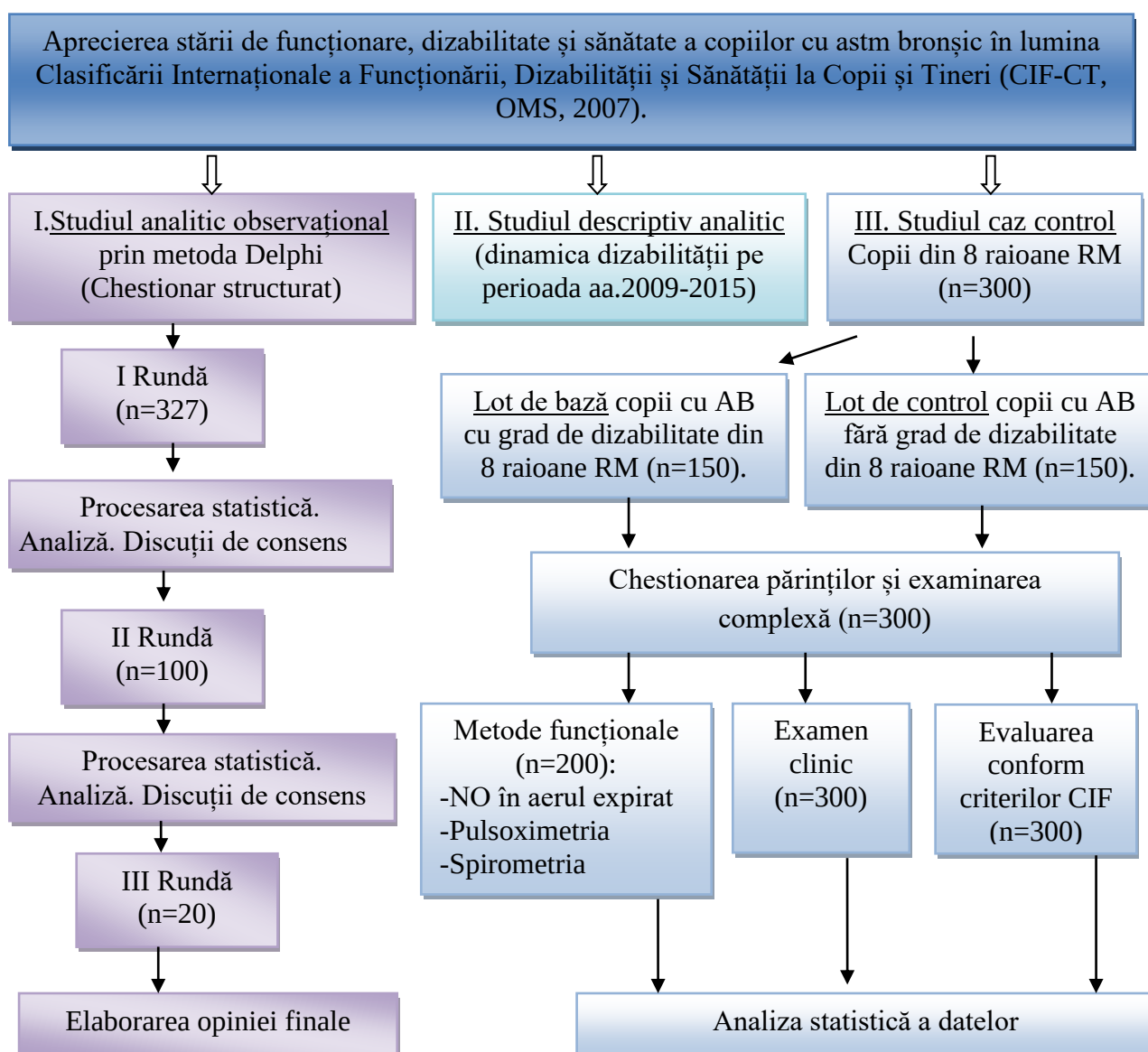


Fig. 2.1. Designul studiului.

2.2. Studii epidemiologice realizate

Întru realizarea scopului și a obiectivelor propuse, prin metoda randomizată au fost selectate raioanele de studiu, fiind incluse 12 raioane și două municipii: Chișinău și Bălți. Cu scopul colectării materialului primar au fost efectuate 14 deplasări (Tabelul 2.1). Deplasările au fost efectuate conform repartizării copiilor cu dizabilități pe teritoriul republicii și s-au stabilit din cele trei regiuni de dezvoltare (RDD): în RDD „Nord” – în 2 raioane, Drochia și Soroca, și mun. Bălți; în RDD „Centru” – în patru raioane: Anenii-Noi, Orhei, Strășeni, Șoldănești; în RDD „Sud” – în șase raioane: Cahul, Cantemir, Cimișlia, Leova, Comrat, Ceadâr-Lunga și în mun. Chișinău.

Tabelul 2.1. Repartizarea copiilor cu astm bronșic și grad de dizabilitate în funcție de numărul în cele trei zone și valoarea eșantionului calculat pe zone.

Nr.d\o	Regiunile RM	Valoarea reală, %	Valoarea în eșantion	Nr. de raioane
1.	RDD „Nord”	43,0	65	3
2.	RDD „Centru”	37,0	56	5
3.	RDD „Sud”	20,0	29	6
4.	Total	100	150	14

2.2.1. Studiul descriptiv

În baza obiectivelor, a fost efectuat studiul descriptiv analitic „Dinamica dizabilității cauzate de patologia cronică bronhopulmonară, inclusiv astmul bronșic, la copiii din Republica Moldova”; au fost analizați indicii dizabilității copiilor din țară pe parcursul anilor 2009-2015 (ținând cont că din 2009 s-a trecut la înregistrarea la categoria „copii” a celor de până la 18 ani), conform datelor statistice oficiale prezentate de Centrul Național de Management în Sănătate (CNMS) în *Anuarele statistice privind starea sănătății populației*. Drept material primar pentru calcularea indicatorilor ce țin de dizabilitatea copiilor servesc rapoartele statistice de ramură „Raport statistic (anual) nr. 46-săn., privind deservirea medicală a copiilor cu dizabilități”. În cadrul studiului realizat au fost analizate datele statistice, structura indicatorului de dizabilitate, calitatea supravegherii copiilor cu dizabilități în raioanele incluse în studiu și în RM în general. S-au evaluat valorile comparative ale indicelui dizabilității în funcție de zonele geografice ale republicii și de locul de reședință (urban & rural).

A fost efectuată repartizarea raioanelor după nivelul dizabilității la copii în Republica Moldova. A fost apreciat numărul necesar de grupuri și intervalul dintre grupuri. În continuare au

fost stabilite limitele pentru fiecare grup și s-a efectuat repartizarea raioanelor. Algoritmul de calcul este redat în figura 2.2.

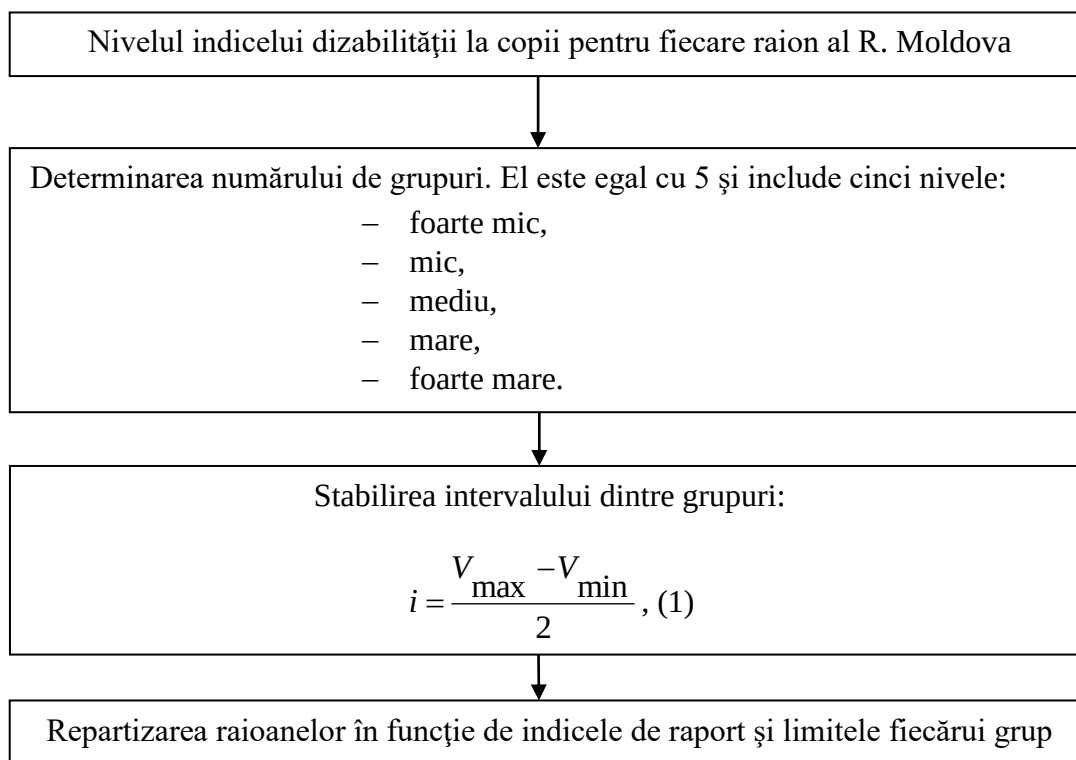


Fig. 2. 2. Algoritmul de calcul pentru clasarea raioanelor în funcție de nivelul dizabilității.

Următorul pas a fost efectuarea analizei de corelație între indicii dizabilității la copii în Republica Moldova.

2.2.2. Studiu observațional

În studiul analitic observațional de elaborare a opiniei de consens asupra evaluării funcționării, sănătății și dizabilității copiilor cu astm bronșic a fost folosită metoda Delphi. Pentru calcularea eșantionului reprezentativ de lucrători medicali din asistența medicală primară, ale căror opinii ar putea fi extrapolate la numărul total de lucrători medicali ce activează în republică, am folosit formula calculatorului on-line (<http://surin.marketolog.biz/calculator.htm>):

$$n = \frac{Z^2 * p * (1 - p)}{C^2} \quad (2),$$

unde: Z – când pragul de semnificație α este egal cu 5%, atunci coeficientul $Z = 1.96$;

p – luând în considerație că răspunsurile respondenților sunt echivalente, 50% sau 0.5;

C – intervalul de încredere, $\pm 5\%$ sau 0.05;

populația generală – în RM activează 2200 de medici de familie și pediatri.

Substituind în formulă, am obținut un număr de 327 de subiecți pentru runda I a studiului.

Așadar, grupul de experți pentru runda I a fost constituit din 327 de lucrători medicali – medici de familie, specialiști-pediatri, alergologi, pulmonologi etc., pentru runda II – 100 de medici calificați, colaboratori de catedre, cercetători științifici, iar pentru runda III – 20 de specialiști de înaltă calificare în domeniu (alergologi, pulmonologi, cercetători etc.), (Tabelul 2.2).

Tabelul 2.2. Componenta grupului de experți incluși în studiul analitic observațional prin metoda Delphi.

Specialiștii Runda	Medici de familie	Pediatri	Pulmonologi / alergologi	Alți specialiști	Corp administrativ	Colaboratori de catedre/ cercetători științifici	Total
I	277	25	13	5	7		327
II	60	17	11	4	2	6	100
III		2	6	2	0	10	20
Total	337 (75,2%)	46 (10,2%)	30 (6,7%)	11 (2,4%)	9 (2,0%)	16 (3,5%)	447

Conform nivelului de asistență medicală, 40,2% participanți activau în centrele medicilor de familie (CMF) municipale, 25,1% – în CMF raionale și 10,7% – medici din IMSP IMC; în centre de sănătate (CS) – 18,3% și în oficiile medicilor de familie (OMF) – 5,7%. Medicii din localitățile rurale au constituit jumătate din participanți – 49,1%.

Majoritatea medicilor intervievați aveau o experiență în domeniu de 6-20 de ani – 42,3%, cu experiență de 21-35 de ani – 30,2%, iar medicii cu stagiul sub 5 ani și mai mult de 35 de ani constituiau, respectiv, 15,6% și 11,7%.

Procedee de colectare a datelor prin metoda Delphi:

Pentru obținerea opiniei de consens, experții selectați aleatoriu – lucrători medicali din raioanele de studiu – au răspuns la un chestionar structurat, elaborat în baza Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la copii și tineri (CIF-CT, OMS, 2007). Chestionarul a fost constituit din cinci secțiuni: prima secțiune includea partea generală, care conține date despre experți (stagiul de experiență în domeniu, viza de reședință și funcția în care

activează în domeniul de asistență medicală primară), celelalte patru secțiuni au inclus categorii CIF din nivelele II, III și IV (56 de categorii ce se referă la funcțiile organismului, 12 – la structura corpului, 33 – activități și participare și 41 – factorii de mediu), pentru selectarea categoriilor semnificative din punctul de vedere al astmului bronșic la copii (Anexa 1).

Experților li s-a solicitat opinia pe parcursul a trei runde prin metoda Delphi [99], care se bazează pe principiul că previziunile (sau deciziile) dintr-un grup structurat de indivizi sunt mai precise decât cele din grupurile nestructurate. Acest lucru a fost indicat cu termenul de „inteligentă colectivă”. După fiecare rundă de chestionare, rezultatele chestionării erau procesate statistic pentru revizuirea răspunsurilor experților. În timpul acestui proces, gama de răspunsuri a scăzut, iar studiul a convers spre răspunsurile „corecte”.

În cadrul sondajului graduat, din cele 142 de categorii CIF propuse pentru examinare inițială pentru experți/cercetători, în runda II au fost propuse pentru discuții 106 categorii, iar pentru runda finală – 85 de categorii, selectate din fiecare componentă a clasificării. În setul de categorii CIF au fost incluse acelea pentru care au optat (le-au considerat valoroase pentru evaluarea stării de funcționare, dizabilitate și sănătate a copilului cu astm bronșic) mai mult de 75% din experții intervievați. În cele din urmă, procesul a finalizat cu runda a III-a, când s-a realizat consensul. La discuția finală de consens au participat experți de cea mai înaltă specializare și calificare în domeniu, care și-au expus părerea privind categoriile CIF care necesită a fi aplicate pentru evaluarea funcționării, sănătății și dizabilității copiilor cu astm bronșic. Discuțiile din runda a III-a în focus-grupuri de experți de cea mai înaltă calificare, în care s-a ținut cont și de dovezile științifice la subiectul discutat, au rezultat în elaborarea unui set comprehensiv de 46 de categorii CIF și un set concis de 20 de categorii CIF.

2.2.3. Studiul caz-control

Pentru calcularea eșantionului a fost utilizată formula respectivă tipului de studiu.

Volumul eșantionului

$$n = \frac{1}{(1-f)} \times \frac{2 \cdot (Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \cdot P \cdot (1-P)}{(P_0 - P_1)^2} \quad (3),$$

unde:

P_0 = proporția pacienților cu astm bronșic care au grad de dizabilitate în structura bolilor aparatului respirator constituie 75,2% în Republica Moldova, anul 2010 ($P_0=0.752$);

P_1 = Proporția pacienților cu astm bronșic care au grad de dizabilitate în lotul de cercetare este apreciată prin următoarea formulă: $P_1 = P_0 \cdot RP / 1 + P_0 \cdot (RP - 1)$, unde RP este probabilitatea

rezultatului studiat printre subiecții expuși, împărțit la probabilitatea rezultatului studiat printre subiecții care nu au fost expuși, se specifică de cercetător și este egal cu 3.

$$P_1 = P_0 \cdot RP / 1 + P_0 \cdot (RP - 1) = 0.752 \times 3 / 1 + 0.752 (3 - 1) = 0.901$$

$$P = (P_0 + P_1)/2 = 0.827$$

Z_α – valoarea tabelară; când „ α ” – pragul de semnificație – este de 5%, atunci coeficientul $Z_\alpha = 1.96$;

Z_β – valoarea tabelară; când „ β ” – puterea statistică a comparației – este de 10.0, atunci coeficientul $Z_\beta = 1.28$;

f = proporția subiecților care se așteaptă să abandoneze studiul din motive diferite; $q = 1/(1-f)$, $f=10,0\%$ (0,1).

Introducând datele în formulă, am obținut:

$$n = \frac{1}{(1-0.1)} \times \frac{2 \cdot (1.96 + 1.28)^2 \cdot 0.827 \cdot 0.173}{(0.752 - 0.901)^2} = 150 \text{ subiecți într-un lot.}$$

Criteriile de eligibilitate au fost următoarele:

- vârsta cuprinsă între 5 și 18 ani;
- certificarea diagnosticului de astm bronșic anterior;
- vechimea gradului de dizabilitate nu mai puțin de 1 an;
- capacitatea pacientului de a efectua corect o spirometrie, care să îndeplinească criteriile de acceptabilitate și de reproductibilitate.
- acceptul părinților sau al tutorelui legitim al pacientului de a efectua examinarea și a participa în studiu.

Criterii de excludere:

- existența concomitentă a altor comorbidități;
- refuzul pacientului.

Copiii lotului de control au fost selectați conform repartizării copiilor cu dizabilități pe teritoriul republicii (Tabelul 2.1).

Metoda de chestionare a copiilor și a părinților/familiilor copiilor aflați în studiu – 300 familii (copii, părinți). Copii cu AB și părinții acestora au fost intervievați conform *Chestionarului de evaluare a funcționării, dizabilității și sănătății copiilor cu astm bronșic*, elaborat în Laboratorul științific *Pediatrie*, utilizând criteriile CIF-CT (OMS, 2007), (Anexa 2). Părinților li s-au explicat condițiile cercetării și ei au semnat un acord informat înainte de includerea în studiu (Anexa 3).

Vârsta medie a copiilor din lotul L_1 a fost de $12,3 \pm 3,2$ ani, față de $10,2 \pm 3,1$ ani în lotul L_0 , astfel putem constata o diferență semnificativ statistică a acestui aspect, $p < 0,001$, valoarea minimă

fiind de 5 ani, iar cea maximă – 18 ani. Raportul fete/băieți = 1:2,5 (43 și 107, respectiv). Raportul urban/rural= 1:1,2.

Analizând structura în funcție de sexul pacienților, au fost înregistrate diferențe în acest sens. Astfel, dacă în grupul de copii mai mici de 10 ani au prevalat băieții față de fete, cu raportul de 1,25:1 (50,5% și 40,5%, respectiv), atunci în grupul copiilor mai mari de 10 ani s-a determinat o proporție inversă (49,4% și 59,4%, respectiv). Și statisticile medicale internaționale semnalează o astfel de tendință: până la vârsta de 10 ani, astmul bronșic se depistează mai frecvent la băieți, iar în perioada de pubertate crește morbiditatea fetițelor și acest fenomen se menține până la vârsta de 50-60 de ani. Acest fapt ne sugerează că eșantionul nostru reflectă diferența de sex din populația generală, deci eșantionul este reprezentativ.

Principiile de clasificare a maladiei la pacienți incluși în studiu au fost bazate pe recomandările GINA (2009) [90], care clasează astmul bronșic în funcție de severitate (astm intermitent, ușor persistent, moderat persistent și sever persistent) și GINA 2010 [91], care grupează pacienții în baza caracteristicilor clinice ale maladiei în grupurile cu astm controlat, parțial controlat și necontrolat și Protocolul clinic național „Astmul bronșic la copii” (PCN-54, 2015).

2.3. Metodele de investigare aplicate în studiu

1. Examinarea clinică;
2. Cercetarea documentației medicale a copiilor (Formular 112) pentru completarea datelor anamnestice, datelor investigațiilor instrumentale și de laborator anterioare etc.;
3. Pentru obținerea opiniei de consens a lucrătorilor medicali, precum și pentru intervievarea copiilor cu astm bronșic și a părinților acestora, a fost folosit instrumentul CIF-CT, (OMS, 2007).

Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății conține două domenii principale: (1) Structuri și Funcții ale organismului și (2) Activități și Participare. Ca și clasificare, CIF grupează anumite domenii în care se poate încadra o anumită persoană aflată într-o anumită stare de sănătate (de exemplu, ce poate să facă sau să nu facă o persoană cu o anumită boală sau tulburare). *Funcționare* este un termen general, care include toate funcțiile, activitățile și participarea organismului; similar, *dizabilitate* este termenul general pentru afectări, limitări de activitate sau restricții de participare. De asemenea, CIF listează factorii de mediu care interacționează cu toate aceste sintagme. Factorii personali reprezintă o componentă a factorilor contextuali, dar aceștia nu sunt detaliați în CIF, din cauza marilor variații culturale și sociale asociate acestora.

CIF clasifică domeniile sănătății în *categorii (coduri)* organizate în ordine alfanumerică. Categoriile sunt aranjate într-un sistem în cadrul fiecărei din cele patru componente ale CIF – literele *b*, *s*, *d*, și *e*, codifică aceste componente, care sunt: funcțiile corpului (*b*), structura corpului (*s*), activitatea și participarea (*d*) și, respectiv, factorii de mediu (*e*). Fiecare categorie are un cod numeric, care începe cu numărul capitolului (o cifră), urmat de al doilea nivel (2 cifre), apoi al treilea și al patrulea niveluri (1 cifră fiecare).

2.3.1. Testele de explorare funcțională pulmonară

Pulsoximetria este o metodă neinvazivă de determinare a saturației cu oxigen a sângelui periferic și a frecvenței (eventual forme) pulsului periferic. SaO_2 – raportul dintre conținutul total în O_2 al hemoglobinei și capacitatea potențială maximă a Hb de transport a oxigenului: normal $\text{SaO}_2 = 97\text{-}100\%$; sub $\text{SaO}_2 = 94\%$ – hipoxemie; pacientul necesită oxigenoterapie; $\text{SaO}_2 = 88\text{-}83\%$ – hipoxemie medie; $\text{SaO}_2 < 83\%$ – hipoxemie gravă.

Spirografia a fost efectuată cu ajutorul aparatului portativ «Spirobank G», cu asigurarea programatică Winspiro PRO (producătorul “MIR”, Italia). Protocolul de investigație și interpretarea rezultatelor s-au realizat după standardele Societății Europene de Boli Respiratorii (SEBR–2005). Examenul spirometric a permis aprecierea funcției respirației externe. Au fost analizați următorii parametri: FEV_1 – volumul expirat în prima secundă a expirației forțate, ce reprezintă expirarea rapidă a aproximativ 4/5 din capacitatea vitală (CV), indicii PEF – debitul expirator maxim de vârf. Investigațiile se efectuau dimineața preprandial [182].

Măsurarea NO în aerul expirat s-a efectuat cu ajutorul aparatului portativ NIOX MINO (America de Nord). Ghidurile publicate (*ATS/ERS Recommendations for Standardized Procedures for the Online and Offline Measurement of Exhaled Lower Respiratory Nitric Oxide and Nasal Nitric Oxide, 2005*) permit standardizarea de măsurare a oxidului nitric fracțional expirat – NO. Măsurarea NO este o procedură ușoară, neinvazivă, care poate fi efectuată la adulți și la copii. Oxidul nitric (NO) este un produs endogen a căilor respiratorii și producția lui este în creștere atunci când există o inflamație a căilor respiratorii. Oxidul nitric expirat este crescut în astmul bronșic și corelează cu markerii clinici generali acceptați pentru evaluarea inflamației căilor respiratorii, cum ar fi eozinofilie în spută, eozinofilie în lavaj bronhoalveolar și în biopsii bronșice. Nivelul de oxid nitric în aerul expirat la pacienții cu AB corelează cu nivelul de control al maladiei. Tratamentul inflamației căilor respiratorii în astmul bronșic cu corticosteroizi antiinflamatori și/sau antileucotriene reduce nivelul de oxid nitric în aerul expirat. Măsurarea oxidului nitric în aerul expirat poate fi utilizată pentru monitorizarea efectului terapiei antiinflamatoare, cum ar fi terapia

cu corticosteroizi sau antileucotriene, însă nu pentru a monitoriza efectul bronhodilatatoarelor, deoarece acestea nu au un efect antiinflamator [57].

NIOX MINO® este un produs al Companiei suedeze „Aerocrine AB”, care a fost aprobat de FDA (Food and Drug Administration) din SUA pentru diagnosticul și monitorizarea AB atât la adulți, cât și la copii. Este un analizator portabil bazat pe senzori electrochimici cu rezultate ce au un grad bun de acuratețe [112, 120]. Însă, spre deosebire de spirometre, analizoarele portabile NO nu au nevoie de mentenanță, dar au o durată limitată de viață (3 ani la *NIOX MINO*), ceea ce necesită apoi o nouă investiție.

Metoda se bazează pe inspirul profund maximal, urmat imediat de expir continuu, cu atingerea unui platou de 50 ml/sec timp de minim 6-10 secunde, pentru că nivelul NO este dependent de fluxul expirator. Valorile sunt exprimate la nivel molecular, în ppb (parts per billion). Ca și în cazul spirometriei, vârsta mică (sub 5 ani) împiedică o complianță corespunzătoare, iar valorile obținute astfel trebuie interpretate cu precauție, deși s-au publicat recent valori normale pentru copii de 1-5 ani [57].

Volumul cercetărilor de laborator și instrumentale efectuate în cadrul studiului este ilustrat în tabelul 2.3.

Tabelul 2.3. Volumul investigațiilor paraclinice din cadrul studiului.

Metodele instrumentale	№ de investigații efectuate	Tip metodă	Unități de măsură	Companie	Țara producătoare
Pulsoximetrie	287	Fingertip	-	CHARMCARE	Coreea
Spirografie	300	SpirobankG	-	MIR	Italia
Măsurarea NO în aerul expirat	134	MIOX MINO	ppb	Aerocrine	SUA

2.4. Metode statistice de analiză a rezultatelor obținute

Datele obținute au fost supuse procesării statistice prin metode de statistică descriptivă: evaluarea mediei aritmetice (M), a intervalului de încredere (95% IC), deviația-standard (σ), eroarea mediei aritmetice (m).

Testele de semnificație a indicilor numerici au fost apreciate prin intermediul statisticii disperse ANOVA, *t*-criteriului *Student*, criteriului *Chi pătrat* (χ^2).

Diferența se consideră veridică dacă coeficientul de semnificație statistică $p < 0,05$.

Prelucrarea matematico-statistică a materialului

Datele acumulate au fost prelucrate la calculatorul individual. Analiza datelor a fost realizată utilizând componenta Excel al suitei Microsoft Office 2003 și programul EpiInfo 7.1. cu ajutorul funcțiilor și modulelor acestor programe, GraphPad InStat v2.0 pentru Windows. Cartografierea a fost efectuată prin intermediul programului Quantum GIS 1.8.

2.5. Concluzii la capitolul 2

1. A fost realizat un studiu caz-control pe un lot de 300 de copii cu AB, dintre care 150 copii cu AB cu grad de dizabilitate și 150 cu AB fără grad de dizabilitate, cu vârsta medie de $12,3 \pm 3,2$ ani pentru lotul de studiu și $10,2 \pm 3,1$ ani pentru lotul de cercetare, cu vârstele cuprinse între 5 și 18 ani; predomină băieții în ambele loturi.
2. Indicatorii indicilor de dizabilitate la copiii cu AB au fost apreciați conform studiului descriptiv din datele colectate din rapoartele statistice și pentru elaborarea opiniei de consens a fost utilizată metoda Delphi în baza Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la Copii și Tineri s-a bazat pe un eșantion de 447 medici.
3. Sunt descrise etapele studiului și sunt evidențiate metodele de cercetare, precum și opțiunile metodologice. Este prezentat designul general al studiului.
4. Sunt interpretate metodele de analiză statistică a datelor obținute.

3. EVALUAREA DINAMICII INDICILOR DIZABILITĂȚII CAUZATE DE ASTMUL BRONȘIC LA COPII ÎN REPUBLICA MOLDOVA

3.1. Analiza indicilor dizabilității prin astm bronșic la copii în Republica Moldova, în perioada 2009-2015

În ultimii ani, Republica Moldova a realizat progrese semnificative în consolidarea obiectivelor strategice în domeniul dizabilității și în promovarea unor politici, programe și inițiative coerente, care sunt în concordanță cu standardele europene și cele internaționale. Prin Legea nr. 166-XVIII din 09.07.2010, Republica Moldova a ratificat Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități (semnată la New York, la 30 martie 2007), demonstrând voința politică în ajustarea legislației și a practicilor naționale la prevederile Convenției.

Totuși, problema rămâne actuală pentru țara noastră, atâta timp cât suportul social oferit persoanelor cu dizabilități este net inferior necesităților pentru a acoperi toate cheltuielile de îngrijire, abilitare, incluziune socială etc., iar numărul acestora este în permanentă creștere, inclusiv numărul copiilor cu probleme grave de sănătate, ce cauzează pierderea funcționalității și a capacității de activitate și participare în viața socială.

În prezent, statisticile oficiale din RM raportează o tendință de descreștere cu 1,84‰ a indicelui dizabilității la copiii de 0-18 ani (la 1000 copii de vârstă respectivă) pe parcursul anilor cercetați – de la 20,34‰ în 2009 până la 18,50 ‰ în 2015, media anuală constituind 19,60‰ la 1000 copii. Cea mai mică rată a fost înregistrată la sfârșitul perioadei de cercetare – 18,50‰ (2015), cea mai înaltă fiind de 20,34 ‰ în 2009.

Totodată, din figura 3.1 observăm că acest indice oscilează semnificativ în diferite raioane ale republicii, înregistrând în 2015 variații de la 25,60‰ în Basarabeasca, 17,10‰ în Florești până la 12,10 ‰ în Călărași. Cele mai înalte cifre se înregistrează în Basarabeasca – 25,60‰, Telenești – 23,71‰, iar cele mai joase – în Călărași: 12,10‰.

Este necesar de menționat că în 21 de raioane, acest indice este mai înalt decât media pe republică, care constituie 18,50‰. Acestea sunt: Briceni, Dondușeni, Drochia, Edineț, Ocnîța, Râșcani, Soroca, Criuleni, Ialoveni, Orhei, Rezina, Strășeni, Șoldănești, Strășeni, Telenești, Basarabeasca, Cantemir, Taraclia, Comrat, Ceadâr-Lunga, Vulcănești.

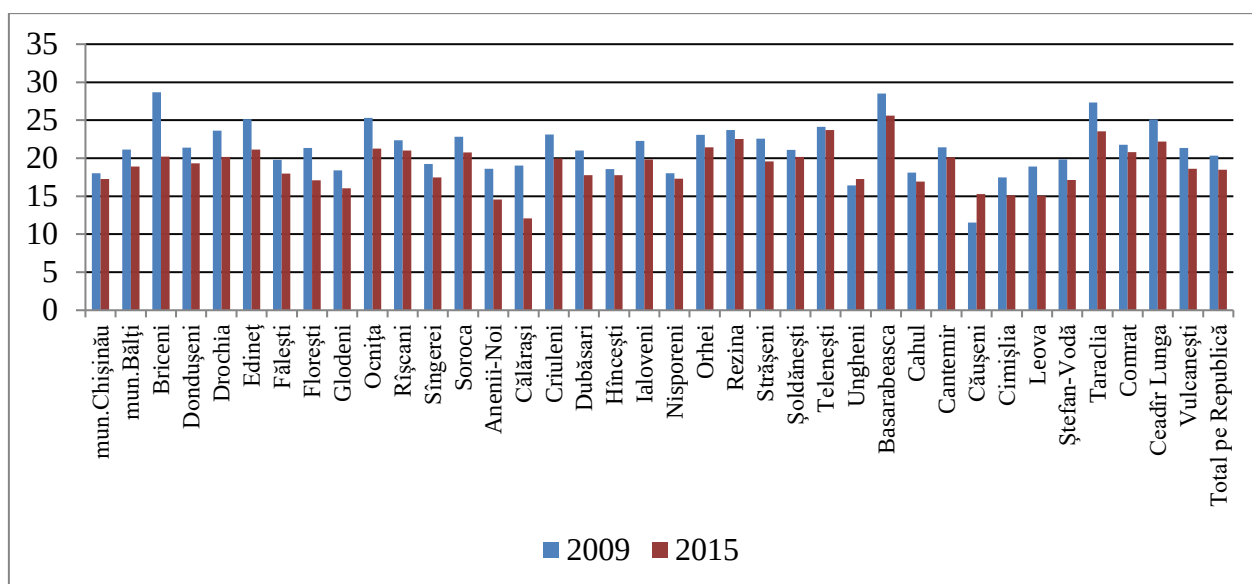


Fig. 3.1. Dinamica indicelui dizabilității generale la copii în RM pe parcursul anilor 2009-2015 (la 1000 copii).

Pentru a evidenția unele particularități ale dizabilității, au fost calculați *indicatorii seriei cronologice* pentru perioada de analiză (Tabelul 3.1).

Tabelul 3.1. Indicatorii seriei cronologice a dizabilității în Republica Moldova, anii 2009-2015 (la 1000 copii).

Indicatori	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Dizabilitate (‰)	20,34	20,29	20,17	20,44	18,90	18,56	18,50
Sporul absolut		-0,05	-0,12	0,27	-1,54	-0,34	-0,06
Ritmul sporului		-0,25	-0,59	1,34	-7,53	-1,80	-0,32
Valoarea 1% de spor		0,20	0,20	0,20	0,20	0,19	0,19
Ritmul creșterii		99,75	99,41	101,34	92,47	98,20	99,68
Indicele ilustrativ	100,0	99,75	99,16	100,49	92,92	91,25	90,95

Analiza indicatorilor ne-a dat posibilitate să tragem următoarele concluzii:

- Sporul absolut nu este constant, fiind negativ în anii 2010-2011, după care devine pozitiv în 2012, apoi devine din nou negativ pentru perioada 2013-2015. Valoarea maximă este înregistrată în 2012 – „+0,27”, iar cea minimă în 2013 – „-1,54” ;
- Ritmul sporului de asemenea este pozitiv pentru anul 2012 și negativ în creștere pentru anii 2010-2011 și în descreștere pentru anii 2013-2015, cu valoarea minimă în 2013 – „-7,53” și maximă în 2012 – „+1,34”;
- Valoarea absolută a unui procent de spor oscilează între 0,19, înregistrat la finele studiului (2015) și 0,20 în anul 2009; valoarea relativ constantă a acestui indicator ne vorbește despre stabilitatea relativă a indicilor incidenței dizabilității;
- Ritmul creșterii maxime a fost înregistrat în anul 2012, constituind 101,34, iar creșterea minimă a fost înregistrată în 2014 – 98,20;
- Indicele ilustrativ prezintă o creștere a fenomenului studiat până în anul 2012, micșorându-se treptat până la sfârșitul cercetării (2015) la cea mai mică valoare – 90,95.

Patologia cronică bronhopulmonară constituie în medie 3% din totalul cauzelor dizabilității la copii. Totodată, calitatea vieții acestor copii suferă foarte mult, fiind afectate funcțiile vitale ale organismului, copiii respectivi nu se pot integra pe deplin în societate, nu pot duce o viață obișnuită ca și semenii lor. Deaceia, a fost analizat indicele dizabilității cauzate de patologia cronică bronhopulmonară pentru perioada 2009-2015 și s-a observat că pe parcursul acestor ani se înregistrează o tendință de descreștere: de la 0,75‰ în 2009 la 0,54‰ în 2015. Pentru a evidenția particularitățile dizabilității copiilor provocate de patologia bronhopulmonară cronică, au fost calculați indicatorii seriei cronologice pentru perioada de analiză (Tabelul 3.2).

