MINISTERUL SĂNĂTĂŢII AL REPUBLICII MOLDOVA
IP UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ŞI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIŢANU”

Cu titlu de manuscris
C.Z.U.: 613.95:331.556.4(478)(043.2)

GORBUNOV GALINA

IMPACTUL MIGRAȚIEI PARENTALE DE MUNCĂ ASUPRA STĂRII SĂNĂTĂȚII COPIILOR

322.01. PEDIATRIE ȘI NEONATOLOGIE

Teză de doctor habilitat în ştiinţe medicale

Consultanți ştiinţifici: **Revenco Ninel,**
doctor habilitat în științe
medicale, profesor universitar

Spinei Larisa,
doctor habilitat în științe
medicale, profesor universitar

Autor: **Gorbunov Galina**

CHIȘINĂU, 2022

© GORBUNOV GALINA, 2022

CUPRINS

ADNOTARE.....5
SUMMARY.....6
АННОТАЦИЯ.....7
LISTA ABREVIERILOR.....8
INTRODUCERE.....9
1. REPERE CONCEPTUALE ȘI VIZIUNI CONTEMPORANE ÎN INTERPRETAREA IMPACTULUI MIGRAȚIEI ASUPRA SĂNĂTĂȚII POPULAȚIEI.....18
1.1. Analiza situaţiei globale în domeniul migraţiei de muncă.....18
1.2. Repere istorice și tendințe migraționale actuale ale cetățenilor Republicii Moldova..... 22
1.3. Consecințele sociale ale migrației..... 30
1.4. Consecinţele migraţiei de muncă asupra sănătăţii migranţilor.....33
1.5. Impactul migrației asupra calității vieții copiilor.....37
1.6. Problemele de sănătate ale copiilor afectați de migrația parentală de muncă.....44
1.7. Concluzii la capitolul 1.....52
2. MATERIALE ȘI METODE DE CERCETARE.....55
2.1. Caracteristica generală a cercetării.....55
2.2. Metodele de cercetare.....60
2.3. Metodele de analiză statistică a datelor obținute.....65
2.4. Concluzii la capitolul 2.....67
3. FENOMENUL MIGRAȚIONAL ÎN REPUBLICA MOLDOVA ȘI EFECTELE MEDICO-SOCIALE ASUPRA SĂNĂTĂȚII COPIILOR..... 69
3.1. Analiza evoluției procesului migrațional în Republica Moldova, centrată pe fenomenul copiilor rămași temporar fără grija parentală.....69
3.2. Abordare socială a respondenților studiului.....87
3.3. Analiza adresabilității și accesului copiilor marcați de migrația de muncă a părinților la serviciile medicale.....101
3.4. Abordarea calitativă asupra riscurilor la care sunt expuși copiii cu părinți plecați la muncă în străinătate.....105
3.5. Concluzii la capitolul 3.....109
4. PARTICULARITĂȚILE SOCIALIZĂRII ȘI ACCESIBILITĂȚII ASISTENȚEI MEDICALE ALE COPIILOR DUPĂ MIGRAREA PĂRINȚILOR LA MUNCĂ.....113
4.1. Analiza comparativă a statutului medico-social al copiilor incluși în studiu prin prisma fenomenului migrației parentale de muncă.....113
4.2. Identificarea particularităților alimentației, igienei și de comportament ale pacienților din studiu.....118
4.3. Elucidarea și evaluarea determinanților sociali ai asistenței medicale copiilor marcați de migrația parentală de muncă.....132
4.4. Concluzii la capitolul 4.....142
5. EVALUAREA IMPACTULUI MIGRAȚIEI PARENTALE DE MUNCĂ ASUPRA SĂNĂTĂȚII COPIILOR.....146

5.1. Aprecierea asigurării asistenței medicale copiilor marcați de migrația parentală de muncă.....146
5.2. Estimarea morbidității copiilor marcați de migrația parentală de muncă.....163
5.3. Identificarea structurii morbidității generale a copiilor marcați de migrația parentală de muncă și cuantificarea factorilor medico-sociali de risc pentru sănătatea lor.....178
5.4. Concluzii la capitolul 5.....184
6. CALITATEA VIEȚII COPIILOR MARCAȚI DE MIGRAȚIA DE MUNCĂ A PĂRINȚILOR.....187
6.1. Aspecte descriptive, medico-sociale ale pacienților intervievați prin aplicarea chestionarului PedsQL™ Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 English pentru evaluarea calității vieții..... 187
6.2. Estimarea fidelității măsurării calității vieții copiilor incluși în studiu prin aplicarea chestionarului PedsQL™ Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 English.....189
6.3. Calitatea vieții, sănătatea fizică și psiho-socială a copiilor marcați de migrația parentală.....191
6.4. Concluzii la capitolul 6.....210
CONCLUZII GENERALE.....212
RECOMANDĂRI PRACTICE.....215
REFERINȚE BIBLIOGRAFICE.....217
ANEXE.....241
Anexa 1. Tabele și figuri la capitolul 1.....241
Anexa 2. Chestionare utilizate pentru intervievarea respondenților incluși în studiu.....247
Anexa 3. Tabele și figuri la capitolul 3.....292
Anexa 4. Tabele și figuri la capitolul 4.....293
Anexa 5. Tabele și figuri la capitolul 5.....299
Anexa 6. Standardul de supraveghere a efectelor negative provocate de migrația parentală de muncă asupra sănătății copiilor.....306
Anexa 7. Certificat de înregistrare a obiectelor Dreptului de Autor și drepturilor conexe 307
Anexa 8. Certificate de inovator.....308
Anexa 9. Implementări în practică.....311
DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII.....320
CV-UL AUTORULUI..... 321

ADNOTARE

Gorbunov Galina

Impactul migrației parentale de muncă asupra stării sănătății copiilor

Teză de doctor habilitat în științe medicale, Chișinău, 2022

Structura tezei: Lucrarea a fost expusă pe 324 pagini de text electronic și se compartimentează în: introducere, 6 capitole de cercetări originale, concluzii şi recomandări practice, indice bibliografic (360 titluri), 88 de figuri, 73 de tabele, 9 anexe. Rezultatele cercetării au fost prezentate în 26 de publicaţii.

Cuvinte-cheie: copii marcați de migrație, migrația parentală de muncă, remitențe, statut social, adresabilitatea și accesibilitatea, structura morbidității, calitatea vieții, asistență medicală, factori de risc, standardul supravegherii.

Domeniul de studiu: Pediatrie.

Scopul studiului: Evaluarea complexă a aspectelor medicale, sociale, manageriale, informaţionale ale situației copiilor Moldovei rămași temporar fără grijă părintească din motivul migrației parentale de muncă pentru ameliorarea asistenței medicale acordate acestor copii în sistemul de sănătate al Republicii Moldova.

Obiectivele cercetării: Analiza retrospectivă a fenomenului migrației parentale în Republica Moldova. Studierea impactului migrației parentale de muncă asupra sănătății copiilor. Analiza complexă a morbidității copiilor marcați de migrația parentală de muncă și calității asistenței medicale acordate acestor copii. Evaluarea calității vieții copiilor afectați de migrația parentală de muncă. Identificarea factorilor de acțiune asupra morbidității copiilor marcați de migrația de muncă a părinților. Elaborarea standardului de supraveghere a copiilor și de profilaxie a efectelor negative ale migrației parentale asupra sănătății copiilor.

Noutatea şi originalitatea ştiinţifică: În premieră pentru Republica Moldova a fost estimat impactul migrației parentale de muncă asupra sănătății copiilor și identificați factorii de risc cu elaborarea standardului de supraveghere a efectelor negative produse de migrația parentală de muncă asupra sănătății copiilor. Pentru prima dată a fost apreciată calitatea vieții copiilor marcați de migrația părinților la muncă și specificată valoarea instrumentelor aplicate pentru estimarea semnificației clinice și sociale. A fost analizată adresabilitatea copiilor marcați de migrația parentală de muncă pentru serviciile de asistență medicală și elucidată accesibilitatea lor.

Problema ştiinţifică importantă: Au fost stabilite şi argumentate ştiinţific posibilităţile de prevenire a efectelor negative ale migrației de muncă a părinților asupra sănătății copiilor lor prin dezvoltarea și fortificarea managementului supravegherii factorilor de risc.

Semnificația teoretică: Rezultatele cercetării au elucidat particularitățile regionale ale migrației parentale de muncă și au conturat profilul medico-social al copiilor migranților. Lucrarea a adus aport prin estimarea calității vieții copiilor marcați de migrația parentală de muncă și elaborarea standardului de supraveghere eficientă a sănătății lor. Lucrarea a argumentat necesitatea organizării serviciilor educaţionale în domeniul medical, orientate spre ameliorarea acordării asistenței medicale copiilor migranților.

Valoarea aplicativă a lucrări: Studiul de evaluare a calității asistenței medicale acordate copiilor migranților s-a finisat cu elaborarea unui set de recomandări practice pentru specialiştii din sectorul de asistenţă medicală primară și specializată. A fost adaptat și recomandat spre utilizare instrumentul de chestionare *PedsQL™ Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 English.*

Implementarea rezultatelor: Rezultatele cercetării prezintă un suport metodologic pentru asigurarea deciziilor bazate pe dovezi privind prevenția factorilor de risc pentru sănătatea copiilor marcați de migrația de muncă parentală în cadrul instituțiilor medico-sanitare publice de nivel teritorial; se aplică în procesul didactic al Departamentului Pediatrie și practica clinicilor pediatrice al IP USMF ”Nicolae Testemițanu”.

SUMMARY

Gorbunov Galina

The Impact of Parental Labour Migration upon Children's State of Health

Doctor of Medical Scenice Thesis, Chisinau, 2022

Structure of thesis: the work is laied on the 324 electronic pages and is devided into several compartments: introduction, 6 chapters of original research, conclusions and practical recommendations, bibliography (360 items), 88 figures, 73 tables, 9 annexes. The obtained results of this thesis are published in 26 scientific articles.

Key words: children marked by migration, parental labor migration, money transfers, social status,addressing and accessibility, the structure of morbidity, quality of life, medical assistance, risk factors, standards of supervision.

Domain of study: Pediatrics.

Aim of study: Complex evaluation of medical, social, managerial and informational aspects of the situation of children in Moldova, who temporarily remained without parents' care because of the parents' labour migration, in order to improve medical assistance offered to these children by healthcare system in Republic of Moldova.

Objectives of the study: Retrospective analysis of parents' migration phenomenon in Republic of Moldova. The study of the impact of parental labour migration upon children's health. Complex analysis of morbidity of children, marked by parental labour migration and the quality of medical assistance offered to these children. Evaluation of life quality of children affected by parental labour migration. Identification of factors of action upon morbidity of children marked by labour migration of their parents. Elaboration of standards of supervision of children and privention of negative effects of parental migration upon children's health.

Novelty and scientific originality: In premiere in Republic of Moldova there was estimated the impact of parental labour migration upon children's health and there were identified the risks with the elaboration of standards of supervision of negative effects produced upon children's health by the labour parental migration. There was appreciated the quality of life of children marked by their parents' labor migration and there was specified the role of applied tools to estimate the clinical and social meaning. There was analyzed the addressability of children marked by parent's labor migration for the services of medical assistance and its accessibility was studied.

Important scientific problem: There were brought arguments and set scientific possibilities on prevention of negative effects of parental labor migration upon children's health by means of development and enhancing of supervision management of risk factors.

Theoretical meaning: The results of the research solved regional peculiarities of parents' labour migration and defined medico-social profile of children of migrants. The work brought contribution through estimation of the quality of life of children marked by parental labour migration and the elaboration of standards of efficient supervision of their health. The work brought arguments for the necessity to organize educational services in medical domain, that are oriented to improve the offering medical assistance to children of migrants.

Application value of the work: The study of evaluation of the quality of medical assistance offered to the children of migrants has ended with the elaboration of a set of practical recommendations for the specialists from the domain of specialized and primary medical assistance. There was adapted and recommended for the use the instrument of questionnaire *PedsQL™ Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 English.*

Implementation of the rezults: The results of the research represent a methodological support to assure decisions based on the evidences in terms of prevention of the risk factors upon the health of chidren marked by parental labour migration within regional healthcare institutions; it is also applied in didactical process of the Pediatrician Department and in practice of pediatrical clinics of public institutions of SUMPh „Nicolae Testemițanu".

АННОТАЦИЯ

Горбунова Галина

Влияние трудовой миграции родителей на состояние здоровья детей

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук, Кишинев, 2022

Структура диссертации: Работа представлена на 324 страницах электронного текста и состоит из: введения, 6 оригинальных глав, выводов, практических рекомендаций, библиографии (360 источника), 88 рисунков, 73 таблиц, 9 приложений. Результаты исследования были опубликованы в 26 научных работах.

Ключевые слова: дети пострадавшие от миграции, трудовая миграция родителей, денежные переводы, социальный статус, обращаемость и доступность, структура заболеваемости, качество жизни, медицинская помощь, факторы риска, стандарт наблюдения.

Область исследования: Педиатрия.

Цель исследования: Комплексная оценка состояния детей Молдовы, оставшихся временно без попечения родителей из-за трудовой миграции, в управленческих, медицинских, социальных и информационных аспектах, с целью улучшения оказания им медицинской помощи в системе здравоохранения Республики Молдова.

Задачи исследования: Ретроспективный анализ феномена трудовой миграции родителей в Республике Молдова. Изучение влияния трудовой миграции родителей на здоровье детей. Комплексный анализ заболеваемости детей мигрантов и качества оказанной им медицинской помощи. Определение факторов воздействия на заболеваемость детей пострадавших от трудовой миграции родителей. Оценка качества жизни детей мигрантов. Разработка стандартов мониторинга и профилактики факторов риска, обусловленных трудовой миграцией родителей, влияющих на здоровье детей.

Научная новизна и оригинальность: Впервые в Республике Молдова было исследовано влияние трудовой миграции родителей на здоровье детей; идентифицированы факторы риска и разработан стандарт мониторинга неблагоприятных эффектов трудовой миграции, влияющих на здоровье детей. Впервые было изучено качество жизни детей мигрантов и представлена ценность методов, используемых для оценки клинической и социальной значимости. Произведен анализ обращаемости за медицинской помощью и ее доступность для детей мигрантов.

Важность решенной научной задачи: Были выявлены и научно аргументированы возможности профилактики воздействия неблагоприятных факторов трудовой миграции родителей на здоровье детей путем развития и усиления надзора за факторами риска.

Теоретическая значимость: Результаты исследования выявили региональные особенности трудовой миграции родителей и представили медико-социальный профиль детей мигрантов. Данная работа значима оценкой качества жизни детей мигрантов и разработкой современных и эффективных методов надзора за состоянием их здоровья. В работе была аргументирована необходимость введения образовательных медицинских услуг, направленных на улучшение оказания медицинской помощи детям мигрантов.

Прикладная значимость: Были оценены объем и качество медицинских услуг, оказанных детям мигрантов с последующей разработкой практических рекомендаций для специалистов в области первичной и специализированной медико-санитарной помощи. Был адаптирован и рекомендован для исследования качества жизни детей мигрантов опросник *PedsQL™ Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 English.*

Внедрение результатов исследования: Результаты исследования являются методологической поддержкой для принятия решений по профилактике факторов риска для здоровья детей мигрантов в территориальных медико-санитарных учреждениях; используются в процессе обучения в Департаменте Педиатрии и в практике педиатрических клиник Государственного Медицинского и Фармацевтического Университета “Николае Тестемицану”.

LISTA ABREVIERILOR

ANSP	genția Națională pentru Sănătate Publică
BNS	Biroul Naţional de Statistică
CSI	Comunitatea Statelor Independente
CIDDC	Centrul de Informare şi Documentare privind Drepturile Copilului
CIM-10	Clasificația Internațională a Maladiilor 2010
CMF	Centrul Medicilor de Familie
CNAM	Compania Națională de Asigurări în Medicină
CS	Centrul de Sănătate
CV	Calitatea vieții
IÎ	Interval de încredere
ISE	Indicele sărăciei economice
ISQOLS	Societatea Internațională pentru Studiul Calității Vieții
ISS	Indice statistic al sărăciei
IMSP AMP	Instituție medico-sanitară publică de asistență medicală primară
IMSP IMC	Instituţia Medico-Sanitară Publică Institutul Mamei şi Copilului
FR	Factori de risc
MSMPS	Ministerul Sănătăți, Muncii și Protecției Sociale
OIM	Organizația Internațională pentru Migrație
OMS	Organizaţia Mondială a Sănătăţii
ONU	Organizaţia Naţiunilor Unite
PedsQL	Chestionar de apreciere a calității vieții copiilor
PIB	Produsul intern brut
PNUD	Programul Naţiunilor Unite pentru Dezvoltare
RM	Republica Moldova
SSR	Sănătate sexuală și reproductivă
TFU	Trafic de fiinţe umane
UE	Uniunea Europeană
UNICEF	Fondul Națiunilor Unite pentru Copii
WHOQOL	Grupul de Calitate a Vieții al Organizației Mondiale a Sănătății

INTRODUCERE

Motivația alegerii subiectului. Actualmente, una din cele mai dificile probleme sociale, politice şi economice cu care se confruntă Republica Moldova este migraţia de muncă a populației [21, 22, 64,76]. Migrația este un fenomen la fel de vechi ca si specia umană și în funcție de cine raspunde întrebărilor, fie duce la distrugerea statelor civilizate, fie duce la formarea unor noi structuri sociale. Particularităţile migraţiunii în masă a populaţiei Republicii Moldova formează un stil de viaţă specific. Migraţia a schimbat comportamentul, modul de gândire şi viziunile oamenilor, şi-a pus amprenta pe toate sferele vieţii [22, 48, 54, 163]. Actualmente, în Republica Moldova există instituţii care cercetează fenomenul migraţiei din aspecte sociologice sau demografice, dar cum influenţează migraţia de muncă asupra sistemului de sănătate şi a morbidităţii populaţiei rămâne a fi insuficient cunoscut [4, 19, 31, 38, 60, 132, 198].

Actualitatea și importanța problemei abordate. O populaţie sănătoasă este condiţia necesară pentru un capital uman productiv şi, prin urmare, pentru dezvoltarea social-economică a ţării. Starea sănătăţii populaţiei este un indiciu integral al dezvoltării sociale a ţării, o reflectare a bunăstării social-economice şi morale a poporului, a condiţiilor de trai şi consumului de servicii medicale, precum şi a gradului de educaţie adecvată despre factorii de risc şi comportamente sănătoase.

În perioada actuală Republica Moldova se află în topul ţărilor afectate de procesele migraţionale. Conform datelor statistice oficiale, în migraţia provizorie cu scop de muncă sunt antrenate circa 25% din populaţia economic activă a țării [5, 25, 46, 56, 303]. Inexistența posibilităților de a avea un venit decent, nivelul redus al condiţiilor de trai, infrastructura slab dezvoltată şi sărăcia, plecarea unor membri ai familiei spre pieţele externe ale muncii şi existența din sursele câștigate de aceștia au devenit un mod normal de viață a familiilor cu copii în țară noastră. Problema migraţiei şi a efectelor sale continuă a fi în centrul atenţiei atât a specialiştilor, cât şi a societăţii civile [235, 239, 240, 242]. Efectele pozitive şi cele negative ale migraţiei sunt resimţite de migranţi şi de societate în ansamblu, inclusiv de populaţia neimplicată în procesele migraţionale, cum ar fi: copiii migranţilor şi persoanele în etate în a căror grijă rămân aceştia [127, 254, 277, 285]. Astăzi, plecarea părinţilor la muncă peste hotare a devenit o realitate care necesită o analiză minuțioasă. În condiţiile economice şi sociale actuale, absența părinţilor din familie, din variate motive, devine tot mai frecventă. Cu toate acestea, părinţii trebuie să fie responsabili de viaţa, sănătatea, securitatea şi educaţia copilului [299, 306, 307].

Fenomenul copiilor separaţi de unul sau ambii părinţi plecaţi la muncă în străinătate, în Republica Moldova, a atins unul dintre cele mai înalte niveluri din Europa [127]. Conform datelor MSMPS, la finele anului 2018 numărul total de copii rămași fără îngrijire părintească în urma migrației a fost de 37866 de copii [189]. Pentru anul 2019 a fost notată cifra de 36817 de copii, iar către anul 2020 au fost menționați 29186 de copii marcați de migrația parentală de muncă. Studiile recente au consemnat că 36,3 % de copii locuiesc cu mama, 33,6 % - periodic cu ambii părinţi, iar 7,4 % de copii doar cu tata. Copiii evaluați în studiu se aflau periodic în grija părinților în 77,3 %, în grija buneilor în 7,5 %, fraţilor/surorilor cu vârsta de peste 18 ani în 1,2 %, unchilor și mătușilor în 3,2 % de cazuri, iar în grija persoanelor străine sau locuiau singuri în 0,8 % de cazuri [212].

Migraţia poate influenţa morbiditatea şi mortalitatea copiilor, însă în prezent, nu sunt careva date sau analize argumentate științific, care ar identifica legăturile cauzale între evoluţia morbidității și mortalităţii copiilor cu efectele migraţiei parentale de muncă.