Tabelul 3.2. Indicatorii seriei cronologice al dizabilității aparatului respirator în Moldova, anii 2009-2015 (la 1000 copii).

Indicatori	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Dizabilitate (‰)	0,75	0,76	0,72	0,72	0,7	0,63	0,54
Sporul absolut		0,01	-0,04	0,00	-0,02	-0,07	-0,09
Ritmul sporului		1,33	-5,26	0,00	-2,78	-10,00	-14,29
Valoarea 1% de spor		0,01	0,01	0,00	0,01	0,01	0,01
Ritmul creșterii		101,33	94,74	100,00	97,22	90,00	85,71
Indicele ilustrativ	100,0	101,33	96,00	96,00	93,33	84,00	72,00

Analiza valorilor indicatorilor ne demonstrează că:

- Sporul absolut nu este constant, fiind pozitiv în anul 2010, după care devine negativ în următorul an, apoi devine egal cu 0,00, urmând să se micșoreze treptat, înregistrând cea mai mică valoare în 2015 – „-0,09”, iar valoarea maximă este înregistrată în 2010 – „+0,01”;
- Ritmul sporului la fel oscilează, de la pozitiv pentru anul 2010, devenind negativ în 2011 și ajungând până la 0,00 în 2012, apoi negativ în descreștere pentru anii 2013-2015, cu valoarea de „-2,78” în anul 2013 și „-14,29” în 2015;
- Valoarea absolută a unui procent de spor pe parcursul anilor de studiu este constantă, ceea ce ne vorbește despre stabilitatea relativă a indicilor incidenței dizabilității, fiind înregistrată o cifră de 0,01;
- Ritmul creșterii maxime a fost atestat în anul 2012, constituind 101,33, iar creșterea minimă – în anul 2015, respectiv 85,71;
- Indicele ilustrativ indică o micșorare a fenomenului studiat, în anul 2015 înregistrându-se cea mai mică valoare – 72,00.

Dacă patologia bronhopulmonară cronică constituie în medie 3% din totalul cauzelor dizabilității la copii, atunci în structura cauzală a dizabilității, prin patologia respectivă la copii cea mai mare cotă-parte îi revine astmului bronșic, care a crescut de la 72,7% în 2013 la 77,1% în 2015; urmat de anomalii de dezvoltare ale sistemului respirator, de boala bronșectatică și boala hidatică.

Conform *Anuarului Statistic al Republicii Moldova* din 2015, din cei 1743 de copii diagnosticați cu astm bronșic, fiecare al 6-lea este clasat drept copil cu dizabilitate, iar la moment, în republică sunt luați în evidență 290 (16,6%) de copii cu diferit grad de dizabilitate cauzat de astm bronșic, totodată, în 2009 în evidență erau 451 copii (38,3%) cu diferit grad de dizabilitate. Deci, numărul de copii cu dizabilitate a scăzut de aproape 2 ori, posibil, datorită faptului că, până în 2013, copiii cu astm bronșic nu erau asigurați gratuit cu corticosteroizi inhalatori (CSi), cu medicamente strict necesare în cazul formelor persistente de gravitate medie sau severă a maladiei, ceea ce nu permitea controlul eficient al maladiei și contribuia la dezvoltarea dizabilității.

Conform statisticilor naționale, nivelul de dizabilitate indusă prin astm bronșic la copii, pe parcursul anilor 2009-2015, înregistrează în republică o tendință de descreștere – de la 0,58‰ în 2009 la 0,42‰ în 2015. Pentru a evidenția particularitățile dizabilității acestor copii, au fost calculați indicatorii seriei cronologice pentru perioada de analiză (Tabelul 3.3).

Tabelul 3.3. Indicatorii seriei cronologice a dizabilității prin astm bronșic în Republica Moldova, anii 2009-2015 (la 1000 copii).

Indicatori	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Dizabilitate (‰)	0,58	0,57	0,54	0,54	0,5	0,49	0,42
Sporul absolut		-0,01	-0,03	0,00	-0,04	-0,01	-0,07
Ritmul sporului		-1,72	-5,26	0,00	-7,41	-2,00	-14,29
Valoarea 1% de spor		0,01	0,01	0,00	0,01	0,01	0,00
Ritmul creșterii		98,28	94,74	100,00	92,59	98,00	85,71
Indicele ilustrativ	100,0	98,28	93,10	93,10	86,21	84,48	72,41

Analizând acești indicatori, putem constata următoarele:

- Sporul absolut este negativ pe parcursul anilor de studiu; doar în anul 2012 = 0,00;
- Ritmul sporului la fel este negativ pe parcursul perioadei de studiu, numai în 2012 = 0,00;
- Valoarea absolută a unui procent de spor pe parcursul anilor de studiu este constantă, ceea ce ne vorbește despre stabilitatea relativă a indicilor incidenței dizabilității, fiind înregistrată o cifră de 0,01;
- Ritmul creșterii maxime a fost înregistrat în anul 2012, constituind 100,0, iar creșterea minimă – în anul 2015 – 85,71;
- Indicele ilustrativ indică o micșorare a fenomenului studiat până în anul 2015, ajungând treptat la sfârșitul cercetării (2015) la cea mai mică valoare – 72,41.

Evaluările în teren au detectat numeroase probleme legate de managementul copiilor cu dizabilități, în general, și cu dizabilități cauzate de astmul bronșic, în particular. Astfel, nu există o modalitate unică de evidență a acestor copii la nivelul asistenței medicale primare (AMP). În unele raioane exista registre în care se deține baza de date a acestor copii. De aceste registre este responsabil unul dintre specialiști, de obicei pediatriul-consultant din secțiile consultative, iar în unele raioane și medicii de familie dețin baza de date a copiilor cu dizabilități din sector.

Nu există un protocol unic de monitorizare a copiilor cu dizabilitate cauzată de astmul bronșic. Unii din ei se află în evidența medicului, alții – a medicului de familie sau a alergologului

etc. Unii sunt tratați și monitorizați doar în instituțiile de nivelele II și III, nu țin legătura și nu se află în evidența medicului de familie din sectorul în care locuiesc.

Situația devine și mai incertă în condițiile descentralizării medicinei primare, în aceste condiții fiind foarte dificil – sau chiar imposibil – de unificat informațiile referitoare la dinamica indicatorilor în diferite regiuni, raioane etc.

În același timp, este cunoscut faptul că AB, având o evoluție cronică, are un impact negativ asupra dezvoltării armonioase fizice și psihice a copilului, în pofida faptului că dizabilitatea sa nu întotdeauna se afla „la vedere”.

Analizând nivelul dizabilității copiilor cu AB în funcție de mediul de reședință, s-a stabilit un nivel mai înalt al mediei dizabilității la nivel municipal – 0,60‰, decât la nivelul rural – 0,50‰. Astfel, media dizabilității în raioanele Republicii Moldova pentru perioada inclusă în studiu (0,50‰) este practic identică cu cea a țării (0,52‰); cea mai mică valoare (0,43‰) s-a înregistrat la sfârșitul perioadei de studiu, iar cea mai mare (0,53‰) – la începutul acesteia. Dinamica nivelului dizabilității pe parcursul anilor incluși în studiu, în funcție de viza de reședință, este redată în figura 3.2.

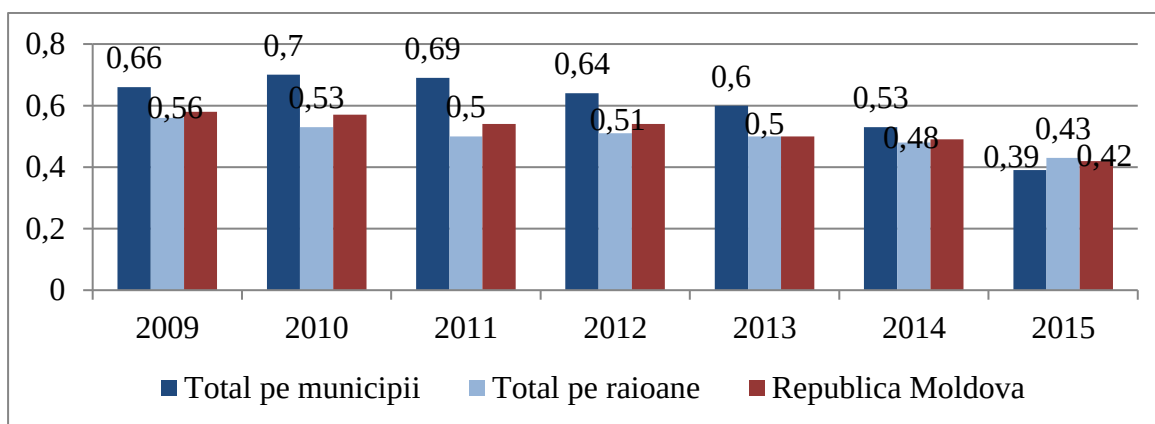


Fig. 3. 2. Nivelul dizabilității prin astm bronșic în Republica Moldova în funcție de mediul de reședință, anii 2009-2015 (la 1000 copii).

Analizând nivelul mediu al incidenței dizabilității în municipii, observăm că acesta (0,60‰) la fel este mai mare decât cel înregistrat pe toată țara (0,52 ‰), cu valoarea minimă atestată la sfârșitul perioadei de cercetare – 0,39‰ (2015), iar valoarea maximă – 0,70‰ (2010). Evaluarea dizabilității cauzate de astm bronșic la copii, în funcție de locul de reședință, în 2015 indică o

diferență statistică, prin nivelul mai majorat în localitățile urbane (0,43‰), comparativ cu cele rurale – 0,39‰, (Figura 3.2).

Totodată, este necesar de menționat că în municipiul Bălți, rata dizabilității este considerabil mai mare decât în municipiul Chișinău pe tot parcursul anilor de studiu, cea mai mare creștere s-a observat în anul 2014 – de 2,2 ori (Figura 3.3).

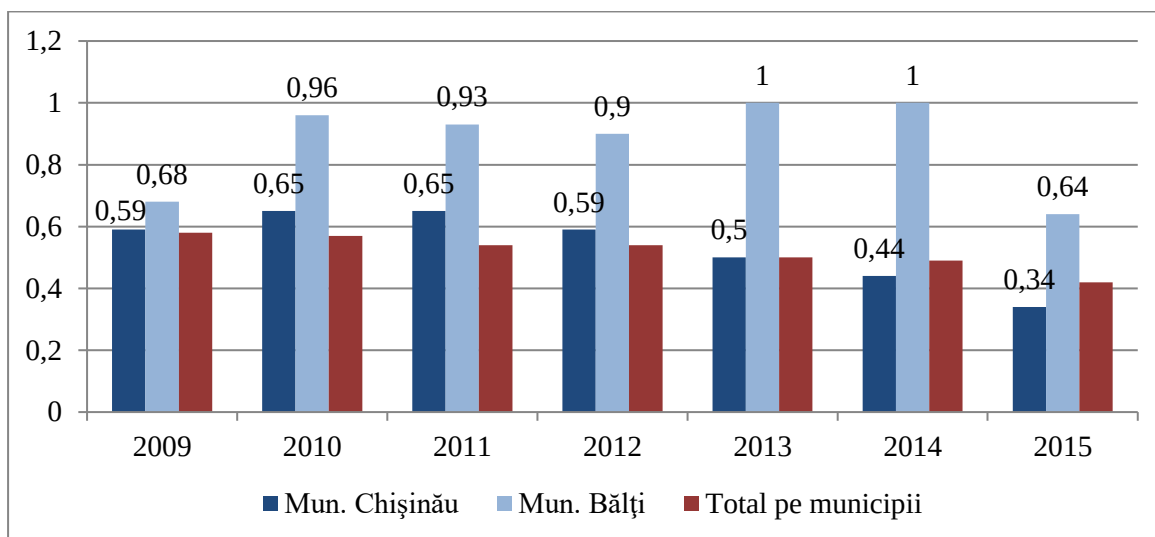


Fig. 3.3. Nivelul dizabilitatii prin astm bronșic în municipiile Republicii Moldova, anii 2009-2015 (la 1000 copii).

Monitorizarea indicatorilor dizabilității cauzate de AB la copiii din regiunile de dezvoltare Nord, Centru, Sud și UTA Găgăuzia ale republicii a demonstrat indici mai înalți înregistrându-se în RDD „Găgăuzia”, urmată de RDD „Nord”, apoi de RDD „Sud” și RDD „Centru” (Figura 3.4):

- RDD „Găgăuzia”: de la 0,68‰ în anul 2009 până la 0,88‰ în 2015, sporul – „+0,18”, valoarea minimă – 0,55‰ în 2010, valoarea maximă – 0,88‰ în 2014-2015;
- RDD „Nord”: de la 0,80‰ la 0,68‰, sporul – „-0,88”, valoarea minimă – 0,56‰ la sfârșitul perioadei de studiu, valoarea maximă – 0,60‰ în 2013;
- RDD „Centru”: de la 0,80‰ la 0,46‰, sporul pe parcursul anilor este negativ – „-0,72”, valoarea minimă – 0,31‰ la sfârșitul perioadei de studiu, valoarea maximă – 0,50‰ în anul 2013;
- RDD „Sud”: de la 0,50‰ la 0,51‰, sporul – „+1,10”, valoarea minimă – 0,30‰ în 2013 și valoarea maximă – 0,33‰ în 2015.

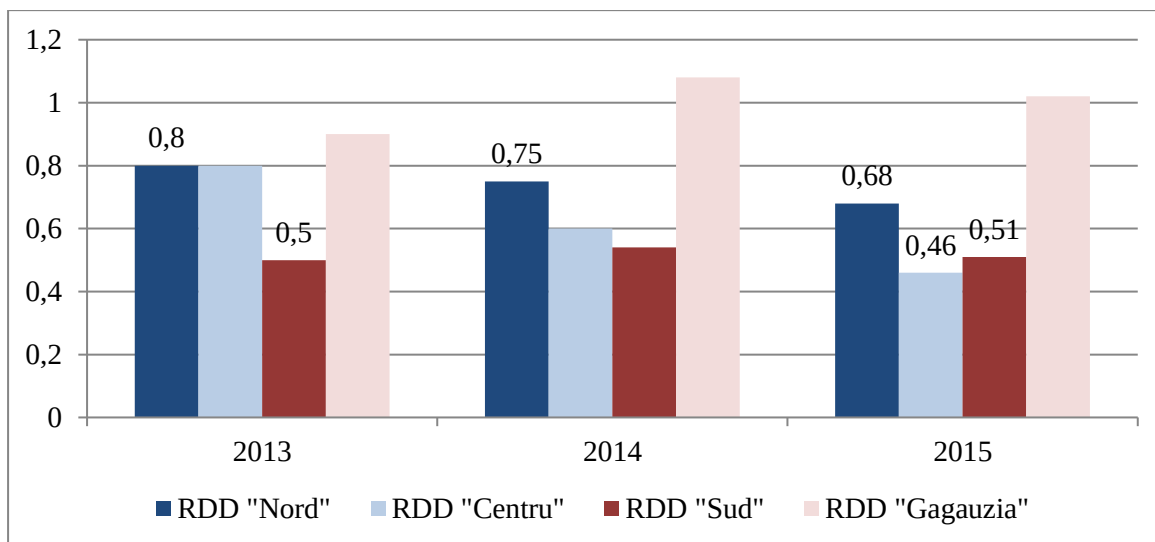


Fig. 3.4. Nivelul dizabilității prin astm bronșic în RDD ale Republicii Moldova, perioada 2009-2015 (la 1000 copii).

Deoarece RDD geografice sunt constituite din raioane, am decis să analizăm mai detaliat acest aspect. Pe parcursul anilor supuși studiului, s-a constatat că 1/3 din raioanele Republicii Moldova (15) au înregistrat un spor negativ al dizabilității, cu extremele: Anenii-Noi – de la 1,06‰ la 0,47‰, cu sporul „-0,12”, Călărași – de la 0,9‰ la 0,50‰, sporul „-1,19”, Drochia – de la 0,90‰ la 0,61‰, sporul „-0,06”. Restul raioanelor au înregistrat un spor pozitiv de diferit grad, cel mai mic fiind în Taraclia (+0,23%), de la 0,52‰ la 0,70‰.

Pentru a studia nivelul dizabilității în raioanele țării, a fost efectuată clasificarea raioanelor după nivelul dizabilității: *foarte jos, jos, mediu, înalt și foarte înalt*.

La începutul studiului (2009), raioanele sunt repartizate preponderent în grupurile cu nivel foarte jos, jos și mediu: nivelul foarte jos – 4, jos – 10, mediu – 9, înalt – 10, foarte înalt – 2 raioane (Tabelul 3.4).

Tabelul 3.4. Clasificarea raioanelor Republicii Moldova după nivelul dizabilității la copii cu astm bronșic, anii 2009 (la 1000 copii).

Nivelul	Raioanele
0,13‰ – 0,27‰ foarte jos	Briceni, Hâncești, Căușeni, Leova
0,31‰ – 0,49‰ jos	Strășeni, Ștefan-Vodă, Criuleni, Sângerei, Ialoveni, Nisporeni, Orhei, Șoldănești, Cahul, Cimișlia
0,50‰ – 0,68‰ mediu	Soroca, Taraclia, Dubăsari, Rezina, Ungheni, Comrat, Dondușeni, Fălești, Glodeni
0,70‰ – 0,94‰ înalt	Drochia, Telenești, Vulcănești, Călărași, Florești, Râșcani, Cantemir, Ceadâr-Lunga, Edineț, Ocnița
1,06‰ – 1,18‰ foarte înalt	Anenii-Noi, Basarabeasca

În scop de comparație, a fost efectuată clasificarea după principiul nivelului dizabilității și pentru anul 2015, adică la sfârșitul studiului. Analiza comparativă a clasificării raioanelor din anii 2009 și 2015 a scos în evidență o scădere a nivelului dizabilității induse prin astm bronșic în raioanele Republicii Moldova, distribuția raioanelor fiind prioritar la niveluri joase: majoritatea raioanelor (13) au înregistrat un nivel al incidenței jos, iar 10 – un nivel mediu (Tabelul 3.5).

Tabelul 3.5. Clasificarea raioanelor Republicii Moldova după nivelul dizabilității la copii cu astm bronșic, anii 2015 (la 1000 copii).

Nivelul	Raioanele
0,09‰ – 0,26‰ foarte jos	Căușeni, Hâncești, Leova, Strășeni, Criuleni
0,27‰ – 0,41‰ jos	Briceni, Cimișlia, Sângerei, Ștefan-Vodă, Cahul, Nisporeni, Rezina, Șoldănești, Ungheni
0,42‰ – 0,58‰ mediu	Dubăsari, Soroca, Ialoveni și mun. Chișinău
0,59‰ – 0,75‰ înt	Dondușeni, Comrat, Fălești, Florești, Glodeni, Telenești, Cantemir, Taraclia, Ceadâr-Lunga, Taraclia
0,76‰ – 0,91‰ foarte înt	Vulcănești, Basarabeasca, Călărași, Anenii-Noi, Ocnița, Râșcani și mun. Bălți

Comparând datele, putem observa că raioanele Căușeni și Briceni au migrat din grupul cu nivel *foarte jos* la începutul studiului în grupul cu nivel *jos*. Raioanele Ștefan-Vodă (din grupul cu nivel *jos*) și Dubăsari (din grupul cu nivel mediu) au migrat în grupul cu nivel *foarte jos*. Putem constata că raioanele: Călărași, Râșcani, Edineț, Ocnița și-au diminuat nivelul de la *înt* la *mediu*. Cea mai spectaculoasă dinamică au înregistrat-o raioanele Anenii-Noi și Basarabeasca, care s-au deplasat din grupul cu nivel *foarte înt* în grupurile cu nivel *jos* și *mediu*, respectiv.

Deoarece compararea datelor anilor luați separați evidențiază doar dinamica procesului, pentru a putea generaliza datele, a fost evaluat nivelul dizabilității în funcție de media anuală. S-a stabilit că nivel foarte jos (0,09‰ – 0,26‰) au înregistrat 5 raioane (Căușeni, Hâncești, Leova, Strășeni, Criuleni), nivel jos (0,27‰ – 0,41‰) – 9 raioane (Briceni, Cimișlia, Sângerei, Ștefan-Vodă, Cahul, Nisporeni, Rezina, Șoldănești, Ungheni); mediu (0,42‰ – 0,58‰) – 3 raioane (Dubăsari, Soroca, Ialoveni) și mun. Chișinău; nivel înt (0,59‰ – 0,75‰) – 10 raioane (Dondușeni, Comrat, Fălești, Florești, Glodeni, Telenești, Cantemir, Taraclia, Ceadâr-Lunga, Taraclia), foarte înt (0,76‰ – 0,91‰) – 4 raioane (Vulcănești, Basarabeasca, Călărași, Anenii-Noi, Ocnița, Râșcani) și mun. Bălți.

Pentru o vizualizare demonstrativă, a fost efectuată cartografierea indicatorilor în funcție de media anuală a nivelului dizabilității (Figura 3.5).

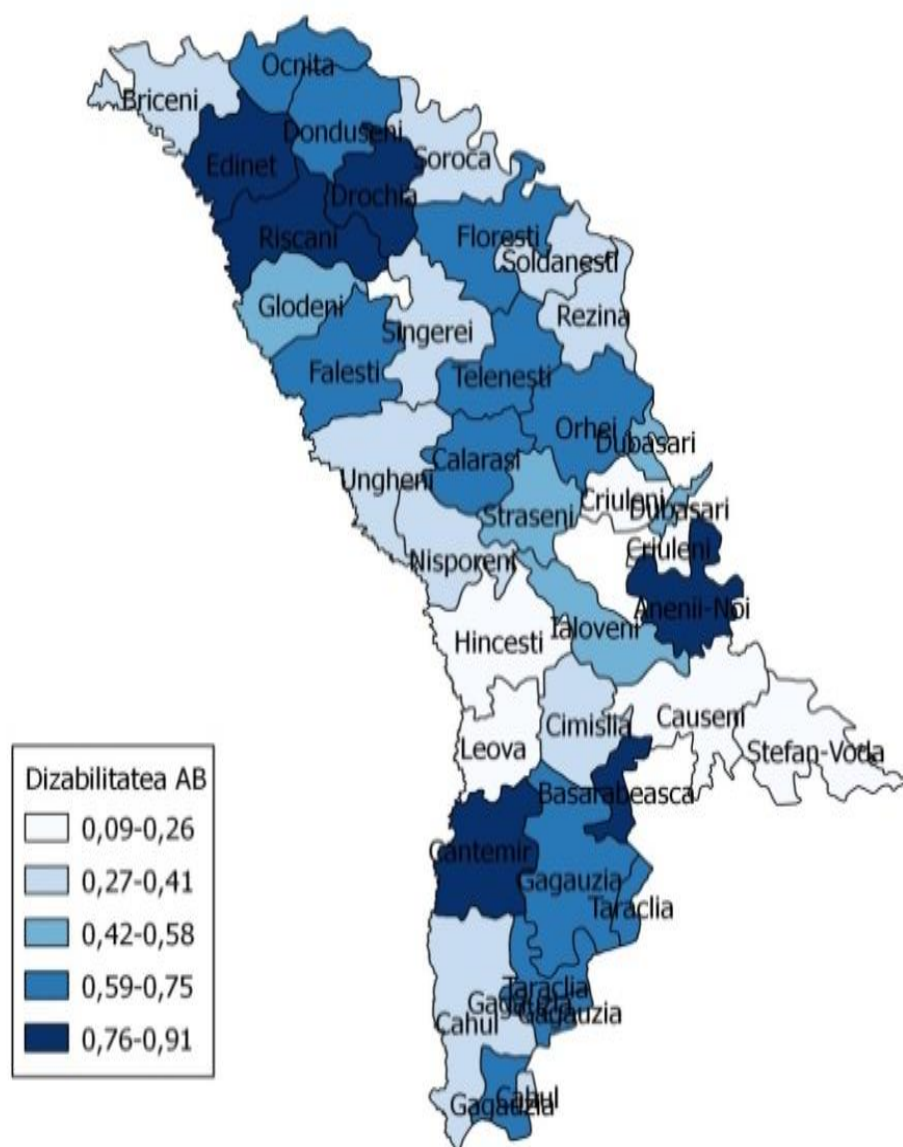


Fig. 3.5. Indicele dizabilității prin astm bronșic la copii, anul 2015 (la 1000 copii).

Nu mai puțin important, din punct de vedere medico-social, este gradul dizabilității deținut de persoanele cu asemenea afecțiuni. În cadrul studiului actual am analizat ponderea medie anuală a fiecărui grad de dizabilitate în structura generală a dizabilității prin astm bronșic la copii în RM. A

fost stabilit că în mai mult de jumătate din cazuri se întâlnește gradul *accentuat* – $63,7 \pm 2,39\%$, urmat de gradul *mediu* – $23,1 \pm 0,99\%$ și de cel *sever* – $13,2 \pm 2,05\%$, (Figura 3.6).

Tabelul 3.6. Dinamica indicelui dizabilității pe anii de studiu (abs.,%, ‰).

Anii de studiu	Dizabilitatea totală prin AB		Dizabilitatea grad mediu			Dizabilitatea grad accentuat			Dizabilitatea grad sever		
	abs.	‰	abs.	%	‰	abs.	%	‰	abs.	%	‰
2009	451	0,58	97	21,6	0,13	296	65,6	0,38	58	12,8	0,07
2010	430	0,57	99	23,1	0,13	279	64,8	0,37	52	12,1	0,07
2011	400	0,54	89	22,2	0,12	257	64,3	0,35	54	13,5	0,07
2012	388	0,54	86	22,2	0,12	248	63,9	0,38	54	13,9	0,08
2013	368	0,50	93	25,3	0,10	204	55,4	0,30	71	19,3	0,10
2014	339	0,49	82	24,2	0,12	220	64,9	0,32	37	10,9	0,05
2015	290	0,42	66	22,7	0,09	196	67,6	0,28	28	9,7	0,04
M±m			$23,1 \pm 0,99\%$			$63,7 \pm 2,39\%$			$13,2 \pm 2,05\%$		

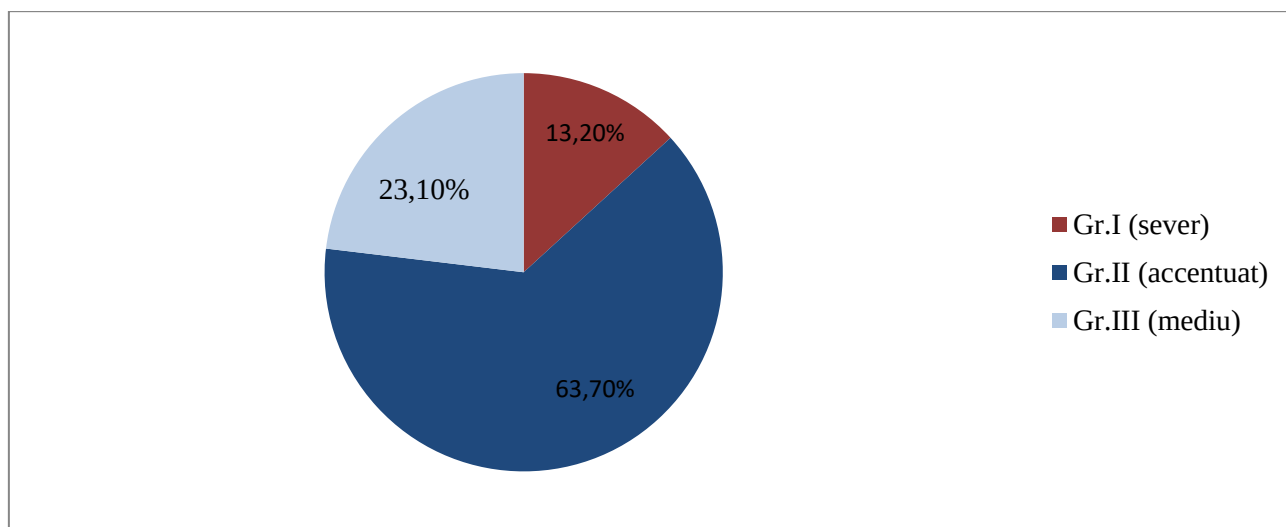


Fig. 3.6. Structura dizabilității în funcție de gradul de dizabilitate, perioada 2009-2015, media anuală (%).

Analizând dinamica nivelului *gradelor de dizabilitate*, s-a constatat că nu există o diferență semnificativă statistic între structura dizabilității la începutul și la sfârșitul studiului (Figura 3.7).

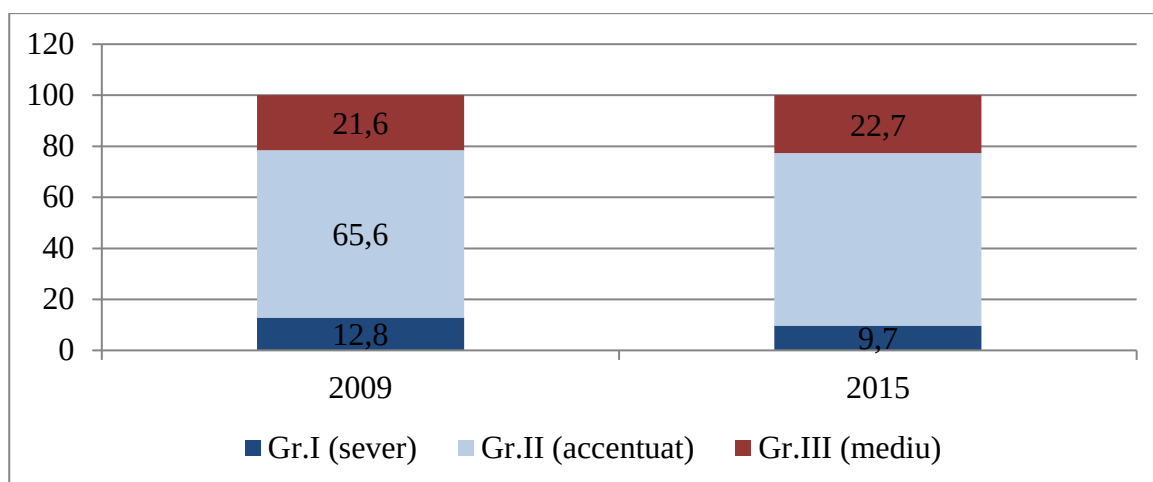


Fig. 3.7. Structura dizabilității în funcție de gradul de dizabilitate la începutul și la sfârșitul studiului (%).

A fost stabilit că gradul *sever* de dizabilitate este la același nivel atât la începutul cât și la sfârșitul studiului, sporul fiind „-0,8”, valoarea maximă – 0,10‰ în anul 2013, valoarea minimă – 0,04‰ în 2015. Ponderea gradului sever în municipiile ($30,6 \pm 3,24\%$) și raioanele republicii ($69,4 \pm 3,24\%$) prezintă o diferență statistică ($p < 0,05$), (Tabelul 3.6).

Gradul *accentuat* de dizabilitate la începutul studiului este practic la același nivel, iar spre sfârșitul studiului scade treptat, înregistrând un spor negativ „-0,87”, cu valoarea minimă – 0,28‰ în anul 2015 și valoarea maximală – 0,38‰ în 2009 și 2012. Ponderea gradului accentuat de asemenea diferă în funcție de mediul de reședință ($p < 0,05$): în raioane – $77,8 \pm 1,74\%$, în municipii – $22,2 \pm 1,74\%$, (Tabelul 3.6).

Gradul *mediu* de dizabilitate a înregistrat pe parcursul studiului un spor negativ „-0,75”, cu valoarea minimă – 0,09‰ la sfârșitul studiului (2015) și valoarea maximală – 0,13‰ la începutul acestuia (2009–2010), cu diferență semnificativă statistic în funcție de mediul de reședință ($p < 0,05$), (Tabelul 3.6).

Oscilațiile mari dintre indicatorii diferitor raioane, diferențe mari între diferite zone geografice și între mediile de reședință sugerează dificultăți existente în evaluarea oportună a dizabilității la copii, în special la cei cu patologie cronică bronhopulmonară, atunci când dizabilitatea nu este „la vedere”, ci necesită o abordare comprehensivă de apreciere, ținând cont atât de funcționarea și structura organismului, cât și de factorii de mediu, de limitările în activitatea și participarea copilului etc.

Se impune o unificare a managementului copiilor cu dizabilități, în general, și a celor cu patologii bronhopulmonare, în particular, deoarece în prezent instituțiile de AMP nu dețin o formă unificată a registrelor copiilor cu dizabilități, o abordare centralizată a problemelor etc.

3.2. Concluzii la capitolul 3

1. Numărul copiilor cu dizabilități în Republica Moldova, pe parcursul anilor supuși studiului, are o tendință de descreștere cu 1,84‰ – de la 20,34‰ în anul 2009 la 18,50‰ în 2015, însă, valoarea absolută a unui procent din valoarea acestui indicator este relativ constantă, ceea ce ne vorbește despre stabilitatea relativă a indicilor dizabilității generale la copii (0,20 în anul 2009 și 0,19 în 2015).

2. Indicele dizabilității cauzate de patologia cronică bronhopulmonară, pe parcursul perioadei 2009-2015, înregistrează o tendință de descreștere – de la 0,75‰ în 2009 la 0,54‰ în 2015, însă valoarea absolută a unui procent de spor pe parcursul anilor de studiu este constantă, ceea ce înseamnă o stabilitate relativă a indicilor incidenței dizabilității (fiind de 0,01).

3. În structura cauzală a dizabilității la copii provocate de patologia bronhopulmonară, cea mai mare cotă-parte îi revine astmului bronșic, care a crescut de la 72,7% în 2013 la 77,1% în 2015. Totodată, indicele dizabilității copiilor cu astm bronșic la fel marchează o tendință de descreștere – de la 0,58‰ în 2009 la 0,42‰ în 2015, dar valoarea absolută a unui procent de spor pe parcursul anilor de studiu este constantă, constituind 0,01, ceea ce ne vorbește despre stabilitatea indicelui dizabilității.

5. Evaluările în teren au detectat numeroase probleme legate de managementul copiilor cu dizabilități, în general, și cu dizabilități cauzate de astmul bronșic, în special. Nu există o modalitate unică de evidență a copiilor cu dizabilități la nivelul asistenței medicale primare. Doar în unele raioane se țin registre ce cuprind baza de date a acestor copii, dar în majoritatea instituțiilor abilitate ele lipsesc.

6. Nu există un protocol unic de monitorizare anume a copiilor cu dizabilitate cauzată de astmul bronșic. Unii din ei se află în evidența pediatrului, alții – a medicului de familie sau a alergologului etc. Unii sunt tratați și monitorizați doar în instituțiile de nivelele II și III, nu țin legătura și nu se află în evidența medicului de familie din sectorul în care locuiesc.

4. APRECIEREA STĂRII DE SĂNĂTATE ȘI FUNCȚIONARE LA COPIII CU ASTM BRONȘIC

4.1. Evaluarea indicatorilor de sănătate și de funcționare la copiii cu astm bronsic cu și fără grad de dizabilitate, conform Protocolului Clinic Național

Astmul bronșic este una dintre cele mai frecvente boli cronice întâlnite la copii care poate conduce la dizabilitate. În Republica Moldova, conform situației din 01.01.2015, în structura cauzală a dizabilității prin patologia bronhopulmonară la copii cea mai mare cotă-parte revine astmului bronșic – 77,1%.

Stabilirea gradului de dizabilitate la un copil cu AB presupune că copilul are o evoluție severă a bolii, accese diurne frecvente, care conduc la limitarea activității fizice, accese nocturne frecvente și un răspuns insuficient la tratament. Starea „lipsei de control” al maladiei duce astfel la scăderea funcției pulmonare, cu instalarea insuficienței respiratorii, care, la rândul său, conduce în timp la deteriorarea funcționării organismului, la scăderea activității și participării copilului, a calității vieții și la dezvoltarea dizabilității.

Una dintre sarcinile acestui studiu a fost aprecierea obiectivă a severității AB, acest fapt fiind unul din criteriile pentru atribuirea unui pacient la grupul celor cu „dizabilitate” în practica medicală. În această ordine de idei, a fost supusă analizei individualizate documentația medicală primară (Carnetul de dezvoltare a copilului – formular 112/e) a 300 de copii cu AB (150 cu grad de dizabilitate și 150 fără dizabilitate), selectați după principiul caz-control. Analiza efectuată a constatat că nu există o interdependență a severității maladiei cu atribuirea gradului de dizabilitate copiilor.

Astfel, observăm (Figura 4.1) că din totalitatea copiilor cu dizabilitate, conform materialului primar, numai 2/3 (72,0%) au fost diagnosticați cu AB sever-persistent; alți 1/4 copii – cu AB moderat-persistent (24,7%), iar 3,3% copii au fost atribuiți cu grad de dizabilitate, chiar dacă sufereau de AB ușor-persistent.

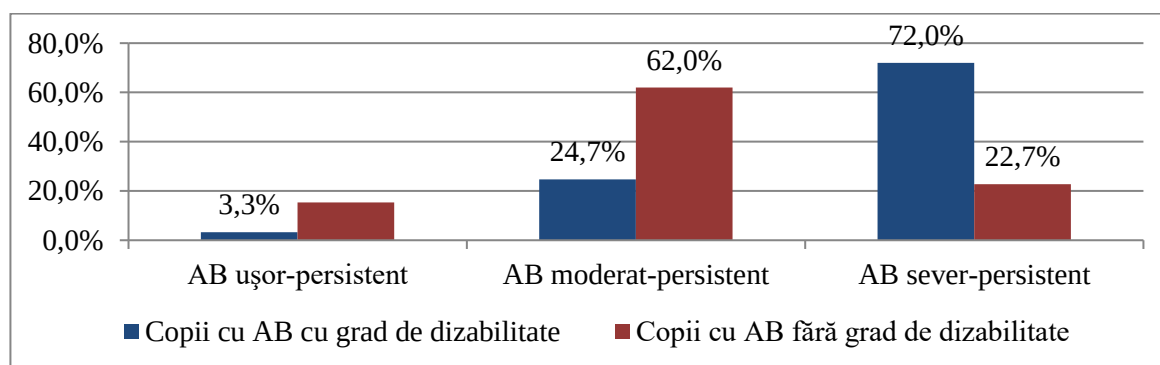


Fig. 4.1. Rezultatele comparative a severității astmului bronșic la copii cu și fără dizabilitate, conform documentației medicale primare (%).

În lotul copiilor fără grad de dizabilitate prevalează cei cu AB moderat-persistent, ei constituind 62,0%. Depistăm, totodată, un număr relativ mare de copii cu AB sever-persistent (22,7%), dar care nu au dizabilitate. Copiii diagnosticați cu AB ușor-persistent au constituit numai 15,3%, cu toate că acest contingent ar fi trebuit să predomină în acest lot (Figura 4.1).

Așadar, analizând datele primare privind copiii cu AB, am concluzionat că dizabilitatea nu corelează cu severitatea bolii. Deoarece evoluția bolii evaluează în timp și depinde nu numai de severitatea bolii de bază la momentul stabilirii diagnosticului, ci și de tratamentul aplicat pentru menținerea controlului simptomelor. La administrarea corectă a tratamentului de control al maladiei, starea copiilor cu AB se ameliorează, accesele devin mai rare și mai puțin severe – maladia devine controlabilă după 1-3 luni de la inițierea tratamentului.

Conform datelor de literatură, copii cu AB cu grad de dizabilitate, beneficiind de un tratament adecvat, ajung să nu mai manifeste semne severe ale maladiei deja în primele 3 luni de la inițierea terapiei, astfel își pierd gradul în urma reevaluării în circa 70-80% cazuri și numai în 20-30% din cazuri rămân în continuare să se încadreze în criteriile dizabilității.

Ținând cont de acest fapt, la următoarea etapă, ne-am propus să analizăm individualizat fiecare caz în parte, pentru a aprecia în special severitatea maladiei. Diagnosticul de AB evoluție severă a fost evaluat în corespundere cu Protocolul clinic național „Astmul bronșic la copii” (PCN-54, 2015), (conform criteriilor: crize permanente, activitate fizică limitată, frecvența acceselor nocturne, valorile FEV₁ – volum expirator forțat într-o secundă și/sau PEF – fluxul expirator de vârf).

În urma reevaluării lotului sumar (300 copii cu AB) rezultatele s-au modificat astfel: s-a observat că copii suferinzi de AB sever-persistent au constituit 48,0%, anume acești copii sunt candidați potențiali pentru oferirea unui grad de dizabilitate (numiți, în continuare, convențional, „copii cu AB cu risc potențial de dizabilitate”). Copii suferinzi de AB moderat-persistent au constituit 1/3 (33,0%) din tot lotul de copii, și copii cu AB ușor-persistent și AB intermitent 7,0% și 12,0%, respectiv. Copiii cu AB moderat persistent, ușor-persistent și intermitent nu întrunesc argumente clinice pentru oferirea unui grad de dizabilitate (numiți în continuare, convențional, „fără risc de dizabilitate”), (Figura 4.2).

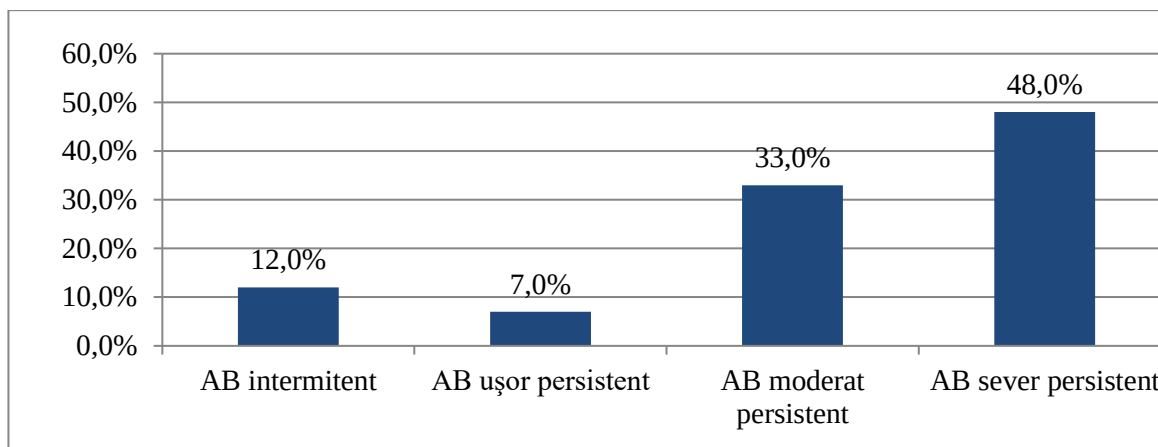


Fig. 4.2. Rezultatele reevaluării severității astmului bronșic la copiii cu AB conform PCN (%).

Totodată, fiecare al 3-lea copil cu astm bronșic (30,0%) incluși în studiu nu a primit tratament antiinflamator de bază în ultimile 3 luni. Având în vedere că numai 12,0% din copii cercetați aveau AB intermitent și nu aveau nevoie de tratament de bază de lungă durată, am constatat că 18,0% din copii nu urmează un tratament adecvat stării lor de sănătate, acest fapt contribuind în timp la deteriorarea funcționării organismului și dezvoltarea dizabilității.

Trebuie să ținem cont că fenotipurile clinice ale AB refractare la terapia standardă (difficult-to-treat) confirmă că doar 5-10% din pacienții nu sunt sensibili la tratament, iar maladia rămâne greu de controlat și cu un pronostic nefavorabil [156].

Printre cauzele nerespectării schemelor de tratament, părinții invocă cel mai frecvent (30%) costurile economice ridicate (sub aspectul serviciilor și al mijloacelor materiale). Lipsa mijloacelor financiare pentru procurarea CSI este numită de părinți pe primul plan. O altă cauză a întreruperii tratamentului de bază a AB la copii este complianța scăzută a pacienților, în special a părinților. Astfel, părinții, conștient sau inconștient, nu respectă toate recomandările făcute de medic, pe toată durata tratamentului. Este evident că noncomplianța compromise rezultatul terapeutic, ceea ce duce la agravarea bolii, suferință inutilă, scăderea calității vieții, dizabilitate.

În acest context, ne-am propus de a reorganiza loturile de studiu, astfel ca toate cazurile de AB sever persistent să fie considerate drept cazuri cu risc potențial pentru dizabilitate, pentru a studia în continuare alte criterii, care sunt necesare pentru a constata dizabilitatea unei persoane/unui copil, iar cei cu AB moderat-persistent, ușor-persistent și intermitent să fie considerați – fără risc de dizabilitate.

Astfel, la următoarea etapă a studiului nostru au fost triați copiii lotului nou-format, în număr de 144 copii, ca fiind considerați drept cazuri cu risc potențial pentru dizabilitate și 156 copii ca fiind considerați fără risc de dizabilitate (din lotul sumar de 300 cazuri cercetate).

Deoarece, actualmente, pentru stabilirea dizabilității, unul dintre criteriile utilizate este controlul maladiei (GINA-2014 promovează ca astmul bronșic să fie evaluat conform nivelului de control al AB), ne-am propus să analizăm loturile nou formate sub aspectul nivelului de control al maladiei (Tabelul 4.1).

Astfel, am observat în lotul copiilor cu risc potențial de dizabilitate, proporția copiilor cu AB necontrolat era cert mai mare comparativ cu lotul fără risc de dizabilitate (80,6% contra 65,4%, $p<0,05$; respectiv în cele două loturi). Proporția copiilor cu astm bronșic parțial-controlat este mai mare în lotul copiilor fără risc de dizabilitate – 19,2% contra 13,9% în lotul copiilor cu risc potențial de dizabilitate; $p<0,05$ și, evident, numărul copiilor cu AB controlat era net inferior printre cei cu risc de dizabilitate comparativ cu lotul II (5,6% contra 15,4%, $p<0,001$; respectiv în cele două loturi), (Tabelul 4.1).

Tabelul 4.1. Repartizarea copiilor cu astm bronșic conform nivelului de control (%).

	Copii cu AB cu risc potențial de dizabilitate			Copii cu AB fără risc de dizabilitate			P
	abs.	%	IC	abs.	%	IC	
AB controlat	8	5,6	2,4-10,7	24	15,4	10,0-21,9	$p<0,001$
AB parțial-controlat	20	13,9	8,7-20,6	30	19,2	1,3-26,1	$p<0,05$
AB necontrolat	116	80,6	72,4-86,1	102	65,4	57,0-72,4	$p<0,05$

Pentru o interpretare mai amplă și mai complexă a severității bolii, am analizat, în continuare, cum reacționează indicatorii funcției respirației externe la copiii celor două loturi de studiu, folosind drept criteriu tipul obstructiv al spirogramei caracteristice AB (PEF, FEV₁, FVC). În studiul realizat, valoarea medie redusă a indicilor menționați la copii cercetați s-a evidențiat în lotul copiilor cu prezența riscului de dizabilitate, $p<0,001$, (Tabelul 4.2).

Tabelul 4.2. Valorile medii ale indicilor funcționali la copii cercetați.

Indicii	Copii cu AB cu risc potențial de dizabilitate		Copii cu AB fără risc de dizabilitate		P
	M±ES	Min-max	M±ES	Min-max	
FEV ₁	49,3±1,1	31-99	77,1±1,2	39-100	p<0,001
PEF	65,4±1,2	30-99	85,2±1,5	40-100	p<0,001
FVC	69,7±1,3	35-98	83,6±1,4	45-110	p<0,001

Totodată, conform datelor obținute, obstrucția de grad sever a bronhiilor (FEV₁ și/sau PEF<60%) a fost determinată mai frecvent în lotul copiilor cu risc de dizabilitate – 93,1%, pe când la copiii fără risc de dizabilitate – doar în 3,2%, p<0,001). Obstrucția de grad mediu a bronhiilor (indicii spiografici FEV₁ și/sau PEF 60-80%) predomina în lotul copiilor cu AB fără risc de dizabilitate – în 58,3% din cazuri, la copii cu AB cu risc de dizabilitate – în 6,9% din cazuri, p<0,001). Spirografia de tip normal (indicii spiografici FEV₁ și/sau PEF>80%) s-a înregistrat la 60 din copiii lotului fără risc de dizabilitate (38,5%).

Tabelul 4.3. Gradul de obstrucție bronșică la copiii cu AB în funcție de dizabilitate.

Indicii	Copii cu AB cu risc potențial de dizabilitate		Copii cu AB fără risc de dizabilitate		P
	abs.	%	abs.	%	
FEV ₁ și/sau PEF>80%	0	0	60	38,5	p<0,001
FEV ₁ și/sau PEF 60-80%	10	6,9	91	58,3	p<0,001
FEV ₁ și/sau PEF<60%	134	93,1%	5	3,2	p<0,001

Astfel, doar 134 (45,0%) copii din lotul total de copii întrunesc criterii clare de dizabilitate – AB sever persistent, necontrolat și cu funcția respiratorie externă dereglată.

Totodată, în cadrul studiului am complementat la acești copii, ca inovație, evaluarea funcției pulmonare în astmul bronșic, cu monitorizarea inflamației alergice la nivelul căilor respiratorii, și anume prin implementarea metodei de dozare a oxidului nitric (NO) în aerul expirat.

Actualmente, această metodă, ce apreciază markerul gradului de inflamație în arborele bronșic nu se utilizează tradițional în practica medicală din țară, metoda fiind implementată în premiera în cadrul acestui studiu.

NO în aerul expirat a fost măsurat la cei 134 copii cu AB sever persistent, din ei 60 (44,7%) au prezentat valori mai mari decât norma (valorile normale pentru vârsta pediatrică variază între 5 și 25 ppb).

Mai mulți cercetători au demonstrat că concentrația NO este predictivă pentru răspunsul la corticoterapia inhalatorie, scăzând pe măsura administrării acesteia [120].

În cadrul studiului, copii care au demonstrat valori normale ale NO în aerul expirat (NO=5-25ppb) au fost mai mulți în lotul copiilor ce respectă tratamentul în 51,9% din cazuri, față de 5,3% din lotul ce nu respectă tratamentul de bază. Totodată 35 (25,9%) copii au prezentat valori NO mai mari decât nivelul normei, chiar pe fon de tratament, (Tabelul 4.4).

Tabelul 4.4. Nivelul de NO în aerul expirat la copiii cu AB în funcție de respectarea tratamentului de bază cu CSi.

NO	Copii cu AB ce nu primesc tratament de bază cu CSi		Copii cu AB ce respectă tratamentul de bază cu CSi		X ²	P
	abs.	%	abs.	%		
NO<25ppb	5	3,7	70	51,9	23,63	p<0,001
NO>25ppb	25	18,5	35	25,9		
NO<35ppb	13	9,6	79	58,5	10,94	p<0,001
NO>35pp	17	12,6	26	19,3		

Nivelul NO>35 ppb în aerul expirat, pe fon de tratament cu CSi, semnifică absența răspunsului la tratament, respectiv persistența procesului inflamator (Clinical Practice Guidelines On Interpretation of Fractional Exhaled Nitric Oxide (FENO) Levels; 2011).

Valorile NO > 35 ppb în aerul expirat, pe fon de tratament cu CSi (Tabelul 4.4) s-au determinat la 26 copii (19,3 %), ceea ce ne prezice un răspuns dificil la tratament și, deci o formă severă de astm. Acest rezultat vine în continuarea recomandărilor actuale de utilizare a valorilor NO în aerul expirat, pentru a estima responsivitatea la corticosteroizi, (Figura 4.3).

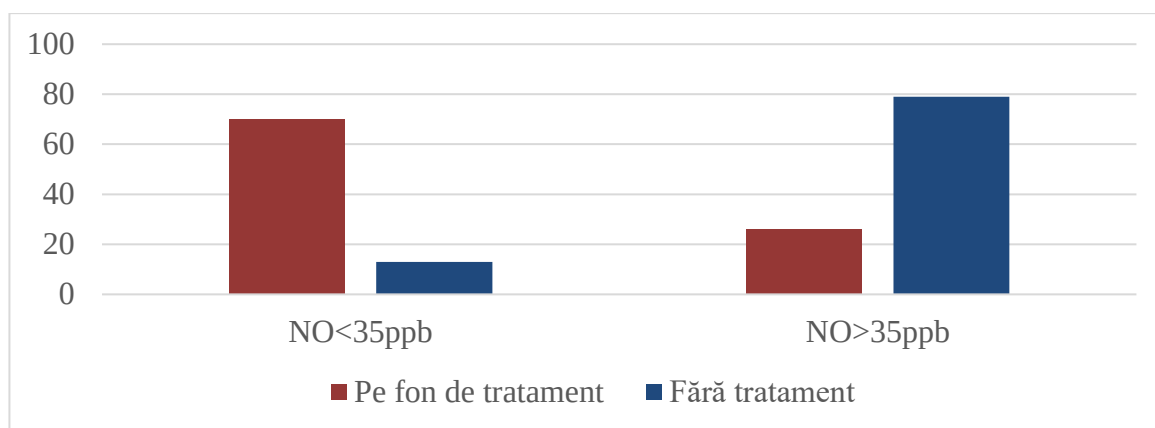


Fig. 4.3. Valorile NO în aerul expirat la copiii cu AB cu și fără tratament

Aplicând funcția statistică pentru a evalua corelația dintre valoarea NO în aerul expirat la copii cu AB și tratamentul de bază cu CSi, am determinat o corelare directă proporțională dintre acești indicatori – tratamentul sistematic cu CSi scade valorile NO în aerul expirat ($r = 0,35$; $p < 0,001$), (Figura 4.4). Deci, putem concluziona că NO în aerul expirat ar putea fi utilizat drept indicator în monitorizarea controlului maladiei la copilul cu AB, precum și pentru evaluarea complianței la indicațiile terapeutice.

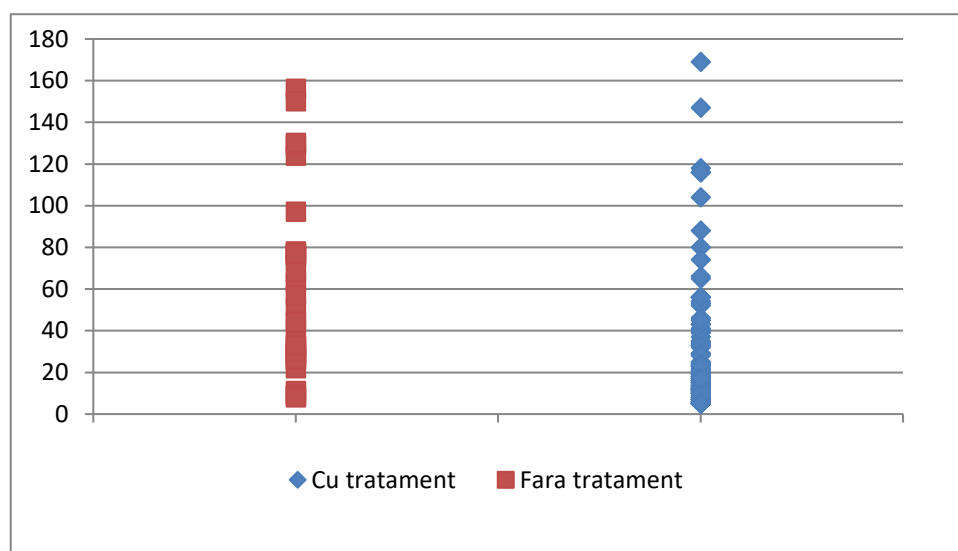


Fig. 4.4. Corelația dintre valorile NO în aerul expirat și controlul astmului bronșic la copii în funcție de tratamentul de bază cu CSi.

Analiza acestor date demonstrează că din lotul sumar de copii cu AB incluși în studiu, în final, doar 26 copii au manifestat valori înalte de NO în aerul expirat, ceea ce indică persistența

simptomelor clinice severe și lipsa controlului asupra maladiei. Concluzionând, menționăm că rezultatele studiului nostru au demonstrat că doar 26 de copii întruneau toate criteriile pentru atribuirea gradului de dizabilitate: funcția respirației externe deteriorată, evoluție severă necontrolată a maladiei, confirmată prin biomarkerii de inflamație bronșică.

Astfel, din 1743 de copii cu AB aflați actualmente la evidență în Moldova, 290 au diferit grad de dizabilitate, atunci din totalul de 300 copii cu AB din studiul nostru, doar 26 copii au argumente clinice pentru dizabilitate (confirmate prin funcția respirației externe deteriorată și biomarkerii de inflamație bronșică). Un calcul simplu estimează că, indicele real al dizabilității copiilor prin AB în Republica Moldova ar putea fi redus de 2 ori (8,6% contra 16,6% conform datelor statistice oficiale – Anuarului Statistic al RM, 2015), prin măsuri organizatorice ce ar impune aplicarea riguroasă a criteriilor de apreciere a severității maladiei și funcționării copilului.

În concluzie, rezervele reale, cost-eficiente, cu caracter organizatoric ar putea duce la o ordonare rapidă a acestui indicator, ceea ce ar oferi beneficii reale atât pacienților, cât și statului, societății în general.

4.2. Rolul criteriilor activitate și participare și factori de mediu, conform Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății, în determinarea dizabilității la copii cu astm bronșic

Principiile de apreciere a sănătății și a dizabilității la maturi și la copii au evoluat semnificativ în ultima perioadă, odată cu promovarea de către OMS a Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (2001) și Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății pentru copii și tineri (2007). Actualmente, prezența doar a unui diagnostic, oricât de sever ar suna acesta, nu este pe departe suficient pentru atribuirea gradului de dizabilitate unei persoane.

Problema dizabilității este privită prin prisma relației strânse dintre starea de sănătate, de funcționare a diferitelor sisteme ale organismului, de influența acestora asupra activității și participării individului în viața cotidiană și de factorii de mediu contextuali, care pot fi facilitatori sau constituie o barieră în calea integrării persoanei în societate. Implementarea principiilor și criteriilor CIF-CT, 2007 în țara noastră este la început de cale, de aceea unul dintre obiectivele studiului nostru a fost de a propune modele practice de utilizare a acestor noi principii, în special în aprecierea dizabilității la copii cu astm bronșic. Modelele odată dezvoltate vor putea fi adaptate și pentru alte patologii.

În cadrul studiului a fost întreprinsă o interviuare a părinților copiilor suferinzi de AB incluși în studiu, pentru a estima gradul de afectare a *participării și activității* copiilor, pentru

corelarea ulterioară a acestor date cu gradul de dizabilitate atribuit în fiecare caz studiat. Anterior studiului, autorul, de comun cu un grup de experți – pediatri, le-au selectat din lista categoriilor CIF pe cele mai relevante pentru AB, – 7 categorii CIF, (Tabelul 4.5), considerate cele mai relevante pentru activitatea și participarea copiilor cu AB. Totodată, a fost solicitată opinia părinților vizavi de 8 factorii de mediu din anturajul copilului, aceștia, conform principiilor CIF, fiind foarte importanți pentru menținerea stării de sănătate a copilului cu AB.

Tabelul 4.5. Categoriile CIF ce se referă la activitatea și participarea copiilor cu astm bronșic, incluse în chestionarul pentru părinți.

Codul CIF		Categoriile CIF	Descrierea
nivelul II	nivelul III		
d230		Realizarea programului zilnic obișnuit	Gestionarea timpului pentru diverse activități distincte pe parcursul unei zile (organizarea și finalizarea programului zilnic, organizarea activităților conform nivelului de dezvoltare a unei persoane, organizarea timpului propriu și adaptarea la limitele de timp impuse) fără dificultăți de respirație.
	d4501	Mersul pe jos la distanță lungă	A parcurge pe jos o distanță de mai mulți kilometri (a traversa un sat, a parcurge pe jos distanță dintre două localități sau distanțe mari în câmp deschis) fără accese.
	d4552	Fuga	Deplasarea în pași rapizi, astfel încât respirația să nu fie îngreunată.
d720		Interacțiuni interpersonale complexe	Joaca cu ceilalți semeni ai săi, stabilirea unor relații și încetarea relațiilor, reglarea comportamentului, menținerea spațiului social.
d820		Educația școlară	A frecventa școala în mod regulat, a se angaja în toate responsabilitățile legate de școală, a învăța materialele de curs.
	d9200	Joaca	Petrecerea timpului liber împreună cu semenii.
	d9201	Sportul	A se implica în jocuri sportive, a participa individual sau în grup (gimnastică, dansuri, fotbal etc.).

Deși până în prezent aceste laturi ale vieții unui copil cu dizabilitate cauzată de o maladie cronică nu erau evaluate și luate în considerație la aprecierea gradului dizabilității, totuși activitatea și participarea copilului este o problemă foarte mare a lui și a familiei, o problemă care afectează calitatea vieții acestora, atunci când copilul, din motivul bolii, este limitat în posibilitatea de a se

integra complet în programul și în activitățile școlare și cele extrașcolare (precum sportul, artele, jocul etc.), la fel cum o fac semenii săi.

Conform opiniei părinților, copiii cu AB au următoarele restricții de activitate și participare, legate de toleranță scăzută la efort fizic: *fuga* (d4552) – 93,0%; *mersul pe jos la distanță lungă* (d4501) – 87,6%; 86,9% din copii nu pot practica *sportul* (d9201); 65,0% din părinți consideră că copilul lor are probleme la *realizarea programului zilnic* (d230); la aproximativ jumătate din copii (59,4%), din spusele părinților, este afectată implicarea în *jocuri* (d9200), nu pot să se bucure de jocul cu semenii lor, întâmpinând probleme; aproximativ la fiecare al doilea copil (58,0%) este afectată *calitatea vieții școlare* (d820), iar aproximativ fiecare al treilea copil (35,4%) nu poate să se implice pe deplin în *interacțiuni interpersonale complexe* (d720), (Figura 4.5).

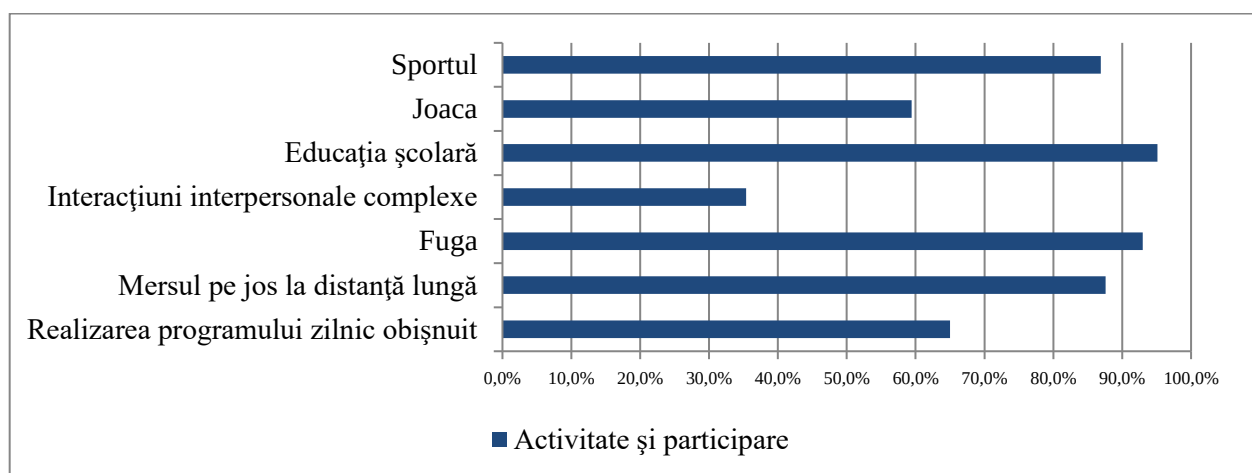


Fig. 4.5. Categoriile CIF ce se referă la activitatea și participarea copiilor cu astm bronșic (conform opiniei părinților, %).

Clasificarea CIF-CT prevede și calificatori care cuantifică nivelul de funcționare și sănătate sau gravitatea problemei în diferite categorii, deci, pentru activități și participare calificatorul se analizează după nivelul de limitare (de la 0 – lipsa limitării, 1 – limitare ușoară, 2 – limitare moderată la 3 – limitare semnificativă). De aceea, am evaluat gradul de limitare a copiilor lotului sumar, (Tabelul 4.6). În urma analizei copiilor cu AB cu și fără grad de dizabilitate, cu evoluția severă a bolii, am constatat că *activitatea și participarea* sunt limitate în ambele loturi, acest fapt a fost confirmat în studiul dat și prin metode statistice (Tabelul 4.6). Așadar, se observă o discordanță, copii cu activitatea semnificativ limitată sunt repartizați neuniform, pe când ei ar trebui să predomină în lotul copiilor cu grad de dizabilitate.

Tabelul 4.6. Evaluarea calificativului CIF pentru *activitatea și participarea* copiilor cu AB sever persistent și necontrolat (abs.,%)

Cod CIF	Criterii CIF	Calificatorii							
		0		1		2		3	
		cu grad de dizabilitate (n=65)	fără grad de dizabilitate (n=51)	cu grad de dizabilitate (n=65)	fără grad de dizabilitate (n=51)	cu grad de dizabilitate (n=65)	fără grad de dizabilitate (n=51)	cu grad de dizabilitate (n=65)	fără grad de dizabilitate (n=51)
d230	Realizarea programului zilnic obișnuit	13 (8,6%) ±2.28	7 (4,6%)* ±1.71	26(17,3%) ±3.08	36 (24,0%)* ±3.48	21 (14,0%) ±2.82	8(5,3%)* ±1.45	5 (3,3%)	0 (0,0%)*
d4501	Mersul pe jos la distanță lungă	0	1 (0,6%)*	13 (8,6%) ±2.28	14(26,0%)* ±3.57	39 (26,0%) ±3.57	33 (22,0%)* ±3.37	13 (8,6%) ±2.28	3(2,0%)* ±1.14
d4552	Fuga	0	1 (0,6%)*	4 (3,3%)	6 (4,0%)*	30 (20,0%)	34 (22,6%)* ±3.44	31 (20,6%) ±3.44	10(6,6%)* ±2.02
d720	Interacțiuni interpersonale complexe	33 (22,6%) ±3.40	23(15,3%)* ±2.93	17(13,3%)	22 (14,6%)*	15 (19,6%) ±3.23	6(4,0%)* ±1.59	0 (0,0%)	0(0,0%)*
820	Educația școlară	14 (9,3%)	15(10,0%)*	29(20,6%)	25 (16,6%)*	21 (16,0%) ±2.98	10(6,6%)* ±2.02	1 (0,6%)	1 (0,6%)*
d9200	Joaca	4 (3,3%)	13 (8,6%)*	36(24,6%)	28 (18,6%)*	20 (14,0%) ±2.82	10 (6,6%)* ±1.70	5 (4,6%)	0(0,0%)*
d9201	Sportul	0(0,0%)	4 (2,6%)*	7 (5,3%)	17 (9,3%)*	28 (20,0%)	26 (17,3%)*	30 (20,0%) ±3.33	4 (2,6%)* ±1.29

Notă: * – $p > 0.05$; ** – $p < 0.05$; *** – $p < 0.01$; **** – $p < 0.001$.

Calificatorii: 0 – lipsa limitării; 1 – limitare ușoară; 2 – limitare moderată; 3 – limitare semnificativă.

Totuși, din tabelul de mai sus, constatăm că limitări semnificative a *activității* și *participării* (calificativul 3) au prezentat doar 103 copii din lotul sumar, ceea ce constituie 34,3%. Conform principiilor CIF, lipsa limitărilor de *activitate* și *participare* demonstrează lipsa dizabilității. Cele menționate mai sus ne permit să sugerăm ideea că aceste criterii ar trebui să fie evaluate la copiii cu AB candidați pentru obținerea unui grad de dizabilitate pentru a evita atribuirea eronată a celui din urmă.

Datele obținute au fost utilizate pentru elaborarea instrumentului practic *Setul de bază de categorii CIF pentru copii cu astm bronșic* (Capitolul 5). Aplicarea criteriilor de apreciere obiectivă de evaluare a dizabilității confirmate din contul criteriilor CIF (activitate și participare) ar putea reduce indicele statistic actual referitor la dizabilitatea copiilor prin AB.

La următoarea etapă a studiului nostru s-a analizat scorul mediu al calificativului atribuit de către părinți pentru fiecare categorie din domeniul *activitate* și *participare* pentru loturile de studiu redistribuite pe parcursul studiului (vezi pagina 66, lotul copiilor cu grad potențial de dizabilitate și lotul copiilor fără risc dedizabilitate), (Tabelul 4.7). Astfel, analiza calificativelor atribuite de către părinți referitor la *activitatea* și *participarea* copiilor suferinzi de AB în viața socială și activitățile de rutină, ne-a oferit o imagine de ansamblu asupra acestui fenomen. S-a constatat că nivelul de limitare a *activității* și *participării* copilului astmatic este mai înalt în grupul copiilor cu risc potențial de dizabilitate (indicele mediu al scorurilor de la 0,9 până la 2,3) comparativ cu copiii fără risc de dizabilitate (de la 0,6 până la 1,3; $p < 0,001$).

Tabelul 4.7. Scorul mediu al calificativelor atribuite de către părinți în cadrul studiului de analiză a *activității* și *participării* copiilor cu AB (folosind categoriile CIF) .

Cod CIF	Categoriile CIF	Copii cu AB cu risc potențial de dizabilitate	Copii cu AB fără risc de dizabilitate	r_{xy}	P
		scorul mediu	scorul mediu		
d230	Realizarea programului zilnic obișnuit	1,3	0,8	-0,367	$p < 0,001$
d4501	Mersul pe jos la distanță lungă	2,0	1,3	-0,529	$p < 0,001$
d4552	Fuga	2,3	1,3	-0,610	$p < 0,001$
d720	Interacțiuni interpersonale complexe	0,9	0,6	-0,188	$p < 0,01$
d820	Educația școlară	1,2	0,7	-0,351	$p < 0,001$
d9200	Joaca	1,3	0,7	-0,430	$p < 0,001$
d9201	Sportul	2,1	1,3	-0,489	$p < 0,001$

Referitor la capitolul *factori de mediu* din CIF, părintele a trebuit să-și expună părerea care dintre factorii de mediu menționați în chestionar pot avea un impact pozitiv (favorabil) asupra stării de sănătate a copilului lui și care dintre ei ar acționa negativ (ca barieră) pentru copilul cu AB. Din totalitatea factorilor de mediu propuși pentru evaluarea funcționării și sănătății la copiii cu AB am considerat relevanți 8 (selecția dintre criteriile CIF), (Tabelul 4.8).

Tabelul 4.8. Categoriile CIF ce se referă la factorii de mediu în evaluarea copiilor cu astm bronșic, incluse în chestionarul pentru părinți.