Privarea de grija părintească, în special la o vârstă fragedă, este considerată ca un factor de risc pentru starea de sănătate a copiilor [35, 51, 199, 311, 341, 351, 354]. Plecând la muncă peste hotare, părinţii părăsesc copiii din motivul unui beneficiu material, lăsându-i în seama buneilor, rudelor, prietenilor sau chiar în seama lor înșiși atunci când rămân singuri. Însă plecarea părinţilor este urmată, de cele mai multe ori, de o schimbare radicală a mediului şi condiţiilor de viaţă ale copiilor rămaşi în ţară [222, 236, 257].

În Republica Moldova, recent a derulat un studiu care a evaluat nivelul imunizării copiilor marcați de migrația parentală de muncă. Acest studiu a depistat că doar 88,0 % din totalul copiilor investigați au fost vaccinați conform Calendarului Național de Imunizare; 3,4 % din ei au fost vaccinați complet, iar 96,6 % de copii au fost vaccinați parțial. Analiza rezultatelor cercetării a evidențiat că rata imunizării copiilor rămași fără îngrijirea părintească pe motivul migrației de muncă este mică atât la debutul vaccinării, cât și în cazul revaccinărilor ulterioare planificate [96]. Copiii migranților prezintă un grup de risc pentru maladiile infecțioase, deoarece imunizarea incompletă și parțială poate induce o situație epidemiologică periculoasă pentru populația Republicii Moldova.

Unii autori relatează despre efectul nefast al plecării la muncă a părinților asupra dezvoltării copiilor lor [223, 231, 325, 350]. Un nivel sporit al morbidităţii au evidențiat și studiile efectuate în Federaţia Rusă, scopul cărora a constat în analiza morbidităţii copiilor afectaţi de migraţia parentală de muncă după reintegrarea familiei şi schimbarea locului de trai din republicile fostului stat URSS în Federaţia Rusă [349]. În literatura de specialitate se regăsesc date despre riscul cronicizării unor maladii la copiii migranților, cauza fiind determinată

de adresabilitatea mai inferioară pentru asistența medicală primară și specializată sau o accesibilitate mai mică la copiii anunțați pentru aceste servicii [351].

Implicarea părinților în migrația de muncă pentru o perioadă de lungă durată este un factor de risc pentru sănătatea reproductivă și sexuală a adolescenţilor (IST și HIV/SIDA, sarcini nedorite și avorturi) [32, 54, 81, 55, 120, 121, 124, 125, 126, 163].

Cercetările autohtone relatează despre impactul negativ al migrației parentale de muncă asupra comportamentului copiilor, având implicații socio-economice și culturale de lungă durată [204]. Despărţirea de părinţi afectează, într-o mare măsură, viaţa interioară a copiilor. Copiii ai căror părinţi sunt plecaţi în străinătate reprezintă un grup vulnerabil aflat în situaţie de risc [237, 244, 268, 320]. Printre efectele negative sunt: emotivitatea, timiditatea, teama, retardul în dezvoltarea psihică, depresia [14, 38, 83, 127,198, 218]. Manifestări comportamentale de tipul absenteismului, abandonului şcolar, minciunii, vandalismului, insubordonării, refuzului conformării la rigorile şcolare, actelor de violenţă, delictelor sexuale, furtului, toxicomaniei etc. au devenit deja o normă atât în mediul şcolar, cât şi în cel comunitar [51, 52, 58, 63, 189, 190, 192].

Afectarea dezvoltării personalității copiilor, precum și sănătatea psihică a acestora poate fi provocată de migraţia părinţilor [236, 257, 267]. O stare de insecuritate afectivă, care este aprofundată de imposibilitatea comunicării şi relaţionării nemijlocite cu părinţii le creează copiilor absența părinților [127, 269, 273]. Moldova este o ţară cu o rată înaltă a suicidului în rândul populaţiei generale. O atenţie deosebită o prezintă copiii afectaţi de migraţia parentală de muncă, deoarece anume ei constituie 1/3 din totalul copiilor cu tentative de suicid [73, 122, 190, 193]. Cele relatate ne permit să afirmăm că problema migraţiei şi a efectelor sale continuă a fi în centrul atenţiei atât a specialiştilor, cât şi a societăţii civile, iar ocrotirea de către stat şi societate a copilului, familiei şi maternităţii constituie în Republica Moldova o preocupare politică, socială şi economică de prim ordin.

Reieşind din cele menţionate, prin studiul inițiat ne-am propus să elucidăm: particularitățile regionale ale migrației parentale de muncă; rolul factorilor de risc provocați de migrația parentală de muncă asupra sănătății copiilor și să demonstrăm că elaborarea unui standard de supraveghere a sănătății v-ă ameliora calitatea serviciilor de asistență medicală primară și specializată prestate copiilor migranților, ceea ce, incontestabil, poate contribui efectiv la creșterea calității vieții lor.

Scopul cercetării:

Evaluarea complexă a aspectelor medicale, sociale, manageriale, informaţionale ale situației copiilor Moldovei rămași temporar fără grija părintească din motivul migrației parentale

de muncă pentru ameliorarea asistenței medicale acordate acestor copii în sistemul de sănătate a Republicii Moldova.

Obiectivele cercetării:

1. Analiza retrospectivă a fenomenului migrației parentale în Republica Moldova pentru anii 2012-2019.
2. Studierea impactului migrației parentale asupra sănătății copiilor.
3. Analiza complexă a morbidității copiilor marcați de migrația parentală și calității asistenței medicale acordate acestor copii.
4. Identificarea factorilor de acțiune asupra morbidității copiilor marcați de migrația de muncă a părinților.
5. Evaluarea calității vieții copiilor afectați de migrația parentală de muncă.
6. Elaborarea standardului de supraveghere a copiilor și de profilaxie a efectelor negative ale migrației parentale asupra sănătății copiilor.

Noutatea ştiinţifică și originalitatea rezultatelor obţinute. Noutatea științifică a rezultatelor obținute constă în adaptarea, întemeiată pe dovezi științifice ale experiențelor internaționale privind supravegherea factorilor de risc pentru sănătatea copiilor migranților, la condițiile și posibilitățile actuale ale Republicii Moldova. Astfel, în premieră au fost realizate:

- analiza particularităților regionale ale fenomenului migrației parentale de muncă;
- evaluarea evoluției în dinamică retrospectivă a numărului de copii marcați de migrație în spațiul Republicii Moldova și elaborarea pronosticului de trend al fenomenului studiat;
- analiza comparativă a statutului medico-social al copiilor migranților prin prisma fenomenului migrației parentale de muncă;
- elucidarea, evaluarea și aprecierea determinanților sociali ai asistenței medicale acordate copiilor marcați de migrația parentală de muncă;
- estimarea stării de sănătate a copiilor migranților și identificarea structurii morbidității generale cu cuantificarea factorilor medico-sociali de risc pentru sănătatea lor;
- estimarea fezabilității și fidelității metodei de apreciere a calității vieții, cu referire la copiii migranților, prin aplicarea chestionarului PedsQL™ Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 English;
- aprecierea calității vieții copiilor migranților prin aplicarea chestionarului PedsQL™ Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 English;
- elaborarea Standardului de supraveghere a efectelor negative produse de migrația parentală de muncă asupra sănătății copiilor.

Problema ştiinţifică soluţionată. A fost argumentată ştiinţific și metodologic necesitatea inițierii și dezvoltării sistemului de supraveghere continue și standartizată a factorilor de risc pentru sănătatea copiilor migranților, ceea ce ar contribui la fortificarea funcționalității sistemului național de supraveghere a maladiilor și evenimentelor de sănătate. Soluționarea problemei științifice anunțate permite realizarea prevederilor expuse în Politica națională de sănătate pentru perioada 2007-2021, și anume a: "majorării speranţei de viaţă la naştere şi sporirea duratei de viaţă sănătoasă, și asigurării calităţii vieţii şi reducerii diferenţelor în termeni de sănătate pentru toate grupurile sociale"; a obiectivelor alăturate din Programul „UE pentru sănătate": "sprijinirea sistemelor de sănătate dinamice pentru a le ajuta să răspundă provocărilor pe care le reprezintă cerințele tot mai mari ale cetățenilor și mobilitatea pacienților și a personalului medical, și pentru a ajuta statele membre să facă sustenabile sistemele lor de sănătate".

Importanţa teoretică a cercetării. În premieră națională au fost evaluate pluridimensional particularitățile regionale ale fenomenului migrației parentale de muncă și conturat profilul medico-social al copiilor migranților. A fost analizată evoluția fenomenului migrației de muncă și amploarea evidenței copiilor separați de părinți pe motivul plecării lor la muncă. Rezultatele obținute au contribuit la conturarea trendului fenomenului analizat, la nivel de țară, pentru perioada anilor 2020-2024 și evocă, prin argumente științifice de amploare, vitala necesitate de elaborare a politicilor și strategiilor în domeniul profilaxiei și controlului morbidității copiilor marcați de migrație. În premieră a fost analizată și apreciată starea de sănătate și estimată structura morbidității generale a copiilor migranților. Pentru prima dată, la nivel de țară, în cadrul evaluării efectelor negative ale migrației, au fost elucidați și ierarhizați factorii de risc pentru sănătatea copiilor. Aplicarea chestionarului PedsQL™ Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 English a permis aprecierea prin atribuire de scoruri și clasarea pe niveluri ale calității vieții copiilor migranților. Importanța cunoașterii nivelului calității vieții este vitală pentru adaptarea obiectivă a practicilor internaționale privind supravegherea sănătății copiilor migranților la condițiile Republicii Moldova.

Valoarea aplicativă a lucrării. Rezultatele obținute în cadrul derulării studiului nostru argumentează științific necesitatea inițierii și dezvoltării continue a unui sistem conceptual nou și eficient de monitorizare dinamică a efectelor negative, condiționate de migrația parentală de muncă. Elaborarea unui sistem de supraveghere continue și standardizată a factorilor de risc pentru sănătatea copiilor migranților prezintă o valoare aplicativă prin: identificarea și consemnarea timpurie a copiilor separați temporar de părinți pe motivul migrației de muncă; acumularea datelor despre copiii migranților prin crearea bazei de date la nivel teritorial și

național; analiza comparativă a datelor din teritoriu despre copiii migranților cu contribuția de trasare a tendințelor în timp, la nivel național, pentru adaptarea programelor de sănătate; inițierea și dezvoltarea la specialiștii din Serviciul de asistență medicală primară a practicilor de evaluare a stării de sănătate și calității vieții copiilor marcați de migrația parentală de muncă; promovarea stilului de viață sănătos în mediul familiilor cu migranți, ceea ce ar contribui la diminuarea morbidității prin patologie acută și urgențe medicale sau favoriza prevenția cronicizării patologiei existente.

Testarea, în condițiile Republicii Moldova, a fidelității și fezabilității chestionarului PedsQL™ Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 English permite a recomanda aplicarea în practică a acestui instrument de colectare a datelor pentru monitorizarea dinamică a calității vieții copiilor migranților.

Implementarea rezultatelor: Rezultatele cercetării prezintă un suport metodologic pentru asigurarea deciziilor, bazate pe dovezi, privind prevenția factorilor de risc pentru sănătatea copiilor marcați de migrația parentală de muncă, în cadrul instituțiilor medico-sanitare publice de nivel teritorial; se aplică în procesul didactic al Departamentului Pediatrie și practica clinicilor pediatrice ale IP USMF ”Nicolae Testemițanu”.

Aprobarea rezultatelor ştiinţifice. Rezultatele ştiinţifice expuse în lucrare au fost comunicate şi discutate în cadrul diferitor foruri ştiinţifice naţionale şi internaţionale: Conferința a II-a Națională cu participare internațională în sănătatea adolescenților „Sporirea rezilienței - dezvoltarea sănătoasă în condiții de risc”, Chișinău, Moldova (2016); Congresul al 8-lea European al Pediatrilor (Europaediatrics Congres 8th), București, România, (2017); Congresul al 13-lea Național al Societății Române de Pediatrie, București, România, (2017); Conferință a II-a științifico-practică Națională cu participare internațională “Rolul profilaxiei medicale primare în ameliorarea sănătății publice”, Novosibirsc, Rusia, (2017); Conferința științifico-practică Națională cu participare internațională a medicilor pediatri “Probleme de alimentație, diagnostic și tratament ale copiilor cu patologie somatică”, Harcov, Ucraina, (2017); Conferința științifico-practică internațională “Rolul sistemului de sănătate în ocrotirea sănătății publice”, Moscova, Rusia, (2017); Conferință a III-a științifico-practică Națională cu participare internațională “Rolul profilaxiei medicale primare în ameliorarea sănătății publice”, Novosibirsc, Rusia, (2018); Conferință a II-a științifico-practică Națională cu participare internațională “Principale aspecte de ocrotire a sănătății reproductive la adolescenți”, Novosibirsc, Rusia, (2018); Conferință a 21-a Europeană IAAH 2018 și Conferință a III-a Națională în domeniul sănătății adolescenților “Șanse egale de dezvoltare sănătoasă pentru toți adolescenții”, Chișinău, Moldova, (2018); Conferința Națională cu participare internațională *Bienala Chișinău-Sibiu*,

ediția a III-a „Interdisciplinaritatea în bolile infecțioase pediatrice”, Chișinău, Moldova, (2019); Congresul al VIII-lea al specialiștilor din domeniul sănătății publice si managementului sanitar „O singură sănătate”, Chișinău, Moldova, (2019); Conferința Națională de Pediatrie 2021, București, România, (2021); Conferința Națională cu participare internațională *Bienala Chișinău-Sibiu*, ediția a IV-a “Pandemia Covid-19 și sănătatea copiilor: provocări și perspective”, Chișinău, Moldova, (2021); Conferința științifică internațională: „Sănătatea, Medicina și Bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare”, ediția a IV-a, Chișinău, Moldova (2021); Salonul Internațional de Invenții și Inovații „Traian Vuia”, ediția a VII-a, Timișoara, România, (2021); Conferința a IV-a internațională ”Current issues and prospects for the development of scientific research”, Orlean, Franța, (2021); Congresul al XIX-lea al Pediatrilor din Rusia cu participare internațională “Problemele actuale ale Pediatriei”, Moscova, (2022); Primul Congres al Pediatrilor din Europa de Est și Asia Centrală, Moscova, (2022).

Sinteza metodologiei de cercetare și justificarea metodelor de cercetare alese. *Studiul descriptiv* al fenomenului migrațional în Republica Moldova a fost efectuat după volumul eșantionului integral, în funcție de regiunile de dezvoltare ale Republicii Moldova, pentru perioada anilor 2012-2019. A fost efectuat în baza datelor statistice oficiale prezentate pe parcursul anilor 2012-2019 de: Biroul Național de Statistică (BNS) în *Anuarele statistice și datele Direcţiei Politici de protecţie a drepturilor copilului și familiilor cu copii a Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova.*

Studiul selectiv transversal pentru evaluarea efectelor medico-sociale ale migraţiei parentale de muncă asupra sănătăţii copiilor a fost aplicat la 400 de copii din patru raioane cu o incidență mai mare a copiilor marcați de migrația de muncă parentală. Acești copii și părinți/tutele au fost supuși anchetării conform chestionarelor elaborate de autor.

Studiul transversal pentru analiza calității vieții copiilor marcați de procesul migrațional. În cadrul studiului respondenții au fost intervievați conform chestionarului structurat pentru aprecierea calității vieții copiilor *PedsQL™ Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 English (Canada).*

Studiul caz-control pentru evidențierea factorilor de acțiune asupra morbidității copiilor marcați de procesul migrațional. În cadrul acestui studiu au fost utilizate următoarele instrumente: Chestionarul pentru copilul marcat de migrația parentală de muncă, Chestionarul pentru părinte/tutelă copilului marcat de migrația parentală de muncă (elaborate de autor) și Carnetul de dezvoltare a copilului (formularul statistic 112/e).

În studiu au fost utilizate următoarele metode de cercetare: istorică, sociologică, epidemiologică, analitică, comparativă, statistică. Rezultatele obținute au fost supuse analizei statistice cu aplicarea programelor: Statistica 7.0 (Statsoft Inc), EXCEL şi SPSS 26.0 (SPSS Inc) și prezentate prin procedee tabelare și grafice. În cadrul prelucrării statistice a datelor au fost calculate: coeficientul de corelaţie Pearson, testul Student, raportul șanselor (RȘ), valoarea coeficientului Cronbach alfa (α), iar semnificaţia statistică a rezultatelor s-a determinat prin aprecierea intervalului de încredere (IÎ 95%).

Sumarul compartimentelor tezei. Lucrarea după volum conține 216 pagini de text de bază, fiind structurată în conformitate cu rigorile de întocmire a tezei de doctor habilitat: foia de titlu, foia privind dreptul de autor, cuprins, adnotare în trei limbi (română, engleză și rusă), introducere, studiu de sinteză a literaturii (capitolul 1), metodologia studiului (capitolul 2), compartimentele de bază care includ rezultatele cercetării (capitolul 3-6), concluzii generale și recomandări practice, bibliografia (360 titluri), 9 anexe, declarația privind asumarea răspunderii, CV-ul autorului. Rezultatele cercetării sunt prezentate în 73 tabele și 88 figuri.

Introducerea prezintă caracteristica generală a cercetării şi include: motivația alegerii subiectului, actualitatea problemei, scopul şi obiectivele, inovaţia ştiinţifică, semnificaţia şi valoarea aplicativă, implementarea rezultatelor obţinute, aprobarea rezultatelor științifice, sinteza metodologiei de cercetare și justificarea metodelor de cercetare alese etc.

În primul capitol este descrisă şi analizată, la nivel internaţional şi naţional, evoluţia fenomenului migrațional prin intermediul contextului evolutiv istoric; sunt identificate şi evaluate cauzele şi efectele fenomenului migraţiei de muncă asupra populaţiei; este elucidat impactul migraţiei de muncă asupra sănătăţii migranţilor și a copiilor lor. Capitolul cuprinde sinteza literaturii de domeniu din 360 de surse ştiinţifice, ceea ce a permis abordarea problemei cercetate prin prisma analizei complexe şi detaliate a fenomenului în discuţie.

În capitolul 2 sunt expuse principiile de abordare metodologică, sunt prezentate materialele şi metodele de cercetare folosite în cadrul studiului ştiinţific, precum desingul acestuia. Sunt prezentate formulele de calcul al mărimii eșantioanelor studiului, sursele primare de informație, chestionarele și alte instrumente elaborate şi folosite de autor pentru realizarea cercetării.

În capitolul 3 este efectuată analiza evoluției procesului migrațional în Republica Moldova, centrată pe fenomenul copiilor rămași temporar fără grija parentală, pentru anii 2012-2019; prezentată abordarea socială a copiilor marcați de migrația parentală de muncă și abordarea calitativă asupra riscurilor la care ei sunt expuși; analizată adresabilitatea copiilor migranților pentru accesarea serviciilor medicale și accesibilitatea acestor servicii.

În capitolul 4 sunt expuse rezultatele analizei comparative a statutului medico-social al copiilor incluși în studiu prin prisma fenomenului migrației parentale de muncă; identificate particularitățile alimentației, igienei și de comportament ale pacienților studiului; elucidate și evaluate determinanții sociali ai asistenței medicale acordate copiilor marcați de migrația parentală de muncă.

În capitolul 5 este apreciată asigurarea asistenței medicale copiilor marcați de migrația parentală de muncă; estimată morbiditatea prin evaluarea adresabilității, cauzată de patologia acută, urgențe medicale sau acutizarea patologiei cronice; identificată structura morbidității generale a copiilor marcați de migrația parentală de muncă și cuantificate factorii medico-sociali de risc pentru sănătatea lor.

În capitolul 6 sunt relatate aspectele descriptive, medico-sociale ale pacienților intervievați prin aplicarea chestionarului PedsQL™ Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 English pentru evaluarea calității vieții; estimată fidelitatea măsurării calității vieții copiilor incluși în studiu prin aplicarea chestionarului PedsQL™ Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 English; apreciată calitatea vieții, sănătatea fizică și psiho-socială a copiilor marcați de migrația parentală de muncă.

În continuare sunt formulate *concluziile generale* și *recomandările practice* bazate pe dovezile obținute în cercetare care urmează a fi aplicate în activitatea practică pediatrică.

1. REPERE CONCEPTUALE ȘI VIZIUNI CONTEMPORANE ÎN INTERPRETAREA IMPACTULUI MIGRAȚIEI ASUPRA SĂNĂTĂȚII POPULAȚIEI

1.1. Analiza situaţiei globale în domeniul migraţiei de muncă

Globalizarea fluxurilor migraționale de muncă a condiționat operarea unor abordări fundamental noi cu privire la conștientizarea realităților migraționale [78]. Mișcarea în masă a oamenilor pe o distanță considerabilă a reprezentat mereu o caracteristică integrantă a dezvoltării istorice şi totuși viteza, scopul, complexitatea și volumul migrației actuale la nivel mondial, în contextul de globalizare, nu au precedent [324]. Dacă în anul 1980 populația migrantă la nivel global, adică persoanele care locuiau în afara țării lor de origine, reprezenta mai puțin de 100 milioane de persoane sau 2,2% din populația lumii, atunci până în anul 2005, numărul migranților a crescut la 190 milioane de persoane sau 2,9% din populația lumii [21]. În perioada actuală, la nivel global, mai mult de 214 milioane de oameni se află în mișcare, chiar dacă, în general, creșterea numărului populației a încetinit în perioada de referință [326]. Cu toate acestea, conform estimărilor OIM, în cazul în care numărul populației migrante va continua să crească în același ritm, precum în ultimii 20 de ani, atunci numărul de migranți internaționali la nivel mondial până în 2050 ar putea ajunge la 405 milioane [221].

Domenii principale de schimbări în procesul de migrație internațională în epoca globalizării [274]:

Globalizarea și schimbările în țările de origine și în cele de destinație a migranților. Procesele de globalizare au reînnoit și au impulsionat o veche dezbatere cu privire la impactul migrației asupra țărilor sau regiunilor de origine. În timp ce Statele Unite ale Americii și Europa de Vest au rămas în lista celor mai importante destinații, au existat și mișcări semnificative de migrație spre alte țări din „Lumea nouă” (Australia, Noua Zeelandă și Canada), precum și spre țările bogate în petrol din Golful Persic (în primul rând, din Asia de Sud și cea de Est), reflectând o creștere uriașă a cererii de forță de muncă ca urmare a șocurilor petroliere din anii ’70 ai secolului precedent [225, 252, 274].

Continentul european - o sursă tradițională a migrației - a devenit o regiune de găzduire în masă a imigranților. În momentul de față, fiecare al treilea migrant internațional locuiește în Europa, reprezentând 8,7% din populația totală a Europei [238, 246, 253, 262]. Așadar, liberalizarea generală a procesului de eliberare a pașapoartelor, produsă în urmă cu abia 20 de ani, a generat o oficializare a dreptului de ieșire, în timp ce intrarea în țările dezvoltate a devenit tot mai controlată prin intermediul sistemului de vize. De asemenea, anvergura procesului de

acordare a azilului în proporții neînregistrate până acum a contribuit la schimbarea profilului fluxurilor de migrație internațională [280, 324, 326].

Migraţia este influenţată de toate dimensiunile securităţii, în special de cea psiho-socială [177]. Reprezentarea pe care cetăţenii ţării de destinaţie şi-o formează despre imigranţi, despre solicitanţii de azil sau despre refugiaţi determină, în mare parte, măsurile care se iau în sprijinul sau împotriva acestora. De asemenea, reprezentarea respectivă determină atitudini ce pot crea tensiuni, crize sau chiar conflicte între părţile implicate [174]. În acest climat psiho-social, migranţii constituie o sursă de beneficii, dar şi de probleme economice, sociale, politice, militare şi ecologice atât pentru ţara de destinaţie, cât şi pentru cea de origine [133, 156, 174]. Printre efectele nefaste pentru țara de origine pot fi menționate următoarele: exodul de specialiști de calificare înaltă sau „exodul de creiere” [233]; încetinirea creșterii naturale a populației și modificări în structura demografică [328]; apariția unor probleme de securitate națională și înrăutățirea imaginii țării pe arena internațională; acutizarea unei serii de procese socio-politice, economice, medico-sanitare, științifico-educaționale și de altă natură [324].

Totodată, influxurile masive de valută străină în formă de remitențe pot deveni o adevărată problemă pentru economiile slab diversificate și necompetitive [88]. Dependența excesivă a țării de aceste influxuri financiare creează mai multe situații de hazard moral atât la nivelul Guvernului (manifestată prin reticența în implementarea unor reforme ce ar consolida sustenabilitatea fiscală), cât și la nivelul familiilor receptoare de remitențe (manifestată prin creșterea pretențiilor salariale față de angajatorii locali și, respectiv, prin diminuarea ofertei de forță de muncă) [187]. Pentru țările de origine ale imigranților, aspectele pozitive ale migrației pot fi sistematizate după cum urmează [21]: exodul parțial reduce problema șomajului și a tulburărilor sociale [196]; migranții dobândesc o nouă experiență profesională și își îmbunătățesc abilitățile posedate, se familiarizează cu tehnologiile și formele moderne de producere din străinătate sau din țările mai dezvoltate. Acest fapt contribuie la emanciparea mentalității, având efect benefic asupra răspândirii ideilor și tehnologiilor noi [274]; se reduce presiunea demografică în cazul în care țara se confruntă cu problema suprapopulării; remitențele pot influența favorabil atât creșterea macroeconomică, cât și cea economică pe termen lung [280]. În multe țări, volumul remitențelor depășește semnificativ investițiile străine directe și de asistență externă pentru dezvoltare [225]. În țări precum Albania, Bosnia și Herțegovina, contribuția remitențelor în economia țării este aproape comparabilă cu veniturile obținute din exporturi, iar Tadjikistan, Republica Moldova și Kârgâzstan au fost în lista primelor cinci țări după ponderea remitențelor ca procent din PIB în anul 2010, 49,6%, 31,4% și, respectiv, 27,9% [326, 346, 356]. De exemplu, în perioada anilor 2000-2012, volumul net al remitențelor în Republica Moldova a

crescut de peste nouă ori, de la 178,6 mil. la 1 699 mil. dolari SUA în anul 2012 [187]. În prezent, acestea asigură circa o pătrime din PIB, continuând să rămână cea mai importantă sursă de finanțare a contului curent și devansând vizibil investițiile străine directe, transferurile guvernamentale și împrumuturile. Experții Băncii Mondiale confirmă faptul că scăderea volumului de remitențe are un impact direct asupra creșterii sărăciei în țară [360].

Impactul migrației asupra țărilor de destinație manifestă şi efecte pozitive, care pot fi structurate astfel: folosirea forței de muncă străină creează oportunități suplimentare pentru creșterea economică și permite evitarea problemei lipsei forței de muncă; migranții de calificare înaltă, care lucrează în țară, promovează creșterea produsului intern brut; muncitorii străini sunt, în mare parte, angajați pentru a îndeplini cele mai dificile, mai necalificate și mai puțin prestigioase locuri de muncă, cu calificativul internațional „3 D" (Dezagreable, Difficiles, Dangereux); veniturile obținute de migranți sunt, cel mai des, „investite" în consumul de bunuri sau în servicii, în plata impozitelor etc., ceea ce este benefic pentru creșterea economică a statului; pentru eliminarea problemei crizei demografice în țara de destinație, în cazul în care aceasta se confruntă cu o asemenea problemă [22, 27, 30, 88, 358, 359, 360].

Intensificarea migrației sau accelerarea creșterii economice și a proceselor de migrație în toate regiunile lumii. Fenomenul se datorează răspândirii și accesului larg la mijloacele de transport, care facilitează circulația persoanelor și reduce distanțele dintre țări [21]. Răspândirea internetului la nivel mondial accelerează ritmul de difuzie tehnologică, favorizându-i pe emigranți să perceapă mai ușor oportunitățile și provocările cu privire la potențialele țări de destinație [22]. Web-ul permite migranților să beneficieze tot mai mult de avantajele existente în timp ce se află în țara lor de origine, precum și să caute oportunități de migrație la nivel mondial [221, 228, 230]. În aceste condiții, munca temporară în străinătate de multe ori pare mai atractivă pentru migranți, deoarece suscită mai puține costuri materiale și de alt caracter. În definitiv, atragerea temporară a muncitorilor străini corespunde obiectivelor politicii migraționale promovate de majoritatea țărilor de destinație [233, 238, 253].

Stratificarea migrației. Procesele migraționale internaționale în prezent sunt caracterizate prin diverse forme de migrație internațională (migrație, repatriere, emigrare la un loc permanent de trai, refugiere, strămutarea internă a persoanelor etc.). De exemplu, dacă în anii '50 ai secolului precedent numărul de refugiați se estima la două milioane, în anul 2009 numărul total al refugiaților a ajuns la 15,2 milioane [238]. În acest context, anul 2015 s-a caracterizat printr-un val fără precedent al refugiaților în UE, în special din regiunea instabilă a Orientului Apropiat - cel mai masiv influx de imigranți după cel de-al Doilea Război Mondial. Devine tipică situația când circuitul de migranți începe cu un tip de migrație și se încheie cu o formă absolut diferită.

Acest tip de stratificare constituie unul dintre principalele obstacole în calea gestionării eficiente a migrației internaționale de către statele naționale [252].

Feminizarea migrației. În prezent, femeile reprezintă aproximativ jumătate din numărul total de migranți internaționali, în unele regiuni ale lumii fiind chiar mai numeroase decât bărbații. Hong Kong, Israel, Kazahstan, Federația Rusă, Ucraina și Uzbekistan sunt principalele țări-gazdă în care majoritatea migranților o constituie femeile [258, 343, 355]. Ponderea femeilor printre imigranții din Europa de Est și din Comunitatea Statelor Independente este una covârșitoare în comparație cu alte regiuni [213, 217]. Femeile deja nu mai migrează cu unicul scop de a-și conduce soții, ci și pe cont propriu, în căutarea oportunităților de angajare. Acest fapt le face pe femei mai vulnerabile în ceea ce privește nerespectarea drepturilor omului, întrucât femeile imigrante sunt cel mai frecvent întâlnite în sferele instabile și ilegale ale economiei, inclusiv prestând servicii la domiciliu, în sfera divertismentului și în industria sexului, unde drepturile migranților nu sunt protejate de legislația locală în domeniul muncii [312, 346].

Nivelul scăzut al natalității și îmbătrânirea populației în țările dezvoltate. Nivelul scăzut al natalității și îmbătrânirea populației au determinat multe țări dezvoltate să considere migrația internațională drept o sursă de completare a forței de muncă și de sporire a numărului de populație, deși nivelul natalității și cel de dezvoltare economică tind să evolueze în direcție opusă [79]. Raportul ONU privind îmbătrânirea populației la nivel global demonstrează că numărul celor cu vârsta de peste 60 de ani a constituit 8% din populația la nivel mondial în anul 1950, ajungând la 11% în anul 2007 [253]. Acesta preconizează să ajungă la 22% până în anul 2050. Raportul subliniază că până în anul 2050 numărul persoanelor cu vârsta de peste 60 de ani va constitui o treime din numărul total al populației din UE și SUA. Diminuarea ratelor natalității și îmbătrânirea populației denotă faptul că piața forței de muncă în țările dezvoltate nu va mai fi completată în același ritm ca și în perioadele anterioare, iar cu timpul va crește și rata populației în vârstă. Studiul ONU prevede o diminuare de la 12:1 în anul 1950 la 4:1 în anul 2050 a raportului global printre lucrătorii cu vârsta cuprinsă între 15 și 64 de ani și persoanele în vârstă [253, 258, 280, 326]. Tendințele demografice și îmbătrânirea forței de muncă în multe dintre țările industrializate indică asupra faptului că migrația va deveni o opțiune tot mai importantă în abordarea raportului crescând dintre populația aflată la pensie, populația activă și îmbătrânirea forței de muncă [217].

Globalizarea și cererea de forță de muncă. Pe de o parte, au fost create oportunități de mobilitate socială pentru cei cu experiență științifică și cunoștințe tehnice necesare pentru noua economie. Pe de altă parte, suntem martori ai unui proces de redistribuire a forței de muncă

rămase în țările periferice, asociate cu economia tradițională [21, 22]. Aceste tendințe generează diversificarea tipurilor de cerere a forței de muncă în diferite regiuni. Astfel, în regiunile dezvoltate ale lumii, cât privește noua economie, există o cerere de personal de înaltă calificare, în timp ce în regiunile periferice, afectate de economia de piață, persistă, de regulă, o cerere față de forța de muncă industrială prost plătită, însă necesară pentru creșterea economiei, asociată cu creșterea activităților industriale și de producție [217]. În contextul globalizării, cererea forței de muncă de înaltă calificare în țările care găzduiesc imigranți a crescut, iar cea a forței de muncă necalificată s-a mutat în regiunile periferice, în care aceasta este mai mult decât suficientă [280, 326, 356, 360].

Includerea problematicii migrației pe agenda politică la nivel mondial. Procesul de globalizare a condiționat faptul ca migrația și dezbaterile referitoare la migrație să fie excluse din dialogurile bilaterale și regionale și direcționate spre o platformă multilaterală, poziționându-se tot mai semnificativ pe agenda politică globală [78, 270, 324]. Se produce un dialog tot mai imens cu privire la necesitatea unor modificări ale cadrului instituțional global, pentru a reprezenta mai bine lumea în curs de dezvoltare, în problemele referitoare la migrație [174, 262]. Astfel, în anul 2003, Secretarul General al ONU, precum și numeroase guverne, au inițiat activitatea Comisiei Mondiale privind Migrația Internațională, care și-a prezentat raportul final în anul 2005 [230]. În septembrie anul 2006, ONU a găzduit primul Dialog la nivel înalt cu privire la migrația și dezvoltarea internațională, care a și decis crearea Forumului Global pentru Migrație. Totuși, în pofida acestor eforturi, se menține un decalaj sensibil între importanța crescândă a migrației, ca fenomen economic și social și analiza empirică riguroasă a acestuia [238, 258].

1.2. Repere istorice și tendințe migraționale actuale ale cetățenilor Republicii Moldova

Desfiinţarea URSS şi proclamarea, la 27 August 1991, a Independenței statului au generat, pentru cetățenii Republicii Moldova, numeroase oportunități, inclusiv posibilitatea de a se deplasa peste hotare temporar sau permanent, cu stabilirea locului de trai în afara ţării [22]. Pe de o parte, fenomenul emigrației a început după colapsul Uniunii Sovietice şi a luat amploare pe parcursul crizei financiare din anii 1998-1999, când reducerea numărului de locuri de muncă, disponibilizările în masă şi micşorarea considerabilă a salariilor sau chiar neachitarea salariilor de către întreprinderile falimentate şi de sectorul bugetar i-au determinat pe moldoveni să caute locuri de muncă peste hotare pentru a supraviețui şi a scăpa de sărăcie [30, 33].

Veniturile reduse, rezultate din cultivarea loturilor de pământ, lipsa oportunităților de angajare, salariile mici din sectorul agricol, cumulate cu o infrastructură slab dezvoltată și servicii de calitate joasă, au condiționat diminuarea numărului de locuitori antrenați în agricultură şi în activitățile conexe acesteia şi au contribuit semnificativ la exodul masiv al forţei de muncă, în special din mediul rural, prin procese paralele de emigrare şi urbanizare (Figura 1.1) [182].

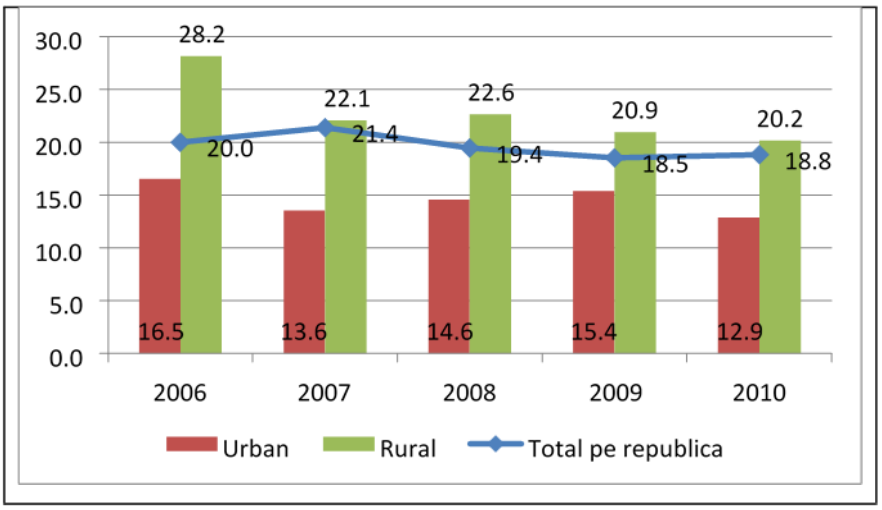


Fig. 1.1. Evoluţia migraţiei temporare din mediul urban şi cel rural, (%) [182]

Migraţia permanentă a luat amploare în perioada anilor 1985-1995 şi a vizat patru ţări principale de destinaţie: Israel, Rusia, Ucraina şi Germania. Ulterior, fluxurile emigrării permanente au fost atrase de Canada, un flux care continuă şi până în prezent, în mare parte reprezentat de specialiştii de calificare înaltă şi de familiile acestora [30]. Migraţia temporară a înregistrat progresiv proporţii semnificative începând cu anul 1990 şi s-a produs, în mare parte, pentru a îmbunătăţi situaţia financiară sau pentru căutarea oportunităţilor de studii, ultima incluzând tineretul care a obţinut oportunitatea de a depune dosare în mod individual pentru burse în străinătate. Impulsionat de situaţia social-economică, fenomenul migraţional a evoluat şi în funcţie de politicile migraţioniste adoptate în diferite perioade de timp, inclusiv sub impactul unor variabile, cum ar fi aflarea legală sau ilegală peste hotare [59, 62, 67, 68].

Rezumând evoluţia trendurilor migraționiste, putem identifica următoarele patru etape de evoluare a proceselor de migrație din Republica Moldova, odată cu obținerea independenței [78]:

Prima etapă (anii 1990-1994). În această etapă s-a evidenţiat reglementarea proceselor migraţioniste, care îşi aveau rădăcini în spaţiul geopolitic sovietic şi post-sovietic, inclusiv în protecţia drepturilor moldovenilor care activau în fostele republici sovietice (aproximativ 560 mii de persoane) [78, 88].

A doua etapă (anii 1995-2000). Specificul acestei etape constă în integrarea țării noastre în procesele migraţionale orientate, mai ales, spre Europa. Criza economică acută a marcat anii 1998-1999, ceea ce a cauzat pierderea locurilor de muncă, deteriorarea semnificativă a pieței, creșterea sărăciei, afectând 73% din totalul populației [217]. Drept consecință, ia amploare migrația spontană de muncă, preponderent ilegală, au devenit sesizabile efectele benefice ale fenomenului migrației, care până în anul 2000 viza, în special, Rusia şi Italia [99]. Autoritățile statului încep să inițieze acțiuni de reglementare a proceselor migrației de muncă [100].

A treia etapă (anii 2001-2006). Această etapă se caracterizează prin acțiunile adoptate de Guvernul Republicii Moldova pentru a promova legalizarea şi reglementarea fluxurilor migrației ilegale, precum şi pentru a proteja drepturile migranţilor în țările de destinație [106]. În această perioadă au fost inițiate numeroase dialoguri cu 19 ţări, au fost semnate acorduri bilaterale în domeniul migrației de muncă şi deschise în Republica Moldova consulate ale principalelor state recipiente ale migranţilor ilegali de muncă (Portugalia, Grecia şi Italia) [112, 137].

Etapa a patra (din mai 2006 până în prezent). În cadrul procesului de reorganizare a administrației publice centrale, în luna mai 2006 a fost dizolvat Serviciul de Stat Migrațiune, competențele acestuia fiind divizate între două ministere. Astfel, MAI a creat în cadrul său BMA, care a preluat competențele în domeniul imigrării străinilor şi al azilului, iar Ministerul Economiei şi Comerțului - competențele în domeniul migrației forței de muncă [107]. Din anul 2009, aceste responsabilități au fost delegate MMPSF. Actualmente, sunt promovate: abordarea conceptuală privind reglementarea migraţiei forţei de muncă, desfășurarea reformei instituționale şi cooperarea mai strânsă cu UE [115]. Odată cu lansarea cursului spre integrarea europeană, Republica Moldova depune eforturi enorme privind reglarea proceselor migraţionale, iar migrația ilegală la muncă este substituită treptat cu politici de reglementare a migrației legale, prin semnarea acordurilor cu țările de destinație [134, 135, 136, 137].

Dacă anterior persista tendința emigrării forței de muncă din Republica Moldova în statele CSI, în primul rând, în Federaţia Rusă, actualmente, apar vectorul de vest și cel de sud-vest al migrației forței de muncă. Treptat se produce reorientarea lucrătorilor migranți spre statele membre ale UE, în special spre Italia, Portugalia, Spania, Grecia, care sunt caracterizate prin ponderea semnificativă a sectorului neformal în economiile țărilor; mai rar spre țările continentului Africii (Angola, Somalia) (Figura A1.1) [182].

Primordialitatea vectorului de vest al migrației de muncă a fost favorizată de numeroși factori, cei mai importanți fiind: distanța geografică realmente egală a Republicii Moldova atât față de statele membre ale UE, cât și față de Federaţia Rusă; similitudinea grupului lingvistic latin pentru moldoveni, a celui lingvistic turc pentru găgăuzi și slavon pentru vorbitorii de limba

rusă din Moldova; rețeaua persoanelor cunoscute, creată prin intermediul diasporei evreiești-moldovenești din Germania, din Israel și alte state; liberalizarea regimului de vize între Republica Moldova şi UE, începând cu aprilie 2014; multiplele amnistii migraţionale şi alte mecanisme de reglare a migraţiei în statele membre ale UE, care au permis transformarea statutului ilegal în cel legal; un nivel înalt al criminalității, al debandadei antreprenoriale, polițienești și birocratice în Federaţia Rusă [182, 183, 217].