Codul CIF		Categoriile CIF	Descrierea
nivelul II	nivelul III		
	e1100	Hrana	Toleranța la produse alimentare (în special, în cazul alergiei polivalente).
	e1101	Medicamente	Alergeni medicamentoși ce provoacă dificultăți de respirație la copilul cu AB.
	e1150	Produse și tehnologii generale de uz personal în viața cotidiană	Produse și tehnologii folosite de om în activitățile zilnice (textile, mobilier, produse de curățenie ce provoacă dificultăți de respirație la copil).
	e2200	Plante	Orice varietate de plante ce provoacă accese.
	e2251	Umiditate	Nivelul de umiditate a aerului; de exemplu, umiditate ridicată sau scăzută.
	e2255	Variațiile sezoniere	Schimbări naturale de la un anotimp la altul, ce produc exacerbări
e235		Evenimente cauzate de om	Modificări sau tulburări ale mediului natural cauzate de om, care pot avea ca rezultat dificultăți de respirație.
	e2450	Ciclul zi/noapte	Accesele ce apar la trecerea de la noapte la zi, specifice celor cu AB.

Analiza a arătat că părinții și alți îngrijitori ai copiilor cu AB au avut dificultăți de a numi careva factori ce ar avea un impact pozitiv pentru starea de sănătate și funcționarea copilului lor (Figura 4.6). Părinții practic neagă impactul pozitiv al factorilor de mediu – doar 2-7% din ei au putut menționa careva factori cu impact favorabil asupra stării de sănătate a copilului. Aceste date ne sugerează un nivel extrem de scăzut de informare și instruire a părinților, iar necunoașterea posibilităților de suport, de abilitare pentru copilul propriu conduce la o lipsă de inițiativă și de implicare pentru a schimba situația.

Notăm că la categoria *hrana* (e1100), 68,9% de părinți consideră că acest factor ar putea avea un impact negativ asupra copiilor cu AB (având în vedere că alergenii alimentari pot provoca accesul de AB). Aproximativ jumătate (48,8%) din aceștea menționează că acest factor are un impact slab negativ. Dar fiecare al cincilea dintre părinți este de părere că alergenii alimentari au un impact puternic negativ. La categoria *medicamente* (e1101), 1/3 (34,3%) din părinți consideră că alergenii medicamentoși provoacă accese la copiii cu AB și 7,1% sunt conștienți de impactul puternic negativ. Criteriul *produse și tehnologii adaptate pentru uz personal în viața cotidiană* (e1151) este un factor de mediu semnificativ, din spusele a 1/3 din părinții copiilor suferinzi de AB. Jumătate (50,5%) din părinți au referit categoria *plante* (e2200) la factorii de mediu cu impact puternic negativ. Conform așteptărilor, copiii cu evoluția severă a bolii sunt mai sensibili la factorii de mediu, în special la climă și ecologie. Astfel, din spusele părinților, la aproximativ jumătate copii cu AB criteriile *umiditate* (e2251) – 49,8%, *variații sezoniere* (e2255) – 43,1% au confirmat impactul puternic negativ. 1/3 din părinți consideră *evenimentele cauzate de om* (e235) drept un factor cu impact puternic negativ. Un tablou similar observăm la criteriul *ciclul zi/noapte* (e2450) – pentru fiecare al treilea copil cu AB acest criteriu este considerat de părinți cu impact puternic negativ (argumentat prin prezența acceselor nocturne la copii).

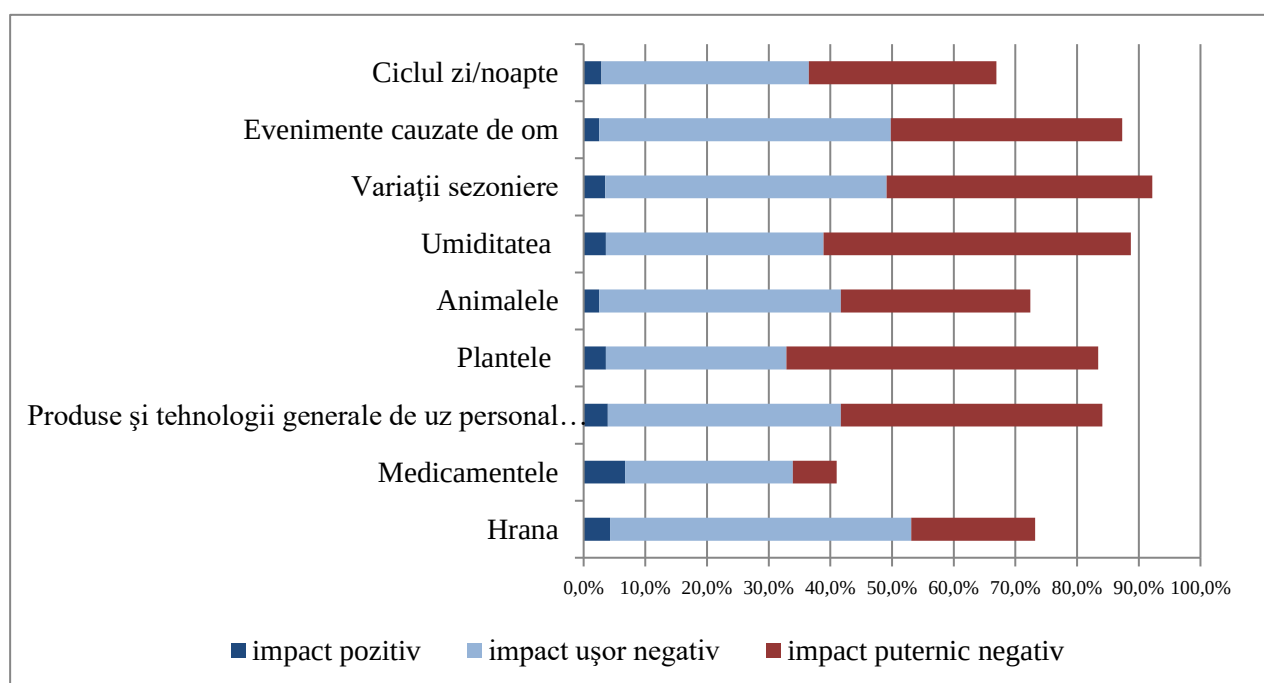


Fig. 4.6. Categoriile CIF ce se referă la „factori de mediu” conform CIF la copiii cu astm bronșic (%).

Studiul opiniei părinților a delimitat categoriile CIF cu semnificație înaltă pentru copiii cu AB, iar aceste rezultate au fost ulterior utilizate pentru elaborarea *Setului de bază al categoriilor CIF de apreciere a gradului de dizabilitate la copiii cu AB*. Datele obținute au stat la baza elaborării instrumentelor noi, bazate pe modelul medico-social, multidisciplinar de evaluare a dizabilității la copii.

Astfel, studiul nostru a demonstrat că unii factorii de mediu, conform opiniei părinților, au fost considerați pentru copiii săi cu AB drept un obstacol sau, din contra, drept un facilitator pentru atingerea unei stări bune de sănătate și funcționare. Acest fapt a fost confirmat în studiul dat și prin metode statistice, (Tabelul 4.9).

Analiza calificatorilor atribuiți de către părinți în timpul interviuării (de la 0 la 3) pentru aprecierea rolului factorilor de mediu pentru sănătatea copilului cu AB a arătat o diferență de răspunsuri în cele două loturi delimitate (copii cu risc potențial de dizabilitate și copii fără risc de dizabilitate, vezi criteriile de delimitare a loturilor la pag. 66). Datele studiului argumentează necesitatea analizării factorilor de mediu (individualizat pentru fiecare copil) în cadrul procesului de determinare a dizabilității la copii cu AB.

Tabelul 4.9. Scorul mediu al calificativelor atribuite de către părinți în cadrul studiului de analiză a *factorilor de mediu*, la copii cu AB (folosind categoriile CIF).

Cod CIF	Categoriile CIF	Copii cu AB cu risc potențial de dizabilitate	Copii cu AB fără risc de dizabilitate	r_{xy}	P
		scorul mediu	scorul mediu		
e1100	Hrana	2,9	3,0	0,029	p>0,05
e1101	Medicamente	1,5	1,8	0,121	p<0,05
e1150	Produse și tehnologii generale de uz personal în viața cotidiană	3,2	3,0	-0,119	p<0,05
e2200	Plante	3,3	3,1	-0,141	p<0,05
e2251	Umiditate	3,5	3,0	-0,301	p<0,001
e2255	Variațiile sezoniere	3,4	3,1	-0,222	p<0,001
e235	Evenimente cauzate de om	3,3	3,1	-0,224	p<0,001
e2450	Ciclul zi/noapte	3,3	3,1	-0,224	p<0,001

Studiul opiniei părinților a delimitat categoriile CIF cu semnificație înaltă referitor la *factorii de mediu* pentru copiii cu AB, iar aceste rezultate au fost ulterior utilizate pentru elaborarea *Setului*

de bază al categoriilor CIF de apreciere a gradului de dizabilitate la copiii cu AB. Datele obținute vor sta la baza elaborării instrumentelor noi, bazate pe modelul medico-social, multidisciplinar de evaluare a dizabilității la copii.

În acest context, considerăm că elaborarea unui algoritm argumentat, bazat pe dovezi, ținând cont inclusiv de principiile Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății va oferi posibilități de reducere a indicelui dizabilității la copii cu patologie cronică bronhopulmonară și în special la cei cu astm bronșic, aducându-l la cifre ce corespund realității și în concordanță cu nivelul raportat de alte țări, (Figura 4.7).

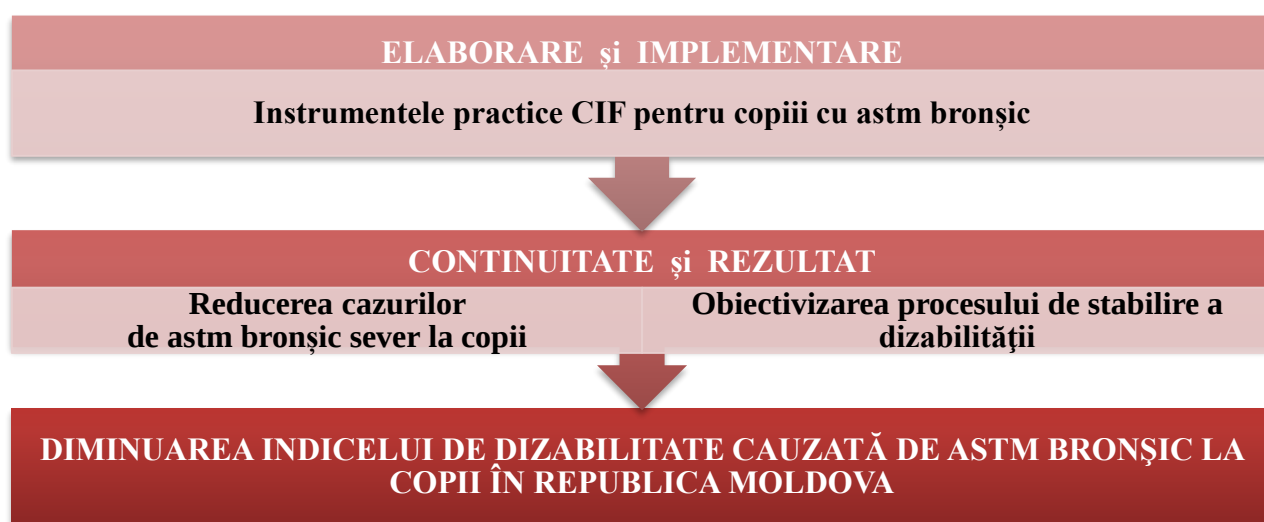


Fig. 4.7. Algoritmul diminuării indicelui de dizabilitate cauzată de astmul bronșic la copii în Republica Moldova

Reducerea indicelui dizabilităților la copii va aduce beneficii atât medicale, economice, cât și sociale considerabile. Astfel, copiii cu astm bronșic vor fi integrați pe deplin în societate și vor duce o viață activă de rând cu semenii lor.

4.4. Concluzii la capitolul 4

1. Analiza individualizată a cazurilor a demonstrat că există o serie de măsuri obiective care ar reduce indicele dizabilității prin astm bronșic la copii: aplicarea strictă a criteriilor de apreciere a severității bolii (conform criteriilor PCN); măsurarea funcției respirației externe; complianța înaltă la tratament; complementarea evaluării copilului cu AB, în procesul de atribuire a dizabilității, cu aprecierea NO în aerul expirat, ceea ce permite selectarea cazurilor necontrolate.

2. Indicele dizabilității copiilor prin astm bronșic, ar putea fi redus de 2 ori (8,6% contra 16,6% conform datelor statistice oficiale – Anuarului Statistic al RM, 2015), prin măsuri organizatorice ce ar impune aplicarea riguroasă a criteriilor de apreciere a severității maladiei și a criteriilor funcționării copilului.

3. Principiile și abordările noi în evaluarea sănătății și dizabilității copiilor (Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății) sunt insuficient implementate în practica de determinare a dizabilității. Nu se analizează nivelul de *activitate și participare*, *factorii de mediu* care influențează copilul, ceea ce contribuie la stabilirea inexactă a gradului de dizabilitate. Doar 34,3% cu astm bronșic prezintă limitări severe a *activității și participării*.

4. Studiul opiniei părinților a delimitat factorii de mediu cu influență semnificativă asupra sănătății copiilor cu astm bronșic. Printre acestea au fost menționați: *hrana (e1100)* în 68,9% din cazuri; *medicamente (e1101)* în 34,3% din cazuri; *produse și tehnologii adaptate pentru uz personal în viața cotidiană (e1151)* – din spusele a 1/3 din părinți; *umiditatea (e2251)* – 49,8%, *variații sezoniere (e2255)* – 43,1%; *ciclul zi/noapte (e2450)* – 1/3 din părinți. Evaluarea impactului facilitator sau de barieră a acestor factori este o condiție importantă în aprecierea dizabilității copiilor cu astm bronșic.

5. ELABORAREA INSTRUMENTULUI PRACTIC DE APRECIERE A STĂRII DE FUNCȚIONARE, DIZABILITATE ȘI SĂNĂTATE A COPIILOR CU ASTM BRONȘIC

Clasificarea Internațională a Funcționării Dizabilității și Sănătății pentru Copii și Tineri (CIF-CT, OMS, 2007) oferă o nouă conceptualizare pentru înțelegerea sănătății și dizabilității. Scopul CIF este de a standardiza clasificarea sănătății și a funcționării copiilor și de a elabora un limbaj comun pentru specialiști privitor la evaluarea sănătății copiilor din întreaga lume. Pentru a spori punerea în aplicare a acestei clasificări, mai multe instituții științifice [151] sunt pe cale de a elabora instrumente practice derivate din CIF, unul dintre modele fiind „seturile de bază de categorii CIF”.

Definiția OMS descrie dizabilitatea drept o stare reprezentată de orice restricție sau lipsă a capacității (abilității) de a îndeplini o activitate în maniera sau la nivelul considerate normale pentru o ființă umană.

Astfel, CIF vine să contopească într-un singur *model biopsihosocial* cele două modele existente în prezent în tratarea dizabilității: *modelul medical*, care privește dizabilitatea ca problemă individuală, direct cauzată de boală, și *modelul social*, care consideră dizabilitatea ca fiind, în principal, o problemă creată social și o chestiune care ține, în primul rând, de incluziunea completă a individului în societate (Figura 1.7). În Republica Moldova, până nu demult era utilizat preponderent modelul medical de evaluare a dizabilității, iar soluționarea problemelor persoanei cu dizabilități se baza doar pe tratamente medicale.

Un oarecare progres și primele încercări de a implementa principiile CIF au fost înregistrate în 2012, când a fost aprobat *Regulamentul de organizare și funcționarea Consiliului Național de Determinare a Dizabilității și Capacității de Muncă (CNDDCM) și a structurilor teritoriale* și au fost propuse unele inovații în lumina CIF privind aprecierea gradului de dizabilitate.

Însă, întreg conceptul CIF prevede evaluarea în contextul sănătății și dizabilității nu numai a funcțiilor și a structurilor organismului, ci și a modului în care acestea influențează activitatea și participarea individului în viața socială și în restul domeniilor unei vieți „normale” prin prisma factorilor de mediu și celor personali, care pot fi atât favorizanți (pozitivi), cât și nefavorabili (de barieră). De aceea, pentru a extinde implementarea conceptului CIF, a fost planificat *Studiul de elaborare a opiniei de consens a specialiștilor privind selectarea categoriilor CIF pentru evaluarea funcționării, dizabilității și sănătății copiilor cu astm bronșic*.

5.1. Setul de categorii CIF de bază pentru copiii cu astm bronșic. Rezultatele studiului de obținere a opiniei de consens cu aplicarea exercițiului Delphi

Conceptual, „funcționarea”, care include structuri ale corpului (piese anatomice, de exemplu, organele, membrele), funcțiile corpului (funcții fiziologice, de exemplu, funcția respirației), activități (executarea unei sarcini sau acțiuni, de exemplu, mersul pe jos) și participarea (implicarea în activități sociale, de exemplu, joaca), pe de o parte, și „dizabilitatea”, ce reprezintă deficiențe, limitări în activitate, restricții de participare, pe de altă parte, sunt văzute ca două concepte de bază pentru a înțelege sănătatea și dizabilitatea. În plus, factorii contextuali (caracteristici individuale, personale, de exemplu, sex masculin/feminin, obiceiuri, motive) și factori de mediu (de exemplu, atitudinile societății, caracteristicile arhitecturale, sistemul legal) interacționează într-un mod pozitiv sau negativ cu toate componentele funcționării și dizabilității. Contribuția majoră a clasificării este aceea că mută accentul de pe „consecințele bolilor” la „funcționare” și la modul în care aceasta poate fi utilizată pentru îmbunătățirea calității vieții.

CIF clasifică domeniile sănătății în *categorii (coduri)* organizate în ordine alfanumerică. Actualmente, CIF include mai mult de 1600 de *categorii* aplicabile pentru copii [173, 174]. Categoriile CIF sunt compartimentate astfel încât categoriile mai largi să se poată defini prin includerea unor subcategorii mai detaliate ale categoriei principale (de exemplu, în Capitolul 4 – componenta *Activități și Participare* – categoria *Mobilitate* include subcategorii separate pentru: stat în picioare, stat jos, mers, capacitatea de a duce obiecte și altele).

Clasificarea prevede și calificatori, ce cuantifică nivelul de funcționare și sănătate sau gravitatea problemei în diferite categorii din funcțiile corpului, structurile corpului, activități și participare (de la 0 – lipsa problemei la 4 – problemă completă). Factorii de mediu sunt cuantificați cu o scară negativă sau pozitivă, ce indică măsura în care un factor de mediu acționează ca facilitator sau ca barieră.

Numărul mare de categorii limitează utilitatea clinică, practică a CIF, de aceea cercetătorii propun elaborarea unor seturi concise de categorii, aplicabile pentru profiluri de patologii (de exemplu, pentru paralizia cerebrală infantilă, pentru durerea cronică etc.).

Primul pas necesar pentru punerea CIF în practica medicală și de reabilitare a copiilor cu dizabilități este dezvoltarea *Seturilor de categorii CIF*. Începând cu 2001, odată cu adoptarea și aprobarea de către OMS a Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății, instituțiile de cercetare în domeniul sănătății au inițiat numeroase proiecte menite să elaboreze *Seturile de bază ale CIF (ICF Core Sets* – grup, set de categorii din cele conținute în CIF). Scopul proiectelor date este de a selecta din multitudinea de categorii ale CIF un standard minim sau mai extins de categorii aplicabile pentru o evaluare clinică concisă (*Set de bază, concis de categorii*

CIF) sau multiprofesională comprehensivă (*Set comprehensiv de categorii CIF*) a diferitelor stări de funcționare și sănătate. În *Setul comprehensiv al CIF* este inclus un spectru tipic de probleme ale funcționării pacientului cu una din maladii sau într-un context definit, pe când *Setul de bază* conține numai cele mai importante categorii ce pot avea o relevanță practică într-o situație concretă, într-o anumită zonă a sănătății sau într-un mediu concret.

Astfel, deja există elaborări preliminare de *Seturi de bază CIF* pentru pacienți cu probleme neurologice, musculoscheletice, cardiopulmonare și *Seturi comprehensive CIF* pentru stări cronice, neurologice, musculoscheletice, cardiopulmonare și probleme geriatrice în cadrul sistemelor multiprofesionale de reabilitare. Suprapunerea acestor seturi arată că ele au numeroase puncte comune, deci există o comparabilitate între funcționarea organismului în cazul diferitelor condiții. De memorat că *Setul de categorii CIF* definește **ce** anume măsurăm, și nu **cum** măsurăm.

Noi ne-am propus să elaborăm *Setul comprehensiv de categorii CIF* și *Setul de bază de categorii CIF* pentru copiii cu astm bronșic (cele mai relevante componente ale CIF care se referă la nivelul de funcționare, activitate și participare etc. a copiilor cu AB), seturi care ar facilita procesul de evaluare obiectivă, cuantificată, multidimensională a sănătății acestui grup de copii, inclusiv în momentul stabilirii gradului de dizabilitate, și pentru elaborarea planului individual de servicii în procesul de management.

În studiul nostru, cu utilizarea exercițiului Delphi (chestionare structurate), a fost efectuat un sondaj în trei runde, în care, graduat, din cele 142 de categorii CIF propuse pentru examinare inițial de către experți/cercetători, în runda II au fost propuse pentru discuții 106 categorii, iar pentru runda finală – 85 de categorii, selectate din fiecare componentă a clasificării. În setul de categorii CIF au fost incluse acele categorii pentru care au optat (le-au considerat valoroase pentru evaluarea stării de funcționare, dizabilitate și sănătate a copilului cu astm bronșic) mai mult de 75% din experții intervievați. Rezultatele comparative ale sondajului din rundele I-II sunt reflectate în anexele 4, 5, 6, 7.

Discuțiile din runda a III-a în focus-grupuri de experți de cea mai înaltă calificare, în care s-a ținut cont și de dovezile științifice la subiectul discutat, au rezultat în elaborarea unui set de bază de categorii CIF (46 de categorii).

Astfel, experții sugerează un profil mai cuprinzător de categorii pentru compartimentul *Funcțiile organismului*, comparativ cu modelul actual de evaluarea a copilului la subiectul dizabilitate cauzată de astmul bronșic (Tabelul 5.1). Din punctul de vedere al experților, au fost delimitate 13 categorii CIF din compartimentul *Funcțiile organismului* – 5 categorii de nivelul II, 7 categorii de nivelul III și o categorie de nivelul IV.

Tabelul 5.1. Categoriile CIF ce se referă la funcțiile organismului, incluse în *Setul comprehensiv de categorii CIF* pentru copiii cu astm bronșic.

Codul CIF			Categoriile CIF
nivelul II	nivelul III	nivelul IV	
	b1252		Nivel de activitate
	b1263		Stabilitate psihică
	b1340		Durata somnului
		b28011	Durerea în torace
b410			Funcția cardiacă
b435			Funcția sistemului imun
b440			Funcția respirației
	b4450		Funcțiile mușchilor toracici respiratori
	b4500		Producerea de mucus a căilor respiratorii
	b4501		Transportul de mucus al căilor respiratorii
	b4508		Alte funcții respiratorii adiționale
b455			Funcția de toleranță la exerciții
b560			Funcțiile de întreținerea creșterii

O serie de categorii au fost discutate și analizate, dar opiniile experților au fost atât de controversate, încât acestea nu au fost incluse în setul de categorii final. Astfel, categoria b435 *Funcția sistemului imun* este o funcție importantă pentru copii cu atopie, alergie alimentară, din aceste considerente, categoria dată a fost inclusă, setul fiind elaborat pentru copiii cu astm bronșic.

Abordarea dizabilității copiilor cu astm bronșic prin prisma CIF permite a creiona un tablou mai amplu al funcționalității copiilor, comparativ cu modelul de apreciere utilizat în țară în prezent, în care se ține cont doar de prezența insuficienței respiratorii și celei cardiace de diferit grad. Devine evident faptul că pentru funcționarea și sănătatea copilului cu astm bronșic, de exemplu, sunt foarte importante și funcția (răspunsul) sistemului imunitar, toleranța la exerciții, afectarea duratei somnului (pentru bolnavii cu accese nocturne frecvente), funcția de întreținere a creșterii etc. Delimitarea funcțiilor adiționale limitate în cazul unei suferințe bronhopulmonare cronice la copil face posibilă o abordare multilaterală a problemelor acestuia și o planificare individualizată a măsurilor de abilitare, capabilă să îmbunătățească calitatea vieții atât a copilului, cât și a familiei lui.

Dintre categoriile CIF ce se referă la *structura corpului*, experții au selectat în final 4 categorii CIF – 3 din ele de nivel II și una de nivel III (Tabelul 5.2). Observăm că alături de

structura sistemului respirator figurează, de exemplu, structura sistemului cardiovascular, din considerente că în patologiile bronhopulmonare cronice se instalează frecvent o comorbiditate sau complicații cardiovasculare. Mulți dintre terapeuți au optat că este necesar de evaluat prezența unor modificări structurale în cutia toracică, ceea ce a servit drept argument pentru includerea în setul de categorii a categoriei s4302 (*Cutia toracică*). Evaluarea structurii esofagului (s520) de asemenea este importantă, ținând cont de rolul confirmat al refluxurilor gastroesofagiene în patogenia astmului bronșic la copii.

Tabelul 5.2. Categoriile CIF ce se referă la structura corpului, incluse în *Setul comprehensiv de categorii CIF* pentru copii cu astm bronșic.

Codul CIF		Categoriile CIF
nivelul II	nivelul III	
s410		Structura sistemului cardiovascular
s430		Structura sistemului respirator
	s4302	Cutia toracică
s520		Structura esofagului

Referitor la compartimentul *Activități și participare*, în urma procesării datelor acumulate (inclusiv analiza opiniei părinților) și având în vedere discuțiile finale cu experții, la acest compartiment au rămas 9 categorii CIF – 3 categorii de nivel II și 6 de nivel III (Tabelul 5.3).

Tabelul 5.3. Categoriile CIF ce se referă la activități și participare, incluse în *Setul comprehensiv de categorii CIF* pentru copii cu astm bronșic.

Codul CIF		Categoriile CIF
nivelul II	nivelul III	
d230		Realizarea programului zilnic obișnuit
d240		Manipularea cu stresul și alte nevoi psihologice
	d4501	Mersul pe jos la distanță lungă
	d4552	Fuga
d640		Efectuarea treburilor casnice
	d9200	Joaca
	d9201	Sportul
	d9202	Arta și cultura
	d9205	Socializarea

Majoritatea specialiștilor intervievați consideră că la copilul cu AB pot fi limitate următoarele domenii de *activități și participare*:

- realizarea programului zilnic obișnuit (d230);
- manipularea cu stresul și alte nevoi psihologice (d240);
- mersul pe jos la distanța lungă și fuga (d4501, d4552);
- joaca (d9200);
- sportul (d9201) și al.

Astfel, devine foarte clar că, deși până în prezent aceste laturi ale vieții unui copil cu dizabilitate cauzată de o maladie cronică bronhopulmonară nu erau evaluate și luate în considerare la aprecierea gradului dizabilității, totuși, *activitatea și participarea* copilului sunt o problemă foarte mare pentru el și familia sa, o problemă care afectează calitatea vieții acestora, atunci când copilul, din motivul bolii, este limitat în posibilitatea de a se integra complet în programul și în activitățile școlare și cele extrașcolare (precum sportul, artele, jocul etc.), așa cum o fac semenii săi.

Referitor la capitolul *Factorii de mediu*, specialiștii intervievați au trebuit să decidă care dintre factorii de mediu menționați în chestionar pot avea un impact pozitiv (favorabil) și care negativ (de barieră) pentru un copil cu patologie respiratorie cronică. Analiza factorilor de mediu favorizanți și nefavorabili de asemenea i-ar ajuta pe specialiștii implicați în abilitarea/reabilitarea copilului cu dizabilități să planifice cât mai centrat activitățile, pentru ca copilul să-și atingă pe deplin potențialul de dezvoltare și cel vital/funcțional.

Lichidarea/înlăturarea sau reducerea influenței factorilor de barieră este o condiție pentru a îmbunătăți atât starea de sănătate, cât și incluziunea socială a copilului bolnav cronic și, în final, a spori calitatea vieții acestuia.

De exemplu, dacă statul nu asigură gratis corticosteroizii inhalatori pentru un bolnav cu astm bronșic persistent, acest fapt face maladia incontrollabilă, iar starea pacientului devine din ce în ce mai precară, în condițiile în care nici familia nu are suficiente surse financiare pentru a procura sistematic preparatul medicamentos. În astfel de situație, este imposibil de a asigura o funcționare bună a organismului copilului, iar activitatea și participarea lui sunt limitate ca urmare a acceselor astmatice severe, frecvente etc. Și invers, atunci când bolnavul cu astm este asigurat sistematic cu toate remediile necesare și cu un monitoring adecvat, probabilitatea ca el să dezvolte dizabilitate se reduce considerabil.

Tabelul 5.4. Categoriile CIF ce se referă la factorii de mediu (favorabili sau nefavorabili), incluse în *Setul comprehensiv de categorii CIF* pentru copiii cu astm bronșic.

Codul CIF		Categoriile CIF
nivelul II	nivelul III	
	e1100	Hrana
	e1101	Medicamente
	e2150	Schimbări demografice
e225		Climă
e260		Calitatea aerului
e310		Sprijin și relații cu familia imediată
e315		Sprijin și relații cu familia lărgită
e320		Sprijin și relații cu prieteni
e355		Sprijin și relații cu profesioniști în domeniul sănătății
e360		Sprijin și relații cu alți profesioniști
e410		Atitudini individuale ale membrilor familiei imediate

În cazul în care profesioniștii ce supraveghează copilul nu posedă destule cunoștințe bazate pe ultimele dovezi științifice și nu asigură un management adecvat al maladiei, starea pacientului de asemenea va avea de suferit. În același timp, atunci când instituția în care este supravegheat copilul bolnav posedă o bază tehnico-materială modernă, capabilă să asigure diagnosticarea celor mai subtile devieri de la normalitate, când profesioniștii intervin prompt, posedă cele mai noi cunoștințe în domeniu etc., starea copilului va fi controlată mai bine și acesta, posibil, nu va dezvolta dizabilitate, sau având dizabilitate, va avea șanse mai mari de a se integra în societate, în viața activă pe care o duc semenii săi.

Așadar, unul și același factor (în calitate de categorie CIF) poate avea impact atât pozitiv, cât și negativ asupra sănătății și funcționalității copilului. De exemplu, atitudinea responsabilă a familiei față de problema copilului bolnav sau cu dizabilitate, adresarea la timp pentru a primi asistența medicală cuvenită, respectarea strictă a prescrierilor și recomandărilor medicale, suportul psihologic adecvat al copilului etc. vor aduce un aport semnificativ la îmbunătățirea calității vieții copilului. Și invers, ignorarea bolii, nerespectarea recomandărilor și terapiei prescrise de medic, atitudinea ce oferă loc stigmatizării copilului bolnav vor conduce la agravarea condiției fizice,

funcționale, psihologice a copilului, vor reduce activitatea și participarea acestuia și, în final, vor reduce calitatea vieții copilului.

Astfel, abordarea pacientului cu dizabilitate inclusiv din punctul de vedere al estimării factorilor de mediu aduce o înțelegere mai bună a problemelor cu care se confruntă bolnavul și familia sa. În acest sens, planul individualizat de abilitare/reabilitare a copilului va include nu numai estimarea funcțiilor și structurilor afectate ale organismului, ci și evaluarea minuțioasă a factorilor de mediu care influențează starea de bine a copilului. În acest caz, măsurile multidisciplinare vor fi îndreptate inclusiv spre reducerea impactului factorilor de barieră din anturajul copilului sau spre transformarea lor în factori pozitivi și/sau fortificarea factorilor favorabili (de exemplu, lucrul educativ, consultativ-psihologic cu familia poate îmbunătăți atitudinea părinților față de dizabilitatea copilului, responsabilizând părinții, sau suportul material/social al familiei poate spori accesul la medicamente/servicii medicale specializate pentru copil etc.).

Devine clar că procesul de reabilitare trebuie privit astăzi nu numai din unghiul incapacității pacientului, ci și din perspectiva relației lui cu barierele fizice, sociale, economice etc. În acord cu curenta definiție a reabilitării, sunt necesare acțiuni ce au scopul de a aduce schimbări favorabile în condițiile de mediu în care se află persoana cu dizabilități.

Factorii de mediu includ o listă mai vastă de elemente, cu care individul se confruntă direct sau indirect și care interacționează cu componenta *activități și participare*. Din multitudinea de factori propuși spre discuție, sondajul ne-a permis să delimităm doar 20 cei mai relevanți, după părerea specialiștilor, pentru a influența dizabilitatea unui copil cu astm bronșic (Tabelul 5.4).

De exemplu, factorul *schimbări demografice* (e2150) a fost considerat drept factor favorabil de către 55% respondenți, considerat ca posibilitate, în caz de necesitate, de a schimba clima nefavorabilă pentru un pacient cu astm bronșic. Totodată, 43% din cei intervievați au apreciat *schimbările demografice* drept factor cu impact negativ, având în vedere procesele de migrație intensă a părinților în țara noastră, care duce la scăderea nivelului de îngrijire și supraveghere a stării de sănătate a copiilor bolnavi.

În această ordine de idei, devine clar că procesul de abilitare/reabilitare a copilului este insuficient în condițiile în care el este interpretat doar ca un tratament medicamentos, de „reparație” a funcțiilor și a structurilor organismului afectat. Nu mai puțin important pentru îmbunătățirea calității vieții copilului este schimbarea factorilor de mediu, dar și a factorilor personali nefavorabili copilului.

Desigur, setul propus de experți nu este unul ideal. Pacienții în stadii avansate ale bolii pot prezenta numeroase modificări structurale și funcționale neincluse la moment în set. Experții susțin că numeroși factori etiologici și clinici individuali nu au putut fi descriși adecvat în CIF. Mai multe

probleme rămân nesoluționate. De exemplu, nu este clar cum pot fi clasificați factorii genetici, care joacă un rol important în patologia atopică, fiind niște factori personali care nu au fost încă dezvoltati în CIF.

Pentru implementare în serviciile de determinare a dizabilității și capacității de muncă, a fost propus un set mai concis (de bază) de categorii CIF, elaborat de către experți. Acesta a inclus doar 20 de categorii (Tabelul 5.5).

Tabelul 5.5. Setul de bază de categorii CIF pentru copiii cu astm bronșic.

Cod CIF	Funcțiile organismului
b410	Funcția cardiacă
b435	Funcția sistemului imun
b440	Funcția respirației
b455	Funcția de toleranță la exerciții
b560	Funcțiile de întreținere a creșterii
Cod CIF	Structura organismului
s410	Structura sistemului cardiovascular
s430	Structura sistemului respirator
s4302	Cutia toracică
Cod CIF	Activități și participare
d230	Realizarea programului zilnic obișnuit
d4501	Mersul pe jos la distanță lungă
d9200	Joaca
d9201	Sportul
d9205	Socializarea
Cod CIF	Factori de mediu
e1101	Medicamente
e310	Sprijin și relații cu familia imediată
e355	Sprijin și relații cu profesioniști în domeniul sănătății
e360	Sprijin și relații cu alți profesioniști
e555	Servicii, sisteme și politici de asociații și organizații
e570	Servicii, sisteme și politici de asigurări sociale
e580	Servicii, sisteme și politici de sănătate

Astfel, au fost selectate cele mai semnificative criterii de evaluare și, totodată, acele categorii ce sunt comune pentru AB, care actualmente cauzează dizabilități la copii în Republica Moldova.