Salarii vădit mai mari în statele membre ale UE, în comparație cu cele din Federaţia Rusă, reprezintă unul din factorii-cheie în acest sens [127]. În conformitate cu datele cercetărilor sociologice, un lucrător migrant din Republica Moldova, care lucrează peste hotare, câștigă lunar 543 de dolari SUA, în țările CSI - 368, în timp ce în țările occidentale - în medie, 600 - 1 000 și doar în Germania 1 300 de dolari SUA [340, 345]. Lucrătorii migranți moldoveni, care activează în domeniul construcțiilor în Rusia, câștigă, în medie, de la 450 până la 750 de dolari SUA lunar, iar în statele UE - de la 900 până la 1 500 de dolari SUA [347, 348, 358]. Dacă inițial reprezentanții minorităților naționale erau mai activi în procesul migrației de muncă, la etapa actuală în astfel de procese participă reprezentanții tuturor grupurilor etnice, inclusiv ai națiunii titulare [359]. Totodată, cu excepția Transnistriei și Găgăuziei, care se orientează preponderent spre Rusia și Turcia, în alte regiuni și zone ale ţării, componentul etnic nu determină comportamentul migrațional al populației din Republica Moldova [182, 31].

Tendințele migraționale actuale ale cetățenilor Republicii Moldova. Există diverse modalităţi naționale în ceea ce privește evaluarea numărului de persoane implicate în procesele migraţionale, acestea fiind diferite de abordările internaţionale în acest sens. Numărul de persoane din țară, implicate în procesele migraţionale, este calculat diferit [88]. În Republica Moldova sunt utilizate, în linii mari, trei abordări privind estimarea emigrării internaţionale, acestea fiind [21, 22]:

1. „Emigrarea documentată”, care include retragerea vizei de reşedinţă şi declararea emigrării pe termen lung sau pentru totdeauna din ţară, cunoscută şi sub noțiunea de emigrare permanentă;

2. Plecarea la muncă sau în căutare de lucru peste hotare, considerată, de asemenea, ca fiind „migrare temporară/circulară”;

3. Plecarea din ţară, înregistrată la frontieră, *de facto* le include pe ambele: „emigrarea documentată/permanentă” şi „migrarea temporară/circulară” [47, 56, 107].

Numărul de migranţi variază considerabil în funcție de sursa de informare şi de metodologia de evaluare aplicată [156]. Astfel, 92 184 de emigranţi documentați, conform RSP în anul 2013, începând cu anul 2005; circa 300 000 sau aproximativ 25% din populaţia activă din

punct de vedere economic, cu o medie anuală de 311 000 în anul 2010, potrivit AFM; aproximativ 800 - 900 000 după declarația reprezentanţilor domeniului academic; de la 340 mii până la un milion, conform cifrelor care figurează în mass-media moldovenească; mai mult de 700 mii, potrivit datelor Băncii Mondiale, ceea ce constituie, aproximativ, jumătate din numărul populației apte de muncă; circa 750 000 după estimările OIM, care calculează fluxul anual al migranților la un nivel de aproximativ 1,4% din totalul populației Republicii Moldova (Figurile A1.2 și A1.3) [159, 160, 161]. Însă OIM declară că este foarte dificil de a estima fenomenul respectiv, inclusiv din cauza lipsei controlului formal la porțiunea transnistreană a hotarului cu Ucraina [161]. Baza de date EUROSTAT, potrivit informațiilor colectate din cele treizeci de ţări din cadrul Zonei Economice Europene, care găzduiesc migranţi moldoveni, oferă informații valoroase cu scopul de a compara numărul acestora cu datele furnizate de autoritățile moldovenești [22]. În conformitate cu acestea, stocul cumulativ al imigranţilor moldoveni în UE a fost estimat la circa 196 mii de persoane, la situaţia din 31 decembrie 2010, ceea ce a reprezentat o creștere de aproximativ 60% în comparație cu nivelul atins în anul 2007 [21]. Cifra respectivă diferă de cele care se vehiculează în Republica Moldova, fapt explicat prin evidenţa insuficientă a acestor persoane în ţară. De aici rezultă necorelarea definiției aplicate în Republica Moldova privind emigrarea cu cea internațională utilizată în acest scop, precum și lipsa de informaţii despre persoanele stabilite cu traiul în afara ţării [207]. Conform datelor BNS, în anul 2018 au plecat la muncă peste hotare 2 243 de cetățeni ai Republicii Moldova (Tabelul A1.1) [161, 207].

Emigrarea pentru studii. Numărul de cetățeni moldoveni, înmatriculați la studii peste hotare în baza protocoalelor internaționale de colaborare, în perioada analizată s-a majorat, constituind 6 065 de persoane în anul 2016 [92]. Comparativ cu anii 2015 și 2014, numărul respectiv a crescut cu cca 11% [5, 46, 64, 90]. În anul de referință, analogic celor anteriori, din totalul cetățenilor moldoveni plecați la studii peste hotare, circa 93% studiau în România, 5% - în Federația Rusă, 2,1% - în Bulgaria, în alte state se aflau mai puțin de un procent din totalul persoanelor plecate la studii peste hotare în baza protocoalelor internaționale de colaborare [92, 94, 156, 207].

Numărul de cetățeni moldoveni care au solicitat cetățenia statelor membre ale UE a crescut considerabil, însă această situație, deocamdată, nu este reflectată în statistica privind persoanele străine care își au reședința în țara-gazdă în mod legal. În perioada anilor 2000 - 2010, 43 882 de cetățeni ai Republicii Moldova au devenit și cetățeni ai statelor membre ale UE (în special, ai României, Portugaliei, Italiei, Bulgariei, Germaniei, Marii Britanii și Irlandei) [182]. În conformitate cu Registrul de stat al populaţiei, numărul total al cetăţenilor Moldovei

care au plecat peste hotare la loc permanent de trai (situația la 1 iulie 2019) este de 106 647 [64]. Așadar, Guvernul Republicii Moldova trebuie să acorde o atenție specială persoanelor care au fost repatriate, precum și diasporei moldovenești, cu scopul de a implementa potențialul lor la dezvoltare a țării [151].

Conform datelor oficiale ale EUROSTAT-ului privind permisele de ședere, lucrătorii migranți din Republica Moldova în UE sunt preponderent femei (în anul 2010 au fost eliberate pentru femei 24 845 de permise de ședere pentru desfășurarea unei activități remunerate, în comparație cu 8 298 de permise pentru bărbați) [358]. De exemplu, în Italia numărul de femei a constituit în anul 2010 aproximativ 2/3 din totalul de persoane plecate din Moldova. Totodată, în trimestrul IV al anului 2012, bărbații predominau în mai multe state membre, în special în Franța (70% bărbați și 30% femei) și Portugalia (69,2% bărbați și 30,8% femei) [183]. Pentru comparație, proporția bărbaților care au plecat în Rusia a constituit peste 70% pe parcursul perioadei analizate. Datele BNS relevă faptul că în anul 2018 au plecat din Republica Moldova 238,2 mii de bărbați și, respectiv, 114,5 mii de femei [25].

Migranţii moldoveni desfășoară în UE, mai frecvent, activități casnice, în sectorul de construcții și în agricultură, în timp ce rata celor cu calificare înaltă este scăzută [182]. Un rol semnificativ asupra formării fluxului migraţional îl au vârsta și nivelul de instruire, care influențează asupra capacității de integrare pe piața muncii peste hotare. Potrivit autorităților moldovenești, migranții din R.Moldova sunt relativ tineri, cu vârste cuprinse între 20 și 49 de ani [183]. În anul 2016, ponderea persoanelor cu studii superioare s-a majorat, constituind 13,3% din totalul migranţilor, comparativ cu 11% în anul 2014. Așadar, procentul persoanelor cu studii superioare este în creștere, în special printre bărbați - de la 9% în anul 2014 la 12% în 2016 (Tabelul A1.2) [77].

Migranţii plecaţi la muncă în Italia, în Portugalia şi România se caracterizează prin ponderea mai mare a persoanelor cu un nivel înalt de instruire (studii superioare, medii de specialitate şi secundare profesionale) [21, 22]. În Italia aceștia constituie 59% din totalul celor aflaţi aici, în Portugalia - 54,9%, în România - peste 78%. Pentru comparație, Rusia, Turcia, Israel, Ucraina, Grecia sunt dominate de ponderea migranţilor cu studii liceale, medii generale sau cu un nivel scăzut de calificare [217].

Ca urmare a salarizării insuficiente şi a condițiilor de muncă precare, în perioada anilor 1996 - 2000, peste 12 mii de cadre medicale au părăsit sistemul sănătății, circa 82,0 % din totalul acestora fiind personal medical mediu [84]. În consecință, nivelul de asigurare cu medici s-a redus cu circa 14,3%, iar a personalului medical mediu cu circa 21% [149]. De exemplu, în anul 2010, în sistemul de ocrotire a sănătății activau 10 619 medici şi 22 003 personal medical mediu.

Comparativ cu anul 2009, numărul acestora a scăzut cu 1,3% pentru medici şi cu 0,6 % pentru personalul medical mediu, iar în raport cu anul 2005 - cu circa 2% [217].

Conform Anuarului Statistic al Sistemului de Sănătate din Moldova al Agenţiei Naţionale pentru Sănătate Publică, în anul 2016 în sistemul ocrotirii sănătăţii activau 10 388 de medici şi 20 972 de personal medical mediu, iar gradul de asigurare cu lucrători medicali s-a redus, constituind astfel 29,2 medici şi 59,0 personal mediu la 10 000 de locuitori în anul de referinţă [6]. În anul 2017, asigurarea populaţiei cu medici constituia 29,0, iar cu personal medical mediu - 63,5 la 10 000 de locuitori, per total, în sistemul ocrotirii sănătăţii activau 10 287 de medici şi 20 904 lucrători medicali cu studii medii [6]. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova relatează că, în anul 2018, per total, în țară (inclusiv ministere) activau 12 635 de medici, iar gradul de asigurare constituia 35,6 la 10 000 de locuitori; personalul medical mediu includea 23 981 de persoane, gradul de asigurare - 67,7 la 10 000 de locuitori. Insuficiența asigurării populației cu personal medical inevitabil se reflecta nefast asupra indicilor sănătății populației, inclusiv a copiilor [5].

Asigurarea populației cu medici de familie în Republica Moldova, versus Uniunea Europeană (UE) și Regiunea Europeană (RE) sunt reprezentate în Figura 1.2.

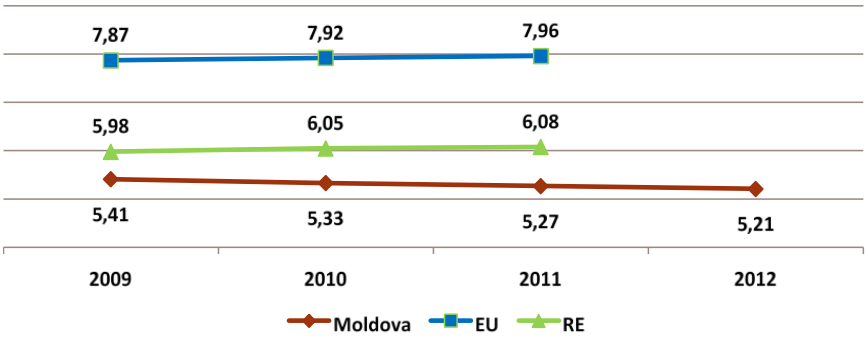


Fig. 1.2. Asigurarea cu medici de familie la 10 000 de populație în Republica Moldova, în UE și RE (2014) [7]

Astfel, constatăm: asigurarea cu medici de familie în Republica Moldova este insuficientă, comparativ cu cea din țările UE și RE, și se află sub nivelul normativ de 6,6 la 10 000 populație.

Politicile pe termen mediu şi cele pe termen lung în domeniul resurselor umane din sistemul de sănătate sunt reflectate în: Programul de activitate al Guvernului Republicii Moldova (2015 - 2018) [185]; Programul de dezvoltare al învăţământului medical şi farmaceutic în Republica Moldova pe anii 2011 - 2020 [186]; Strategia de dezvoltare a Universităţii de Stat de

Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu” din Republica Moldova în perioada anilor 2011 - 2020 [209].

Prin Hotărârea Guvernului nr. 452 din 15.04.2016 “Cu privire la aprobarea Strategiei de dezvoltare a resurselor umane din sistemul sănătăţii pentru anii 2016 - 2025”, se susţine o inițiativă gestionată de Organizaţia Mondială a Sănătăţii în Republica Moldova, care îşi propune să transforme migraţia lucrătorilor medicali într-o mobilitate circulară, fortificând instruirea cadrelor și prevenind riscul exodului şi al „irosirii de creiere” din Moldova [113]. În acest sens se preconizează crearea unui cadru favorabil pentru migrația legală a acestora, astfel diminuând efectele nefaste ale fenomenului respectiv asupra sistemului de sănătate, precum şi pentru a facilita reintegrarea lucrătorilor medicali reîntorşi [113].

Amploarea migrației personalului din sistemul de învățământ din R.Moldova a cauzat agravarea procesului didactic [156]. Din cauza salariilor neatractive, care sunt printre cele mai mici în economia națională, în perioada anilor 2005 - 2010 circa 9,4 mii de profesori au părăsit sistemul educațional [176]. Ponderea cadrelor didactice tinere în învățământ este în scădere, pe când a celor de vârsta pensionării - în creștere continuă [176, 213].

Conform Studiului ”Impactul migrației asupra cadrelor didactice și a cercetătorilor din Moldova“, cel puțin o jumătate dintre profesorii intervievați şi-au exprimat intenția de a pleca peste hotare, 40,4% dintre respondenți au spus că vor să plece peste hotare pentru o muncă temporară, iar 7,9% - definitiv şi 5,4% - pentru studii [36]. Principalele motive pentru a migra sunt: de a câştiga mai mulți bani peste hotare; de a-și îmbunătăți condițiile de trai ale familiei; de a-și cumpăra o casă/un apartament pentru familie; de a obține o experiență nouă, calificări noi şi de a accesa cele mai bune servicii şi tehnologii; de a plăti pentru studiile copiilor; situația economică, politică şi socială precară din R.Moldova [36].

Probabilitatea de a pleca din R.Moldova pe parcursul următoarelor 12 luni este mai înaltă printre cei care dețin cetățenie dublă, predau la universitate și/sau sunt cercetători cu un grad științific, precum şi printre cei care au o experiență de muncă de peste 20 de ani şi locuiesc în mediul urban [85]. Țările din topul celor mai preferate de către respondenți sunt: Italia - 23,3%, Canada - 17,4%, Franţa - 15,1%, Federaţia Rusă - 10,5%, Germania - 9,3%, SUA - 9,3%, Marea Britanie - 3,5%, România, Spania, Israel - 2,3% fiecare, Olanda, Portugalia, Bulgaria, Belgia - 1,2% fiecare [101]. Ţara de destinație este aleasă în baza următoarelor criterii: oportunități mai bune de angajare în câmpul muncii şi salarii atractive, comparativ cu alte ţări (69,8%), prieteni şi rude care lucrează în ţara dată (46,5%), faptul că vorbesc limba ţării (44,2%), costuri de trai reduse (24,4%), oportunităţi mai bune de studii (17,4%) [149, 176].

1.3. Consecințele sociale ale migrației

Actualmente, migrația populației reprezintă unul dintre cele mai complexe procese sociale care influențează societatea contemporană, fiind determinate de nivelul diferit de dezvoltare social-economică a statelor și regiunilor de pe glob, precum și de factorii politici, etnici, culturali, religioși, ecologici etc [217].

Impactul migrației asupra *dezvoltării sociale* poate fi extrem de puternic și în țările de origine, și în țările de destinație, iar această influență poate fi atât benefică, cât și nefastă [22]. Migrația poate fi o cale sigură de combatere a *sărăciei* [27, 28, 217].

În prezent, în Republica Moldova noțiunea de ”remitențe” este specificată în Hotărârea Guvernului nr. 1167 din 16.10.2008: „remitențele sunt o parte a venitului global al persoanei și pot proveni *de la membrii familiei sau de la alte persoane din țară sau de peste hotare*”, precum și în Hotărârea Guvernului nr. 242 din 01.03.2005: „*remitențele sunt venituri ale cetățenilor, obținute din munca peste hotare*”[108].

Volumul de resurse valutare, ajunse în țară în calitate de remitențe, reprezintă o sursă destul de importantă pentru asigurarea unui trai decent pentru familiile în care unul sau mai mulți membri sunt plecați la muncă peste hotare [33]. Potrivit celui mai recent raport publicat de Banca Mondială, Moldova se situează pe locul trei în regiune printre țările ale căror produs intern brut este dependent de remitențe [339, 358].

Potrivit Băncii Naționale, în anul 2014, datorită migrației internaționale de muncă, în țară au ajuns pe căi oficiale, în calitate de remitențe, circa 1,61 miliarde USD, ceea ce constituie circa o pătrime din PIB [8]. În perioada anilor 2000 - 2014, volumul net al remitențelor a crescut de peste nouă ori, de la 178,6 mil. USD la 1 612 mil. USD în anul 2014. Astfel, în anul 2017, 20,6% din PIB a fost format din banii pe care moldovenii, care lucrează peste hotare, îi transmit oficial, prin intermediul instituțiilor bancare [9]. În anul 2018, volumul remitențelor a constituit circa 955 mil. USD, ceea ce a reprezentat 13,12% din PIB-ul Republicii Moldova [25, 56].

Remitenţele contribuie la creşterea nivelului de bunăstare a gospodăriilor. În anii 2010 - 2015, ponderea populaţiei situate sub pragul sărăciei absolute a fost în scădere continuă, constituind 9,6% din totalul populaţiei ţării în anul 2015, faţă de 21,9% în anul 2010 [8]. Datele AFM denotă că majoritatea migranţilor (81,3%) au declarat că transferă bani familiilor [9]. Sumele transferate sunt diferite: peste o treime dintre migranţi (35,8%) transferă sub 500 USD lunar, 12,4% - între 500 şi 800 şi 7,2% - mai mult de 800 USD [27]. Mai puţin de 1/5 dintre migranţi (18,7%) au declarat că nu trimit bani acasă [64, 171, 217].

Deficitul de cadre didactice continuă să fie unul din efectele nefaste ale proceselor migraţioniste. Unul dintre domeniile afectate puternic de migraţie este educaţia, iar exodul cadrelor didactice peste hotarele ţării la muncă continuă a fi impulsionat de factorii de ordin economic [234]. Studiul „Impactul migraţiei asupra cadrelor didactice şi cercetătorilor din Moldova" denotă: printre factorii de impulsionare a emigrării cadrelor didactice şi a cercetătorilor, cel mai semnificativ este salariul [36]. Chiar dacă în anii 2010 - 2015 cadrele didactice au beneficiat de creşteri salariale anuale, acesta, potrivit BNS, a constituit în anul 2016 doar 79,0% din salariul mediu pe economie, problema salariilor mici este deosebit de acută printre cadrele didactice şi cercetătorii tineri [34]. Aşadar, mai mult de jumătate dintre profesorii intervievaţi şi-au exprimat intenţia de a pleca peste hotare, 40,3% dintre respondenţi - pentru o muncă temporară, 7,9% - definitiv, iar 5,4% - la studii [34]. Profilul celor care intenţionează să plece temporar peste hotare cu scopul de a munci include: profesorii căsătoriţi, cu vârsta cuprinsă între 25 şi 39 de ani, care au copii, sunt din mediul rural și au venituri mici, de obicei, deţin cetăţenie dublă. Cei care îşi propun să se stabilească cu traiul peste hotare sunt, preponderent, persoane căsătorite, care au experienţă de muncă de până la 10 ani, provin din mediul urban şi au venituri medii [46]. Se evidenţiază intenţii de migrare mai pronunţate printre bărbaţi, decât printre femei. Conform vârstei, intenţiile mai pronunțate sunt printre cadrele didactice şi cercetătorii tineri, cele mai mari ponderi fiind înregistrate pentru grupa de vârstă de la 25 până la 29 de ani (67,0%) [36].

Migraţia influenţează integrarea în educaţie, precum şi viziunile privind oportunitatea acesteia. În perioada analizată, potrivit statisticilor, ratele de înrolare în învăţământul general obligatoriu sunt în scădere, prezentând decalaje semnificative dintre mediul urban şi cel rural [234]. În învăţământul primar, rata brută de înrolare în anul 2016 a constituit 91,3%, fiind în diminuare cu 1,1 p.p. în raport cu anul 2014 [39, 53, 58]. În medul rural, rata brută de cuprindere în învăţământul primar a fost de 77,7%, cu 36,8 p.p. mai joasă faţă de mediul urban. La rândul său, rata brută de înrolare în învăţământul gimnazial, la nivel național, în anul 2016 a fost de 86,6%, în mediul rural a constituit 77,5%, cu 25,2 p.p. mai scăzută faţă de mediul urban [65]. Conform datelor BNS, rata brută de cuprindere în învățământul primar în anii 2017 - 2018 a fost de 117,3% în mediul urban și, respectiv, de 75,1% în cel rural, cât privește învățământul gimnazial, 104,6% în mediul urban și 76,1% în cel rural [87]. Cifrele anunțate ne demonstrează o creștere a înrolării în instituțiile de învățământ (primar/gimnazial).

Migraţia şi sistemul ocrotirii sănătății. Asigurarea unui nivel înalt al sănătății, prevenirea riscurilor de sănătate, inclusiv ale celor asociate migrației, precum și prestarea echitabilă a serviciilor de asistență medicală populației, reprezintă scopul primordial al oricărui

sistem de ocrotire a sănătății. În acest context, *sănătatea și migrația* sunt două domenii de interes major al statului și se află într-o strânsă corelare [127].

Provocările pe care le generează migrația de muncă pentru sistemele de ocrotire a sănătății în statele de origine și în cele de destinație includ dificultățile referitoare la monitorizarea și ținerea sub control al stărilor de morbiditate și a migrației lucrătorilor medicali; sănătatea migranților și felul în care migrația le afectează calitatea vieții la diferite etape ale ciclului migrațional [128].

Domeniul sănătăţii continuă să se confrunte cu anumite probleme privind asigurarea cu personal [5]. În anul 2017, în R.Moldova la 10 000 de locuitori reveneau 36,7 medici şi 69,2 personal medical. În anul 2018 în țară (inclusiv ministere) activau 12 635 de medici, iar gradul de asigurare a constituit 35,6 la 10 000 de locuitori; personalul medical mediu era reprezentat de 23 981 de persoane și gradul de asigurare era de 67,7 la 10 000 de locuitori. Cu timpul, datele prezentate atestă o diminuare a asigurării populației cu personal medical [6]. Comparativ cu anii precedenți, se atestă și o reducere a numărului de paturi; astfel, în anul 2018 la 10 000 de locuitori reveneau 52 de paturi [5]. Este în diminuare accentuată asigurarea populaţiei cu medici de diferite specialităţi, de la 2 417 specialişti de profil terapeutic în anul 2013 la 1 844 în anul 2017 (Tabelul A1.3) [182].

Conform studiului recent „Lucrătorii medicali care au migrat din Republica Moldova în Italia și în alte țări ale Uniunii Europene", al cărui scop a fost identificarea principalilor factori de atracţie, respingere şi de stabilire, ce au determinat un număr mare de lucrători medicali să migreze din Moldova spre Uniunea Europeană, în ultimii 20 de ani, principalii factori de respingere rămân a fi salariile mici (85% din cadrele medicale care au migrat în Italia şi 91% din cadrele medicale care se află în celelalte ţări UE) şi condiţiile economice în Republica Moldova (72% - Italia, 74% - alte țări UE) [149]. Totodată, datele studiului denotă următoarele: unii migranți analizează posibilitatea reîntoarcerii potenţiale în Moldova în cadrul unor scheme de migraţie circulară (25% din Italia, 34% din alte ţări UE), dar numai în anumite condiţii, inclusiv remunerarea financiară adecvată şi obiective clare. Circa 67% din cadrele medicale care au migrat încă mai trimit remitenţe în ţara de baştină, atât cele din Italia, cât şi cele din alte ţări UE, suma medie a remitenţelor lunare trimise acasă de cei chestionaţi a fost, în medie, 324 €, cu o variaţie în intervalul de la 30 până la 1500 €; circa 30% din cadrele medicale, care în momentul de față locuiesc în Italia, planifică să revină în Republica Moldova şi circa 20% din alte ţări UE [149]. Respondenții au menționat și pașii ce urmează să fie intreprinși de factorii de decizie pentru a soluționa problema migraţiei cadrelor medicale: salarii care să le asigure o situaţie

financiară personală confortabilă şi prosperă; condiţii de muncă adecvate, inclusiv echipament modern; reducerea corupţiei; îmbunătăţirea relaţiei dintre pacient şi lucrătorul medical [149].

1.4. Consecinţele migraţiei de muncă asupra sănătăţii migranţilor

Problema sănătății migranților este mult mai complexă decât simpla apariție a riscului unor cazuri de boli infecțioase sau traumatisme [197]. Spectrul acestei probleme mai include și vulnerabilitatea sănătății în procesul de migrare, inclusiv sănătatea sexuală și cea reproductivă, sănătatea mintală, ocupațională, efectele schimbării climaterice asupra sănătății, accesul la serviciile medicale și respectarea dreptului la asigurare medicală [124, 125,126, 131].

Riscul apariției unei maladii și lipsa ajutorului medical corespunzător în țara de origine reprezintă, în foarte puține cazuri, un motiv pentru a migra [127]. Se consideră că migrația poate influența nefast asupra sănătății persoanelor migrante, întrucât persoanele migrante, pe de o parte, nu au acces echitabil la serviciile de sănătate, iar, pe de altă parte, adresarea lor la instituțiile medicale este mult mai mică decât a persoanelor non-migrante [130]. Studiile actuale demonstrează că migrația nu reprezintă neapărat un risc pentru sănătate. Însă condițiile pe care le generează procesul migrator ar putea expune migranții la riscuri și vulnerabilități sporite de sănătate [38, 128, 197].

Există trei tipuri de bariere, care pun în dificultate accesul lucrătorilor migranți la diferite servicii de sănătate: *barierele structurale, aprecierea migranților a stării de sănătate personală a lor și provocările culturale, precum și cele lingvistice*. Barierele structurale, în special cele de natură administrativă și financiară, creează imposibilitate migranților să beneficieze de serviciile medicale, finanțate de către stat sau de cele din sectorul privat. În ceea ce privește adresarea migranților la serviciile medicale în țările de destinație, se observă că are loc mult mai rar decât în localitățile de origine [197]. În general, populaţia manifestă neglijenţă faţă de propria sănătate, nu menţionează cauzele unei asemenea atitudini. Conform studiului „Sănătatea migranților moldoveni. Impactul situației social-economice", efectuat de către Centrul de Investigaţii Sociologice şi Marketing „CBS-AXA", majoritatea respondenţilor apelează la servicii medicale doar în cazuri extreme, când vizita medicului nu mai poate fi amânată. Doar 19% dintre migranţi afirmă că cel puţin o dată pe an urmează un control medical profilactic sau se adresează medicului imediat ce constată cea mai mică problemă de sănătate [197].

În conformitate cu studiul „Impactul migraţiei de muncă asupra morbidităţii populaţiei Republicii Moldova", circa 32% de intervievaţi au menţionat că efectuau examenele medicale o dată la doi ani, peste 30% - o dată pe an, cca 11% - de două ori pe an şi mai des, unii migranți

însă au afirmat că examenul medical profilactic l-au urmat mai rar (22,0±1,19%), niciodată (3,7±0,54%) sau nu au ştiut ce să răspundă la această întrebare (0,2±0,12%) [127, 128, 129, 130, 131]. Cauza cea mai frecventă pentru care pacienţii migranţi au urmat acest examen medical a fost apariţia unor semne şi simptome de dereglare (73,8±1,26%), urmat de motivul că acest examen medical profilactic trebuie efectuat periodic (22,6±1,20%), nu au ştiut ce să răspundă la această întrebare 43 de intervievaţi (3,6±0,53%) [128, 131].

*Adresarea la serviciile medicinii primare***.** Studiile privind contactarea de către migranţi a sistemului medical în ţara de origine, într-o anumită perioadă de timp (ultimele 12 luni), de la bun început au evidenţiat: migranţii contactează sistemul medical mult mai rar, comparativ cu populaţia neimplicată în migraţie [129]. În ultimele 12 luni, 41,9% dintre migranţii intervievaţi nu au contactat niciodată sistemul de sănătate, 37,7% - o dată sau de două ori şi doar unul din zece - mai mult de zece ori [130]. Un migrant a contactat de două ori mai rar sistemul medical (în medie, 1,5 vizite pe an), comparativ cu 3,2 vizite în cazul membrilor gospodăriilor beneficiare de remitenţe şi cu 3,5 contacte, în medie, în cazul celor nebeneficiare de remitenţe [129, 130]. Aşadar, migranţii contactează rar sistemul medical din Moldova din cauza absenţelor îndelungate din ţară, iar, pe de altă parte, nu se adresează nici în ţările gazdă [130]. În caz de îmbolnăvire, majoritatea migranţilor (66,3±1,36%), reîntorşi în țară, se adresează la medicul de familie din localitate, mai puţini - la specialiştii din alte localităţi: la medicul specialist din raion sau municipiu (13,7±0,98%), sau la medicul specialist din Chişinău (18,8±1,12%), 1,2±0,31% preferă alţi medici decât cei menţionaţi mai sus [129, 130, 205].

Interacţiunea cu medicul de familie. Medicul de familie din localitate trebuie să cunoască persoanele care pleacă la muncă peste hotare, pentru a le acorda asistență profilactică sau curativă. Prezenţa migrantului de muncă pe listele medicului de familie poate servi drept criteriu de calitate în analiza activităţii medicului de familie pe sector [131]. Accesarea mai redusă a sistemului medical explică şi faptul de ce mulţi migranţi nu cunosc până în prezent medicul lor de familie (22,5%), acest procent este dublu faţă de cel al membrilor familiilor beneficiare de remitenţe (11,4%) [130].

În concluzie, cauzele adresării la medicul ales pot fi ierarhizate în modul următor: prioritar a fost profesionalismul înalt al medicului (27,6±1,28%), apoi calitatea bună a asistenţei medicale (21,2±1,17%), medicul ales este uşor accesibil (20,2±1,15%), asigurarea bună cu medicamente (11,2±0,90%), condiţiile instituţiei medicale (10,4±0,87%), asigurarea cu echipamente (6,5±0,70%), cheltuielile mai mici (2,2±0,42%), legăturile de rudenie (0,7±0,23%) [129, 130, 131]. Aşadar, drept criteriu de bază pentru migranţii de muncă constituie

profesionalismul medicului, competenţa sa în problemele medicale cu care se adresează aceştia, urmată de calitatea bună a serviciilor prestate [130, 131, 205].

Accesibilitatea serviciilor medicinii primare. Practicile de evitare a serviciilor medicale, în pofida necesităţii, sunt destul de răspândite în rândul întregii populaţii, inclusiv printre migranţi, 25% dintre aceştia afirmând că în ultimele 12 luni au avut situaţii în care nu s-au adresat instituţiilor medicale, deşi au avut nevoie de serviciile lor [130]. Pentru a identifica problemele medicale ale migranţilor de muncă, trebuie cunoscut scopul adresării acestora la medicul de familie [130]. Cele mai multe menţionări a avut observarea anumitor simptome de boală de către migranţii de muncă (34,2±1,36%), urmată de vizitarea periodică a medicului de familie în legătură cu o boală cronică (25,3±1,25%) sau cu vaccinarea (cca 14%); au avut nevoie de certificate medicale cca 12,9% de intervievați sau de trimitere la un medic de profil - cca 8,9% [205].

Probleme de sănătate ale migranților. Majoritatea migranților pleacă cu un capital satisfăcător de sănătate, însă fiind încadrați în munca cu calificativul „3D", în lipsa documentației de asigurare în sănătate sunt limitați în accesul pentru serviciile medicale. Deseori migranții sunt discriminați, maltratați și neechitabil plătiți pentru munca efectuată. Perioade de timp îndelungate în afara căminului familial, tensiunea emoţională aferentă procesului de emigrare şi aflare peste hotare, precum şi riscurile pe care le implică activitatea ilegală pe piaţa muncii, presupune că implicarea în procesul migraţional declanșează agravarea stării de sănătate [127]. Totodată, menționăm că conform studiului "Sănătatea migranților moldoveni. Impactul situației social-economice", efectuat de către Centrul de Investigaţii Sociologice şi Marketing „CBS-AXA", mai mult de jumătate din numărul migranţilor (52%) au acordat calificativele „foarte bună" sau „bună" în aprecierea stării proprii de sănătate [197].

Mai impunătoare sunt rezultatele studiului „Impactul migraţiei de muncă asupra morbidităţii populaţiei Republicii Moldova", conform cărora starea de sănătate a migranţilor, înainte de a pleca peste hotare pentru prima dată, circa 30,0±1,31% de intervievați au menţionat-o ca fiind una foarte bună, 32,5±1,34% - una bună, 27,2±1, 28% - acceptabilă, însă 4,7±0,60% - rea şi, respectiv, 2,6±0,45% - foarte rea [128]. Fiind rugaţi să-și aprecieze starea sănătăţii lor în prezent, comparativ cu perioada precedentă primei emigrări, 25,1% de intervievați raportează o agravare, mai frecvent cei de sex feminin (31,5%), respondenți cu vârste de peste 40 de ani, precum şi cei care au emigrat în alte ţări decât UE şi CSI şi au activat în sectorul casnic [128, 205].

Una dintre sarcinile trasate în studiul *„Impactul migraţiei de muncă asupra morbidităţii populaţiei Republicii Moldova"* a fost de a obţine tabloul complet privind prezenţa patologiei

cronice la migranţii de muncă înainte de plecare. Astfel, s-a detectat că 40,8±1,41% de migranţi au suferit de anumite boli cronice înainte de a pleca peste hotare, iar 53,1±1,43% nu au avut boli cronice [128]. Tot în acest studiu s-a analizat spectrul patologiei cronice înainte şi după migraţie. Printre cele mai frecvente maladii de care sufereau viitorii migranţi de muncă înainte de a pleca peste hotare, pe primul loc, figurau pancreatitele cronice (22,52%), urmate de colecistitele cronice (17,2%). La 13,87% din migranţii de muncă care sufereau de boli cronice au fost depistate pielonefritele cronice, iar în 11,6% - gastrite cronice [128]. Printre bolile cronice de care sufereau migranţii de muncă au fost stabilite bronşita cronică (10,26%) și hepatita cronică - 3,6%. În 20,95% din cazuri migranţii de muncă au indicat o altă categorie care includea diferite boli somatice [131]. Interes au prezentat simptomele şi acuzele, pe care le-au avut migranţii de muncă în timp ce lucrau peste hotare. Astfel, cele mai frecvente acuze au fost durerile somatice (14,56%), urmate de: cefalee (12,16%), depresie (11,98%), dereglări ale procesului de digestie (11,79%), scăderea ponderală (11,27%), disconfortul emoţional (10,66%), crizele hipertensive (6,39%), dispnee (6,19%), tuse (5,53%) [131]. În concluzie, aceste simptome care apar la migranţii de muncă sunt observate de ei doar la primele deplasări la muncă peste hotare (Figura A1.4) [131].

Una dintre problemele stringente referitoare la migrație și sănătate, reprezintă *sănătatea sexuală și cea reproductivă* a femeilor migrante. Cele mai menţionate au fost dereglările de ciclu menstrual (52,91%), urmate de avort (17,27%), dureri ovariene (13,08%), altele (inclusiv disconfortul emoţional, cefaleea, cistitele, pielonefritele etc), care au acumulat 11,86%, unele femei (4,88%) au avut şi naşteri premature [131, 205]. Deci, se poate afirma că femeile, concomitent cu problemele generale, pe care le are contingentul de migranţi, mai au şi probleme specifice, care nemijlocit alterează starea lor de sănătate [128].

O importanţă deosebită a avut informaţia despre maladiile apărute după plecare, când migranţii de muncă s-au întors în ţara lor de origine. Maladiile tractului gastro-intestinal au acumulat 13,72% şi, respectiv, 12,59%. Următoarele menţionări au fost depresiile (10%), explicate în două moduri: fie că nu au fost respectate condiţiile promise de muncă sau provocate de dorul de familie, casă și copii. Hipertensiunea arterială deţine un loc aparte printre maladiile care au apărut și nu au fost până la plecare (7,34%), urmată de bronhopatia cronică obstructivă (7,26%) [127]. Nevralgiile, de asemenea, au fost frecvent detectate la pacienţii migranţi de muncă (7%), fiind urmate de bronşita cronică - în 6,51%, artrite şi artroze - în 3,79% de cazuri. Pentru migranţii de muncă o problemă aparte au constituit maladiile apărute primar: hepatita cronică (1,87%), cistita (3,58%), hemoroizii (2,06%), migranţii bărbaţi au relatat apariţia prostatitei în 0,11% de situaţii [131]. Au fost identificate aparte maladiile, care apar mai frecvent

la femei după migraţie, astfel, mai frecvent se anunța despre dereglările de ciclu menstrual (34,38%), urmate de pielonefrita cronică (26,3%), cistită (15,75%), anexită (12,47%), vaginită (6,8%). Așa maladii ca colpitele și salpingooforitele au acumulat 4,3% [128, 131, 205]. O altă problemă ar fi și rata înaltă de *probleme de sănătate mintală,* cu care se confruntă migranții: depresiile, tentativele de suicid, abuzul de droguri și alcool, angoasa, stresul.

*HIV/SIDA şi infecţiile cu transmitere sexuală***.** Mobilitatea migranţilor, despărţirea cuplurilor pe perioade mai îndelungate sau ieşirea tinerilor încă necăsătoriţi de sub controlul părinţilor ar implica antrenarea frecventă a migranţilor în relaţii sexuale ocazionale [197]. Prima constatare la adresa migranţilor este viaţa sexuală mult mai dezordonată a acestora, comparativ cu populaţia neimplicată în migraţie. Unii autori relatează că, aproximativ, fiecare al zecelea migrant (9,3%) în ultimele 12 luni a avut cel puţin un partener sexual ocazional (necomercial), ceea ce este dublu mai mult decât populaţia neimplicată în migraţie, unde acesta este de 4%, în cazul membrilor familiilor beneficiare de remitenţe şi de 3,3%, în cazul celor nebeneficiare. Aici urmează să concluzionăm asupra unui aspect al vulnerabilităţii migranţilor, care mult mai des, cel puţin într-o treime din cazuri, sunt antrenaţi în relaţii sexuale cu parteneri ocazionali, ne recurgând la utilizarea prezervativelor [197].

Factorii de protecţie a stării de sănătate a migranţilor de muncă s-au dovedit a fi: expedierea medicamentelor, apelarea medicului de familie din R.Moldova, tratamentul de sine stătător, adresarea la medic peste hotare, prezenţa asigurării medicale în R.Moldova și a celei medicale peste hotare, efectuarea controlului medical profilactic (o dată/an), vaccinarea, atitudinea atentă faţă de sănătate, controlul medical la plecare, starea civilă, studiile superioare [128].

În ultimii ani au fost întreprinse mai multe măsuri pentru a evita cazurile de îmbolnăvire a lucrătorilor migranți, începând chiar cu controlul stării de sănătate în perioada recrutării lor în țările de origine [34]. La 21 mai 2010, Adunarea Mondială a Sănătății a votat unanim Codul Global al OMS de practici cu privire la recrutarea internațională a personalului medical. Țările de destinație sunt încurajate să întrețină relații de colaborare cu cele de origine pentru a susține dezvoltarea și instruirea resurselor umane conform necesităților, acest cod atenționează statele să renunțe la recrutarea activă a personalului medical din statele care suportă neajunsuri critice de asemenea specialiști [43].

1.5. Impactul migrației asupra calității vieții copiilor

În prezent, Republica Moldova se confruntă cu un nou fenomen social, cu impact major asupra copiilor, şi anume migraţia unui număr din ce în ce mai mare de părinţi spre ţările cu o

economie mai dezvoltată, părinţi care îşi lasă copiii acasă în îngrijirea altor persoane, pe perioade nedeterminate de timp [85]. Plecarea unui număr considerabil de persoane peste hotare în căutarea fie a unui loc de muncă propriu-zis, fie a unui loc de muncă mai bine plătit, a lăsat în urmă un număr foarte mare de copii lipsiţi de prezenţa părinţilor în procesul de creştere şi dezvoltare. În Raportul Special al Naţiunilor Unite privind Drepturile Migranţilor, Uniunea Europeană clasifică fenomenul copiilor singuri acasă drept urmare a migrației părinților ca fiind unul foarte alarmant, iar statisticile europene estimează ascendența continuă a numărului acestor copii [191]. Se estimează că, în Republica Moldova, fenomenul copiilor separaţi de părinţii plecaţi la muncă în străinătate a atins unul din cele mai înalte niveluri după România, spre deosebire de celelalte țări din Europa. Conform Raportului, numărul copiilor rămași fără grija părintească, pe motivul migrației, pentru anul 2017 este: în România - 350 de mii, în Polonia peste 100 de mii, în Lituania - 9 500, în Letonia circa 8 000 [191].

Datele statistice prezentate de Direcția Politici de Protecție a Copilului și Familiilor cu Copii a MSMPS privind situația copiilor, ai căror părinți sunt plecați la muncă peste hotare, denotă că la evidență se aflau, la sfârșitul anului 2017- 30 320 de copii, iar la finele anului 2018 - 37 866 de copii [189].

Așadar, una dintre principalele cauze de migrație este - depășirea problemelor de sărăcie și șomaj. Transferurile generate de migrație contribuie la creșterea bunăstării mai multor familii sau gospodării în care există migranți [217]. Potrivit Ministerului Finanțelor al Republicii Moldova, majoritatea migranţilor au declarat că transferă bani familiilor, sumele transferate sunt diferite: peste o treime dintre migranţi transferă sub 500 USD lunar, 12,4% - între 500 şi 800, iar 7,2% - mai mult de 800 [183]. Mai puţin de 1/5 dintre migranţi au declarat că nu trimit bani acasă [184].

„Orice copil are dreptul de a trăi în bunăstare şi într-o perfectă stare de sănătate, prin accesul la serviciile de sănătate şi protecţie” [40]. Cât priveşte sănătatea şi bunăstarea copilului, ne vom referi la modul în care se hrănesc, la calitatea hranei şi accesul la serviciile de îngrijire şi sănătate, precum şi la securitatea socială şi nivelul de viaţă a acestei categorii [42].