Setul comprehensiv și de bază de categorii CIF a fost recomandat pentru optimizarea mecanismului de stabilire și evaluare a dizabilității la copiii cu astm bronșic în țara noastră. Acesta,

de asemenea, poate fi utilizat pentru raportarea datelor clinice altor furnizori, profesioniști și pentru trasarea scopului și obiectivelor cercetării, servind, totodată, drept un mijloc de comunicare între prestatorii de servicii, profesioniști, pacienți și familiile acestora. *Seturile de categorii CIF* pot fi și un material didactic pentru studenții diferitelor specialități medicale și de alt profil.

5.2. Implementarea Setului de categorii CIF pentru copiii cu astm bronșic

Unul dintre obiectivele CIF este utilizarea unui limbaj standardizat pentru descrierea și înțelegerea sănătății, funcționării și dizabilității în cadrul unui serviciu multidisciplinar care activează în domeniul reabilitării. Pentru a facilita descrierea funcționării pacientului, a îmbunătăți planificarea serviciilor de reabilitare orientate pe funcționare, dar și pentru evaluarea schimbărilor intervenite în starea pacientului în urma intervenției, au fost elaborate instrumente speciale ale CIF. Aceste instrumente își găsesc aplicare la diferite etape ale ciclului de reabilitare, care este de fapt o structurare a managementului procesului de reabilitare, ce include patru pași: aprecierea sănătății și funcționării, stabilirea obiectivelor, intervenția și evaluarea rezultatelor (Figura 5.1).

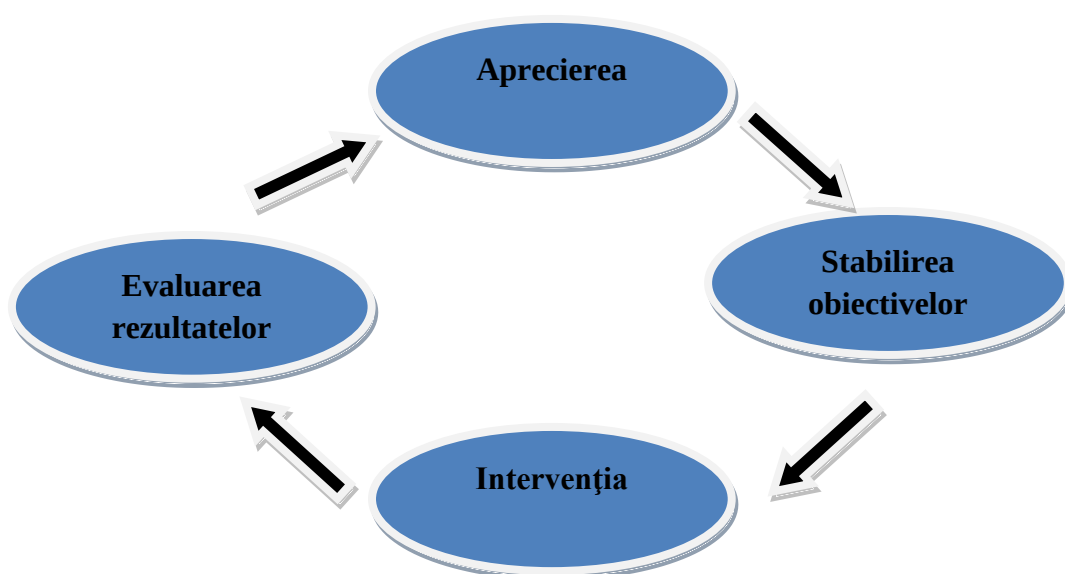


Fig. 5.1. Ciclul de reabilitare.

Studiul de sondaj al opiniilor specialiștilor a rezultat în elaborarea *Setului comprehensiv de categorii CIF pentru copiii cu astm bronșic* (46 categorii CIF; Tabelele 5.1, 5.2, 5.3, 5.4). Setul respectiv reflectă categoriile relevante pentru descrierea statutului actual al pacientului-copil cu astm bronșic.

Pentru implementarea rezultatelor obținute, în baza *Setului comprehensiv de categorii CIF pentru copiii cu astm bronșic* a fost elaborat instrumentul *Fișa de evaluare a profilului categoriilor CIF la copiii cu astm bronșic* (Anexa 8).

Reamintim că clasificarea CIF prevede și calificatori ce cuantifică nivelul de funcționare și de sănătate sau gravitatea problemei în diferite categorii din funcțiile corpului, structurile corpului, activități și participare (de la 0 – lipsa problemei la 4 – problemă completă).

Factorii de mediu sunt cuantificați cu o scară negativă sau pozitivă, ce indică măsura în care un factor de mediu acționează ca facilitator sau ca barieră.

Instrumentul *Fișa de evaluare a profilului categoriilor CIF la copii cu astm bronșic* poate fi utilizat de către specialiști separați (pediatru, alergolog, pulmonolog, reabilitolog etc.), pentru evaluarea copilului cu patologia menționată, sau de către o echipă de specialiști ce estimează sănătatea, funcționarea și dizabilitatea copilului, pentru a evalua gradul de dizabilitate sau a elabora programul de reabilitare în baza rezultatelor obținute.

Pași generali, necesari pentru codificare:

- a) Analizăm informațiile obținute de la pacient, părinți, datele examinărilor, datele observațiilor personale, relatările altor persoane familiarizate cu starea pacientului dat.
- b) Citim descrierea codurilor alfa numerice și facem cunoștință cu notițele relaționate cu aceste descrieri, la necesitate.
- c) Determinăm calificatorul pentru fiecare cod. Codurile CIF sunt considerate complete numai în prezența calificatorului ce indică amplitudinea nivelului stării de sănătate (de exemplu, gradul de severitate a problemei respective; 0 = *nicio problemă*; 4 = *problemă completă*). Notăm calificatorii cu ajutorul cifrelor (conform recomandărilor ghidului de utilizare a CIF). Utilizarea oricărui cod trebuie însoțită de cel puțin un calificator. Fără asocierea cu calificatorii, codurile nu au nici o semnificație.
- d) Repetăm acești pași pentru fiecare dintre manifestările funcției, dizabilității etc. din *Setul de categorii comprehensiv sau de bază*, care necesită a fi codificate.
- e) Părinții sau alte persoane apropiate pot participa în procesul de evaluare prin instrumente de evaluare a ariilor specifice indicate, în funcție de vârstă și problemă/patologie, efectuat înaintea aplicării CIF de către profesioniști.

Opțiunile incluse în *Fișa de evaluare a profilului categoriilor CIF* sunt apreciate în baza istoricului, interviului pacientului, examenului clinic, testărilor clinice, funcționale/instrumentale, măsurărilor independenței funcționale, ocupaționale etc.

Aducem un exemplu de completare a fișei în urma evaluării.

Studiu de caz

Copilul X., 14 ani

Diagnostic: astm bronșic, evoluție severă

Fișa de evaluare a profilului categoriilor CIF pentru copii cu astm bronșic.

Codul categoriei CIF	Profilul categoriilor CIF	Calificatori CIF*							
		Probleme	0	1	2	3	4		
<i>(b) Funcțiile organismului</i>									
b1252	Nivel de activitate								
b1263	Stabilitate psihică								
b1340	Durata somnului								
b28011	Durere în torace								
b410	Funcția cardiacă								
b435	Funcția sistemului imun								
b440	Funcția respirației								
b4450	Funcțiile mușchilor toracici respiratori								
b4500	Producerea de mucus a căilor respiratorii								
b4501	Transportul de mucus al căilor respiratorii								
b4508	Alte funcții respiratorii adiționale								
b455	Funcția de toleranța la exerciții								
b560	Funcțiile de întreținerea creșterii								
<i>(s) Structura organismului</i>									
s410	Structura sistemului cardiovascular								
s430	Structura sistemului respirator								
s4302	Cutia toracică								
s520	Structura esofagului								
<i>(d) Activități și participare</i>									
d230	Realizarea programului zilnic obișnuit								
d240	Manipularea cu stresul și alte nevoi psihologice								
d4501	Mersul pe jos la distanță lungă								
d4552	Fuga								
d640	Efectuarea treburilor casnice								
d9200	Joaca								
d9201	Sportul								
d9202	Arta și cultura								
d9205	Socializarea								

Profilul de categorii ilustrează aspecte relevante ale funcționării la pacientul/copilul cu AB.

* Rangul calificatorilor de la 0 – nu există probleme (0-4%); 1– probleme ușoare (5-24%); 2- probleme moderate (25-49%); 3 – probleme severe (50-95%); până la 4 = problemă completă (96-100%) în componentele: funcția organismului (b), structura corpului (s), activitatea și participarea și performanța (d).

Codul categoriei CIF	Profilul categoriilor CIF	Calificatori CIF**								
		Facilitatori				Barieră				
		4 +	3 +	2 +	1 +	0	1	2	3	4
(e) Factorii de mediu										
e1100	Hrana									
e1101	Medicamente									
e2150	Schimbări demografice									
e225	Climă									
e260	Calitatea aerului									
e310	Sprijin și relații cu familia imediată									
e315	Sprijin și relații cu familia lărgită									
e320	Sprijin și relații cu prieteni									
e355	Sprijin și relații cu profesioniști în domeniul sănătății									
e360	Sprijin și relații cu alți profesioniști									
e410	Atitudini individuale ale membrilor familiei imediate									
e415	Atitudini individuale ale membrilor familiei lărgite									
e420	Atitudini individuale ale prietenilor									
e425	Atitudini individuale ale cunoștințelor, colegilor, vecinilor și membrilor comunității									
e450	Atitudini individuale ale profesioniștilor din domeniul sănătății									
e455	Atitudini individuale ale profesioniștilor din domenii conexe sănătății									
e460	Atitudini ale societății									
e555	Servicii, sisteme și politici ale asociațiilor și organizațiilor									
e570	Servicii, sisteme și politici de asigurări sociale									
e580	Servicii, sisteme și politici de sănătate									

Profilul de categorii ilustrează aspecte relevante ale funcționării la pacientul/copilul cu AB.

***Rangul calificatorilor la componenta factorii de mediu conform CIF se apreciază de la -4 = bariere complete până la +4 = facilitare completă.*

Astfel, din acest exemplu de evaluare putem concluziona că copilul X. de 14 ani, diagnosticat cu astm bronșic, evoluție severă, are afectate în special funcțiile respiratorii și imună (calificativul 4), dar și alte funcții adiacente (producerea și transportul de mucus al căilor respiratorii, funcția cardiacă etc.). Acest fapt îl împiedică să participe activ în viața socială (socializare, calificativul 4), să se ocupe cu sportul, artele, dar și efortul fizic e o problema gravă în cazul acestui copil.

Din factorii de mediu care sunt o barieră în atingerea unei calități de viață mai bune pe primul loc sunt medicamentele (copilul nu are acces din motive materiale la medicamentele necesare), de asemenea, starea lui este afectată de condițiile climaterice. Observăm din tabel că sprijinul din partea familiei, apropiaților și profesioniștilor este un factor facilitator, însă insuficient pentru un suport adecvat al copilului.

Această analiză va servi pentru elaborarea unui *plan individualizat de servicii multidisciplinare* pentru copilul respectiv.

Aplicarea *Fișei de evaluare a profilului categoriilor CIF pentru copiii cu AB* va ameliora procesul de evaluarea copilului cu patologia dată, obiectivizându-l și transformându-l în unul cuantificat calitativ, dar și cantitativ. Datele rezultate pot fi utilizate de echipele multidisciplinare de profesioniști pentru elaborarea *Planului individualizat de intervenții*.

Însă, pentru trasarea obiectivelor de intervenție/reabilitare, documentarea rezultatelor măsurărilor specifice ale profesioniștilor în momentul inițierii programului de reabilitare și la finele acestuia, aceste două instrumente nu erau suficiente. În acest scop, a fost structurat un alt instrument, numit *Tabelul de intervenții ale echipei multidisciplinare pentru copiii cu astm bronșic în baza evaluării profilului categoriilor CIF* (Anexa 9), în care se conțin toate Categoriile de bază CIF, elaborate pentru copilul cu patologia menționată, și în care pot fi înregistrate valorile inițiale ale calificativelor conform CIF.

Fișa/tabelul se extinde, urmând să ilustreze evoluția valorică a categoriilor în urma intervenției, iar ulterior – valorile calificativelor după intervenție. Totodată, în tabel există spații/căsuțe unde fiecare dintre specialiștii echipei multidisciplinare (medici; nurse; reabilitolog; psiholog; lucrător social etc.), eventual implicați în reabilitarea copilului cu AB, pot planifica obiectivele procesului de reabilitare.

Fiecare dintre specialiști (sau specialistul responsabil) va selecta din *Setul de bază de categorii CIF* doar pe acelea care vor fi ținta obiectivelor de intervenție (Tabelul 5.6).

Tabelul 5.6. Model de completare a tabelului de intervenții.

	Ținta intervenției (Categorii CIF)	Intervenția	*Specialiștii echipei multidisciplinare							**Valoarea	
			M	Nrs	R	Ps	LS	SE	Al	V1	V2
<i>Factorii de mediu</i>	Hrana	Excluderea alergenilor din alimentație							X	1	
	Medicamente	Asigurarea cu Csi compensați	X	X					X	3	
	Sprijin și relații cu alți profesioniști	Activități de reabilitare/fizioterapie Suport psihologic Suport material			X	X	X	X		4	

*M – medici; Nrs – nurse; R – reabilitolog; Ps – psiholog; LS – lucrător social; SE – specialist din sistemul educațional; Al – alții, inclusiv membrii familiei;

**V1 – valoarea inițială a obiectivului; V2 – valoarea finală a obiectivului.

Astfel, *Tabelul de intervenții ale echipei multidisciplinare pentru copiii cu AB în baza evaluării profilului categoriilor CIF* este un document care urmează a fi discutat în echipa de profesioniști.

După implementarea măsurilor de reabilitare, echipa va reevalua starea de sănătate a copilului (în baza aceluiași principii), în urma discuțiilor echipa va lua una din variantele posibile de decizie: a începe un nou ciclu de reabilitare, a referi pacientul la serviciile succesive, a finaliza reabilitarea etc.

Tabelul de intervenții le permite, totodată, profesioniștilor în reabilitare să identifice și să monitorizeze eficiența strategiilor intervenționale. Având posibilitatea de a utiliza o varietate de detalii la diferite niveluri ale CIF, putem compara funcționalitatea pacientului până și după intervenție, dinamica capacității de funcționare în domenii specifice. În același timp, luând în considerație inovația majoră a CIF de a include o clasificare deplină a factorilor de mediu, utilizatorii pot identifica și monitoriza, apoi pot interveni, în scopul schimbării mediului bolnavului. Instrumentul elaborat va permite documentarea rezultatului intervenției.

Concluzionând, putem spune că fiecare din cele trei instrumente CIF elaborate (*Seturile comprehensiv și de bază de categorii CIF pentru copiii cu astm bronșic; Fișa de evaluare a profilului categoriilor CIF pentru copiii cu astm bronșic și Tabelul de intervenții ale echipei multidisciplinare pentru copiii cu astm bronșic în baza evaluării profilului categoriilor CIF*) reflectă pașii ciclului de reabilitare, conectându-se în felul următor între ele (Tabelul 5.7):

Tabelul 5.7. Utilizarea instrumentelor practice CIF în diferite etape ale ciclului de reabilitare.

Etapa ciclului de reabilitare	Instrumente utilizate
Aprecierea funcționării, sănătății și dizabilității	<i>Setul comprehensiv sau de bază de categorii CIF</i> <i>Fișa de evaluare a profilului categoriilor CIF</i>
Stabilirea obiectivelor	<i>Tabelul de intervenții CIF</i>
Intervenție	<i>Tabelul de intervenții CIF</i>
Reevaluare	<i>Fișa de evaluare a profilului categoriilor CIF</i>

Globalizarea tehnologiilor informaționale de comunicare în secolul XXI modifică practica și politicile îngrijirilor de sănătate. Totodată, aceste tehnologii vin să răspundă la necesitățile crescânde în sisteme eficiente de stocare, sistematizare și analizare a datelor ce vizează sănătatea omului la diferite niveluri. Astfel, unul din obiectivele actuale majore este crearea unor infrastructuri informaționale, semantic interoperabile, care ar nivela eterogenitatea limbajului, terminologiei sistemelor de sănătate. Una dintre condițiile de bază pentru implementarea largă a CIF este crearea unor *e-sisteme electronice* în domeniul sănătății, cu design aplicabil limbajului CIF. Aceste sisteme ar permite schimbul de informații în domeniul sănătății la diferite nivele și sectoare și la nivel mondial.

5.3. Concluzii la capitolul 5

1. În opinia specialiștilor ce oferă asistență medicală copiilor cu AB, la aprecierea dizabilității acestora trebuie evaluate 46 de categorii din Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF, versiune copii și tineri, 2007), dintre care: 13 (28,2%) categorii se referă la *funcțiile organismului*, 4 (8,7%) categorii se referă la *structura corpului*, 9 (19,6%) categorii se referă la *activități și participare* și 20 (43,5%) categorii se referă la *factorii de mediu*.

2. Pentru implementare în serviciile de *determinare a dizabilității și capacității de muncă*, a fost propus un set mai concis (de bază) de categorii CIF. Acesta a inclus doar 20 de categorii.

3. Pentru ameliorarea procesului de evaluare a copilului cu AB, a fost creată *Fișa de evaluare a profilului categoriilor CIF pentru copii cu astm bronșic* pentru elaborarea *Planului individualizat de intervenții*.

5. Pentru trasarea obiectivelor de intervenție/reabilitare, documentarea rezultatelor măsurărilor specifice ale profesioniștilor în momentul inițierii programului de reabilitare și la finele

acestuia, a fost structurat un alt instrument *Tabelul de intervenții ale echipei multidisciplinare pentru copiii cu astm bronșic în baza evaluării profilului categoriilor CIF*.

6. Elaborarea metodologiei de apreciere a dizabilității prin prisma factorilor de mediu și personali cu impact asupra sănătății copilului cu AB, precum și aplicarea acțiunilor de reducere a influenței factorilor negativi (de barieră) și de fortificarea factorilor pozitivi ar spori calitatea vieții copiilor cu aceste probleme.

SINTEZA REZULTATELOR OBȚINUTE

Numărul copiilor cu dizabilități în întreaga lume atinge cifra de 93 milioane în cazul copiilor în vârstă de 0-14 ani, și până la 150 de milioane pentru grupa de vârstă de 0-18 ani [158].

Conform datelor Biroului Național de Statistică al Republicii Moldova, numărul estimat al persoanelor cu dizabilități este de 184,4 mii, inclusiv 13,4 mii copii cu vârsta de 0-17 ani. Persoanele cu dizabilități reprezintă 5,2% din populația totală a țării, iar copiii cu dizabilități constituie aproape 2% din numărul total al copiilor din Republica Moldova [3, 32].

În ultimile decenii, abordările privind conceptul dizabilității au evoluat foarte mult. Totodată, noțiunile de bază, principiile și metodele de măsurare a dizabilității variază semnificativ între țări și influențează rezultatele generale. Măsurile operaționale ce vizează dizabilitatea variază în funcție de: scopul și punerea în practică a datelor, mentalitatea cu privire la dizabilitate, aspectele dizabilității examinate – deteriorări, limitări ale activității, restricții de participare, condiții de sănătate înrudite, factori de mediu/definiții, conceperea întrebărilor, raportarea surselor, metode de culegere a datelor și așteptările în privința funcționării [62, 111, 115]. Acești factori influențează gradul de comparație la nivelele național și internațional și relevanța datelor pentru un număr mai larg de utilizatori.

O altă problemă majoră în acest domeniu este înțelegerea dimensiunii și a gravității fenomenului dizabilității și variația considerabilă care există în clasificarea și în definiția acesteia [177]. Profesioniștii din domeniu sunt în permanentă evoluție a opiniilor privind noțiunile utilizate, principiile de abordare etc. Dizabilitatea este recunoscută ca un concept în evoluție, o consecință a interacțiunii dintre persoanele cu deficiențe, afectări ale funcțiilor și/sau structurilor organismului și barierele de atitudine și de mediu care împiedică participarea lor deplină și efectivă în societate în condiții de egalitate cu ceilalți.

Modificări revoluționare în abordarea dizabilității conține Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, adoptată în 2006. Convenția reprezintă principalul document juridic prin care se asigură exercitarea deplină a tuturor drepturilor și libertăților fundamentale ale omului de către toate persoanele cu dizabilități [76].

Totodată, Organizația Mondială a Sănătății a elaborat modelul Bio-psiho-social al dizabilității, promovat prin Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF), adoptată în 2001, Geneva. Acest model, vine să substituie modelul tradițional medical (de la etiologie – la patogenie – la manifestări clinice), care s-a dovedit a fi insuficient în evaluarea medico-socială a pacientului cu probleme complexe.

Pentru societatea pediatrică un pas important a fost publicarea noii versiuni completate a CIF pentru copii și tineri, CIF-CT (OMS, 2007). CIF, reprezintă un *framework* conceptual, ceea ce focalizează interesul pe persoana cu nevoile ei reale, coerent cu principiile Convenției cu privire la drepturile copiilor (ONU, 1989) și a Convenției ONU cu privire la persoanele cu dizabilități (ONU, 2007), [173, 174].

În Republica Moldova, CIF în calitate de un concept nou în abordarea dizabilității este pe departe suficient promovată și implementată. De aceea, scopul studiului nostru a vizat elaborarea instrumentului practic de apreciere a dizabilității la copii prin prisma Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății în Republica Moldova, utilizând drept exemplu grupul de copii cu dizabilitate cauzată de astm bronșic.

Astmul bronșic (AB) este una dintre cele mai frecvente patologii cronice și una din cele mai frecvente cauze a dizabilității la copii, mai ales la cei cu vârsta cuprinsă între 5 și 14 ani – aproximativ 1 la 10 cauze [157]. Maladia este una cronică și are un impact negativ asupra dezvoltării fizice și psihice armonioase a copiilor [39, 50]. Copilul cu AB este în risc să nu-și poată exercita funcțiile organismului (respiratorie, imună etc.), ceea ce îi poate cauza o reținere în creștere și dezvoltare, restricționare în participarea activă în viața socială, dar și în activitățile zilnice, de rutină.

La nivel mondial, indicele dizabilității prin AB are o povară relativ mai mare în Australia și Noua Zeelandă, în unele țări din Africa, Orientul Mijlociu, America de Sud și Europa de Vest, iar în țările dezvoltate a scăzut drastic sau chiar s-a redus până la zero [156]. Privitor copiilor cu AB din Republica Moldova situația este următoarea, conform Anuarului Statistic al Republicii Moldova 2015, actualmente în republică sunt în evidență 290 de copii cu diferit grad de dizabilitate cauzată de astmul bronșic.

Analiza riguroasă a statisticilor naționale în cadrul studiului dat a constatat că indicele dizabilității cauzate de patologia cronică bronhopulmonară, pe parcursul perioadei 2009-2015, înregistrează o tendință de descreștere – de la 0,75‰ în 2009 la 0,54‰ în 2015, însă valoarea absolută a unui procent de spor pe parcursul anilor de studiu este constantă, ceea ce înseamnă o stabilitate relativă a indicilor incidenței dizabilității (fiind de 0,01).

În structura cauzală a dizabilității la copii provocate de patologia bronhopulmonară, cea mai mare cotă-parte îi revine astmului bronșic, care a crescut de la 72,7% în 2013 la 77,1% în 2015. Totodată, indicele dizabilității copiilor cu astm bronșic la fel marchează o tendință de descreștere – de la 0,58‰ în 2009 la 0,42‰ în 2015, dar valoarea absolută a unui procent de spor pe parcursul anilor de studiu este constantă, constituind 0,01, ceea ce ne vorbește despre stabilitatea indicelui dizabilității.

Evaluările în teren au detectat numeroase probleme legate de managementul copiilor cu dizabilități, în general, și cu dizabilități cauzate de astmul bronșic, în special. Nu există o modalitate unică de evidență a copiilor cu dizabilități la nivelul asistenței medicale primare, precum și o conlucrare eficientă dintre verigile asistenței medicale de diferite nivele. Printre alte probleme indentificate în sistemul de determinare a dizabilității sunt listate: baza tehnico-materială precară a instituțiilor implicate în procesul de determinare a dizabilității; lipsa criteriilor unice standardizate și a instrumentelor de evaluare a dizabilității la nivel național; lipsa programelor și a planurilor de instruire continuă a specialiștilor implicați în determinarea dizabilității prin prisma CIF; predominarea modelelor ierarhice de comunicare specialist – beneficiar; abordarea preponderent medicală a dizabilității [20, 22].

Una dintre sarcinile acestui studiu a fost aprecierea obiectivă a severității AB, acest fapt fiind unul din criteriile pentru atribuirea unui pacient la grupul celor cu „dizabilitate” în practica medicală autohtonă. Analiza individualizată a celor 300 de cazuri incluse în studiu a constatat că nu există o interdependență a severității maladiei cu atribuirea gradului de dizabilitate copiilor.

Numai 2/3 (72,0%) au fost diagnosticați cu AB sever-persistent printre copiii ce dețineau grad de dizabilitate. Totodată, fiecare al 3-lea copil cu astm bronșic (30,0%) inclus în studiu nu a primit tratament antiinflamator de bază în ultimile 3 luni. Părinții invocă drept cauză în 30% din cazuri – costurile ridicate. Totodată, literatura de specialitate susține că fenotipurile clinice ale AB refractare la terapia standardă (difficult-to-treat) constituie 5-10% din pacienții, iar maladia rămâne greu de controlat și cu un pronostic nefavorabil [156].

Toate cazurile incluse în studiu au fost reevaluate prin prisma prevederilor Protocolului clinic național „Astmul bronșic la copii” (PCN-54, 2015), ceea ce a constatat că doar 48,0% din copii sufereau de AB sever-persistent, având risc potențial de dizabilitate. Analiza ulterioară a loturilor a demonstrat că proporția copiilor cu AB necontrolat era de 80,6% contra 65,4%, $p < 0,05$ în lotul copiilor fără risc de dizabilitate (forme moderate și usoare de AB). Conform datelor obținute, obstrucția de grad sever a bronhiilor (FEV_1 și/sau $PEF < 60\%$) a fost determinată mai frecvent în lotul copiilor cu risc de dizabilitate – 93,1%, pe când la copiii fără risc de dizabilitate – doar în 3,2%, $p < 0,001$).

Astfel, doar 134 (45,0%) copii din lotul total de copii întruneau criterii clare de dizabilitate – AB sever persistent, necontrolat și cu funcția respiratorie externă dereglată. Un moment inovator al tezei este implementarea aprecierii oxidului nitric (NO) în aerul expirat [120]. Actualmente, această metodă, ce apreciază markerul gradului de inflamație în arborele bronșic nu se utilizează tradițional în practica medicală din țară, metoda fiind implementată în premiera în cadrul acestui studiu.

Studiul a oferit rezultate surprinzătoare – NO în aerul expirat a fost măsurat la cei 134 copii cu AB sever persistent, din ei 60 (44,4%) au prezentat valori mai mari decât norma. Acest fapt a confirmat, inexactitățile de apreciere a dizabilității la copii cu AB.

S-a determinat o corelare directă proporțională dintre tratamentul sistematic cu CSi și scăderea valorilor de NO în aerul expirat ($r = 0,35$; $p < 0,001$).

În sumar, doar 26 copii din cei 300 incluși în studiu întruneau toate criteriile pentru atribuirea gradului de dizabilitate: funcția respirației externe deteriorată, evoluție severă necontrolată a maladiei, confirmată prin biomarkerii de inflamație bronșică. Această constatare sugerează că indicele real al dizabilității copiilor prin AB în Republica Moldova ar putea fi redus de 2 ori (8,6% contra 16,6% conform datelor statistice oficiale), prin măsuri organizatorice ce ar impune aplicarea riguroasă a criteriilor de apreciere a severității maladiei și funcționării copilului.

Deoarece la nivel internațional, mai mulți practicieni și organisme științifice sunt preocupați de elaborarea instrumentelor practice derivate din CIF [55, 65, 82, 141], un următor pas al cercetării noastre s-a axat pe testarea principiilor CIF pe cazurile de AB incluse în studiu, ceea ce a servit drept bază pentru crearea instrumentelor practice autohtone.

La nivel internațional există elaborări preliminare de *seturi concise CIF* pentru pacienți cu condiții neurologice, musculoscheletice, cardiopulmonare și *seturi comprehensive CIF* pentru stări cronice, neurologice, musculoscheletice, cardiopulmonare și probleme geriatrice în cadrul sistemelor multiprofesionale de reabilitare [60, 65, 68, 69, 72, 88, 151, 155].

Totodată, sunt elaborate astfel de instrumentele de evaluare derivate din CIF ca Inventarul de evaluare a dizabilității, OMS (2010) WHODAS 2.0, Fișa de evaluare – ICF Check list și altele [70].

Deoarece actualmente, în procesul de apreciere a dizabilității la copii nu se analizează nivelul de *activitate și participare*, *factorii de mediu* care influențează sănătatea copilului, noi am implementat acest element, utilizând rezultatele interviuării părinților copiilor incluși în studiu. S-a constatat că 34,3% din copii cu AB prezintă limitări severe a *activității și participării*. Conform opiniei părinților, copii cu AB au următoarele restricții de *activitate și participare*, legate de toleranța scăzută la efort fizic: *fuga (d4552)* – 93,0%; *mersul pe jos la distanța lungă (d4501)* – 87,6%; 86,9% din copii nu pot practica *sportul (d9201)*; 65,0% din părinți consideră că copilul lor are *probleme la realizarea programului zilnic (d230)*; la aproximativ jumătate din copii (59,4%), din spusele părinților, este afectată implicarea în *jocuri (d9200)*, nu pot să se bucure de jocul cu semenii lor, întâmpinând probleme; aproximativ la fiecare al doilea copil (58,0%) este afectată calitatea *vieții școlare (d820)*, iar aproximativ fiecare al treilea copil (35,4%) nu poate să se implice pe deplin în *interacțiuni interpersonale complexe (d720)*.

Totodată, studiul opiniei părinților a delimitat factorii de mediu cu influență semnificativă asupra sănătății copiilor cu astm bronșic. Printre aceștea au fost menționați: *hrana (e1100)* în 68,9% din cazuri; *medicamente (e1101)* în 34,3% din cazuri; *produse și tehnologii adaptate pentru uz personal în viața cotidiană (e1151)* – din spusele a 1/3 din părinți; *umiditatea (e2251)* – 49,8%, *variații sezoniere (e2255)* – 43,1%; *ciclul zi/noapte (e2450)* – 1/3 din părinți. Evaluarea impactului facilitator sau de barieră a acestor factori este o condiție importantă în aprecierea dizabilității copiilor cu astm bronșic.

Aceste date, în suprapunere cu rezultatele exercițiului Delphi (chestionare structurată) realizat în trei runde pe un lot semnificativ de profesioniști, familiarizați cu managementul AB la copii, au servit pentru elaborarea instrumentelor practice de aplicare a Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la copii și tineri, elaborate în cadrul studiului (*Setul de bază de categorii CIF pentru copiii cu astm bronșic, Fișa de evaluare a profilului categoriilor CIF, Tabelul de intervenții ale echipei multidisciplinare pentru copiii cu AB în baza evaluării profilului categoriilor CIF*).

Din cele 142 de categorii CIF propuse pentru examinare inițial de către experți/cercetători, treptat, în runda a III-a, în focus-grupuri de experți de cea mai înaltă calificare, a fost delimitat setul de bază de categorii CIF, constituit din 46 de categorii.

Pentru implementare în serviciile de determinare a dizabilității și capacității de muncă, a fost propus un set mai concis de categorii CIF, care a inclus doar 20 de categorii.

Setul comprehensiv și de bază de categorii CIF a fost recomandat pentru optimizarea mecanismului de stabilire și evaluare a dizabilității la copiii cu AB în țara noastră. Acesta, de asemenea, poate fi utilizat pentru raportarea datelor clinice altor furnizori, profesioniști și pentru trasarea scopului și obiectivelor cercetării, servind, totodată, drept un mijloc de comunicare între prestatorii de servicii, profesioniști, pacienți și familiile acestora. *Seturile de categorii CIF* pot fi și un material didactic pentru studenții diferitelor specialități medicale și de alt profil.

Un alt instrument elaborat – *Fișa de evaluare a profilului categoriilor CIF la copiii cu astm bronșic* poate fi utilizat de către specialiști (pediatru, alergolog, pulmonolog, reabilitolog etc.), pentru evaluarea copilului cu patologia menționată, sau de către o echipă de specialiști ce estimează sănătatea, funcționarea și dizabilitatea copilului, pentru a evalua gradul de dizabilitate sau a elabora programul de reabilitare în baza rezultatelor obținute.

Pentru trasarea obiectivelor de intervenție/reabilitare, documentarea rezultatelor măsurărilor specifice ale profesioniștilor în momentul inițierii programului de reabilitare și la finele acestuia, a fost structurat un alt instrument *Tabelul de intervenții ale echipei multidisciplinare pentru copiii cu astm bronșic în baza evaluării profilului categoriilor CIF*.

Astfel, în premieră în Republica Moldova au fost efectuate cercetări științifice orientate spre obiectivizarea procesului de determinare a dizabilității la copiii cu AB prin elaborarea instrumentului practic, derivat din CIF. Studiul a adus un aport semnificativ la dezvoltarea unui nou concept de stabilire a dizabilității în baza modelului medico-social al acesteia. Au fost propuse criterii noi (derivate din CIF) de apreciere a dizabilității ce vizează nivelul de funcționare a copilului, activitate și participarea acestuia în viața cotidiană și cea socială. Rezultatele obținute au fost aplicate în activitatea curativă a specialiștilor din secțiile *Alergologie pediatrică* ale IMSP IMC.

Rezultatele acestui studiu pot fi multiplicare prin elaborarea altor instrumente practice derivate din CIF, cu referință la alte patologii cronice sau acute, atât la copii precum și la adulți.

CONCLUZII GENERALE :

1. Studiul a constatat că, astmul bronșic (AB) constituie cea mai mare cotă-parte în structura cauzală a dizabilității bronhopulmonare cronice la copii 77,1%. Fiecare al 6-lea copil cu astm bronșic din Republica Moldova este înregistrat cu dizabilități cauzate de această maladie. Indicele dizabilității copiilor cu AB rămâne la valori absolute constante (valoarea absolută a procentului de spor pe parcursul anilor de studiu este de 0,01), în pofida unei aparente tendințe de descreștere a valorilor relative (de la 0,58‰ în anul 2009 la 0,42‰ în 2015), [11, 6].

2. Analiza individualizată a cazurilor a demonstrat că există o serie de măsuri obiective care ar reduce indicele dizabilității prin astm bronșic la copii în Republica Moldova: aplicarea strictă a criteriilor de apreciere a severității bolii (conform criteriilor PCN); măsurarea riguroasă a funcției respirației externe; complementarea evaluării copilului cu AB, în procesul de atribuire a dizabilității, cu aprecierea NO în aerul expirat; implementarea principiilor și abordărilor noi în evaluarea sănătății și dizabilității copiilor conținute în Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății, [12].