Regretabil, dar, actualmente, sunt insuficiente studii la nivel național care ar elucida situaţia copiilor marcaţi de migraţia parentală de muncă. Majoritatea studiilor sunt axate pe influența psihologică a migraţiei parentale asupra copiilor; solitare sunt studiile care se axează pe efectele nefaste asupra sănătăţii copiilor acestor migranţi. Studiul MICS a stabilit condițiile de trai şi calitatea vieţii copiilor, rămaşi temporar fără grija părintească din motivul migraţiei lor de muncă, din numărul total al celor incluși în studiu -19,8% de gospodării prezentau familii cu migranți [163].

Studiind repartizarea gospodăriilor cu copii afectaţi de migraţie după mediul de reşedinţă, după numărul copiilor în gospodărie şi tipul gospodăriei, s-a detectat următoarele: în anul 2016, gospodării cu copii afectaţi de migraţie existau în 69,9% cazuri în mediul rural; prevalau gospodăriile cu un copil (54,8%); cât privește *tipul gospodăriei*, în 52,9% cazuri se detectau *alte gospodării cu copii* decât *cuplul familial cu copii* şi *părinte singur cu copii* (Tabelul A1.4) [163].

Ministerul Sănătății, Muncii și Protecţiei Sociale a efectuat *"Studiul Naţional privind situaţia copiilor aflaţi în dificultate şi a copiilor ai căror părinţi sunt plecaţi peste hotare"* [212]. Scopul studiului a fost elucidarea condiţiilor de trai, a regimului alimentar şi prezenţa deprinderilor igienico-sanitare la copiii afectaţi de migraţia parentală de muncă, scop determinat de consideraţia că dereglarea regimului alimentar, şi anume carenţa cantitativă şi calitativă a nutrienţilor alimentari, inevitabil provoacă stări de malnutriţie, patologii cronice ale sistemului digestiv, urmate ulterior frecvent de stări de imunodeficienţă secundară, iar lipsa condiţiilor decente de trai sau insuficienţa deprinderilor igienice la copil pot declanşa maladii infecţioase sau helmintiaze.

Conform acestui studiu, cu ambii părinţi în ţară erau 33,6% de copii, doar cu mama - 36,3%, doar cu tata - 7,3%, cu bunei - 17,5%, cu alte rude - 3,2% și cu alte persoane - 2,1% de copii [212]. Studiind prezenţa tutelei asupra copilului, s-a detectat că doar 14,8% de copii aveau tutelă asupra sa, ceea ce invocă o mare întrebare: "În grija cui rămân copiii ?". Despre gradul de manifestare a fenomenului migraţiei parentale denotă că: experienţă migraţionistă aveau 28,5% mame și 51% taţi; în 20,8% - ambii părinţi. Concomitent, a fost apreciat cât de strâns este contactul psihologic între copiii rămaşi în ţară şi mamele plecate la muncă - în majoritatea cazurilor (23,4%), perioada de şedere a mamei peste hotare pe parcursul ultimului an a fost mai mare de 12 luni. Datele prezentate în *Studiul naţional privind situaţia copiilor aflaţi în dificultate şi a celor, ai căror părinţi sunt plecaţi peste hotare,* au evidențiat: doar 26,2% de copii comunicau cu *mama zilnic prin telefon*, majoritatea (49,9%) însă de câteva ori pe săptămână [212]. Regretabil, dar după plecarea mamei, *niciodată nu au comunicat cu mama la telefon* 9,1% de copii. Studiind comunicarea copilului cu mama *prin intermediul scrisorilor*, s-a constatat că: în majoritatea cazurilor (95,7%), copiii nu au *experienţa de a scrie scrisori părinţilor*. De câteva ori pe săptămână scriau scrisori 2,1 %, iar zilnic doar 1,0 % de copii. Referitor la *"comunicarea copilului cu mama prin internet"* s-a detectat: majoritatea copiilor (49,1%) nu comunică prin internet cu mama, în timp ce 24,6% comunică zilnic. Din totalul copiilor intervievaţi, 85,9% *niciodată nu şi-au vizitat mama aflată peste hotare* [212]. Cele expuse ne dovedesc că absența mamei alături de copil timp îndelungat, lipsa posibilităţii de a

primi un sfat în momentele importante de viaţă, lipsa grijii de sănătate şi alimentaţie corectă a copilului - pot declanşa efecte nefaste ale migraţiei, şi anume frecvente maladii acute sau cronicizarea lor, declanșarea posibilelor stări de urgenţă medicală.

Starea de bine a copilului, rămas temporar fără părinţi, depinde, în mare parte, de relaţiile care se stabilesc cu tutorele. În majoritatea cazurilor (49%), copiii au relatat relaţii amicale cu tutorele şi totuşi 2% - despre tensionarea relaţiilor cu persoana îngrijitoare, ceea ce ar putea provoca diferite tipuri de abuz (fizic, psihic, sexual) sau stări depresive.

Copiii afectaţi de migraţia părinţilor, uneori rămaşi fără rude, sunt foarte sensibili la condiţiile psihologice ale mediului de trai. Comportamentul agresiv al celor care sunt alături (rude rămase în ţară, vecini, colegi de şcoală şi profesori, străini) pot declanşa stări depresive, în cazuri excepţionale - tentative de suicid [244, 268, 320].

Este foarte alarmant faptul că mulţi copii afectaţi de migraţia părinţilor relatează informaţia despre agresiunea fizică care o suportă [247, 292]. Conform rezultatelor studiului, copiii de vârstă școlară, odată ce rămân fără părinți, suportă *situaţii de violenţă verbală - batjocură* mai frecvent (16,7%) în grupul de prieteni, mai rar în familie (6,3%), în comunitate (4,5%) și în instituţia de învăţământ din partea profesorilor (3,3%). *Situaţii de violenţă fizică - lovituri*, copiii de vârstă şcolară mai frecvent (13,7%) le suportă în familie și în grupul de prieteni (10,6%), mai rar în instituţiile de învăţământ (3,1%) și în comunitate (2,4%). *Situaţii de violenţă fizică - bătaie cu obiecte*, pumni etc., copiii de vârstă şcolară cu părinți migranți le întâlnesc, mai frecvent, în grupul de prieteni (3,8%) și în familie (3,6%), mai rar în comunitate (1,2%) și în instituţia de învăţământ (0,6%) [212]. Cifrele relatate ne demonstrează vulnerabilitatea "copiilor singuri" în fața violenței, ceea ce se răsfrânge asupra calității vieții lor.

Ţinând cont de faptul că majoritatea copiilor afectaţi de migraţia părinţilor suferă şi de sărăcie, au fost studiate şi situaţiile cu care s-au confruntat copiii în decursul ultimelor 12 luni. Cifrele obţinute denotă o sărăcie cumplită, deoarece 10,5% copii au relatat că *nu au avut cu ce se încălţa* sau 7% - cu *ce se îmbrăca*; 8,1% - *rechizite şcolare*, 7,4% - *cu cine se sfătui*, iar 5,1% - *timp pentru joacă*.

Migraţia parentală de muncă provoacă frecvent la copiii rămaşi un comportament delincvent, deoarece copiii nu mai sunt monitorizaţi de părinte, de rude, de pedagog sau tutelă, fiind în conflict cu persoana îngrijitoare [17]. Același studiu a constatat că după plecarea părinților: au început să fumeze 4,6% de copii, să consume alcool - 4,2% şi substanţe toxice - 0,3% de copii, ceea ce deteriorează sănătatea proprie [212]. Copiii care au relatat că *nu au avut unde dormi* (0,7%) reprezintă grupul de risc de a deveni *"copiii străzii",* printre care sunt persoane ce consumă droguri și, uneori, infectați cu HIV/SIDA; iar cele 8,8% de copii, care au

început să lucreze pentru a câştiga bani, pot fi pradă uşoară pentru traficanţii de fiinţe umane [17, 188, 218].

În contextul rezultatelor obţinute în *Studiul naţional privind situaţia copiilor aflaţi în dificultate şi a copiilor ai căror părinţi sunt plecaţi peste hotare,* monitorizarea copiilor de către medicul de familie pentru depistarea precoce a maladiilor acute, urgenţelor medicale sau prevenirea cronicizării maladiilor ar fi foarte benefică. Cu acest scop a fost studiată frecvenţa vizitelor la medic de către copiii afectaţi de migraţia parentală. În 15,6% cazuri, *ultima vizită la medic* a fost efectuată de la trei la șase luni în urmă, iar în 16,4% de cazuri - de la șase la 12 luni în urmă, ceea ce este suficient pentru cronicizarea unui proces sau apariţia unor perturbări ireversibile în organe şi sisteme [212].

Despre calitatea vieţii copilului putem judeca şi după frecvenţa alimentării, după diversificarea alimentară zilnică, după folosirea produselor fast-food şi a dulciurilor. Analizând frecvenţa alimentaţiei, în 38,8% cazuri copiii *se alimentau de trei ori pe zi*, dar au fost și copii care s*e alimentau o dată sau de două ori pe zi* (0,2% şi, respectiv, 2,6%). În 4,2% cazuri, copiii relatau că *o dată-de două ori pe lună* nu au avut ce mânca, în 3,4% - *de la unu la patru ori pe an copiii* nu au avut cu ce se alimenta. Despre *consumul fast food-lui o dată pe lună au relatat* 15,5%, *mai rar de o dată pe lună* - 19,4%, niciodată - 33,1% de copii. Folosirea dulciurilor zilnic s-a detectat în 28,5% cazuri, niciodată - în 1,8% de cazuri [212].

Produsele lactate sunt o sursă importantă de proteine, lipide, glucide şi minerale pentru organismul în creştere al copiilor. Deficitul produselor lactate poate provoca unele carenţe de nutrienţi în organismul copilului, care, la rândul său, vor declanșa malnutriţie şi deficienţe imunitare. Studiile efectuate au detectat că printre copiii investigaţi au fost şi cei care consumau produse lactate o dată pe lună (3,6%) sau chiar niciodată (2,3%) [241, 271, 272, 313].

Produsele de carne sunt şi ele surse de substanţe strict necesare pentru organismul în creştere. Despre frecvenţa în meniu a produselor de carne - 16,8% de copii au relatat *folosirea zilnică* a acestora, 6,8% - de două ori pe săptămână, iar 2% - nu consumă carne niciodată. *Zilnic* se alimentează cu produse din peşte 2,7%, *o dată în două săptămâni* - 20,8%, iar *niciodată* - 3,6% de copii.

Zilnic au folosit fructe proaspete 28,6% de respondenţi, *o dată la două săptămâni* - 8,6%, *nu includ fructe* în meniu niciodată 2,1% de copii. Legume proaspete mănâncă *zilnic* 28,2%, *o dată pe săptămână* - 16,3%, *nu includ legume* în meniu - 3,3% de interievați. Ținând cont de datele prezentate, concluzionăm: copiii, care folosesc rar şi foarte rar fructe și legume în meniu, pot fi incluşi în grupul de risc de declanşare a anemiilor carenţiale.

Cunoaşterea, de către copiii rămaşi temporar fără grija părintească, a regulilor elementare de igienă; utilizarea zilnică a săpunului ar putea servi ca metode profilactice ale maladiilor infecţioase, ale helmintiazelor, ale pediculozei şi scabiei la copii [319, 321]. Conform rezultatelor studiului, *frecvenţa zilnică* a igienei corporale au relatat 63,7% de copii, *o dată pe săptămână* - 4,8%, *nu se spălău niciodată* - 0,1% de respondenți.

Condiţiile de trai ale copiilor de asemenea reprezintă un indiciu al calităţii vieţii. Analizând prezenţa unui local special în cadrul locuinţei pentru pregătirea temelor, s-a evidenţiat că în 82,4% cazuri copiii aveau un local special. Un criteriu informativ al calităţii vieţii este dotarea locuinţelor cu diferite bunuri ale civilizaţiei, cum ar fi: electricitate, apeduct, aragaz, baie şi canalizare. Majoritatea gospodăriilor cu migranţi sunt dotate cu electricitate şi aragaz, în 98,4% şi, respectiv, 90,8% de cazuri. Sunt dotate cu apeduct 45,9%, cu canalizare şi baie - 33,6% şi, respectiv, 35,6% de gospodării [212].

Studiul menționat a apreciat starea locuinţei copilului afectat de migraţia parentală. Doar în 68,5% de cazuri în locuinţă se respectau regulile de igienă. La vizita neanunţată a asistentului social, în 80,2% de cazuri copiii aveau un aspect fizic îngrijit; aspect fizic parţial îngrijit, hainele şi încălţămintea parţial curate şi îngrijite - la 18,1% de copii; totodată, 1,7% de evaluați au manifestat un aspect neîngrijit.

Infracţionalitatea juvenilă. Actualmente, tinerii se confruntă cu o formă complexă de vulnerabilitate: lipsa oportunităților de educație continuă și dezvoltarea abilităților de viață, precum și lipsa unei participări semnificative și a accesului la activități organizate cu timp liber, creșterea expunerii tinerilor la activități criminale și abuz de substanțe [35].

Lipsa grijii părintești, determinate de migrarea părinţilor la muncă sau grija neadecvată, deseori generează un comportament antisocial sau delincvent al copilului [29]. Cercetările din domeniu au stabilit conexiunea dintre grija părintească neadecvată, inclusiv lipsa de supraveghere și manifestarea comportamentului antisocial și implicarea în comportamentul delincvent al copilului [52]. Conform Raportului privind evaluarea necesităților pentru serviciile primare, secundare și terțiare de prevenire pentru copiii aflați în conflict cu legea în Republica Moldova, efectuat la nivel național, s-a menţionat că deseori copiii sunt neglijați, deoarece sunt plasați în medii de îngrijire neadecvată, în compania membrilor familiei extinse, atunci când părinții lor au migrat în căutarea oportunităților de angajare [190].

Analizând ponderea infracţiunilor comise de minori, BNS relatează că actualmente se observă o diminuare a indicelui studiat. Ponderea infracţiunilor comise de minori, în totalul infracţiunilor, a scăzut de la 4,0% în anul 2012 până la 2,2% în anul 2016 [5, 17, 29, 46, 189, 192]. Numărul total al minorilor care au comis infracţiuni în anul 2016 a constituit 1 490,

inclusiv 1 378 de minori cu vârsta de 14-17 ani (92,5%), ceilalți având vârsta de până la 14 ani [190]. Minorii primesc, ca pedeapsă, preponderent condamnarea condiționată; în anul 2016, numărul minorilor condamnaţi a constituit 335 sau fiecare al patrulea minor, care a comis infracţiuni. În medie, la 100 mii de minori revin 49 de minori condamnaţi [46]. Rezultatele Raportului MAI denotă că 82,15% de deținuți minori au trăit experiența migrației parentale într-un anumit moment al vieții lor, inclusiv în prezent [52].

Copiii afectaţi de migraţia parentală de muncă sunt potenţiale victime ale traficului de fiinţe umane [16, 49, 52]. Sistemul Naţional de Referire pentru protecţia şi asistenţa victimelor şi potenţialelor victime ale traficului de fiinţe umane (SNR), în Raportul de monitorizare a procesului de implementare a Strategiei Sistemului Naţional de Referire pentru protecţia şi asistenţa victimelor şi potenţialelor victime ale traficului de fiinţe umane, menţionează: copiii lăsaţi temporar fără grija părintească pe motivul migraţiei lor de muncă devin frecvent victime ale traficului de fiinţe umane (TFU) [54,188].

Conform generalizării datelor stocate la Unitatea Națională de Coordonare a SNR din cadrul MSMPS, în anul 2016 au fost identificate 123 de victime ale TFU, 14 persoane dintre acestea erau copii (11 fete și 3 băieți), 1/3 fiind copiii părinților plecați la muncă peste hotarele țării. Printre cele 1 075 de persoane potenţiale victime ale TFU, au fost menţionate 48 cazuri de copii rămaşi fără îngrijirea părinţilor [188] .

Studiul efectuat de către organizaţia “Salvaţi copiii” a demonstrat că cca 30% din totalul victimelor traficului erau orfani (fără unul sau ambii părinți) sau copii cu părinţi migraţi la muncă, ceea ce demonstrează că minorii orfani şi copiii afectaţi de migraţia de muncă sunt mai vulnerabili față de fenomenul traficului, ei fiind mai uşor ademeniţi în rețea [69, 87, 211].

Abuzul de substanțe (droguri ilegale și alcool). Potrivit studiilor recente privind sănătatea și dezvoltarea adolescenților, fiecare al unsprezecelea adolescent a indicat că în prezent fumează tutun, circa 72% dintre copiii de 10-19 ani au experiența în consumul de alcool; 15,4% consumă alcool o dată-de două ori pe lună sau mai mult; la 11% de adolescenți, cu vârste cuprinse între 10 și 19 ani, li s-au oferit droguri, iar 3% au experiența în utilizarea stupefiantelor [51]. Aproximativ 6% din numărul total al consumatorilor de droguri, înregistrați în Moldova, sunt adolescenți cu vârsta între 15 și 17 ani.

Conform studiului, efectuat în anul 2015 de către Centrul European de Monitorizare a Drogurilor şi Dependenţei de Droguri la nivel național, consumul de alcool, de droguri și tutun frecvent se întâlneşte printre copiii afectaţi de migraţia de muncă a părinţilor, circa 32,3% dintre elevii claselor a 8-a și a 9-a au indicat că cel puțin un părinte este plecat peste hotare pentru a câștiga bani, în 11,4% din cazuri peste hotare este plecată mama, în 6,5% - ambii părinți [51].

Circa 30% dintre elevii claselor a 8-a și a 9-a au fumat cel puțin o dată pe parcursul vieții, circa 0,7% din elevi au indicat că în ultimele 30 de zile au fumat zilnic mai mult de un pachet de țigări (20 de țigarete). Pe parcursul vieții au consumat alcool mai des de 40 de ori circa 8,5% dintre elevii intervievați. Drept rezultat al studiului s-a constatat că 4,9% dintre elevii claselor a 8-a și a 9-a au afirmat că cel puțin, o dată în viață au consumat droguri ilicite (canabis, ecstasy, amfetamine, metamfetamine, cocaina, crack, LSD sau alte halucinogene (heroina, GHB, opiacee produse local)[51].

Violență: Aproximativ 50% dintre adolescenții intervievați în cadrul studiului, axat pe aprecierea frecvenței violenței, au relatat că au un coleg care suferă de violență fizică, iar fiecare al cincilea suferă din cauza violenței sexuale [54]. În majoritatea cazurilor, aceşti copii sunt din familii vulnerabile sau au părinţi migranţi de muncă [58, 63, 320].

1.6. Problemele de sănătate ale copiilor afectați de migrația parentală de muncă

Actualmente, în Republica Moldova există puţine studii care îşi propun să elucideze influența migraţiei de muncă asupra populaţiei. Şi mai puţine studii analizează influența migraţiei parentale de muncă asupra copiilor. Cele existente se axează pe aspectele sociale, juridice şi psihologice ale problemei în cauză. Regretabil, dar până în prezent în Republica Moldova nu s-au efectuat studii ştiinţifice, analitice ale problemelor de sănătate, care apar la copiii migranţilor de muncă [95, 96].

Privarea de grija părintească, în special la o vârstă fragedă, este considerată ca un factor de risc pentru starea de sănătate a copiilor [245, 249, 250]. Plecând la muncă peste hotare, părinţii își abandonează copiii din motivul unui beneficiu material, lăsându-i în grija buneilor, rudelor, prietenilor sau chiar în a lor înșişi atunci când rămân singuri [17]. Însă plecarea părinţilor este urmată, de cele mai multe ori, de o schimbare radicală a mediului şi condiţiilor de viaţă ale copiilor rămaşi în ţară. Această situaţie implică întreruperea vieţii obişnuite şi schimbarea ambientului confortabil, făcându-i pe copii să sufere din cauza lipsei casei, a familiei, iar aceasta le induce o încărcătură emoţională puternică [18, 275, 283, 288].

Suprasolicitarea emoţională şi starea de stres cronic provoacă frecvent depresia și cresc esenţial necesarul organismului în substanţe nutritive, minerale şi vitamine şi, în special, pentru organismul copilului care se află în dezvoltare [38, 95]. Oboseala fizică cronică cauzează stres de supraocupaţie, care se manifestă prin apariţia unor simptome specifice, cum ar fi: instabilitatea emoţională, nervozitatea excesivă, adinamismul, depresia excesivă, somnolenţa etc. [14, 35, 63, 95, 289, 294].

Condiţiile psiho-emoţionale nefavorabile, în care ajung copiii după plecarea părinţilor, sunt însoţite, deseori, şi de starea igienică precară [35]. La plecare, părinţii îşi plasează copiii în familii cu situaţie materială precară, condiţii antisanitare sau cu persoanele care au o capacitate redusă de a îngriji copiii (persoane în etate, consumatori de alcool, persoane bolnave), iar aceste circumstanțe pun în pericol sănătatea copiilor rămaşi acasă [95, 261, 276, 282, 295].

În cultura autohtonă, femeia este responsabilă de spălatul hainelor, de ordinea în casă, de îngrijirea copiilor, de pregătirea bucatelor. Din moment ce mama pleacă la muncă peste hotare, în multe cazuri, aceste activităţi sunt delegate tatălui, care nu este pregătit pentru îndeplinirea unor responsabilităţi suplimentare [35]. Plecarea mamei motivează, uneori, bărbații să înceapă să facă abuz de alcool, iar în loc de atribuirea unor noi responsabilităţi, ei se îndepărtează şi mai mult de copii, astfel, copiii pierd atât îngrijirea maternă, cât şi vigilenţa paternă, ceea ce se răsfrânge semnificativ asupra organizării condiţiilor lor de trai şi de dezvoltare (igienă, hrană) [19, 38, 241, 271, 272]. Odată cu plecarea mamei, tatăl nu reuşeşte să facă faţă responsabilităţilor suplimentare care i se atribuie (activităţi realizate, de obicei, de către gospodine), fapt ce determină condiţiile de trai şi starea de sănătate a copiilor [45, 296, 297, 298].

Educaţia sanitară şi normele de igienă fac parte din responsabilităţile părinteşti, în special ale mamei, care trebuie să-şi instruiască copiii în acest domeniu începând cu frageda copilărie [63]. Lipsa grijii materne în educarea deprinderilor igienice lasă o amprentă negativă asupra modului de viaţă a copiilor, fiind, respectiv, o determinantă importantă a stării lor de sănătate ulterior [198, 309, 318].

Condiţiile antisanitare de trai, spaţiul limitat, aerisirea proastă a locuinţei cresc semnificativ riscul dezvoltării unor maladii ale aparatului respirator, infecţii şi boli parazitare. Totodată, condiţiile antisanitare, în care locuiesc aceşti copii, invocă pericolul dezvoltării unor boli diareice, intoxicaţiilor alimentare, infecţiilor şi bolilor parazitare despre care, cu regret, copiii puţin pot cunoaşte [218, 313].

Părinţii plecaţi încredinţează organizarea condiţiilor de trai chiar copiilor lăsaţi singuri, fără supravegherea permanentă a unui matur, ceea ce presupune anumite riscuri şi pericole pentru securitatea lor [74]. Lipsa vigilenţei părinteşti sporeşte riscul de traumatisme şi leziuni corporale ale copiilor în timpul jocurilor. Astfel, copilul la vârsta de doar 12 ani este nevoit să-şi facă singur focul, să-şi prepare mâncarea, ceea ce implică un risc sporit de securitate antiincendiară, pericolul unor traume şi leziuni în lipsa supravegherii părinteşti [69].

Frecvent, grijile gospodăreşti sunt lăsate pe umerii minorilor, care locuiesc mai mult singuri şi îşi organizează condiţiile de trai, ţinând cont de cunoştinţele şi deprinderile unui copil de 14-16 ani. Copiii fac de sine stătător cumpărături (inclusiv produse igienice), menţin curăţenia în casă, îşi spală singuri hainele, calitatea acestor activităţi poate fi pusă la îndoială, mai ales pentru că sunt copii cu responsabilităţi specifice vârstei biologice [81].

Carenţa de substanţe nutritive, în special în perioada de dezvoltare fizică şi psihică a organismului, este una dintre determinantele multor patologii grave (digestive; ale sistemului osos, muscular și nervos; maladiile sângelui; văzului etc.), care se pot dezvolta ulterior pe parcursul vieţii acestor copii [330]. Asigurarea hranei devine una dintre responsabilităţile copiilor, care îşi poartă singuri de grijă după plecarea părinţilor. Ei nu se alimentează cu periodicitatea recomandată pentru vârsta lor, iar calitatea bucatelor pe care le poate prepara adolescentul nu corespunde necesității nutriţionale a organismului în creştere al copilului [331]. Lipsa grijii părinteşti în respectarea regimului alimentar al copilului influenţează starea lui de sănătate. În condiţiile unei alimentaţii insuficiente sau incorecte, la unii copii apar sindroame carenţiale, care vor favoriza, ulterior, declanşarea unor boli grave [95, 272, 313].

Studiul recent, derulat în Republica Moldova și axat pe evaluarea nivelului vaccinării copiilor afectați de migrația parentală de muncă, a depistat că, din totalul copiilor investigați, doar 88% au fost vaccinați conform Calendarului Național de Vaccinare; 3,4% - vaccinați complet, iar 96,6% - vaccinați parțial [96]. Analiza efectuată denotă că rata vaccinării copiilor rămași fără îngrijirea părintească pe motivul migrației de muncă este mică atât la începutul vaccinării, cât și în cazul revaccinărilor ulterioare planificate. Rezultatele obținute oferă posibilitate de a discuta despre copiii lăsați temporar fără grija părintească, pe motivul migrației parentale de muncă drept “copii din grupul de risc” pentru maladii infecțioase [96]. Vaccinarea incompletă și parțială a copiilor afectați de migrația parentală de muncă poate induce o situație epidemiologică periculoasă în Republica Moldova. Rezultatele obținute în acest cadru sunt în concordanță cu cele rezultate din studiul efectuat de UNICEF în Kârgâzstan și Tadjikistan în anii 2011-2016 [281, 287, 328, 343,].

Unii autori relatează despre efectul nefast al plecării la muncă a părinților asupra dezvoltării copiilor lor. Studiul, efectuat în Republica Tadjikistan asupra copiilor afectaţi de migraţia părinţilor, a detectat că 20% de copii cu vârsta de 6-59 de luni prezentau retard statural cu două devieri sigmale (-2σ) de la valori normale, iar retard ponderal accentuat (-2σ) manifestau 3,1% de copii. Totodată, la copiii studiaţi în 28,8% de cazuri s-a depistat un nivel scăzut de hemoglobină (Hb) < 11 g/dL, caracteristic pentru anemiile carenţiale; la 52,9% de cazuri - carenţa de iod (UI < 100 μg/L). Frecvenţa morbidităţii a fost mai sporită la copiii lotului

investigat, în special, 26% de fete şi 27% de băieţi cu vârsta până la 18 ani s-au adresat pe motiv de boală pe parcursul ultimelor 30 de zile [328].

Un studiu interesant şi informativ a fost efectuat în Federaţia Rusă, al cărui scop consta în analiza morbidităţii copiilor, afectaţi de migraţia parentală de muncă, după reintegrarea familiei şi schimbarea locului de trai din republicile fostului stat URSS în Federaţia Rusă. Nivelul morbidităţii, conform adresabilităţii, la copiii lotului prezenta 316 cazuri la 100 de copii. Analiza nivelului şi structurii morbidităţii a demonstrat că morbiditatea generală era determinată din contul maladiilor respiratorii, care ocupau un plasament dominant printre celelalte maladii şi se prezenta mai frecvent prin infecţii respiratorii virale acute. În structura morbidităţii copiilor afectaţi de migraţie cu vârsta de la 1 la 3 ani, o pondere mai accentuată o aveau maladiile dismetabolice şi cele ale sistemului hematopoietic. Investigarea riguroasă a copiilor a evidenţiat un nivel ridicat al morbidităţii - 261,3 cazuri la 100 de copii investigaţi; un nivel mai sporit al morbidităţii - la categoria de vârstă de unu-trei ani, care avea valoarea de 274,6, ceea ce prezintă, în medie, două maladii pentru fiecare copil afectat de migraţie [351].

Un alt studiu a demonstrat că la copiii afectaţi de migraţie, cu o frecvenţă de două ori mai mare se detectează maladiile sistemului nervos (42 de cazuri la 100 de copii investigaţi). Retard neuropsihic a fost menţionat la 32,6% de copii investigați [350].

În structura morbidităţii copiilor primilor trei ani de viaţă, retardul verbal se plasa pe locul I și se manifesta de șase ori mai frecvent, comparativ cu copiii neafectaţi de migraţie. Pe locul II se plasau maladiile dismetabolice (malnutriţia şi rahitismul), pe locul III - maladiile văzului: strabism - 38,6%, astigmatism și miopie - 6,6% de copii. Patologia sistemului respirator superior a fost detectată de șase ori mai frecvent la copiii migranţilor. La 25% de copii au fost constatate: hipertrofia amigdalelor palatinului de diferit grad, hipertrofia vegetaţiilor adenoide de gradul 1-2, rinita vasomotorie. La copiii primului an de viaţă, cert mai frecvent se manifestau maladiile tegumentelor şi cele ale ţesutului subcutanat (dermatita atopică, $p<0,05$). La copiii cu vârsta de unu-trei ani, anemia carenţială se depista de șase ori mai frecvent, comparativ cu cei neafectaţi de migraţie. Maladiile infecţioase cert mai frecvent se dezvoltă în familiile migranţilor, în special cele ale tractului gastrointestinal, tuberculoza, pediculoza [350].

În studiul efectuat în anul 2006 în Federația Rusă, axat pe analiza indiciilor de sănătate ale copiilor migranţilor, a demonstrat că la copiii primului an de viaţă dezvoltarea fizică era comparabilă cu cea a copiilor neafectaţi de migraţie, iar la copiii de la unu la trei ani deja 41,3% manifestau retard fizic. Dezvoltare fizică disarmonioasă, ca variantă a hiposomiei, se stabileşte la 12% de copii în primul an de viaţă; hiposomie-normotrofie - la cei cu vârsta de unu-trei ani se apreciază în 16% de cazuri. În concluzie, fiecare al 8-lea copil, afectat de migraţie are talie şi

greutate corporală mici sau doar talie mică. În I grupă de sănătate nu poate fi inclus nici un copil cu vârsta de un an de viață, marcat de migraţia parentală. Majoritatea copiilor se includ în grupa a II-a de sănătate [325, 349].

Cronicizarea maladiilor. În lipsa monitorizării şi vigilenţei părinteşti, copilul poate să se adreseze medicului prea târziu sau la etape avansate ale bolii. Maladiile acute, dacă nu sunt tratate la timp sau nu se respectă continuitatea tratamentului necesar - se cronicizează, devin mult mai dificil de tratat şi ulterior dezvoltă complicaţii [350, 251, 255, 354].

Mulţi dintre copiii rămaşi fără îngrijirea părintească, atunci când au o problemă de sănătate, cer ajutor medical de sine stătător. Copilul nu întotdeauna poate înţelege gravitatea problemei pe care o are. Dacă un matur nu va observa problemele de sănătate ale copilului şi schimbările care apar pe parcurs (frecvenţa simptomelor, complexitatea, durata şi amploarea manifestării acestora), maladia poate căpăta o formă mult mai gravă şi, uneori, ireversibilă [260, 265, 302].

Posibilitatea dezvoltării unor intoxicaţii, reacţii adverse sau complicaţii din cauza utilizării incorecte a medicamentelor, fără o monitorizare din partea părinţilor, poate avea urmări foarte grave pentru sănătatea acestor copii [304]. Dezvoltarea reacţiilor alergice poate avea forme foarte grave, ceea ce necesită asistenţă medicală de urgenţă. În lipsa ajutorului medical adecvat, unele reacţii alergice se pot finaliza cu complicaţii grave sau chiar cu decesul pacientului, astfel, poate fi pusă în pericol viaţa copilului, în cazul în care aceste reacţii se dezvoltă în absența unui adult [310].

Febra înaltă declanșată la copiii mici poate provoca diferite complicaţii, printre care şi convulsii. Punem la îndoială faptul că un minor va fi capabil să ofere ajutor adecvat în astfel de cazuri, întrucât aceste urgențe prezintă un pericol real pentru viaţa copilului bolnav. Uneori, chiar dacă este lăsat în grija unui matur, în condiţiile unui contact insuficient cu persoana care îl îngrijește, copilul evită să dezvăluie îngrijitorului problemele sale de sănătate [178, 192, 204].

Conform legislaţiei în vigoare, la un copil orice intervenţie se permite a fi efectuată doar cu acordul părinţilor. În absența părinţilor, fără prezentarea actului legal de tutelă, nici o persoană nu îşi poate asuma responsabilitatea acestei decizii. Absenţa părinţilor, precum şi lipsa actelor de tutore, complică procedura de acordare a asistenţei medicale copilului, în special atunci când există necesitatea unor intervenţii invazive [146].

Sănătatea reproductivă a adolescenţilor afectaţi de migraţia parentală de muncă. Sănătatea tinerilor este factorul de bază al securității naționale în condițiile crizei demografice ce a atins țările din Europa de Est și din Asia Centrală (EEAC) [155]. Implicarea părinților în migrația de muncă pentru o perioadă de lungă durată este un factor de risc pentru sănătatea

reproductivă și sexuală a adolescenţilor (IST și HIV SIDA, sarcini nedorite și avorturi) [124]. Cercetările autohtone demonstrează influența negativă a migrației de muncă asupra comportamentului copiilor, având implicații socio-economice și culturale de lungă durată [125,126].

În cadrul studiului "*Sarcina în vârsta adolescenței",* efectuat în Republica Moldova, s-a constatat că migrația este unul dintre principalii factori ce condiționează apariția sarcinilor și a nașterilor la vârste fragede, întrucât s-a diminuat controlul social, s-a devalorizat legătura emoțională și, evident, s-au liberalizat relațiile sexuale, fapt confirmat atât de experți, cât și depistat în cadrul intervievării subiecților [80].

Datele statistice privind numărul sarcinilor, precum și a avorturilor în rândul fetelor și adolescentelor sunt alarmante. Potrivit specialiștilor de la Centrul Național de Management în Sănătate, în anul 2015 au fost înregistrate 1 975 de sarcini printre adolescentele cu vârsta cuprinsă între 10 - 19 ani, dintre care șase nașteri au fost înregistrate printre adolescentele cu vârsta de la 10 la 14 ani, 404 - printre adolescentele cu vârsta cuprinsă între 15 și 17 ani și 1 565 - în cazul tinerelor care au vârsta de la 18 la 19 ani [15,32]. Statisticile anului 2015 relatează înregistrarea a 2 071 de sarcini la adolescentele cu vârsta cuprinsă între 14 și 19 ani [118]. Rata sarcinilor la adolescente în anul 2017 a fost în descreștere - 2 446 de cazuri, comparativ cu anul 2016 - 2 715 de cazuri (Figura A1.7) [32, 54, 55, 81]. Actualmente, a fost notată o scădere a ratei de fertilitate adolescentă - de la 41,4/1000 în anul 2014, la 28,6/1000 în anul 2019.

În anul 2015 s-au înregistrat opt avorturi printre fetele cu vârsta de până la 15 ani, 231 - în cazul fetelor cu vârsta de la 15 la 17 ani și 752 - printre fetele cu vârsta de la 18 la 19 ani [2, 6, 32, 83]. Spre deosebire de anul 2015, numărul avorturilor în anul 2016 printre tinerele de până la 15 ani a crescut de la opt la zece cazuri. În aceeași ordine de idei, 233 de avorturi s-au înregistrat printre fetele cu vârsta de la 15 la 17 ani, cu două mai mult decât în anul 2015 și 679 - printre tinerele de la 18 la 19 ani, cu 73 mai puțin față de anul precedent [6]. Întreruperi de sarcină la vârsta de până la 15 ani, în anul 2017 au fost înregistrate nouă cazuri, iar în anul 2018 - șapte cazuri (Figura 1.6) [5]. Pe parcursul anului 2019 au fost înregistrate 617 întreruperi de sarcină la fetele cu vârsta de până la 20 ani, inclusiv 173 cazuri la cele cu vârsta de până la 18 ani. Studiile recente au demonstrat că circa 25% din totalul sarcinilor nedorite și avorturilor efectuate sunt raportate adolescentelor, rămase fără monitorizarea părinților pe motivul migrației lor la muncă [80, 125].

Starea de sănătate sexuală și reproductivă a tinerilor din Republica Moldova este îngrijorătoare: proporția adolescenților, cu vârsta cuprinsă între 15 și 19 ani, care au avut experiență în relațiile sexuale, a crescut de la 28,1% în anul 2003 la 36% în anul 2012 [15, 199].

Ratele de utilizare a prezervativului la primul contact sexual au crescut de la 47% în anul 2003 la 61% în anul 2012 [80]. Cu toate acestea, aproximativ jumătate dintre adolescenții activi sexual încă manifestă comportamente sexuale nesigure.

Incidența IST (sifilis, gonoreea) printre adolescenții cu vârsta cuprinsă între 15 și 19 ani este: 180 de cazuri noi la 100 000 populație respectivă (aproximativ 170 de cazuri la fete și 186 la băieți), incidența este cu 50% mai înaltă decât la populația totală, aceasta este cea mai înaltă incidență din regiunea ECE/CSI [120, 121]. În anul 2019 la 100 mii copii în vârstă de până la 14 ani au revenit 2,6 cazuri noi de sifilis, 1,6 cazuri noi de trichomoniază şi 0,4 cazuri noi de gonoree, în timp ce la 100 mii copii cu vârstă cuprinsă între 15 și 17 ani au revenit 69,3 cazuri noi de sifilis, 31,1 cazuri noi de gonoree, 53,8 cazuri noi de trichomoniază şi 6,0 cazuri noi de infecţii ano-genitale prin virusul herpetic. Regretabil și alarmant este faptul că circa 1/5 dintre adolescenții cu IST sunt copiii migranților la muncă.

Incidența HIV printre tinerii de 15-24 de ani a crescut lent, de la 16 cazuri noi la 100 000 în anul 2006 la 21 de cazuri în anul 2012. La sfârșitul anului 2013, în Republica Moldova, incidența infecției HIV a constituit 129,89 de cazuri la 100 mii de locuitori, iar în regiunea transnistreană - 463,25 de cazuri la 100 000. Actualmente, s-a înregistrat o scădere a cazurilor noi de ITS (sifilis, gonoree) printre adolescenții cu vârsta până la 19 ani cu circa 1/3 în perioada anilor 2014-2019, de la 363 în anul 2014 la 234 de cazuri în anul 2019. Pentru anul 2020 prevalența HIV pentru populația cu vârsta 0-17 ani a fost de 22 cazuri la 100 000 de locuitori. În anul 2013, transmiterea virusului HIV, predominant, a fost pe cale sexuală (91,4%) [17]. Epidemia HIV în Moldova s-a schimbat de la o epidemie concentrată HIV, alimentată de consumul de droguri injectabile, din anii 90 până la jumătatea anilor 2000, la o epidemie de maturitate HIV, care implică parteneri sexuali ai consumatorilor de droguri și ai altor populații cu risc sporit. Copiii, lipsiţi de atenţia părinţilor migranţi, ar putea fi categoriile ţintă pentru comportament delincvent şi infectarea HIV/SIDA din motivul insuficienţei sau lipsei monitorizării parentale (Figura A1.8) [32, 81, 163].

Sănătatea mintală a copiilor afectați de migrație. Despărţirea de părinţi afectează, în mare parte, viaţa interioară a copiilor [314, 317, 322]. Copiii, ai căror părinţi sunt plecaţi în străinătate, reprezintă un grup vulnerabil, aflat în situaţie de risc. Printre efectele nefaste asupra copiilor sunt: durerea, emotivitatea, timiditatea, teama, dezvoltarea psihică tardivă, depresia. Studiul efectuat de către UNICEF Moldova a constatat faptul că aproape toţi copiii după plecarea părinţilor se confruntă cu stări emoţionale dificile şi neplăcute [204].

Manifestări comportamentale de tipul absenteismului, abandonului şcolar, minciunii, vandalismului, insubordonării, refuzului conformării la rigorile şcolare, actelor de violenţă,

delictelor sexuale, furtului, toxicomaniei etc. au devenit deja o normă atât în mediul şcolar, cât şi în cel comunitar [212]. Potrivit cercetărilor efectuate în domeniu, s-a stabilit că deja cei cu vârste de peste zece ani au devieri comportamentale şi vor să combată dependenţa de alcool şi ţigări, iar cei mai expuşi diferitelor riscuri sunt copiii care provin din familii, în care *mama este plecată la muncă în străinătate* [218, 274, 343].

Dorul, tristeţea, singurătatea, sentimentul de insecuritate, însoţite de lipsa abilităţilor de a-şi controla şi exprima neagresiv emoţiile în diferite situaţii, sunt doar câteva din stările afective dificile şi neplăcute cu care se confruntă copiii după plecarea părinţilor [14].

Anxietatea reprezintă o emoţie unică, întrucât elementul definitoriu al acesteia nu face decât să-i mobilizeze pe indivizi la adaptare [14]. Adaptarea copiilor la condiţiile de viaţă în lipsa părinţilor se produce extrem de greu, iar eficienţa ei este discutabilă. Tulburările anxioase sunt frecvente în copilărie şi adolescenţă [69]. Aceste afecţiuni se caracterizează prin îngrijorare cronică privind evenimentele prezente sau ulterioare şi pot presupune o serie de tipare de reacţii comune: pe plan comportamental (fugă şi evitarea), cognitiv (aprecieri negative cu privire la propria persoană) şi fiziologic (excitaţie involuntară, ritm cardiac crescut, respiraţie accelerată, tremurături şi tensiune musculară) [83, 127].

Copiii, ai căror părinţi muncesc în afara graniţelor ţării, la nivel psihologic manifestă simptome frecvente de deprimare. Este important să se ia în considerare factorii asociaţi cu dezvoltarea problemelor iniţiale în comportamente ulterioare de risc. Întrucât exteriorizarea problemelor apare adesea împreună cu alte psihopatologii, acestea din urmă trebuie considerate ca factori ce provoacă dezvoltarea problemelor iniţiale cu comportamente de risc. În particular, faptul că mulți copii își exteriorizează problemele denotă, totodată, şi un nivel ridicat de anxietate sau depresie [117].