3. Studiul a demonstrat că 1/3 (34,4%) din copii cu astm bronșic au limitări semnificative de activitate și participare în viața socială și activități de rutină, iar mai mulți factori de mediu pot avea un rol de barieră sau facilitator pentru sănătatea, funcționarea și dizabilitatea acestor copii: *hrana (e1100)* în 68,9% din cazuri; *medicamentele (e1101)* în 34,3% din cazuri; *produse și tehnologii adaptate pentru uz personal în viața cotidiană (e1151)* – din spusele a 1/3 din părinți; *umiditatea (e2251)* – 49,8%; *variații sezoniere (e2255)* – 43,1%; *ciclul zi/noapte (e2450)* – 1/3 din părinți). Evaluarea individualizată a acestor criterii este o condiție importantă pentru obiectivizarea procesului de determinare a dizabilității copiilor cu astm bronșic, [10, 6].

4. Rezultatele studiului au demonstrat că, optimizarea managementului integrat al copiilor cu astm bronșic, utilizând principiile moderne, ar reduce indicele dizabilității copiilor prin astm bronșic de 2 ori de la 16,6% (indice raportat de statisticile actuale) până la valorile estimative reale de 8,6%, ceea ce va aduce beneficii medicale, sociale și economice, [12].

5. Implementarea instrumentelor practice bazate pe principiile Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la copii și tineri, elaborate în cadrul studiului (*Setul de bază de*

categorii CIF, Fișa de evaluare a profilului categoriilor CIF, Tabelul de intervenții ale echipei multidisciplinare) va obiectiviza procesul de evaluare a dizabilității la copiii cu astm bronșic, prin prisma interacțiunii dintre starea de sănătate, nivelul de funcționare, gradul de activitate și participare în contextul factorilor de mediu, contribuind, totodată, la îmbunătățirea managementului integral al copiilor cu AB, [6].

6. Problema științifică soluționată în cercetare vizează aportul la dezvoltarea conceptului modern de apreciere a dizabilității, bazat pe principiile Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la copiii cu astm bronșic. A fost estimat indicele real al dizabilității copiilor cauzate de AB și au fost identificate rezerve reale de reducere a acestuia. Rezultatele studiului au permis elaborarea unor instrumente practice de obiectivizare a procesului de evaluare a sănătății, funcționării și dizabilității copiilor cu astm bronșic dar și de monitorizare a managementului cazului.

RECOMANDĂRI:

Pentru un management rațional și eficient în stabilirea gradului de dizabilitate la copiii cu AB, înaintăm următoarele **recomandări practice**:

I. La nivel național:

1. Elaborarea *Registrului Național de stat pentru copiii cu astm bronșic*.
2. Aprobarea și implementarea *Setului de categorii CIF*, obținut în baza studiului, ca un document medical oficial pentru unificarea și raportarea datelor, și recomandarea lui ca material didactic pentru studenții diferitelor specialități medicale și de alt profil cu tangență la reabilitarea copiilor cu dizabilități.

II. Pentru asistența medicală specializată (alergologi, pediatri, pulmonologi, reabilitologi):

1. Instruirea medicilor în cunoașterea *Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății* pentru implementarea principiilor noi de abordare a dizabilității, promovate de OMS, în managementul interdisciplinar al copiilor cu dizabilități.
2. Implementarea aprecierii NO în aerul expirat la copiii cu AB sever persistent, pentru evaluarea nivelului de control al maladiei și pentru delimitarea cazurilor de lipsă de complianță la tratamentul aplicat.

III. În adresa Consiliului Național de Determinarea Dezabilității și Capacității de Muncă:

1. Optimizarea managementului de stabilire a dizabilității, aplicând *criteriile CIF* (inclusiv activitate și participare, factorii de mediu), prin utilizarea instrumentelor obținute în baza studiului dat:

- *Setul comprehensiv și concis de categorii CIF* pentru descrierea statutului actual al copilului;

- *Fișa de evaluare a profilului categoriilor CIF la copiii cu AB*, pentru elaborarea planului individualizat de intervenții;

- *Tabelul de intervenții ale echipei multidisciplinare pentru copiii cu AB în baza evaluării profilului categoriilor CIF*, pentru identificarea și monitorizarea eficienței strategiilor intervenționale.

BIBLIOGRAFIE

1. Bivol V., Bivol A., Spinei L. Dinamica și structura incapacității permanente de muncă în Republica Moldova (a. 2005-2012) în baza invalidității primare. În: Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”, 2013, vol. 2, p. 328-333.
2. Bivol V., Bivol. A., Spinei L. Unele abordări epidemiologice ale dizabilității la nivel internațional. In: Curierul medical, 2014, nr. 4 (57), p. 44-48.
3. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. Situația persoanelor cu dizabilități în Republica Moldova, 30.11.2015.
<http://www.statistica.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=4976>.
4. Bondoc A. Studiu privind asigurarea stării de bine a persoanelor cu dizabilități. Normalitate versus dizabilitate. În: Cerc Științific Studentesc, 2016, p. 6.
5. Cojan-Cârlea N. Dizabilitatea-o imagine globală-primul registru național. București 2016, 55 p.
6. Cojocar A., Chipper N. ș.a. Conduita integrată a maladiilor alergice la copii. Chișinău, 2014, p. 211-247.
7. Constantin E. Utilizarea CIF-CT în evaluarea și proiectarea intervențiilor specifice sindromului Down. Studiu de caz. În: PRTTLC, 2016, 13 p.
8. Clasificare statistică internațională a bolilor și a problemelor de sănătate asociate, rev. 10, Vol. 1-3. Ediția a treia, anul 2002.
9. Cârnaț T. Non-discriminarea în condițiile constituționalismului contemporan din Republica Moldova. Chișinău: Pontos, 2008, p. 125.
10. Chipper N. Setul de categorii pentru aprecierea stării de funcționare, dizabilitate și sănătate a copiilor cu patologie bronhopulmonară la copii-instrument practic derivat din clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății la copil și adolescent (CIF-CA, OMS, 2007). In: Buletin de perinatologie, 2015, nr. 1(65), p. 46-51.
11. Chipper N. Problema de dizabilitate cauzată de patologia bronhopulmonară cronică, inclusiv astm bronșic, la copii în Republica Moldova. In: Sănătate publică, economie și management în medicină. 2016, nr. 4 (68), p. 129-132.
12. Chipper N. Estimarea dependenței dizabilității de severitatea bolii la copii cu astm bronșic. In: Buletin perinatologic 2016, nr. 2(70), p. 59-61.
13. Cun Neagoe A. Dizabilitatea, o problemă de drepturile omului. În: Revista trimestrială „Drepturile omului”, nr. 1, 2014, p. 7-19.
14. Enăchescu C. Tratat de igienă mintală, Ed. 2-a. Iași: Polirom, 2004, 406 p.

15. Dificultăți și bariere în accesul la formare al persoanelor cu dizabilități în regiunile selectate. Centrul de Resurse si Informare pentru Profesii Sociale CRIPS, 2012, <http://www.crips.ro/doc/radbaf.pdf>.
16. Discriminarea persoanelor cu handicap la locurile de munca, 2011. http://ffspcopiiistrazii.blogspot.md/2011/05/discriminarea-persoanelor-cu-handicap_18.html.
17. Gavliliță L. Reforma privind sistemul de protecție socială a persoanelor cu dizabilități pornind de la o nouă abordare și evaluare a dizabilității. În: Monitor social 2011, nr.12, 63 p.
18. Gramma R., Spinei L., Bivol A. Analiza stării de sănătate a populației Republicii Moldova prin prisma indicatorilor statistici pentru perioada 2005-2009. Chișinău, 2010, 101 p.
19. Guttman F. Dizabilitatea ca o condiție determinantă a sărăciei. În: Revista Română de Sociologie. București, 2011, nr.3-4, p. 251.
20. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 1036 din 09.09.2008 Privind aprobarea modificărilor și completărilor ce se operează în Hotărârea Guvernului nr. 688 din 20 iunie 2006. În: Monitorul Oficial, 2008, nr. 177.
21. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 65 din 23.01.2013 cu privire la determinarea dizabilității și capacității de muncă. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, nr. 18-21 din 25.01. 2013, art. nr.104.
22. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 688 din 20.06.2006 Cu privire la expertiza medicală a vitalității. În: Monitorul Oficial nr. 98-101 din 30.06.2006, art. nr.740.
23. Înțelegerea dizabilitatii – ghid de bune practice. ETTAD -134653-UK-GRUNDTVIG-GMP <http://ro.ettad.eu/Înțelegerea%20dizabilitatii.pdf>.
24. Legea nr. 821 din 24.12.1991 privind protecția social a invalizilor. În: Monitorul oficial, 1991, nr.8, art. nr.2.
25. Legea nr. 60 din 30.03.2012. Privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități. În: Monitorul oficial nr.155-159 din 27.07.2012, art. nr.508.
26. Legea nr.169-XVIII din 09.07.2010 a Strategiei de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități (2010-2013).
27. Malcoci L. Percepțiile populației din Republica Moldova privind fenomenul discriminării: studiu sociologic. Chișinău: Cartier, 2011, 96 p.
28. Manea L. Dizabilitatea ca factor de risc privind accesul la serviciile de educație. In: Revista calității, 2006, vol. XVII, nr. 1-2, p. 41-50.
29. Manea L. Asistența socială a persoanelor cu handicap. București, 2008, 69 p.
30. Manea L. Protecția socială a persoanelor cu handicap. București: Șansa, 2000, p. 17.

31. Matilde L. A defini dizabilitatea și a redefini politicile în lumina clasificării internaționale a funcționării și dizabilității (CIF). *Studia universitatss Babeș-Rolyai. Bioethica* 1/2010, p. 39-49.
32. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, Centrul Național de Management în Sănătate. *Anuarul statistic al Sistemului de sănătate din Moldova, anii 2009-2015.*
33. Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei al Republicii Moldova. *Raport social annual 2014.* Chișinău, 2015.
<http://www.mmps.gov.md/sites/default/files/document/attachments/rso2014ro.pdf>.
34. Margine L. ș.a. Strategia de dezvoltare a expertizei medicale a vitalității în Republica Moldova. In: *Anale Științifice ale IP USMF "Nicolae Testemițanu".* Ed. a 14-a. Chișinău: CEP Medicina, 2013, vol. 2: Probleme actuale de sănătate publică și management, p. 190-195.
35. Monitorul Oficial al RM Nr. 155-159 din 27.07.2012, partea I, capitolul II "Determinarea Dizabilității".
36. Nicolaescu O. Astmul bronic. EMCB. <https://www.emcb.ro/pdf/10/01-astm-1.pdf>.
37. Ordinul Ministerului Sănătății nr. 490 din 15.07.2010 privind Regulamentul Consiliului Medical Consultativ (CMC).
38. Ordinul MS al RM Nr. 165 din 21.02.2013. Cu privire la organizarea trimiterii la expertizarea pentru determinarea dizabilității și capacității de muncă.
39. Pană M. Impactul astmului asupra calității vieții copiilor. In: *Revista medicală română*, 2011, vol. LVIII, nr. 2, p.107-111.
40. Puiu I. Actualități în evaluarea și conduita copilului cu tulburări de dezvoltare. Chișinău 2009, 43 p.
41. Racu A. ș.a. *Pedagogie specială.* Chișinău: Tipografia Centrală, 2012, 316 p.
42. Racu A., Racu S. *Dicționar enciclopedic de psihopedagogie specială.* Chișinău: Tipografia Centrală, 2013, p. 80.
43. *Raport Mondial privind dizabilitatea.* WHO. București, 2012, 353 p.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42407/5/9241545429_rum.pdf.
44. Rusu D.O. *Integrarea Sociala a persoanelor cu dizabilități.* Suport de curs, 2011, 43 p.
45. Spinei L. *Metode de cercetare și de analiză a stării de sănătate.* Chișinău: Tipografia Centrală, 2012, 512 p.
46. Stratulat P., Cojocar A., Chiper N. Implementarea Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și sănătății în evaluarea copiilor cu patologie cronică bronhopulmonară (revista literaturii). În: *Buletinul Academiei de știință a Moldovei*, 2014, vol. 1, nr. 42, p. 152-158.

47. SOMATO-Info. Dizabilitatea între afecțiuni și percepție. In: Buletin informațional al Asociației SOMATO, 2012, nr. 4, p. 1-4.
48. Stoica L. Asistentă socială a persoanelor cu handicap. În: Editura Ulise, Alba-Iulia, 2002, p.6.
49. Sochircă L. New Disability approach: the social medical expertise perspective, 2nd Baltic & North Sea Conference on PRM Vilnius, September 30, 2011, p. 43-44.
50. Serbin V., Grejdian T. Expertiza medicală a vitalității. Chisinau: Medicina, 2006, 613 p.
51. Tintiuc D., Grossu I. Sănătate publică și management. Chișinău, 2007, 554 p.
52. Tarnovschi A. Relațiile sociale și interpersonale la copiii cu maladii respiratorii cronice. In: Studia Universitatis Moldaviae , 2015, nr.9(89), p. 190-195.
53. Țîbuleac M. Statistici privind persoanele cu dizabilități din Republica Moldova și din întreaga lume. 05.08.2013. <http://initiativa.wordpress.com/>.
54. Zabieta A. Evaluare și Recomandări privind Sistemul de Prevenire și Îngrijire a Dizabilităților la Copii din Republica Moldova. Chișinău, 2009, p. 6.
55. Allet L. et al. Intervention categories for physiotherapists treating patients with musculoskeletal conditions on the basis of the International Classification of Functioning, Disability and Health. In: Int J Rehabil Res, 2007, vol. 30, nr. 4, p. 273-280.
56. Akinbami L. et al. Status of Childhood Asthma in the United States, 1980–2007. In: Pediatrics, 2009; vol. 123, p. 131–145.
57. American Thoracic Society Documents/European Respiratory Society. ATS/ERS Recommendations for Standardized Procedures for the Online and Offline Measurement of Exhaled Lower Respiratory Nitric Oxide and Nasal Nitric Oxide, 2005. In: Am J Respir Crit Care Med 2005, vol. 171, p. 912–930.
58. Asher I., Pearce N. Global burden of asthma among children. In: Int J Tuberc Lung Dis, 2014, vol. 18, nr. 11, p. 1269–1278.
59. Australian Bureau of Statistics. Measures of Australia's progress: summary indicators, 2009. Cat. no. 1383.0.55.001. ABS: Canberra; 2009.
60. Avellanet M. et al. Utility of using the ICF Core Sets in clinical practice. In: Rehabilitación. 2015; vol. 49(4), p. 197-201.
61. Bahadori K. Et al. Economic burden of asthma: asystematic review. In: BMC PulmMed, 2009, vol. 9, p. 24.
62. Barbotte E., Guillemin F., Chau N. Lorhandicap Group Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in the general population: a review of recent literature. In: Bulletin of the World Health Organization, 2001, vol. 79, p. 1047-1055.

63. Barnes C., Oliver M., Barton L. Disability Studies Today. In: Cambridge: Polity Press, 2002, 288 p.
64. Barnes C. Disabled people in Britain and discrimination. London: Hurst, 1991. A Case for Anti-Discrimination Legislation, Hurst and Co in association with the British Council of Organisations of Disabled People, London.
65. Biering-Sorensen F. et al. Developing core sets for persons with spinal cord injuries based on the International Classification of Functioning, Disability and Health as a way to specify functioning. In: Spinal Cord, 2006, vol. 44, nr. 9, p. 541-546.
66. Bickenbach J. et al. Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. In: Social science & medicine, 1999, vol. 48, p. 1173-1187.
67. Brach M. et al. ICF Core Sets for breast cancer. In: Journal of Rehabilitation Medicine, 2004, vol. 36, nr. 44, p. 121-127.
68. Bickenbach J. et al. ICF Core Sets: Manual for Clinical Practice, 2012, 142 p.
69. Bölte S. et al. Development of ICF Core Sets to standardize assessment of functioning and impairment in ADHD: the path ahead. In: Eur Child Adolesc Psychiatry, 2014, vol. 23, nr. 12, p. 1139–1148.
70. Carlozzi N. et al. Validity of the 12-Item World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) in individuals with Huntington disease (HD). Qual Life Res. 2015. vol. 24(8), p. 1963–1971.
71. Campbell J., Oliver M. Disability Politics: Understanding Our Past, Changing Our Future. London: Routledge, 1996. Leeds: The Disability Press, p. 78-90.
72. Cieza A. et al. ICF Core Sets for chronic ischaemic heart disease. In: Journal of Rehabilitation Medicine, 2004, vol. 36, nr. 44, p. 94-99.
73. Cieza A. et al. Linking Health-Status Measurements to the International Classification of Functioning, Disability and Health. In: Journal of Rehabilitation Medicine, 2002, vol. 34, nr. 5, p. 205-210.
74. Chien C.W. et al. Comparative content review of Children's participation measures using the international classification of functioning, disability and Health, Children and youth. In: Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 2014, vol. 95, p. 141-152.
75. Coleridge P., Simonnot C., Steverlynck D. Study of disability in EC Development Cooperation. Brussels: European Commission, 2010, 127 p.
76. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Geneva, United Nations, 2006. www.un.org/disabilities/convention/convoptprot-e.pdf.

77. Charlton J. Nothing About Us Without Us Disability, Oppression and Empowerment. Berkeley: University of California Press, 1999. The Journal of Sociology & Social Welfare 1999, vol 26, p. 191-194.
78. Driedger D. The last civil rights movement. C Hurst & Co Publishers Ltd. London, 1989.
79. Dweik R. et al. An official ATS clinical practice guideline: interpretation of exhaled nitric oxide levels (FENO) for clinical applications. In: Am J Respir Crit Care Med, 2011, vol. 184, p. 602-615.
80. Escorpizo R. et al. Harmonizing WHO's International Classification of Diseases (ICD) and International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): importance and methods to link disease and functioning. In: BMC Public Health, 2013, vol. 13, p. 742.
81. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). <http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=6442455478>.
82. ICF Research Branch. All Rights Reserved., 2013. <http://www.icf-research-branch.org/download/view-category/5.html>.
83. Fox M. et al. Using the international classification of functioning, disability and health to expand understanding of paralysis in the United States through improved surveillance. In: Disabil Health J., 2015, vol. 8, nr. 3, p. 457–463.
84. Forsyth R. et al. Participation of young severely disabled children is influenced by their intrinsic impairments and environment. In: Developmental Medicine and Child Neurology, 2007, vol. 49, nr. 5, p. 345-349.
85. Finger M. et al. An examination of concepts in vocational rehabilitation that could not be linked to the ICF based on an analysis of secondary data. Work, 2016, vol. 53(4), p. 775-792.
86. Finger M. et al. Using the International Classification of Functioning, Disability and Health in physiotherapy in multidisciplinary vocational rehabilitation: A case study of low back pain. In: Physiother Res Int. 2015, vol. 20(4), p. 231-241.
87. Gergen P. Understanding the economic burden of asthma. In: J Allergy Clin Immunol, 2001, vol. 107 (5 Suppl), p. 445-S448.
88. Grill E. et al. Brief ICF core sets for the acute hospital. In: J Rehabil Med, 2011, vol.43, p. 123-130.
89. Gibson J, Loddenkemper R, Sibille Y, et al., eds. The European Lung White Book. Respiratory Health and Disease in Europe. Sheffield, European Respiratory Society, 2013, vol 42, p. 559-563.
90. Global Strategy for the Diagnosis and Management Prevention (updated 2009). Global Initiative for Asthma. <http://www.ginasthma.org/> (vizat 20.03.2010).

91. Global Strategy for Asthma Management and Prevention (updated 2010). The Global Strategy for Asthma. <http://www.ginasthma.com/> (vizat 03.04.2011).
92. Global Initiative for Asthma (GINA). Global strategy for asthma management and prevention (revised may 2014), [www. ginasthma.org](http://www.ginasthma.org) (accessed may 2014).
93. Granlund M. Participation-challenges in conceptualisation, measurement ad intervention (invited commentary). In: Child: Care, Health&Development,2013, vol. 39, nr. 4, p. 470-473.
94. Gleeson B. Geographies of disability. London: Routledge, 1999, 259 p.
95. Hood P. Handicapped parking. In: Am J Nurs. 2000, vol. 100, nr. 9, p. 11-13.
96. Hughes B. Disability and the Body. In C. Barnes, M. Oliver & L. Barton (Eds.), Disability Studies Today.In: Cambridge: Polity Press, 2002, p. 58-76.
97. Hahn H. The political implications of disability definitions and data. In: Disability Policy Studies. 1993, vol. 4, nr. 3, p. 41-52.
98. Juniper E. Using humanistic health outcomes data in asthma. In: Pharmaco Economics 2001, vol. 19, suppl. 2, p. 13-19.
99. Kesselring J. et al. Developing the ICF Core Sets for multiple sclerosis to specify functioning Multiple Sclerosis 2007. In: SAGE Publications. 2007, p. 252-254.
100. Kirchberger I. et al. Validation of the comprehensive international classification of functioning, disability and health core set for rheumatoid arthritis: the perspective of physical therapists. In: Phys Ther. 2007, vol. 87, nr. 4, p. 368-384.
101. Kiltz U. et al. Development of a health index in patients with ankylosing spondylitis (ASAS HI): final result of a global initiative based on the ICF guided by ASAS. In: Ann Rheum Dis. 2015, vol. 74(5), p. 830-835.
102. Leistner K. Is the ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) suitable for geriatric rehabilitation? In: Z Gerontol Geriatr. 2001, vol. 34, suppl. 1, p. 30-35.
103. Loke S.C. Examining the Disability Model From the International Classification of Functioning, Disability, and Health Using a Large Data Set of Community-Dwelling Malaysian Older Adults. In: J Aging Health, 2016, vol. 28, nr. 4, p. 704–725.
104. Longfield K. et al. Putting health metrics into practice: using the disability-adjusted life year for strategic decision making. In: BMC Public Health. 2013, vol. 13, p. 2-12.
105. Martinuzzi A., Salghetti A., Betto S. et al. The international classification of functioning disability and health, version for children and youth as a road-map for projecting and programming rehabilitation in a neuropaediatric hospital unit. In: J Rehabil Med 2010, vol. 42, p. 49-55.

106. Majnemer A. Measures for Children with Developmental Disabilities. An ICF-CY Approach. 2012, 513 p.
107. Madden R. et al. In Search of an Integrative Measure of Functioning. In: *Int J Environ Res Public Health*, 2015, nr. 6, vol. 12, p. 5815–5832.
108. Measuring Health and Disability in Europe: Supporting policy development, 2007, www.mhadie.it.
109. McCurdy L. et al. Using nature and outdoor activity to improve children's health. In: *Curr. Probl. Pediatr. Adolesc. Health Care*, 2010, vol. 5, p. 102-117.
110. McConachie H. et al. Participation of disabled children: how should it be characterised and measured? In: *Disability and Rehabilitation*, 2006, vol. 28, nr. 18, p. 1157-1164.
111. Me A., Mbogoni M. Review of practices in less developed countries on the collection of disability data. In: Barnatt S.N., Altman B.M. eds. *International views on disability measures: moving toward comparative measurement*. In: Oxford: Elsevier, 2006, p. 63–87.
112. Menzies D., Nair A., Lipworth B. Portable exhaled nitric oxide measurement: Comparison with the “gold standard” technique. In: *Chest*, 2007, vol. 131, p. 410-414.
113. Miller A., Rosenbaum P. Perspectives on “Disease” and “Disability” in Child Health: The Case of Childhood Neurodisability. In: *Front Public Health* 2016, vol. 4, p. 226.
114. Momm W., Geiecker O. Disability: Concepts and definitions. *Encyclopaedia of Occupational Health and Safety* 4th Edition. Chapter 17. Geneva. International Labour Organization, 2011, 363 p.
115. Mont D. Measuring health and disability. In: *Lancet*, 2007, vol. 369, p. 1658-1663.
116. Morgan M., Khan D. Asthma: epidemiology, burden and quality of life. In: *Adv Psychosom Med*, 2003, vol. 24, p. 1-15.
117. Mpofu E., Oakland T. Rehabilitation and health assessment: applying ICF guidelines. In: New York: Springer Publishing Company, 2010, 756 p.
118. Oliver M. The Politics of Disablement. In: Basingstoke: Macmillan, 1990, 152 p.
119. Organization, World Health (2008). *The global burden of disease : 2004 update*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, p. 35.
120. Perez-de-Llano L. et al. Exhaled nitric oxide predicts control in patients with difficult-to-treat asthma. In: *Eur Respir J*, 2010; vol. 35, p. 1221–1227.
121. Parmenter T. The present, past and future of the study of intellectual disability: challenges in developing countries. In: *Salud Publica de Mexico*, 2008, vol. 50, suppl. 2, p. 124-131.

122. Patricia C. et al. Office of Analysis and Epidemiology. Characteristics of children in medicaid managed care and medicaid fee-for-service, 2003–2005. In: National Health Statistics Reports. 2015, nr. 80, 16 p.
123. Peyrin-Biroulet L. et al. Development of the first disability index for inflammatory bowel disease based on the international classification of functioning, disability and health. In: Gut, 2012 nr. 2, vol. 61, p. 241–247.
124. Prodinger B. et al. Enhanced informed decision-making in the health system: ICF as a standard for reporting functioning information; Proceedings of the Annual meeting of WHO Family of International Classifications Network; Barcelona, Spain. 11–17 October 2014.
125. Prodinger B. et al. Towards system-wide implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in routine practice: Developing simple, intuitive descriptions of ICF categories in the ICF Generic and Rehabilitation Set. In: J Rehabil Med. 2016; vol. 48(6), p. 508-514.
126. Quinn G. et al. The current use and future potential of United Nations human rights instruments in the context of disability. New York and Geneva: United Nations, 2002 (www.ohchr.org/documents/publications/hrdisabilitzen.pdf), 307 p.
127. Quinn G., Degener T. A survey of international, comparative and regional disability law reform. In: Breslin ML, Yee S (eds.) Disability Rights Law and Policy: International and National Perspectives. NY: Ardsley, Transnational, 2002, p. 3-124.
128. Raed A. Dweik, Peter B. Boggs, Serpil C. Erzurum. et al. American Thoracic Society Documents An Official ATS Clinical Practice Guideline: Interpretation of Exhaled Nitric Oxide Levels (FENO) for Clinical Applications, 2011. Am J Respir Crit Care Med, vol. 184, p. 602–615.
129. Realizing the MDGs for persons with disabilities. New York, United Nations, General Assembly, 2010 (A/RES/64/131), p. 6-10.
130. Reinhardt J. et al. Towards the system-wide implementation of the International Classification of Functioning, Disability, and Health in routine clinical practice: Empirical findings of a pilot study from Mainland China. In: J Rehabil Med. 2016; vol. 48(6), p. 515-521.
131. Riddell R. Poverty, disability and aid: international development cooperation. In: Barron T., Ncube J.M., eds. Poverty and Disability. London: Leonard Cheshire Disability, 2010, p. 27-109.
132. Rimmer J. et al. Exercise intervention research on persons with disabilities: what we know and where we need to go. In: American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Association of Academic Physiatrists, 2010, vol. 89, p. 249-263.

133. Robbroeks C. MHHT Towards better diagnosis and monitoring of asthma and cystic fibrosis in children the value of non-invasive inflammometry. Maastricht: Datawyse/Universitaire Pers Maastricht, 2010, 288 p.
134. Ruof J. et al. ICF Core Sets for diabetes mellitus. In: Journal of Rehabilitation Medicine, 2004, vol. 36, nr. 44, p. 100-106.
135. Sabariego C. et al. Measuring disability: comparing the impact of two data collection approaches on disability rates. In: Int J Environ Res Public Health 2015; vol.12(9), p. 10329-10351.
136. Sait Organizatsii Ob"edinennykh Natsii [The Website of The Unite Nations]. Available at: <http://www.un.org/ru/youthink/disabilities.shtml>.
137. Simeonsson R. et al. Applying the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to measure childhood disability. In: Disability and rehabilitation 2003, vol. 3, nr. 11-12, p. 602-610.
138. Selb M. et al. ICD-11: A comprehensive picture of health, an update on the ICD–ICF joint use initiative. In: J Rehabil Med. 2015, vol. 47, p. 2-8.
139. Selb M. et al. A guide on how to develop an international classification of functioning, disability and health core set. In: Eur J Phys Rehabil Med. 2015, vol. 51(1), p. 105-117.
140. Sennhauser F., Braun-Fahrlander C., Wildhaber J. The burden of asthma in children: a European perspective. In: Paediatr Respir Rev, 2005, vol. 6(1), p. 2-7.
141. Semeon R., Hebbeler K. ICF codes provide a standard language of disability in young children. In: Journal of Clinical Epidemiology, 2006, vol. 59, nr. 4, p. 365-373.
142. Schneider A. et al. Diagnosing asthma in general practice with portable exhaled nitric oxide measurement – results of a prospective diagnostic study. In: FJ.Respir Res. 2009, vol. 3, p. 10-15.
143. Schipper E. et al. A comprehensive scoping review of ability and disability in ADHD using the International Classification of Functioning, Disability and Health-Children and Youth Version (ICF-CY). In: Eur Child Adolesc Psychiatry. 2015, vol. 24(8), p. 859-872.
144. Sinclair L. et al. A tool for enhancing strategic health planning: a modeled use of the International Classification of Functioning, Disability and Health. In: Int J Health Plann Manage. 2013, vol. 28, nr. 2, p. 172–180.
145. She P., Stapleton D. A review of disability data for the institutional population: research brief. Ithaca, Rehabilitation Research and Training Center on Disability Demographics and Statistics, Cornell University, 2006, 9 p.
146. Shakespeare T. Disability rights and wrongs. In: London: Routledge, 2006, 75 p.

147. Sordillo J. et al. Allergen exposure modifies the relation of sensitization to fraction of exhaled nitric oxide levels in children at risk for allergy and asthma. In: *J Allergy Clin Immunol*, 2011, vol. 127, p. 1165-1172.
148. Standard rules on the equalization of opportunities for persons with disabilities, New York, United Nations, 2007, 6 p.
149. Stucki G. et al. ICF Core Sets for rheumatoid arthritis. In: *Journal of Rehabilitation Medicine*, 2004, vol. 36, nr. 44, p. 87-93.
150. Stucki A. et al. ICF Core Sets for obesity. In: *Journal of Rehabilitation Medicine*, 2004, vol. 36, nr. 44, p. 107-113.
151. Stucki A. et al. ICF Core Sets for obstructive pulmonary diseases. In: *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2004, vol. 36, nr. 44, p. 114-120.
152. Stamm T.A. et al. Concepts important to persons with systemic lupus erythematosus and their coverage by standard measures of disease activity and health status. In: *Arthritis Rheum*, 2007, vol. 57, nr. 7, p. 1287-1295.
153. Söder M. Disability as a social construct: the labelling approach revisited. In: *European Journal of Special Needs Education*, 1989, vol. 4(2), p. 117-129.
154. Thomas C. *Female forms: experiencing and understanding disability*. In: Buckingham: Open University Press, 1999, 175 p.
155. Tempest S., McIntyre A. Using the ICF to clarify team roles and demonstrate clinical reasoning in stroke rehabilitation. In: *Disability and Rehabilitation*, 2006, vol. 28, nr. 10, p. 663-667.
156. The Global Asthma Report 2014. <http://globalasthmareport.org/>. Accessed 15 Oct 2016, p. 20.
157. The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy. Seattle, WA: IHME, 2013, 74 p.
158. The representative organization of persons with disabilities in Europe. http://www.edf-feph.org/Page_Generale.asp?DocID=12534&id=1&langue=EN.
159. Tschiesner U. et al. Developing core sets for patients with head and neck cancer based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). In: *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2007, vol. 264, p. 1215-1222.
160. United Nations, *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Geneva, United Nations, 2006. Resolution 61/106, 13 december 2006.
161. United Nations. *Global Status Report on Disability and Development Prototype*. New York, 2015, 230 p.

162. United Nations. Draft outcome document of the high-level plenary meeting of the General Assembly on the Millennium Development Goals. General Assembly, 2010. A/65/L.1.
163. United Nations Disability and the Millennium Development Goals. A Review of the MDG Process and Strategies for Inclusion of Disability Issues in Millennium Development Goal Efforts. New York, 2011, 74 p.
164. United Nations Human Rights office of the Hight Commissioner. The Convention of the Rights of Persons with Disabilities. Training guid. Profissional trening series No. 19. New York and Geneva, 2014, p. 14.
165. Van der Heijden H. et al. Reference values of exhaled nitric oxide in healthy children 1-5 years using off-line tidal breathing. In: *Pediatr Pulmonol*. 2014, vol. 49, nr. 3, p. 291-295.
166. Van den Akker-van M., Bruil J., Detmar S. Evaluation of cost of disease: assessing the burden to society of asthma in children in the European Union. In: *Allergy* 2005, vol. 60, p. 140–149.
167. Watson N. Well. I know this is going to sound very strange to you, but I don't see myself as a disabled person: identity and disability. In: *Disability & Society*, 2002, vol. 17, p. 509-527.
168. Weigl M. et al. Determinants of disability in chronic musculoskeletal health conditions: a literature review. In: *Eur J Phys Rehabil Med*. 2008, vol. 44, nr. 1, p. 67-79.
169. Weigl M. et al. Physical disability due to musculoskeletal conditions. In: *Best Practiceand Research Clinical Rheumatology*. 2007, vol. 21, nr. 1, p. 167-190.
170. Wendell S. Unhealthy disabled: Treating Chroinc Illnesses as Disabilities. In: *Hypatia*, 2001, vol. 16(4), p. 17-33.
171. Willems M. et al. Longitudinal Changes in Functioning and Disability in Patients with Disorders of Consciousness: The Importance of Environmental Factors. In: *Int J Environ Res Public Health*, 2015, nr. 4, vol. 12, p. 3707–3730.
172. World Health Organisation (WHO). Asthma Fact Sheet website [<http://www.who.int/respiratory/asthma/en/>].
173. World Health Organisation (WHO). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva WHO 2001, 299 p.
174. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health Children&Youth version: ICF-CY. Geneva, Switzerland,WHO; 2007, 321 p.
175. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. [http://www.sustainable-design.ie/arch/ICIDH- 2 Final.pdf](http://www.sustainable-design.ie/arch/ICIDH-2_Final.pdf).
176. World Health Organization. WHO Family of international classifications network meeting. Reykjavik, 2004, 41 p.
177. World Report on Disability, World Health Organization and World Bank, 2011, p. 286.

178. World Health Organization. Chronic respiratory diseases. Asthma. www.who.int/respiratory/asthma. Date last updated: 2013. Date last accessed: February 21, 2014.
179. Wood P. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. Geneva: World Health Organization, 1980, 207 p.
180. Yao T.C. et al. Exhaled nitric oxide discriminates children with and without allergic sensitization in a population-based study. In: Clin Exp Allergy, 2011, vol. 41, p. 556-564.
181. Чучалин А. Г. Международные рекомендации для врачей общей практике по обучению пациентов. В: Пульмонология. Consilium medicum, 2006, с. 3-6.
182. Новик Г.А., Борычев А.В. Спирометрия и пикфлоуметрия при бронхиальной астме у детей. ГМПА, 2005, 68 с.
183. <http://www.un.org/russian/disabilities/countriesconv.asp>.

Chestionar pentru lucrători medicali

CATEGORII DIN CIF-CT SELECTATE PENTRU COPIII CU ASTM BRONIC

Vă rugăm respectuos să răspundeți la câteva întrebări. Vă mulțumim anticipat pentru colaborare!

1	Care este funcția în care activați în cadrul serviciilor de asistență medicală primară?	Medic de familie	1
		Pediatru	2
		Pulmonolog/Alergolog	3
		Alt specialist	4
		Corp administrativ	5
2	De câți ani lucrați în sistemul AMP?	<5 ani	1
		6-20 ani	2
		21-35 ani	3
		>35 ani	4
3	Tipul instituției în care activați	CMF municipal	1
		CMF raional	2
		CS	3
		OMF	4

I. FUNCȚIILE ORGANISMULUI

În opinia dumneavoastră, care dintre funcțiile organismului poate fi afectată (redușă, degradată, deteriorată, limitată), la un copil cu astm bronșic?

Pentru fiecare dintre funcții încercați să estimați gradul de afectare.

0 – nu este afectată **1** – afectare ușoară **2** – afectare moderată **3** – afectare severă

№	Cifru	CRITERIILE	SPECIFICARE	GRADUL DE AFECTARE			
CAPITOL I. Funcțiile mentale							
Funcțiile mentale globale (b110-b139)							
	b125	Dispoziții și funcții interpersonale:					
1.	b1250	Adaptibilitatea	Dispozitia de a acționa, de a reacționa la noi obiecte sau experiențe într-un mod acceptabil sau rezistent.	0	1	2	3
2.	b1252	Nivel de activitate	Dispozitia de a acționa sau de a reacționa cu acțiune.	0	1	2	3
	b126	Funcții ale temperamentului și personalității:					
3.	b1260	Extraversiune	Funcțiile mintale spre a fi deschis, sociabil.	0	1	2	3
4.	b1263	Stabilitate psihică	Funcțiile mintale spre a fi calm și echilibrat.	0	1	2	3
5.	b1264	Predispunere spre experiență	Funcțiile mintale spre a fi curios, imaginativ și în cautare de experiențe.	0	1	2	3
6.	b1265	Optimizm	Funcțiile mintale spre a fi vesel, plin de speranță și încrezător.	0	1	2	3
7.	b1266	Încredere în sine	Funcțiile mintale spre a fi sigur de sine, îndrăzneț și asertiv.	0	1	2	3
	b130	Funcții ale energiei și impulsului:					
8.	b1300	Nivelul energetic	Funcțiile mentale care produc vigoarea și vitalitatea.	0	1	2	3
9.	b1301	Motivația	Totalitatea de stimulenți pentru a acționa; forțe motrice conștiente sau inconștiente de acțiune.	0	1	2	3
10.	b1302	Apetitul	Dorință naturală și recurentă pentru alimente și băuturi.	0	1	2	3
	b134	Funcțiile somnului:					
11.	b1340	Durata somnului	Timpul petrecut în starea de somn în ciclul diurn și ritmul circadian.	0	1	2	3
12.	b1341	Adormirea	Tranziția între starea de veghe și somn.	0	1	2	3

13.	b1342	Mentținerea somnului	Susținerea somnului.	0	1	2	3
14.	b1343	Calitatea somnului	Somnul natural ce duce la odihnă fizică și psihică optimă și relaxare.	0	1	2	3
<i>Funcții mintale specifice (b140-b189)</i>							
	b140	Funcțiile atenției:					
15.	b1400	Susținerea atenției	Concentrarea atenției pe o perioadă de timp necesară.	0	1	2	3
	b152	Funcțiile emoționale:					
16.	b1520	Caracterul emoțiilor	Stare afectivă intensă, provocată de factori externi și caracterizată printr-o bruscă perturbație fizică și psihică, oglindind atitudinea individului față de realitate.	0	1	2	3
17.	b1521	Reglarea emoțiilor	Controlează experiența și emoțiile.	0	1	2	3
18.	b1522	Spectrul emoțional	Spectrul de experiență sau sentimente, cum ar fi dragostea, ura, anxietatea, tristețea, bucuria, frica etc.	0	1	2	3
CAPITOL II. Funcțiile senzoriale și durerea							
<i>Durerea (b280-b289)</i>							
	b280	Senzația de durere:					
19.	b2800	Durerea generalizată	Senzație neplăcută care indică o deteriorare potențială sau reală a unor structuri simțite de tot organismul.	0	1	2	3
20.	b28010	Durerea de cap și gât	Senzație neplăcută care indică o deteriorare potențială sau efectivă simțită la nivelul capului și gâtului.	0	1	2	3
21.	b28011	Durerea în torace	Senzație neplăcută care indică o deteriorare potențială sau reală a unor organe simțită la nivelul toracelui.	0	1	2	3
22.	b28012	Durerea în abdomen	Senzație neplăcută care indică o deteriorare potențială sau reală a unor organe simțită la nivelul abdomenului/stomacului.	0	1	2	3
CAPITOL III. Vocea și funcțiile vorbirii							
	b330	Fluenta și ritmul funcțiilor vorbirii:					
23.	b3300	Cursivitatea de exprimare	Vorbire neîntreruptă, conexiune bună de exprimare, fără întrerupere și curgător.	0	1	2	3
24.	b3302	Viteza de vorbire	Funcțiile ritmului producerii vorbirii	0	1	2	3
25.	b3303	Melodicitatea vorbirii	Intonația de exprimare; tonalitatea vorbirii.	0	1	2	3
CAPITOL IV. Funcțiile sistemelor cardiovascular, hematologic, imunologic și de respirator							
<i>Funcțiile sistemului cardiovascular (b410-b429)</i>							
	b410	Funcțiile inimii:					
26.	b4100	Frecvența cardiacă	Funcțiile legate de numărul de contracte ale inimii pe minut (tahicardie sau	0	1	2	3

			bradicardie).				
27.	b4101	Ritm cardiac	Funcțiile legate de regularitatea bătăii inimii (aritmii).	0	1	2	3
	b420	Funcțiile tensiunii arteriale (TA):					
28.	b4200	Creșterea TA	Funcțiile legate de o creștere peste normal a TA sistolice sau diastolice, în funcție de vârstă.	0	1	2	3
29.	b4201	Scăderea TA	Funcțiile legate de o scădere sub normal a TA sistolice sau diastolice, în funcție de vârstă.	0	1	2	3
Funcțiile sistemului hematologic și sistemului imunitar (b430-b439)							
	b435	Funcțiile ale sistemului imunitar:					
30.	b43500	Răspunsul imun specific	Răspunsul specific al organismului la substanțe straine specifice.	0	1	2	3
31.	b43501	Răspunsul imun nonspecific	Răspunsul general al organismului la sensibilizarea față de substanțe străine, inclusiv față de infecții.	0	1	2	3
32.	b4351	Reacții de hipersensibilitate	Sensibilizarea crescută a organismului la substanțe străine, cum ar fi la antigene diferite. Nivelul înalt al Ig., inclusiv nivelul IgE total înalt.	0	1	2	3
33.	b439	Altele funcții sistemului imunitar specificați		0	1	2	3
Funcțiile sistemului respirator (b440-b449)							
	b440	Funcțiile respirației:					
34.	b4400	Rata de respirație	Numărul de respirații pe minut (tahipnee sau bradipnee).	0	1	2	3
35.	b4401	Ritm respirator	Periodicitatea și regularitatea respirației (respirație neregulată).	0	1	2	3
36.	b4402	Adâncimea respirației	Volumul de expansiune a plămânilor în timpul respirației (respirație superficială sau profundă).	0	1	2	3
	b445	Funcțiile mușchilor respiratori:					
37.	b4450	Funcțiile mușchilor toracici respiratori	Funcții ale mușchilor toracelui care acționează în respirație.	0	1	2	3
38.	b4451	Fucțiile diafragmei	Funcții ale diafragmei când acționează în respirație.	0	1	2	3
39.	b4452	Funcțiile mușchilor accesorii respiratori	Funcțiile altor muschi care acționează în respirație.	0	1	2	3
40.	b449	Altele funcții sistemului respirator specifica		0	1	2	3
Funcțiile și senzațiile adiționale sistemului cardiovascular și sistemului respirator (b450-b469)							
	b450	Funcțiile respiratorii adiționale:					
41.	b4500	Producerea de mucus a căilor respiratorii	Funcția de producere a mucusului din caile respiratorii superioare și inferioare.	0	1	2	3

42.	b4501	Transportul de mucus a căilor respiratorii	Funcția de transport a mucusului din caile respiratorii superioare și inferioare.	0	1	2	3
43.	b4508	Altele funcții respiratorii adiționale	Respirație dificilă, șuerătoare, wheezing, etc.	0	1	2	3
	b455	Funcțiile toleranței la efort:					
44.	b4550	Enduranța fizică generală	Nivelul general de toleranță la efort fizic sau oboseală.	0	1	2	3
45.	b4551	Capacitatea de aerobic	Măsura în care o persoană poate să exercite ceva fără a eși din ritmul respirației.	0	1	2	3
46.	b4552	Fatigabilitatea	Oboseala, la orice nivel de efort.	0	1	2	3
47.	b498	Altele funcții ale sistemelor cardiovascular, hematologic, imunitar, respirator	<i>specificați</i>	0	1	2	3
CAPITOL V. Funcțiile sistemelor digestiv, metabolic și endocrin							
<i>Funcții aferente ale sistemului digestiv (b510-b539)</i>							
	b510	Funcțiile ingestiei:					
48.	b5106	Voma	Funcția de a mișca hrana sau lichidele în direcția opusă ingestiei, de la stomac la esofag la gură și apoi afară.	0	1	2	3
49.	b51060	Regurgitarea	Funcția de a mișca hrana sau lichidele în direcția opusă ingestiei, de la stomac la esofag la gură fără să-l expulzeze.	0	1	2	3
50.	b5152	Absorbția nutrienților	Funcția de trecerea nutrienților alimentari și a lichidelor din intestin în sânge.	0	1	2	3
51.	b5153	Toleranța la produsele alimentare	Funcția de acceptare a alimentelor și a lichidelor adecvate pentru digestie și respingerea celor neadecvate.	0	1	2	3
52.	b520	Funcția de asimilare	Funcția de convertirea nutrienților în componente ale organismului viu.	0	1	2	3
53.	b525	Funcția de defecație	Eliminarea produselor digerate și nedigerate, consistența lor, mereorism.	0	1	2	3
54.	b530	Funcțiile de menținere a greutatei	Funcția de menținerea greutății corpului adecvate, inclusiv în perioadele de dezvoltare.	0	1	2	3
<i>Funcții legate de metabolism și de sistemul endocrin (b540-b559)</i>							
55.	b540	Funcțiile metabolice generale	Funcția de reglare a componentelor esențiale pentru organism, cum sunt glucidele, proteinele și grăsimile și conversia lor în energie.	0	1	2	3
56.	b560	Funcțiile de întreținerea creșterii	Realizarea etapelor de creștere.	0	1	2	3

II. STRUCTURIILE CORPULUI

În opinia dumneavoastră, care dintre structurile corpului poate fi afectată (deteriorată), la copiii cu astm bronșic?

Pentru fiecare dintre funcții încercați să estimați gradul de afectare.

0 – nu este afectată **1** – afectare ușoară **2** – afectare moderată **3** – leziuni severe

№	Cifru	CRITERIILE	SPECIFICARE	GRADUL DE AFECTARE			
CAPITOL IV. Structurile sistemelor cardiovascular, imunitar și respirator							
	s410	Structurile sistemului cardiovascular:					
1.	s41000	Atriile		0	1	2	3
2.	s41001	Ventricolele		0	1	2	3
	s430	Structurile sistemului respirator:					
	s4301	Pulmonii:					
3.	s43010	Arborele bronșic	De exemplu, inflamația alergică, hiperreactivitatea bronhiilor, bronhectazie	0	1	2	3
4.	s43011	Alveolele	De exemplu, emfizemă, inflamație	0	1	2	3
5.	s4302	Cutia toracică	De exemplu, deformare emfizematoasă (formă de butoi)	0	1	2	3
6.	s498	Alte structurile sistemului cardiovascular, imunitar și respirator <i>specificați</i>		0	1	2	3
CAPITOLUL V. Structura sistemelor digestiv, metabolic și endocrin							
7.	s510	Glandele salivare		0	1	2	3
8.	s520	Esofagul		0	1	2	3
9.	s540	Intestinal		0	1	2	3
10.	s550	Pancreasul		0	1	2	3
11.	s560	Ficatul		0	1	2	3
12.	s570	Vezica biliară		0	1	2	3

III. ACTIVITĂȚI ȘI PARTICIPARE

În opinia dumneavoastră, care dintre următoarele tipuri de activități și participare pot fi limitate (copilul nu le poate realiza) la copiii cu astm bronșic?

Pentru fiecare dintre tipuri de activitate și participare încercați să estimați gradul de limitare:

0 – fără limitare **1** – limitare ușoară **2** – limitare moderată **3** – limitare semnificativă

№	Cifru	CRITERIILE	SPECIFICARE	GRADUL DE AFECTARE			
CAPITOL I. Învățarea și aplicarea cunoștințelor							
1.	d161	Direcția atenției	Menținerea atenției pentru o durată de timp.	0	1	2	3
CAPITOL II. Sarcini și solicitări generale							
2.	d230	Realizarea programului zilnic obișnuit	Desfășurarea acțiunilor simple, complexe și coordonate în scopul de a planifica, organiza și finaliza sarcinile zilnice.	0	1	2	3
3.	d2401	Manipularea cu stresul	Desfășurarea acțiunilor simple, complexe și coordonate pentru a face față situațiilor de urgență, presiunilor sau stresului, asociate cu îndeplinirea unor sarcini.	0	1	2	3
4.	d2402	Manipularea cu criza	Desfășurarea de acțiuni simple, complexe și coordonate pentru a face față situație de pericol, de-a decide adecvat, să ceară ajutor sau să găsească persoana potrivită.	0	1	2	3
5.	d2504	Adaptarea la nivelul de activitate	Gestionarea comportamentului și exprimarea emoțiilor în mod adecvat.	0	1	2	3
CAPITOL IV. Mobilitatea							
6.	d415	Menținerea poziției corpului în acces	Necesitatea de a menține aceeași poziție a corpului atât cât este necesar.	0	1	2	3
7.	d430	Ridicarea și ducerea obiectelor	Ridicarea unui obiect sau de a lua ceva și a transfera de la un loc la altul.	0	1	2	3
8.	d4500	Mersul pe jos la distanță scurtă	Mersul pe jos o distanță mai mică de 1 km; în cameră, în interiorul unei clădire sau distanțe scurte în aer liber.	0	1	2	3
9.	d4501	Mersul pe jos la distanță	Mersul pe jos mai mult de un kilometru.	0	1	2	3

		lungă					
10.	d4552	Fuga	Deplasare cu pași mari și rapizi; alergare, goană.	0	1	2	3
11.	d470	Folosirea mijloacelor de transport	Utilizarea transportului public sau privat pentru deplasare.	0	1	2	3
CAPITOL V. Autoîngrijirea							
	d570	Îngrijirea sănătății proprii:					
12.	d5701	Gestionarea de dietă și fitness	Grija de sine, a fi conștient de selectarea și consumarea alimentelor nutritive și menținerea echilibrului fizic.	0	1	2	3
13.	d5702	Menținerea sănătății proprii	Grija de sine, de sănătatea proprie; cautarea asistenței specializate; gestionarea de medicamente conform prescripțiilor medicale; evitarea riscurilor pentru sănătatea sa.	0	1	2	3
CAPITOL VI. Autogospodărirea							
14.	d640	Efectuarea treburilor casnice	Gestionarea unei gospodării folosind aparatele de uz casnic.	0	1	2	3
CAPITOL VII. Interacțiunile și relațiile interpersonale							
15.	d710	Interacțiuni interpersonale de bază	Interacțiunea cu oamenii într-un mod contextual și social adecvat. Incluziuni: arătând respectul atunci când este cazul, caldura, aprecierea și toleranța în relații.	0	1	2	3
16.	d720	Interacțiuni interpersonale complexe	Menținerea și gestionarea interacțiunilor cu alte persoane, într-o manieră adecvată. Incluziuni: jocul cu alte persoane, întemeierea relațiilor; comportament adecvat în cadrul interacțiunilor; interacționează în conformitate cu normele și convențiile sociale, controlul agresiunii verbale și fizice.	0	1	2	3
17.	d740	Relații formale	Crearea și menținerea relațiilor specifice în contexte formale, cum ar fi cu profesori, angajatori, profesioniști sau prestatori de servicii.	0	1	2	3
18.	d750	Relații sociale informale	Crearea și menținerea relațiilor cu alte persoane, relații ocazionale cu persoane care trăiesc în aceeași comunitate, cu colegi de joacă sau persoane care provin din medii similare sau profesii. Incluziuni: relații informale cu prietenii, vecinii, cunoscuții, co-locuitori și colegi.	0	1	2	3
19.	d760	Relații de familie	Crearea și menținerea relațiilor de rudenie, cu membri ai familiei, relații mai îndepărtate, cum ar fi veri sau tutorii legali. Incluziuni: relațiile părinte-copil, copil-părinte, frate și membri ai familiei.	0	1	2	3
20.	d770	Relații intime	Crearea și menținerea relațiilor strânse între indivizi sau romantice, cum ar fi soț și soție, iubiți sau parteneri sexuali. Incluziuni: relații romantice, conjugale și sexuale.	0	1	2	3

CAPITOL VIII. Ariile majore ale vieții							
21.	d815	Educația preșcolară	Învățarea la un nivel inițial de instruire organizată în instituții preșcolare și pregătirea copilului pentru învățământul obligatoriu.	0	1	2	3
22.	d816	Viața preșcolară și activități conexe	Angajarea în activități preșcolare și activități conexe, cum ar fi excursii.	0	1	2	3
23.	d820	Educația școlară	Admiterea la școală, angajarea în toate responsabilitățile legate de școală și de învățarea materiei.	0	1	2	3
24.	d825	Pregătirea profesională	Angajarea în toate activitățile de formare și de învățare a materialului de pregătire pentru o meserie, loc de muncă sau profesie.	0	1	2	3
25.	d830	Învățământul superior	Angajarea în universități, colegii și școli profesionale și masterat pentru obținerea diplomelor și certificatelor respective.	0	1	2	3
CAPITOL IX. Comunitatea, viața civică și socială							
26.	d910	Viața comunitară	A se implica în toate aspectele vieții sociale, cum ar fi implicarea în organizații caritabile sau organizații sociale. Incluziuni: asociații formale și informale.	0	1	2	3
27.	d9200	Joaca	A se implica în jocuri cu reguli sau jocuri neorganizate și recreări spontane, cum ar fi jocul de șah sau de cărți, jocuri cu un set de reguli (de exemplu, de-a ascunselea).	0	1	2	3
28.	d9201	Sportul	A se implica în jocuri competitive sau organizate, efectuate singuri sau în grup.	0	1	2	3
29.	d9202	Arta și cultura	A se implica sau aprecia lucrări de artă sau evenimente culturale (teatru, cinema, muzeu), sau care participă într-o piesă, dans, cântând într-un grup, la un instrument musical.	0	1	2	3
30.	d9205	Socializarea	A se implica în întâlniri informale sau ocazionale cu ceilalți.	0	1	2	3
31.	d930	Religie și spiritualitate	A se implica în activități religioase sau spirituale (participarea la o biserică, templu, moschee sau sinagogă), care se roagă sau cântă pentru un scop religios și contemplare spirituală.	0	1	2	3
32.	d940	Drepturile omului	Se bucură de toate drepturile la nivel național și internațional care sunt acordate persoanelor (drepturile omului, egalizarea șanselor pentru persoanele cu dizabilități; drepturile copilului).	0	1	2	3
33.	d950	Viața politică și calitatea de cetățean	A se implica în viața socială, politică și guvernamentală a unui cetățean, având statut juridic ca un cetățean și se bucură de drepturi, privilegii.	0	1	2	3

IV. FACTORII DE MEDIU

În opinia dumneavoastră, care dintre următorii factori de mediu pot avea un impact pozitiv (favorabil) sau din contra - negativ (de barieră) pentru un copil cu astm bronșic?

Pentru fiecare dintre funcții încercați să estimați gradul de afectare.

0 – nici un impact **1** – impact slab pozitiv **2** – impact puternic pozitiv **3** – impact ușor negativ **4** – impact puternic negativ

№	Cifru	CRITERIILE	SPECIFICARE	GRADUL DE AFECTARE				
CAPITOL I. Produse și tehnologii								
	e110	Produse sau substanțe pentru consum personal:						
1.	e1100	Hrana	Orice obiect sau substanță, naturale sau create de om, adunate, prelucrate sau fabricate pentru a fi mâncate, de exemplu, alimente și lichide brute, prelucrate și preparate, de diferite consistențe, ierburi și minerale (vitamine și alte substanțe suplimentare).	0	1	2	3	4
2.	e1101	Medicamente	Orice obiect sau substanță, naturale sau create de om, adunate, prelucrate sau fabricate în scop medical.	0	1	2	3	4
	e115	Produse și tehnologii pentru uz personal în viața cotidiană:						
3.	e1150	Produse și tehnologii generale de uz personal în viața cotidiană	Echipament, produse și tehnologii folosite de oameni în activitățile zilnice, de exemplu, îmbrăcăminte, textile, mobilier, aparatură, produse și unelte de curățenie, care nu sunt adaptate și nici proiectate special (exemplu, pernă din pene).	0	1	2	3	4
4.	e1151	Produse și tehnologii de asistare de uz personal în viața cotidiană	Echipament, produse și tehnologii, adaptate special care sunt de ajutor în viața cotidiană (exemplu, pernă din sintipon).	0	1	2	3	4
	e165	Bunuri:						
5.	e1650	Bunuri financiare	Produse, ca banii și alte instrumente financiare care servesc ca agent de schimb pentru munca prestată, bunuri de capital și servicii.	0	1	2	3	4
CAPITOL II. Mediul natural și schimbările făcute de om asupra mediului								

	e215	Populația:							
6.	e2150	Schimbări demografice	În special, migrare.	0	1	2	3	4	
	e220	Flora și fauna:							
7.	e2200	Plante	Copaci, arbuști, arbori, flori, vița de vie etc. Inclusiv și plante de cameră.	0	1	2	3	4	
8.	e2201	Animale	Animale sălbatice și domestice, păsări, pești, etc.	0	1	2	3	4	
	e225	Clima:							
9.	e2250	Temperatura	Gradul de căldură sau de frig	0	1	2	3	4	
10.	e2251	Umiditatea	Nivelul de umiditate al aerului (umiditate ridicată sau scăzută)	0	1	2	3	4	
11.	e2252	Presiune atmosferică	Drept condițiile meteorologice	0	1	2	3	4	
12.	e2253	Precipitațiile	Ploaie, rouă, zăpadă, grindină, etc.	0	1	2	3	4	
13.	e2254	Vântul		0	1	2	3	4	
14.	e2255	Variațiile sezoniere	Schimbări naturale, regulate și predictibile de la un anotimp la altul.	0	1	2	3	4	
15.	e235	Evenimente cauzate de om	Poluarea aerului, apei, solului, etc.	0	1	2	3	4	
	e245	Schimbări legate de timp:							
16.	e2450	Ciclul zi/noapte	Schimbări naturale și predictibile de la zi la noapte (de exemplu, accese nocturne de astm).	0	1	2	3	4	
	e260	Calitatea aerului :							
17.	e2600	Calitatea aerului din interior	Natura aerului din interiorul clădirilor (miros de parfum, fum, praf, aer condiționat (calitate controlată a aerului), etc).	0	1	2	3	4	
18.	e2600	Calitatea aerului din exterior	Natura aerului din afara clădirilor (miros de scurgeri de gaze, fum, alte substanțe toxice).	0	1	2	3	4	
CAPITOL III. Sprijin și relații									
Acest capitol se ocupă de oameni sau animale care oferă sprijin practic fizic sau emoțional, dezvoltare, protecție, asistență la alte persoane, în locuința acestora, la școală sau la joacă etc. Capitolul nu cuprinde atitudinile persoanei sau oamenilor care oferă sprijinul.									
19.	e310	Familia imediată	Indivizi care au o legătură prin naștere sau prin alte relații recunoscute ca fiind familie imediată (părinți, frați și surori, copii, părinți adoptivi, bunici).	0	1	2	3	4	
20.	e315	Familia lărgită	Indivizi care au o legătură prin familie sau prin alte relații recunoscute ca fiind familie lărgită (mătuși, unchi, nepoți).	0	1	2	3	4	
21.	e320	Prieteni	Indivizi care sunt apropiați și participanți permanenți într-o relație caracterizată prin încredere și sprijin reciproc.	0	1	2	3	4	
22.	e325	Cunoștințe, colegi, vecini și membri	Indivizi care se cunosc unii pe alții în diferite aspecte de viață și care	0	1	2	3	4	

		ai comunității	împărtășesc trăsături demografice, ca vârsta, sexul, religia, credința sau etnia sau care urmăresc interese comune.					
23.	e350	Animale domestice	Animale care asigură sprijin fizic, emoțional sau psihologic, de exemplu, animale de casă (câini, pisici, păsări, pești etc.).	0	1	2	3	4
24.	e355	Profesioniști în domeniul sănătății	Toți furnizorii de servicii care lucrează în cadrul sistemului de sănătate (medici, asistente medicale, psihologi).	0	1	2	3	4
25.	e360	Alți profesioniști	Toți furnizorii de servicii care lucrează în afara sistemului de sănătate (avocați, lucrători sociali, profesori).	0	1	2	3	4

CAPITOL IV. Atitudini

Acest capitol se ocupă de atitudinile care sunt consecințele observabile ale obiceiurilor, practicilor, ideologiilor, valorilor, normelor, credințelor religioase. Aceste atitudini influențează comportamentul individual și viața socială la toate nivelurile, de la relațiile interpersonale și asociațiile comunitare pînă la structurile politice, economice și legale.

26.	e410	Atitudini individuale ale membrilor familiei imediate	Opinii și credințe generale sau specifice ale membrilor familiei imediate despre persoană sau despre alte aspecte (subiecte sociale, politice și economice), care influențează comportamentul și acțiunile individuale.	0	1	2	3	4
27.	e415	Atitudini individuale ale membrilor familiei lărgite	Opinii și credințe generale sau specifice ale membrilor familiei lărgite.	0	1	2	3	4
28.	e420	Atitudini individuale ale prietenilor	Opinii și credințe generale sau specifice ale prietenilor	0	1	2	3	4
29.	e425	Atitudini individuale ale cunoștințelor, colegilor, vecinilor și membrilor comunității	Opinii și credințe generale sau specifice ale cunoștințelor, colegilor, vecinilor și membrilor comunității.	0	1	2	3	4
30.	e450	Atitudini individuale ale profesioniștilor din domeniul sănătății	Opinii și credințe generale sau specifice ale specialiștilor din domeniul sănătății.	0	1	2	3	4
31.	e455	Atitudini individuale ale profesioniștilor din domenii conexe sănătății	Opinii și credințe generale sau specifice ale profesioniștilor din domenii conexe sănătății.	0	1	2	3	4
32.	e460	Atitudini ale societății	Opinii sau credințe pe care le au în general oamenii unei societăți, unui grup subcultural sau unui alt grup față de un alt grup social, alți indivizi sau alte aspecte politice, economice și sociale.	0	1	2	3	4

CAPITOL V. Servicii, sisteme și politici. Prezentul capitol se ocupă de:

1. Servicii care furnizează beneficii, programe și funcționări structurate, în diverse sectoare ale societății, pentru a respecta nevoile indivizilor. (In servicii sunt incluse și persoanele care furnizează aceste servicii).

2. <u>Sisteme</u> care sunt mecanisme de control administrativ și organizatoric și care sunt stabilite de guverne la nivel local, regional, național și internațional sau de alte autorități recunoscute. 3. <u>Politici</u> constituite prin reguli, reglementări, convenții și standarde stabilite de guverne la nivel local, regional, național și internațional sau de autorități recunoscute.									
33.	e520	Servicii, sisteme și politici pentru spații deschise	Planificare, proiectare, dezvoltare/amenajare și întreținere a spațiilor publice (parcuri, păduri, etc) și a spațiilor private din zonele rurale și urbane.	0	1	2	3	4	
34.	e525	Servicii, sisteme și politici de locuințe	Asigurarea de adăpost, spații de locuit sau cazare pentru oameni.	0	1	2	3	4	
35.	e530	Servicii, sisteme și politici pentru utilități	Furnizarea principală cu energiei, apă potabilă și alte servicii principale.	0	1	2	3	4	
36.	e535	Servicii, sisteme și politici de comunicații	Transmiterea de informații printr-o varietate de metode (telefon, poștă, alte sisteme informatice), ceea ce dă posibilitatea, de exemplu, chemarea ambulanței, legătura cu medicul.	0	1	2	3	4	
37.	e540	Servicii, sisteme și politici de transport	Pentru a permite oamenilor deplasarea la punctul medical sau a fi regionalizat în caz de boală.	0	1	2	3	4	
38.	e545	Servicii, sisteme și politici de protecție civilă	Protejarea oamenilor și a proprietății, de exemplu, serviciile de urgență și ambulanță, inclusiv cei care furnizează aceste servicii.	0	1	2	3	4	
39.	e555	Servicii, sisteme și politici de asociații și organizații	Se referă la grupuri de oameni care se asociază pe baza unor interese comune, non-comerciale.	0	1	2	3	4	
40.	e570	Servicii, sisteme și politici de asigurări sociale	Furnizarea unui sprijin financiar oamenilor care, din cauza vârstei, sărăciei, condiției de sănătate sau dizabilității, necesită asistență din partea statului (ajutor financiar, compensații, pensii).	0	1	2	3	4	
41.	e580	Servicii, sisteme și politici de sănătate	Prevenire și tratare a problemelor de sănătate, asigurarea reabilitării medicale și promovarea unui stil de viață sănătos.	0	1	2	3	4	

Chestionar pentru părinți

CATEGORII DIN CIF-CT SELECTATE PENTRU COPIII CU ASTM BRONȘIC

Vă rugăm respectuos să răspundeți la câteva întrebări. Vă mulțumim anticipat pentru colaborare!

F.N.P. _____ Data nașterii ____/____/____

Adresa _____ tel. _____

1	Vârsta copilului (ani)		0-1	1
			2-5	2
			6-12	3
			13-18	4
2	Genul		Masculin	1
			Feminin	2
SEVERITATEA MALADIEI DUPĂ GINA 2009				
3	Frecvența acceselor		≤ 1 ori pe săptămână	1
			>1 ori/săptămână	2
			zilnic	3
			persistent	4
4	Accese nocturne		≤ 2 ori/lună	1
			>2 ori/lună	2
			> 1 dată/săptămână	3
			frecvent	4
5	Variabilitatea PEF	Notați valoarea	< 20%	1
			20-30%	2
			> 30%	3
6	FEV ₁ sau FVC	Notați valoarea	> 80% de la normal	1
			60-80%	2
			<60%	3

NIVELUL DE CONTROL DUPĂ GINA 2010				
7	Frecvența acceselor		Nu sau ≤2 ori/săpt.	1
			>2 ori/săptămână	2
8	Limitarea activității		Nu	1
			Da	2
9	Accese nocturne		Nu	1
			Da	2
10	Necăsitatea β2-agoniștilor de scurtă durată		Nu sau ≤ 2 ori/ săptăm	1
			>2 ori/ săptămână	2
11	Exacerbările		Nu	1
			≥1 pe an	2
			1 pe oricare săpt.	3
12	Funcția pulmonară (FEV ₁ sau FVC)	Notați valoarea	> 80% de la normal	1
			<80%	2
CONTROL DE DURATĂ				
13	Control de durată pe parcursul ultimelor 3 luni		Nu a primit tratament de bază	1
			Cromoglicani inhalator	2
			β2 – agoniști cu acțiune lungă	3
			Theophyllini retard	4
			Corticosteroizi inhalatori / sistemici	5
			Antihistaminice	6
			Altele	7
ALTE MANIFESTĂRI ALERGICE				
14.	Semne de rinită alergică		Rinoree	1
			Înfundarea nasului	2
			Strănutare	3
			N-a avut	4
15.	Semne de conjunctivită alergică		Lacrimare	1
			Pruritul ochilor	2
			N-a avut	3
16.	Semne de dermatită atopică		Erupții cutanate periodice	1

		Uscăciunea tegumentelor	2
		Erupții pruriginoase	3
		N-a avut	4
	Diagnostic clinic oficial:		
	Diagnostic clinic conform GINA:		
FACTORII PROVOCATORI			
17.	Locuiește în	Sat, casă individuală	1
		Apartament	2
		Oraș, casă individuală	3
		Oraș, cămin	4
18.	Aveți animale în casă în prezent?	Da	1
		Nu	2
19.	Fumează cineva în prezent în interiorul casei copilului Dvs?*	Da	1
		Nu	2
20.	Care combustibil folosiți pentru pregătirea bucatelor și încălzirea casei în prezent?	Electricitate	1
		Gaz	2
		Cărbune sau lemn	3
		Alte	4
21.	Sunt prezente pete de umezeală și, sau mușgai pe pereți sau pod în casa Dvs?	Da	1
		Nu	2

I. FUNCȚIILE ORGANISMULUI

În opinia dumneavoastră, care dintre funcțiile organismului poate fi afectată (redușă, degradată, deteriorată, limitată) la copilul Dvs?

Pentru fiecare dintre funcții încercați să estimați gradul de afectare.

0 – nu este afectată **1** – afectare ușoară **2** – afectare moderată **3** – afectare severă

№	Cifru	CRITERIILE	SPECIFICARE	GRADUL DE AFECTARE			
22.	b1250	Adaptibilitatea	Dispozitia de a acționa, de a reacționa la noi obiecte sau experiențe într-un mod acceptabil sau rezistent.	0	1	2	3
23.	b1252	Nivel de activitate	Dispozitia de a acționa sau de a reacționa cu acțiune.	0	1	2	3
24.	b1263	Stabilitate psihică	Caracter personal care este chiar temperat, calm și compus.	0	1	2	3
25.	b1264	Predispunere spre experiență	Caracter curios, imaginativ și caută experiență.	0	1	2	3
26.	b1265	Optimizm	Caracter vesel, plin de speranță și dinamică.	0	1	2	3
27.	b1266	Încredere în sine	Caracter care este sigur de sine, îndrăzneț și asertiv.	0	1	2	3
28.	b1300	Nivelul energetic	Funcțiile mentale care produc vigoarea și vitalitatea.	0	1	2	3
29.	b1302	Apetitul	Dorință naturală și recurentă pentru alimente și băuturi.	0	1	2	3
30.	b1341	Adormirea	Tranziția între starea de veghe și somn.	0	1	2	3
31.	b1342	Menținerea somnului	Susținerea somnului.	0	1	2	3
32.	b1343	Calitatea somnului	Somnul natural ce duce la odihnă fizică și psihică optimă și relaxare.	0	1	2	3
33.	b1400	Susținerea atenției	Concentrarea atenției pe o perioada de timp necesară.	0	1	2	3
34.	b1520	Caracterul emoțiilor	Stare afectivă intensă, provocată de factori externi și caracterizată printr-o bruscă perturbație fizică și psihică, oglindind atitudinea individului față de realitate.	0	1	2	3
35.	b1521	Reglarea emoțiilor	Controlează experiența și emoțiile.	0	1	2	3
36.	b2800	Durerea generalizată	Senzație neplăcută care indică o deteriorare potențială sau reală a unor structuri simțite de tot organismul.	0	1	2	3
37.	b28010	Durerea de cap și gât	Senzație neplăcută care indică o deteriorare potențială sau efectivă simțită la nivelul capului	0	1	2	3

			și gâtului.				
38.	b28011	Durerea în torace	Senzație neplăcută care indică o deteriorare potențială sau reală a unor organe simțită la nivelul toracelui.	0	1	2	3
39.	b28012	Durerea în abdomen	Senzație neplăcută care indică o deteriorare potențială sau reală a unor organe simțită la nivelul abdomenului/stomacului.	0	1	2	3
40.	b4500	Producerea de mucus a căilor respiratorii	Funcția de producere a mucusului din caile respiratorii superioare și inferioare.	0	1	2	3
41.	b4501	Transportul de mucus a căilor respiratorii	Funcția de transport a mucusului din caile respiratorii superioare și inferioare.	0	1	2	3
42.	b4508	Altele funcții respiratorii adiționale	Respirație dificilă, șuerătoare, wheezing, etc.	0	1	2	3
43.	b4550	Enduranța fizică generală	Nivelul general de toleranță la efort fizic.	0	1	2	3
44.	b4552	Fatigabilitatea	Oboseala, la orice nivel de efort.	0	1	2	3
45.	b5106	Voma	Funcția de a mișca hrana sau lichidele în direcția opusă ingestiei, de la stomac la esofag la gură și apoi afară.	0	1	2	3
46.	b51060	Regurgitarea	Funcția de a mișca hrana sau lichidele în direcția opusă ingestiei, de la stomac la esofag la gură fără să-l expulzeze.	0	1	2	3
47.	b525	Funcția de defecație	Funcția de trecerea nutrienților alimentari și a lichidelor din intestin în sânge.	0	1	2	3
48.	b530	Menținere a greutății	Funcția de acceptare a alimentelor și a lichidelor adecvate pentru digestie și respingerea celor neadecvate.	0	1	2	3

II. ACTIVITĂȚI ȘI PARTICIPARE

În opinia dumneavoastră, care dintre următoarele tipuri de activități și de participare pot fi limitate (copilul nu le poate realiza) la copilul Dvs?

Pentru fiecare dintre tipuri de activitate și participare încercați să estimați gradul de limitare:

0 – fără limitare **1** – limitare ușoară **2** – limitare moderată **3** – limitare semnificativă

№	Cifru	CRITERIILE	SPECIFICARE	GRADUL DE AFECTARE			
49.	d161	Direcția atenției	Menținerea atenției pentru o durată de timp.	0	1	2	3
50.	d230	Realizarea	Desfășurarea acțiunilor simple, complexe și coordonate în scopul de a planifica, organiza și	0	1	2	3

		programului zilnic obișnuit	finaliza sarcinile zilnice.				
51.	d2402	Manipularea cu criza	Desfășurarea de acțiuni simple, complexe și coordonate pentru a face față situație de pericol, de-a decide adecvat, să ceară ajutor sau să găsească persoana potrivita.	0	1	2	3
52.	d2504	Adaptarea la nivelul de activitate	Gestionarea comportamentului și exprimarea emoțiilor în mod adecvat.	0	1	2	3
53.	d430	Ridicarea și ducerea obiectelor	Ridicarea unui obiect sau de a lua ceva și a transfera de la un loc la altul.	0	1	2	3
54.	d4500	Mersul pe jos la distanță scurtă	Mersul pe jos o distanță mai mica de 1 km; în cameră, în interiorul unei clădire sau distanțe scurte în aer liber.	0	1	2	3
55.	d4501	Mersul pe jos la distanță lungă	Mersul pe jos mai mult de un kilometru.	0	1	2	3
56.	d4552	Fuga	Deplasare cu pași mari și rapizi; alergare, goană.	0	1	2	3
57.	d470	Folosirea mijloacelor de transport	Utilizarea transportului public sau privat pentru deplasare.	0	1	2	3
58.	d5701	Gestionarea de dietă și fitness	Grija de sine, a fi conștient de selectarea și consumarea alimentelor nutritive și menținerea echilibrului fizic.	0	1	2	3
59.	d5702	Menținerea sănătății proprii	Grija de sine, de sănătatea proprie; cautarea asistenței specializate; gestionarea de medicamente conform prescripțiilor medicale; evitarea riscurilor pentru sănătatea sa.	0	1	2	3
60.	d720	Interacțiuni interpersonale complexe	Menținerea și gestionarea interacțiunilor cu alte persoane, într-o manieră adecvată. Incluziuni: jocul cu alte persoane, întemeierea relațiilor; comportament adecvat în cadrul interacțiunilor; interacționează în conformitate cu normele și convențiile sociale, controlul agresiunii verbale și fizice.	0	1	2	3
61.	d740	Relații formale	Crearea și menținerea relațiilor cu profesori, angajatori, profesioniști sau prestatori de servicii.	0	1	2	3
62.	d750	Relații sociale informale	Crearea și menținerea relațiilor informale cu prietenii, vecinii, cunoscuții, co-locuitori și colegii.	0	1	2	3
63.	d760	Relații de familie	Crearea și menținerea relațiilor de rudenie, cu membrii familiei: relațiile părinte-copil, copil-părinte, frate și membrii familiei.	0	1	2	3
64.	d815	Educația preșcolară	Învățarea la un nivel inițial de instruire organizată în instituții preșcolare și pregătirea copilul pentru învățământul obligator. Copilul Dvs a frecventat grădinița?	0	1	2	3
65.	d820	Educația școlară	Admiterea la școală, angajarea în toate responsabilitățile legate de școală și de învățarea	0	1	2	3

			materiei.				
66.	d825	Pregătirea profesională	Angajarea în toate activitățile de formare și de învățare a materialului de pregătire pentru o meserie, loc de muncă sau profesie.	0	1	2	3
67.	d910	Viața comunitară	Implicarea în organizații caritabile sau organizații sociale, asociații formale și informale.	0	1	2	3
68.	d9200	Joaca	Implicarea în jocuri cu reguli sau jocuri neorganizate și recreări spontane, cum ar fi jocul de șah sau de cărți, jocuri cu un set de reguli (de exemplu, de-a ascunselea),	0	1	2	3
69.	d9201	Sportul	Angajarea în evenimente competitive de jocuri sau athletic, efectuate singuri sau în grup.	0	1	2	3
70.	d9202	Arta și cultura	Angajarea sau apreciere în arte plastice sau evenimente culturale (teatru, cinema, muzeu), sau care participă într-o piesă, dans, cântând într-un grup, la un instrument musical.	0	1	2	3
71.	d940	Drepturile omului	Se bucură de toate drepturile la nivel național și internațional care sunt acordate persoanelor (drepturile omului, egalizarea șanselor pentru persoanele cu dizabilitate; drepturile copilului).	0	1	2	3

III. FACTORII DE MEDIU

În opinia dumneavoastră, care dintre următorii factori de mediu pot avea un impact pozitiv (favorabil) sau din contra - negativ (de barieră) pentru copilul Dvs?

Pentru fiecare dintre funcții încercați să estimați gradul de afectare.

0 – nici un impact **1** – impact slab pozitiv **2** – impact puternic pozitiv **3** – impact ușor negativ **4** – impact puternic negativ

Nº	Cifru	CRITERIILE	SPECIFICARE	GRADUL DE AFECTARE				
72.	e1100	Hrana	De exemplu: Consumul produselor alimentare cauzează dificultăți de respirație, weezing, constricție toracică la copilul Dvs ?	0	1	2	3	4
73.	e1101	Medicamente	De exemplu: Substanțele medicamentoase provoacă dificultăți de respirație la copilul Dvs?	0	1	2	3	4
74.	e1150	Produse și tehnologii generale de uz personal în viața cotidiană	Echipament, produse și tehnologii folosite de oameni în activitățile zilnice, de exemplu, textile, mobilier, produse de curățenie, provoacă dificultăți de respirație la copilul Dvs?	0	1	2	3	4
75.	e2150	Schimbări demografice	În special, migrare	0	1	2	3	4

76.	e2200	Plante	Copaci, arbuști, arbori, flori, vița de vie etc., inclusiv și plante de cameră.	0	1	2	3	4
77.	e2201	Animale	Animale sălbatice și domestice, păsări, pești, etc.	0	1	2	3	4
78.	e2250	Temperatura	Gradul de căldură sau de frig	0	1	2	3	4
79.	e2251	Umiditatea	Nivelul de umiditate al aerului (umiditate ridicată sau scăzută)	0	1	2	3	4
80.	e2252	Presiune atmosferică	Drept condițiile meteorologice	0	1	2	3	4
81.	e2253	Precipitațiile	Ploaie, rouă, zăpadă, grindină, etc.	0	1	2	3	4
82.	e2254	Vântul		0	1	2	3	4
83.	e2255	Variațiile sezoniere	Schimbări naturale, regulate și predictibile de la un anotimp la altul.	0	1	2	3	4
84.	e235	Evenimente cauzate de om	Poluarea aerului, apei, solului, etc.	0	1	2	3	4
85.	e2450	Ciclul zi/noapte	Schimbări naturale și predictibile de la zi la noapte (de exemplu, accese nocturne de astm)	0	1	2	3	4
86.	e2600	Calitatea aerului din interior	Natura aerului din interiorul clădirilor (miros de parfum, fum, praf, aer condiționat (calitate controlată a aerului), etc).	0	1	2	3	4
87.	e2601	Calitatea aerului din exterior	Natura aerului din afara clădirilor (miros de scurgeri de gaze, fum, alte substanțe toxice).	0	1	2	3	4
88.		Gradul de dizabilitate	Are grad de dizabilitate	1				
89.			Nu are grad de dizabilitate	2				

Data completării :

Cercetător:

CONSIMȚĂMÎNTUL PARTICIPĂRII
ÎN STUDIUL DE CERCETARE A CRITERIILOR DIN CIF-CT SELECTATE PENTRU
ASTMUL BRONȘIC

Declarația cercetătorului

Apelăm cu rugămintea de a participa la studiul nostru științific. Vă rugăm să citiți cu atenție informația expusă înainte de a lua decizia. La momente neclare sau la necesitatea unei informații suplimentare, adresați-Vă medicului Dvs. Refuzul de a participa la studiu nu va influența calitatea deservirii medicale.

Obiectivul studiului. Scopul nostru este de a obiectiviza aprecierea dizabilității la copii pentru a elabora măsuri eficiente de profilaxie și reabilitare.

Procedura de cercetări. Se planifică să fie cercetați 150 de pacienți (cu astm bronșic cu grad de dizabilitate), de asemenea 150 de copii cu astm bronșic fără grad de dizabilitate (în calitate de lot-martor pentru comparație). Fiecare participant va fi rugat să răspundă la întrebări. În paralel cu interviuarea va fi cercetată documentația medicală a copiilor – formularul statistic F112/e (pentru completarea datelor anamnesticalui vieții, maladiilor suportate, anamnesticalui familial, datelor cercetărilor de laborator, funcționale și instrumentale anterioare etc.). Pacienții vor fi examinați clinic (examen fizic general și al aparatului respirator). Se vor efectua teste de explorare funcțională pulmonară - spirometria, pulsoximetria, NO în aerul expirat.

Risc și discomfort. Spirometria, pulsoximetria, NO în aerul expirat sunt metode neinvazive.

Spirometria este o investigație cu ajutorul căreia se verifică dacă funcția respiratorie a unei persoane este afectată.

Pulsoximetria este o metodă neinvazivă de determinare a saturației în oxigen a sângelui periferic și frecvenței (eventual forme) pulsului periferic, care ajută la evaluarea funcției respiratorii.

Testul pentru aprecierea oxidului nitric expirat – este un test respirator care măsoară cantitatea de oxid nitric în aerul expirat. Oxidul nitric este o substanță prezentă, în mod normal, în cantități foarte mici în respirație, dar care are niveluri crescute în prezența inflamației căilor respiratorii.

Astfel, riscuri pentru sănătatea copilului Dvs fizică și morală nu există în urma efectuării acestor proceduri.

Beneficii. Participarea copilului Dvs în prezentul studiu Vă oferă un beneficiu evident. Acest studiu va permite evaluarea funcției respiratorii, determinarea dinamicii indicilor dizabilității cauzate de AB. Toate acestea vor fi folosite în elaborarea instrumentelor practice și

introducerea unei noi metodologii de determinare a dizabilității în Republica Moldova, precum și pentru optimizarea programului individual de tratament și reabilitare a copilului Dvs.

Confidențialitatea.

- Acces la rezultatele studiului vor avea doar medicul Dvs, cercetătorii științifici responsabili de lucru.
- Rezultatele obținute vor avea un interes fundamental, din care cauză nu vor fi anunțate. În caz că veți solicita informația despre datele spirometriei, pulsoximetriei și NO din aerul expirat ale copilului, informația va fi oferită de medicul responsabil de efectuarea studiului, conform cererii Dvs.
- Puteți refuza cercetările propuse în orice moment.

Declarația cercetătorului

Eu am consiliat minuțios cu părinții/tutorele legal al pacientului/copilului conținutul acordului informațional. Eu i-am explicat părinților/tutorei legal al pacientului/copilului sarcinile proiectului, riscul și beneficiul acestui studiu. Eu am răspuns explicit la toate întrebările părinților/tutorei legal al pacientului/copilului.

Prenumele, numele cercetătorului

Semnătură

Data „_____” _____20__

Declarația părinților/tutorei legal al pacientului/copilului cercetat

Eu am citit și am conștientizat momentele incluse în prezentul studiu și am primit răspuns la toate întrebările. Eu binevol dau acordul de participare a copilului meu în prezentul studiu. Dacă vor apărea întrebări suplimentare, după răspuns mă voi adresa la medicul _____ sau la organizatorul cercetărilor, colaborator științific stagier, Natalia Chiper (IMSP Institutul Mamei și Copilului, str Burebista 93, tel. 069461226). Îmi este clar, că pot refuza de la participarea copilului meu în cercetarea dată la orice moment și refuzul de la studiul realizat nici într-un mod nu va influența calitatea deservirii medicale personale. Eu am primit copia acestui consimțământ informațional.

Prenume, nume al părintelui/tutorei legal _____

Semnătura părintelui/tutorei legal

Data „_____” _____20__

Prenume, nume al copilului _____

Semnătura copilului

Data „_____” _____20__

Anexa 4

Categoriile CIF ce se referă la **funcțiile organismului** incluse în Setul categoriilor CIF la copiii cu astm bronșic (% răspunsuri „pro” ale specialiștilor pe parcursul studiului de colectare a opiniilor, metoda Delphi).

Codul CIF			Categoriile CIF	Rezultate	
nivelul II	nivelul III	nivelul IV		I rundă	II rundă
	b1250		Adaptibilitatea	83,8%	91,0%
	b1252		Nivel de activitate	85,0%	95,0%
	b1263		Stabilitate psihică	82,9%	91,0%
	b1265		Optimizm	80,4%	79,0%
	b1266		Încredere în sine	83,2%	75,0%
	b1300		Nivelul energetic	81,1%	85,0%
	b1301		Motivația	81,7%	78,0%
	b1340		Durata somnului	86,9%	92,0%
	b1341		Adormirea	83,5%	84,0%
	b1342		Mentținerea somnului	88,1%	88,0%
	b1343		Calitatea somnului	89,3%	86,0%
	b1400		Susținerea atenției	83,5%	82,0%
	b1520		Caracterul emoțiilor	88,4%	90,0%
	b1521		Reglarea emoțiilor	81,0%	87,0%
		b28010	Durerea de cap și gât	83,2%	83,0%
		b28011	Durerea în torace	93,6%	92,0%
	b4100		Fregvența cardiacă	91,1%	98,0%
	b4101		Ritmul cardiac	82,3%	88,0%
		b43500	Răspunsul imun specific	94,8%	99,0%
		b43501	Răspunsul imun nonspecific	93,9%	99,0%
	b4351		Reacții de hipersensibilitate	96,6%	98,0%
	b4400		Rata de respirație	96,0%	98,0%
	b4401		Ritmul respirator	90,8%	97,0%
	b4402		Adâncimea respirației	96,6%	98,0%
	b4450		Funcțiile mușchilor toracici respiratori	95,7%	96,0%
	b4451		Funcțiile diafragmei	91,4%	96,0%
	b4452		Funcțiile mușchilor accesorii respiratori	95,9%	96,0%
	b4500		Producerea de mucus a căilor respiratorii	96,0%	97,0%
	b4501		Transportul de mucus a căilor respiratorii	96,6%	98,0%
	b4508		Altele funcții respiratorii adiționale	95,1%	99,0%
	b4550		Enduranța fizică generală	96,3%	99,0%
	b4551		Capacitatea de aerobic	95,4%	95,0%
	b4552		Fatigabilitatea	95,7%	97,0%
		b51060	Regurgitarea	67,6%	86,0%
	b5153		Toleranța la produsele alimentare	83,2%	93,0%
b530			Funcțiile de menținere a greutateii	83,2%	84,0%
b540			Funcțiile metabolice generale	89,0%	88,0%
b560			Funcțiile de întreținerea creșterii	9,0%	89,0%

Categoriile CIF ce se referă la **structura corpului** incluse în Setul comprehensiv al categoriilor CIF la copii cu astm bronșic (% răspunsuri „**pro**” ale specialiștilor pe parcursul studiului de colectare a opiniilor, metoda Delphi).

Codul CIF			Categoriile CIF	Rezultate	
nivelul II	nivelul III	nivelul IV		I rundă	II rundă
		s41000	Atriile cordului	82,3%	91,0%
		s41001	Ventricolele cordului	81,7%	93,0%
		s43010	Arborele bronșic	97,2%	99,0%
		s43011	Alveolele	94,5%	87,0%
	s4302		Cutia toracică	94,8%	98,0%
s520			Esofagului	81,0%	87,0%

Anexa 6

Categoriile CIF ce se referă la **activități și participare** incluse în Setul comprehensiv al categoriilor CIF la copiii cu astm bronșic (% răspunsuri „pro” ale specialiștilor pe parcursul studiului de colectare a opiniilor, metoda Delphi).

Codul CIF		Categoriile CIF	Rezultate	
nivelul II	nivelul III		I rundă	II rundă
d161		Diracția atenției	82,0%	90,0%
d230		Realizarea programului zilnic obișnuit	87,2%	92,0%
	d2401	Manipularea cu stresul	91,8%	98,0%
	d2402	Manipularea cu criza	94,8%	96,0%
d415		Menținerea poziției corpului în acces	92,0%	97,0%
d430		Ridicarea și ducerea obiectelor	86,2%	99,0%
	d4501	Mersul pe jos la distanță lungă	94,2%	99,0%
	d4552	Fuga	96,6%	94,0%
	d5702	Menținerea sănătății proprii	73,7%	90,0%
d640		Efectuarea treburilor casnice	75,8%	95,0%
d710		Interacțiuni interpersonale de bază	70,6%	76,0%
d720		Interacțiuni interpersonale complexe	72,2%	80,0%
d750		Relații sociale informale	69,0%	83,0%
d770		Relații intime	78,9%	85,0%
d816		Viața preșcolară și activități conexe	80,4%	91,0%
d820		Educația școlară	73,7%	87,0%
d825		Pregătirea profesională	82,0%	91,0%
	d9200	Joaca	78,0%	94,0%
	d9201	Sportul	91,1%	99,0%
	d9202	Arta și cultura	68,2%	88,0%
	d9205	Socializarea	64,5%	80,0%

Categoriile CIF ce se referă la **factori de mediu** incluse în Setul comprehensiv al categoriilor CIF la copiii cu astm bronșic care pot fi favorabili pentru evoluția sănătății copilului (% răspunsuri „pro” ale specialiștilor pe parcursul studiului de colectare a opiniilor, metoda Delphi).

Codul CIF		Categoriile CIF	Rezultatele	
nivelul II	nivelul III		I rundă	II rundă
	e1101	Medicamente	64,5%	44,0%
	e2150	Schimbări demografice	45,2%	55,0%
e310		Sprijin și relații cu familia imediată	80,4%	81,0%
e315		Sprijin și relații cu familia lărgită	78,2%	82,0%
e320		Sprijin și relații cu prieteni	78,6%	88,0%
e325		Sprijin și relații cu cunoștințe, colegi, vecini și membri ai comunității	76,5%	80,0%
e355		Sprijin și relații cu profesioniști în domeniul sănătății	80,4%	86,0%
e360		Sprijin și relații cu alți profesioniști	76,1%	85,0%
e410		Atitudini individuale ale membrilor familiei imediate	78,3%	87,0%
e415		Atitudini individuale ale membrilor familiei lărgite	76,1%	90,0%
e420		Atitudini individuale ale prietenilor	78,3%	92,0%
e425		Atitudini individuale ale cunoștințelor, colegilor, vecinilor și membrilor comunității	75,8%	87,0%
e450		Atitudini individuale ale profesioniștilor din domeniul sănătății	55,9%	91,0%
e455		Atitudini individuale ale profesioniștilor din domenii conexe sănătății	81,0%	91,0%
e460		Atitudini ale societății	73,4%	88,0%
e525		Servicii, sisteme și politici de locuințe	75,8%	85,0%
e530		Servicii, sisteme și politici pentru utilități	76,4%	87,0%
e535		Servicii, sisteme și politici de comunicații	79,2%	91,0%
e540		Servicii, sisteme și politici de transport	81,0%	88,0%
e545		Servicii, sisteme și politici de protecție civilă	83,2%	87,0%
e555		Servicii, sisteme și politici de asociații și organizații	77,1%	87,0%
e570		Servicii, sisteme și politici de asigurări sociale	81,4%	89,0%
e580		Servicii, sisteme și politici de sănătate	82,6%	92,0%

Fișa de evaluare a profilului categoriilor CIF la copiii cu astm bronșic.

Codul categoriilor CIF	Profilul categoriilor CIF	Calificatori CIF*						
		probleme	0	1	2	3	4	
(b) Funcțiile organismului								
b1252	Nivel de activitate							
b1263	Stabilitate psihică							
b1340	Durata somnului							
b28011	Durerea în torace							
b410	Funcția cardiacă							
b435	Funcția sistemului imun							
b440	Funcția respirației							
b4450	Funcțiile mușchilor toracici respiratori							
b4500	Producerea de mucus a căilor respiratorii							
b4501	Transportul de mucus a căilor respiratorii							
b4508	Altele funcții respiratorii adiționale							
b455	Funcția de toleranță la exerciții							
b560	Funcțiile de întreținerea creșterii							
(s) Structura organismului								
s410	Structura sistemului cardiovascular							
s430	Structura sistemului respirator							
s4302	Cutia toracică							
s520	Structura esofagului							
(d) Activități și participare								
d230	Realizarea programului zilnic obișnuit							
d240	Manipularea cu stresul și alte nevoi psihologice							
d4501	Mersul pe jos la distanță lungă							
d4552	Fuga							
d640	Efectuarea treburilor casnice							
d9200	Joaca							
d9201	Sportul							
d9202	Arta și cultura							
d9205	Socializarea							

Profilul de categorii ilustrează aspecte relevante ale funcționării la pacient/copil AB

* Rangul calificatorilor de la 0 = nu există probleme (0-4%); 1- probleme ușoare (5-24%); 2- probleme moderate (25-49%); 3 – probleme severe (50-95%); până la 4 = problemă completă (96-100%) în (s), activitatea și participarea și performanța componentele funcția organismului (b), structura corpului (d)

Codul categoriilor CIF	Profilul categoriilor CIF	Calificatori CIF**									
		Facilitatori				Facilitatori					
		4+	3+	2+	1+	0	1	2	3	4	
(e) Factorii de mediu											
e1100	Hrana										
e1101	Medicamente										
e2150	Schimbări demografice										
e225	Clima										
e260	Calitatea aerului										
e310	Sprijin și relații cu familia imediată										
e315	Sprijin și relații cu familia lărgită										
e320	Sprijin și relații cu prieteni										
e355	Sprijin și relații cu profesioniști în domeniul sănătății										
e360	Sprijin și relații cu alți profesioniști										
e410	Atitudini individuale ale membrilor familiei imediate										
e415	Atitudini individuale ale membrilor familiei lărgite										
e420	Atitudini individuale ale prietenilor										
e425	Atitudini individuale ale cunoștințelor, colegilor, vecinilor și membrilor comunității										
e450	Atitudini individuale ale profesioniștilor din domeniul sănătății										
e455	Atitudini individuale ale profesioniștilor din domenii conexe sănătății										
e460	Atitudini ale societății										
e555	Servicii, sisteme și politici de asociații și organizații										
e570	Servicii, sisteme și politici de asigurări sociale										
e580	Servicii, sisteme și politici de sănătate										

Profilul de categorii ilustrează aspecte relevante ale funcționării la pacient/copil cu AB

*** Rangul calificatorilor la componenta factorii de mediu conform CIF se apreciază de la -4 = bariere complete până la +4 = facilitare completă*

Tabelul de intervenții a echipei multidisciplinare la copiii cu astm bronșic în baza evaluării profilului categoriilor CIF.

	Ținta intervenției (Categorii CIF)	Intervenția	*Specialiștii echipei multidisciplinare							**Valoarea	
			M	Nrs	R	Ps	LS	SE	AI	V1	V2
<i>(b) Funcțiile organismului</i>											
<i>(s) Structura organismului</i>											
<i>(d) Activități și participare</i>											
<i>(e) Factorii de mediu</i>											
<i>Factori personali</i>											

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
AL
REPUBLICII MOLDOVA

INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
INSTITUTUL
MAMEI ȘI COPILULUI
(IMSP IMȘIC)

str. Burebista, 93

MD-2062, mun. Chișinău

Tel. + 373 22 52-36-61;

www.mama-copilul.md e-mail: mamsicop@gmail.com



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА

ПУБЛИЧНОЕ МЕДИКО-САНИТАРНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ
ИНСТИТУТ МАТЕРИ И РЕБЕНКА
(ПМСУ ИМнР)

ул. Буребиста, 93

MD-2062, мун/г Кишинэу

Tel. + 373 22 52-36-61;

www.mama-copilul.md e-mail: mamsicop@gmail.com



APROB

Director general IMSP CNȘPMU

Stefan GAȚCAN

ACT DE IMPLEMENTARE

1. Denumirea propunerii de implementare: „METODĂ DE APRECIERE A STĂRII DE FUNCȚIONARE, DIZABILITATE ȘI SĂNĂTATE A COPIILOR CU PATOLOGIE BRONHO-PULMONARĂ CRONICĂ CU UTILIZAREA INSTRUMENTULUI ELABORAT „SET DE BAZĂ DE CATEGORII CIF PENTRU PATOLOGIA BRONHO-PULMONARĂ CRONICĂ LA COPII”

2. De cine a fost propusă: Ala COJOCARU, Liubov VASILOS, Marina ARAMĂ, Natalia CHIPER

3. Unde a fost implementată: Secția Alergologie și Pneumologie pediatrică .

4. Anul implementării: 2014.

5. Rezultatele folosirii inovației : Aplicarea „Setului de categorii CIF” va ameliora procesul de evaluare/reabilitare a copilului cu patologii cronice bronho-pulmonare, interpretând funcționarea și sănătatea copilului nu numai ca doar o stare ce necesită un tratament medicamentos, de „reparație” a funcțiilor și structurilor organismului, ci și îmbunătățirea activității și participării copilului prin modificarea factorilor de mediu dar și factorilor personali ai copilului.

„Setul de categorii CIF” poate fi utilizat și pentru rapoartarea datelor clinice altor furnizori, profesioniști. La fel, ele pot servi pentru trasarea scopului și obiectivelor cercetării, servind, totodată, drept un mijloc de comunicare între prestatorii de servicii, profesioniști, pacienți și familiile acestora. Seturile de categorii CIF pot fi și material didactic pentru studenții diferitelor specialități medicale și de alt profil.

Prim Vicedirector pe probleme științifice

Dr.hab.în med., prof.univ

Petru STRATULAT

Secretar științific interimar IMSP I M și C

Marina ARAMA

Prezenta inovație este implementată conform descrierii în cererea de inovație, certificată cu nr.401

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
AL
REPUBLICII MOLDOVA

INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
INSTITUTUL
MAMEI ȘI COPILULUI
(IMSP IMȘIC)

str. Burebista, 93
MD-2062, mun. Chișinău
Tel. + 373 22 52-36-61;
www.mama-copilul.md e-mail: mamsicop@gmail.com



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА

ПУБЛИЧНОЕ МЕДИКО-САНИТАРНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ
ИНСТИТУТ МАТЕРИ И РЕБЕНКА
(ПМСУ ИМнР)

ул. Буребиста, 93
MD-2062, мун/г Кишинэу
Tel. + 373 22 52-36-61;
www.mama-copilul.md e-mail: mamsicop@gmail.com



APROB

Director general IMSP CNȘPMU

Ștefan GAȚCAN

ACT DE IMPLEMENTARE

1. Denumirea propunerii de implementare: „METODĂ DE EVALUARE A DIZABILITĂȚII COPIILOR CU PATOLOGIE BRONHO-PULMONARĂ CRONICĂ CU UTILIZAREA INSTRUMENTULUI ELABORAT „FIȘA DE EVALUARE A PROFILULUI CATEGORIILOR CIF PENTRU PATOLOGIA BRONHO-PULMONARĂ LA COPII”

2. De cine a fost propusă: Ala COJOCARU, Natalia CHIPER, Marina ARAMĂ, HORODIȘTEANU- BANUH Adela

3. Unde a fost implementată: Secția Alergologie și Pneumologie pediatrică .

4. Anul implementării: 2014.

Rezultatele folosirii inovației : *Diagnostic astm bronșic, evoluție severă, are afectate în special funcția respiratorie, imună, dar și alte funcții adiacente. Acest fapt îl împiedică să participe activ în viața socială, să se ocupe cu sportul, artele, dar și efortul fizic e o problema gravă. Din factorii de mediu în atingerea unei calități de viață mai bune sunt medicamentele pe primul loc. Sprijinul familiei, apropiaților și profesioniștilor este un factor facilitator, însă insuficient pentru un suport adecvat al copilului. Aplicarea „Fișei de evaluare a profilului categoriilor CIF pentru patologia bronho-pulmonară la copii” va ameliora procesul de evaluarea copilului cu patologii cronice bronho-pulmonare, obiectivizându-l și transformându-l în unul cuantificat calitativ dar și cantitativ.*

Prim Vicedirector pe probleme științifice

Dr.hab.în med., prof.univ

Petru STRATULAT

Secretar științific interimar IMSP IM ȘI C

Marina ARAMA

Prezenta inovație este implementată conform descrierii în cererea de inovație, certificată cu nr.402

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
AL
REPUBLICII MOLDOVA

INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
INSTITUTUL
MAMEI ȘI COPILULUI
(IMSP IMȘIC)

str. Burebista, 93
MD-2062, mun. Chișinău
Tel. + 373 22 52-36-61;
www.mama-copilul.md e-mail: mamsicop@gmail.com



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА

ПУБЛИЧНОЕ МЕДИКО-САНИТАРНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ
ИНСТИТУТ МАТЕРИ И РЕБЕНКА
(ПМСУ ИМнР)

ул. Буребиста, 93
MD-2062, мун/г Кишинэу
Tel. + 373 22 52-36-61;
www.mama-copilul.md e-mail: mamsicop@gmail.com



APROB

Director general IMSP CNȘPMU
Ștefan GAȚCAN

ACT DE IMPLEMENTARE

1. Denumirea propunerii de implementare: „METODĂ DE ELABORARE A PLANULUI INDIVIDUALIZAT DE SERVICII PENTRU COPILUL CU DIZABILITĂȚI CAUZATE DE PATOLOGIE CRONICĂ BRONHO-PULMONARĂ CU UTILIZAREA INSTRUMENTULUI ELABORAT „TABELUL DE INTERVENȚII A ECHIPEI MULTIDISCIPLINARE PENTRU COPII CU PATOLOGIE BRONHO-PULMONARĂ CRONICĂ ÎN BAZA EVALUĂRII PROFILULUI CATEGORIILOR CIF ”

2. De cine a fost propusă: Ala COJOCARU, Natalia CHIPER, Marina ARAMĂ, HORODIȘTEANU- BANUH Adela

3. Unde a fost implementată: Secția Alergologie și Pneumologie pediatrică .

4. Anul implementării: 2014.

Rezultatele folosiri inovației : „Tabelul de intervenții a echipei multidisciplinare pentru copii cu patologie bronho-pulmonară cronică în baza evaluării profilului categoriilor CIF” permite profesioniștilor în reabilitare a identifica și monitoriza eficiența strategiilor intervenționale. Având posibilitatea de a utiliza o varietate de detalii la diferite niveluri ale CIF putem compara funcționalitatea pacientului până și după intervenție, dinamica capacității de funcționare în domenii specifice. În același timp, luând în considerație inovația majoră a CIF de a include o clasificare deplină a factorilor de mediu, utilizatorii pot identifica și monitoriza, apoi a interveni în scopul schimbării mediului clientului. Instrumentul elaborat va permite documentarea rezultatului intervenției. Prim Vicedirector pe probleme științifice

Dr.hab.în med., prof.univ

Petru STRATULAT

Secretar științific interimar IMSP I M și C

Marina ARAMA

Prezenta inovatie este implementată conform descrierii în cererea de inovație, certificată cu

DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII

Subsemnata, declar pe răspunderea personală că materialele prezentate în teza de doctorat sunt rezultatul propriilor cercetări și realizări științifice. Conștientizez că, în caz contrar, urmează să suport consecințele în conformitate cu legislația în vigoare.

Chiper Natalia _____

Data _____

CURRICULUM VITAE

Nume, prenume: Chiper Natalia

Data și locul nașterii: 21.09.1977; or. Chișinău

Cetățenia: Republica Moldova

Studii:

2012-2016 Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", studii doctorat, specialitatea *Pediatric și Neonatologie*, Chișinău, Republica Moldova

2003-2006 Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", rezidențiat, specialitatea *Neonatologie*, Chișinău, Republica Moldova

1997-2003 Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", specialitatea *Medicina Generală*, Chișinău, Republica Moldova

Publicații: 8 publicații științifice

Activitatea profesională:

2011-2012 IMSP Institutul Mamei și Copilului, Secția organizator-metodică, metodist pediatru

2012-2013 IMSP Institutul Mamei și Copilului, Departamentul chirurgie „N. Gheorghiu”, pediatru consultant

2013 – prezent IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific Pediatric, cercetător științific stagiar

Participări la forumuri științifice:

2012 Curs de instruire „Managementul Serviciilor Medicale”

2014 Curs de instruire „Patologia sistemului respirator și maladii alergice”

2015 Конференция молодых ученых “Внедрение современных методов оценки функционального статуса у детей с бронхиальной астмой”, 24.04.2015, Kiev.

2015 1st International Developmental Pediatrics Congress, 2nd National Developmental Pediatrics Congress “Assessment of disability degree in children with asthma: Current and perspective approach”, 05.12.2015, Sabanci Center, Istanbul, Turcia.

2016 Conferința Națională de Pediatrie “Analiza comparativă a severității astmului bronșic la copii cu și fără grad de dizabilitate”, Chișinău, 10.09.2016.

Limbi vorbite: Româna, rusa, franceza, engleza

Adresa: or. Chișinău

Date de contact 069461226; naty_chiper@yahoo.com