La această vârstă, tinerii cu tulburări de comportament încep să-şi dea seama că oportunităţile vieţii nu le sunt la fel de accesibile ca şi celorlalţi. O dată ce sunt la şcoală sau singuri majoritatea zilei, aceşti adolescenţi îşi dezvoltă norme de grup anormale [132]. Acesta poate fi doar un indiciu al copilăriei şi adolescenţei lor foarte singuratice. Orice adolescent normal consideră că trebuie să finalizeze cât mai repede copilăria. Este posibil să existe chiar şi o perspectivă neurologică a abordării acestei probleme [170, 192].

Un studiu recent, efectuat de către Fundaţia Soros în România, relevă prezenţa simptomelor de depresie mult mai frecvente în cazul copiilor cu ambii părinţi plecaţi sau doar cu mama plecată. Aceştia adoptă un sentiment de singurătate, se simt neglijaţi, sunt supuşi riscului unor acte autodistructive şi comportamente deviante. Respectivul studiu afirmă că cei mai

vulnerabili sunt copiii care au ambii părinţi plecaţi în străinătate, cei care au rămas în grija rudelor, precum şi cei care locuiesc în prezent doar cu tatăl [218].

Suicid: Republica Moldova este ţara cu o rată înaltă a suicidului în rândul populaţiei generale [4]. Rata medie a suicidului printre persoanele cu vârsta de 15-19 ani a înregistrat o tendinţă de scădere în perioada anilor 1998-2002, dar numărul cazurilor de suicid în categoria de vârstă 0-18 ani a crescut din nou brusc în anul 2008 [73]. Conform datelor MAI, din anul 2010 până în anul 2016 - 384 de adolescenți din Moldova au încercat să-și pună capăt zilelor, iar 118 s-au sinucis [122]. Doar în anul 2016, conform statisticilor Inspectoratului General de Poliție, au fost înregistrate 132 de tentative de suicid, dintre care 105 printre fete, dintre acestea, 23 de cazuri s-au finalizat cu suicid [190,193]. Datele ANSP arată că în anul 2020 au fost înregistrate în Republica Moldova 486 cazuri de suicid, prinre care copii cu vârsta de până la 18 ani - 11 cazuri. O atenţie deosebită reprezintă copiii afectaţi de migraţia parentală de muncă, deoarece anume ei constituie 1/3 din totalul copiilor cu tentative de suicid. Specialiştii determină numeroși factori care pot cauza suicidul: factorii familiali (relaţiile conflictuale în familie, abuzurile în familie, familiile dezbinate, divorţul părinţilor, moartea unei persoane apropiate); performanţele şcolare (copiii şi adolescenţii se simt presaţi de familie din cauza notelor la şcoală); stresorii sociali (lipsa abilităţilor de comunicare, de exprimare emoţională, de a întemeia relaţii); factorii individuali (emoţionali, cognitivi, comportamentali, de sănătate) [4, 26, 198, 204, 218].

1.7. Concluzii la capitolul 1

1. Unul intre fenomenele demografice care are numeroase conotații geopolitice este migrația. Interesul față de migrația populației este unul de dată recentă, deși fenomenul, ca atare, are rădăcini istorice, cauze multiple și consecințe imprevizibile. Migraţia s-a transformat, de-a lungul timpului, dintr-un proces regional, determinat de factori economici, sociali sau naturali ori de factori politici, într-un fenomen global, în prezent fiind cuantificat la aproximativ 3% din totalul populaţiei lumii, iar fluxurile anuale totale incluzând 5-10 milioane de persoane.
2. Republica Moldova a traversat numeroase perioade de migrație. În cazul Moldovei, migrația în masă a fost determinată, în primul rând, de factorii economici și a apărut ca un mecanism de reducere a sărăciei și de evitare a șomajului. Motivul principal, pentru care moldovenii pleacă la muncă peste hotare, constă în lipsa oportunităților de angajare în țară. Un alt factor ce motivează moldovenii să plece din țară este oportunitatea de sporire a nivelului de trai.

3. Migrația este una dintre cele mai stringente probleme cu care se confruntă Republica Moldova. Printre avantajele migrației sunt, în primul rând, remitențele, care contribuie la creșterea nivelului de trai al familiilor migranților. Remitențele trimise de peste hotare sunt utilizate, în mare parte, în scopuri de consum curent, investiții în imobil, studii, sănătate, achitarea datoriilor.
4. Fenomenul migrației are atât efecte pozitive, cât și negative asupra vieții socio-economice din țară. Deficitul de cadre didactice continuă să fie unul din efectele proceselor migraţioniste. Migrația de muncă generează provocări pentru sistemele de ocrotire a sănătății în statele de origine și în cele de destinație, incluzând dificultățile referitoare la monitorizare și ținerea sub control a stărilor de morbiditate și a migrației lucrătorilor medicali.
5. Migrația poate influența nefast asupra sănătății persoanelor migrante, întrucât persoanele migrante, pe de o parte, nu au acces echitabil la serviciile de sănătate, iar, pe de altă parte, adresarea lor la instituțiile medicale este mult mai insuficientă decât a persoanelor non-migrante. Perioade de timp îndelungate în afara căminului familial, tensiunea emoţională aferentă procesului de emigrare şi aflare peste hotare, ne determină să declarăm că implicarea în procesul migraţional provoacă deteriorarea stării de sănătate a migranților.
6. Actualmente, sunt insuficiente studii la nivel național, care ar elucida situaţia copiilor afectaţi de migraţia parentală de muncă. În Republica Moldova, fenomenul copiilor separaţi de părinţii plecaţi la muncă în străinătate a atins unul dintre cele mai înalte niveluri după România, spre deosebire de celelalte țări din Europa. La finele anului 2017, în Republica Moldova, au fost notați 30 320 de copii afectați de migrația de muncă a părinților, iar la finele anului 2020 - 29 186 de copii.
7. Privarea de grija părintească, în special la o vârstă fragedă, este considerată ca un factor de risc pentru starea de sănătate a copiilor. Plecarea părinţilor este urmată, de cele mai mute ori, de o schimbare radicală a mediului şi a condiţiilor de viaţă ale copiilor rămaşi în ţară. Această situaţie implică întreruperea vieţii obişnuite şi schimbarea ambientului confortabil, făcându-i pe copii să sufere din cauza lipsei casei, a familiei, ceea ce le induce o încărcătură emoţională puternică; sporește morbiditatea și se cronicizează maladiile. În condiţiile unei alimentaţii insuficiente sau incorecte, la unii copii apar sindroamele carenţiale (anemiile, malnutriția, retardul în dezvoltarea fizică și psihică), care favorizează, ulterior, declanşarea unor boli grave.

8. Actualmente, se discută despre copiii lăsați temporar fără grija părintească, pe motivul migrației parentale de muncă drept “copii din grupul de risc” pentru maladii infecțioase. Vaccinarea incompletă și parțială a copiilor afectați de migrația parentală de muncă poate induce o situație epidemiologică periculoasă în Republica Moldova. Implicarea părinților în migrația de muncă pentru o perioadă de lungă durată este un factor de risc pentru sănătatea reproductivă și cea sexuală a adolescenţilor (IST, HIV/SIDA, sarcini nedorite și avorturi).
9. Despărţirea de părinţi afectează, în mare parte, viaţa interioară a copiilor, dezvoltarea personalității lor și sănătatea psihică a acestora. În cazul plecării părinţilor la muncă, efectele posibile psihologice asupra copiilor sunt: regresul şcolar, corigenţa, tulburările de somn, agresivitatea, izolarea, timiditatea, pasivitatea, ostilitatea verbală, minciuna, labilitatea emoţională, anxietatea, impulsivitatea, frustrarea, dependenţa de calculator, frecventarea grupurilor stradale, absenteismul, nevrozele, retardul în dezvoltarea psihică, depresia, suicidul.
10. Insuficiența sau lipsa grijii părintești generează, deseori, un comportament antisocial sau delicvent al copilului. Astfel, ei pot fi supuşi riscului de a fi influenţaţi în iniţierea unor comportamente nocive, cu risc sporit pentru starea lor de sănătate, cum ar fi: consumul alcoolului și al drogurilor, fumatul; de asemenea ei sunt potenţiale victime ale traficului de fiinţe umane.

2. MATERIALE ȘI METODE DE CERCETARE

2.1. Caracteristica generală a cercetării

Pentru a realiza scopul şi obiectivele de cercetare, a fost elaborat un protocol metodologic de cercetare, care a inclus: argumentarea problemei și stabilirea procedurii de cercetare; proiectarea loturilor de studiu; elaborarea chestionarelor; colectarea materialului; analiza şi sinteza rezultatelor; formularea concluziilor şi recomandărilor practice; aplicarea rezultatelor obţinute.

Lucrarea reprezintă o cercetare complexă, întemeiată pe studii cantitative și calitative. După volumul eșantioanelor, studiile au fost integrale și selective. Cercetarea a derulat la Departamentul Pediatrie al IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu" din Republica Moldova. În calitate de obiect al cercetării au servit copiii marcați de migrația parentală de muncă din patru raioane ale Republicii Moldova. Cercetarea ştiinţifică a cuprins anii 2012-2019 şi a fost realizată în câteva etape.

Etapa I. Planificarea şi programarea studiului cu definirea scopului şi obiectivelor cercetării ştiinţifice. La această etapă au fost efectuate:

1. Analiza de sinteză a abordărilor bibliografice, pentru a elucida situaţia din domeniul de cercetare;
2. Definirea problemei, scopului şi obiectivelor studiului;
3. Determinarea volumului, dimensiunilor eşantioanelor şi selectarea metodelor de cercetare;
4. Elaborarea protocolului de cercetare și a chestionarelor pentru colectarea materialului primar.

Etapa a II-a. Colectarea materialului primar:

1. Selectarea datelor din statistica oficială la nivelele naţional şi internaţional;
2. Obținerea permisiunii (Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova și Ministerului Educației, Culturii și Cercetării al Republicii Moldova) pentru a desfășura cercetarea în instituțiile raionale de asistență socială și medicală, precum și în cele raionale de învățământ (gimnaziale și liceale).
3. Analiza documentației medicale (Formular nr. 112/e - Carnetul de dezvoltare a copilului) privind copiii afectați de migrația parentală de muncă și copiii fără experiența migrației părinților din raioanele selectate;
4. Distribuirea chestionarelor asistenților sociali, medicilor și pedagogilor din raioanele selectate pentru facilitarea completării lor, conform opiniei respondenţilor (Anexa 2);
5. Colectarea chestionarelor.

În baza chestionarelor elaborate și a datelor din documentația primară, a fost acumulat materialul informativ prin aplicarea metodelor de observaţie indirectă şi directă. Caracteristicile fenomenelor studiate au fost înregistrate prin utilizarea procedeelor de înregistrare totală sau parţială.

Etapa a III-a. Prelucrarea statistică a materialului acumulat. La această etapă au fost efectuate:

1. Sistematizarea materialului obţinut la etapele de observaţie (centralizarea şi gruparea materialului);
2. Calcularea indicatorilor (indicatorilor relativi şi a valorii centrale, formei de repartiţie şi a variaţiei în timp şi spaţiu) şi prezentarea datelor statistice prin procedee tabelare şi grafice;
3. Evaluarea gradului de intensitate a legăturilor statistice şi a influenţei factorilor asupra variaţiei fenomenelor studiate;
4. Estimarea parametrilor și verificarea ipotezelor statistice. Ținând cont de cercetările efectuate, au fost create baze de date în Microsoft Access. Prelucrarea statistică a fost efectuată cu ajutorul pachetelor speciale ale programelor: Statistica 7.0 (Statsoft Inc), EXCEL şi SPSS 26.0 (SPSS Inc).

Etapa a IV-a. Analiza şi evaluarea rezultatelor obţinute. Această etapă a înglobat analiza comparativă a datelor, evaluarea rezultatelor, formularea concluziilor şi a recomandărilor practice. La această etapă au fost efectuate:

1. Aprecierea tendințelor actuale ale procesului migrațional în Republica Moldova și efectelor migrației parentale de muncă asupra sănătății copiilor.
2. Evaluarea indicatorilor de bază ai sănătății copiilor afectați de migrația parentală de muncă;
3. Evaluarea indicatorilor de bază ai asistenței medicale primare, acordate copiilor afectați de migrația parentală de muncă.
4. Evaluarea calității vieții copiilor rămași temporar fără grija părintească pe motivul migrației lor de muncă.
5. Elaborarea concepției privind fortificarea managementului asistenței medicale primare, acordate copiilor afectați de migrația parentală de muncă în Republica Moldova.
6. Argumentarea concluziilor și recomandărilor practice.

Etapa a V-a. Elaborarea tezei.

Studiul s-a desfășurat cu respectarea cerințelor etice ale cercetării (Proces-verbal nr.12 din 20.09.2019 al Comisiei de Etică). Cercetarea a presupus că toți părinții/tutorele subiecților incluși în studiu au semnat Acordul informat. Astfel, au fost enunțate următoarele criterii de includere în/excludere din studiu:

Criterii de includere în studiu:

- Copiii afectați de migrația parentală de muncă pe parcursul cel puțin al ultimelor 12 luni;
- Vârsta copiilor de la 12 luni până la18 ani;
- Acordul părinților/tutelei pentru participarea în studiu.

Criterii de excludere din studiu:

- Lipsa Acordului părinților/tutelei pentru participarea în studiu;
- Copiii fără experiența migrației părinților la muncă sau cu experiența efectuată la un interval mai mare de 12 luni din momentul debutului studiului;
- Absența ambilor părinți din motivul migrației, combinată cu lipsa instituirii persoanei-tutelă asupra copilului.

În cadrul cercetării au fost efectuate următoarele studii:

Studiul I: *Studiu descriptiv* al fenomenului migrațional în Republica Moldova a fost efectuat după volumul eșantionului integral, în funcție de regiunile de dezvoltare a Republicii Moldova, pentru perioada anilor 2012-2019. De asemenea, la elaborarea studiului s-a ținut cont de datele statistice oficiale, prezentate pe parcursul anilor 2012-2021 de către: Biroul Național de Statistică (BNS) în *Anuarele statistice şi datele Direcţiei Politici de protecţie a drepturilor copilului şi familiilor cu copii a Ministerului Sănătății, Muncii şi Protecției Sociale al Republicii Moldova*, în rapoartele statistice de ramură „ Raport statistic (anual) - Formularul statistic nr. 103 ”Copiii rămaşi fără ocrotire părintească”.

Studiul II: *Studiul selectiv transversal* de evaluare a efectelor medico-sociale ale migraţiei parentale de muncă asupra sănătăţii copiilor. Pentru asigurarea reprezentativității datelor, numărul necesar de subiecți a fost determinat prin aplicarea formulei respective:

$n = P (1 - P) (Z\alpha/d)^2$,

unde:

d - reprezintă eroarea admisă (d=0,05);

$Z\alpha = 1,96$ pentru 95,0 % de semnificaţia rezultatelor obținute;

P - conform datelor *Direcţiei politici de protecţie a drepturilor copilului şi familiilor cu copii a Ministerului Sănătății, Muncii şi Protecției Sociale al Republicii Moldova*, fenomenul “copii rămași temporar fără grija părintească din motivul migrației de muncă a părinților” se atestă cu frecvența de 15,5% (P=0,155).

Introducând datele în formulă, am obținut:

$n = 0,155 \times 0,845 (1,96/0,05)^2 = 201,26$;

n **x** design effect (1,5) = 301,89 şi cu rata de 10,0% de non-răspuns=*332 de copii afectați de migrație*. Deci, nu mai puțin de 332 de subiecți necesită a fi incluși în lotul reprezentativ.

Acest studiu a fost aplicat la 400 de copii din patru raioane, cu o incidență mai mare a copiilor afectați de migrația de muncă a părinților din cele trei regiuni de dezvoltare (RDD): în RDD „Centru" - în două raioane; în RDD „Sud" - într-un raion; în RDD „Nord" - într-un raion. Acești copii și părinții/tutelele au fost supuși anchetării, conform chestionarelor elaborate de autor, în cadrul Departamentului Pediatrie (*Chestionar pentru intervievarea copilului marcat/neafectat de migrația parentală de muncă; Chestionar pentru intervievarea părintelui/tutelei copilului marcat/neafectat de migrația parentală de muncă*). În baza acestor chestionare, au fost apreciați indicii demografici și sociali: genul, vârsta, locul de reședință și particularitățile condițiilor de trai; tipul integrității familiei (familie integră, divorț, familie monoparentală), prezența/lipsa tutelei și remitențelor; accesibilitatea serviciilor medicale, adresabilitatea pentru asistență medicală și calitatea ei; particularitățile de alimentare; practicile utilizării serviciilor medicale (alegerea stilului de viață, măsuri profilactice); prezența deprinderilor nocive; aprecierea personală a stării sănătății; școlarizarea și reușita școlară; activitatea în gospodăria proprie și activitatea cu remunerare financiară; apariția problemelor social-psihologice și abuzurilor (psihice, fizice, sexuale).

Studiul III: *Studiul transversal* pentru analiza calității vieții copiilor afectați de procesul migrațional. Volumul eșantionului a fost determinat prin aplicarea formulei pentru studiul transversal. Conform datelor *Direcţiei politici de protecţie a drepturilor copilului şi familiilor cu copii din raionul Orhei*, fenomenul "copii rămași temporar fără grija părintească din motivul migrației de muncă a părinților" se atestă în localitățile raionului Orhei, cu frecvența de 4,3% (P=0,043). Introducând datele în formulă cu rata de 10,0% de non-răspuns, am obținut valoarea de *70 de respondenți*. În total, studiul a inclus 280 de subiecți, care au fost divizați în patru loturi:

Lotul 1 – 70 de copii afectați de migrația parentală de muncă.

Lotul 2 – 70 de părinți/tutori ai copiilor afectați de migrația parentală de muncă.

Lotul 3 – 70 de copii fără experiența migrației de muncă a părinților.

Lotul 4 - 70 de părinți/tutori ai copiilor fără experiența migrației de muncă a părinților.

În cadrul studiului, respondenții au fost intervievați, conform Chestionarului structurat pentru aprecierea calității vieții copiilor *PedsQL™ Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 English (Canada).*

Studiul IV: *Studiul caz-control* pentru a evidenția factorii de acțiune asupra morbidității copiilor afectați de procesul migrațional. Lotul de cercetare a fost apreciat prin aplicarea formulei respective:

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

unde:

Po = proporţia copiilor rămaşi temporar fără îngrijire parentală pe motivul migrației de muncă, cu o morbiditate sporită, constituie 50,0 % în Republica Moldova [204, 212];

P_1 = proporţia respondenților în lotul de cercetare a fost apreciată prin următoarea formulă:

P1 = P0*RP / 1 + P0 * (RP - 1);

RP =2 (se specifică de cercetător);

P_1=0,67; P = (P_0 + P_1)/2=0,585;

Zα - valoarea tabelară. Dacă „α” - pragul de semnificaţie este de 5%, atunci coeficientul Zα = 1,96;

Zβ - valoarea tabelară. Dacă „β” - puterea statistică a comparaţiei este de 80,0, atunci coeficientul Zβ = 0,84;

f = proporţia subiecţilor care se presupune că vor abandona studiul din motive diferite q = 1/(1-f); f=10,0% (0,1). Introducând datele în formulă, am obținut:

$$n = \frac{1}{(1-0.1)} \times \frac{2 \cdot (1.96 + 0{,}84)^2 \cdot 0.585 \cdot 0.415}{(0.50 - 0.67)^2} = 165$$

Aşadar, subiecții, incluși în acest studiu, au fost selectați, în funcție de experiența migrației de muncă a părinților. Persoanele selectate au fost divizate în două loturi (a câte 165 de copii în fiecare lot, cu/fără experiența migrației de muncă a părinților), cu două subloturi (a câte 165 de părinți în fiecare lot, cu/fără experiența migrației de muncă). Subiecții au fost selectați din patru raioane, cu o incidență mai mare a copiilor afectați de migrația de muncă a părinților.

De asemenea, în cadrul acestui studiu au fost utilizate următoarele instrumente: *Chestionarul pentru intervievarea copilului marcat/neafectat de migrația parentală de muncă, Chestionarul pentru intervievarea părintelui/tutelei copilului marcat/neafectat de migrația parentală de muncă* (elaborate de autor) și Carnetul de dezvoltare a copilului (Formularul statistic nr. 112/e). În cadrul derulării studiului au fost evaluați și apreciați următorii indici: nivelul acordării asistenței medicale (beneficierea, accesibilitatea, adresabilitatea, motivul apelării pentru acordarea serviciilor medicale, tipul serviciilor acordate, calitatea serviciilor acordate, disponibilitatea asigurării medicale, cheltuielile pentru sănătate, ponderea renunțării la serviciile medicale; nivelul vaccinării și monitorizării maladiilor intercurente și cronice); structura morbidității și indicii de sănătate ai copiilor ca: percepția stării de sănătate, morbiditatea (specifică, incidența și prevalența pentru maladii), prevalența bolilor cronice,

structura adresării - cazuri urgente și programate. Desingul cercetării este reprezentat în Figura 2.1.

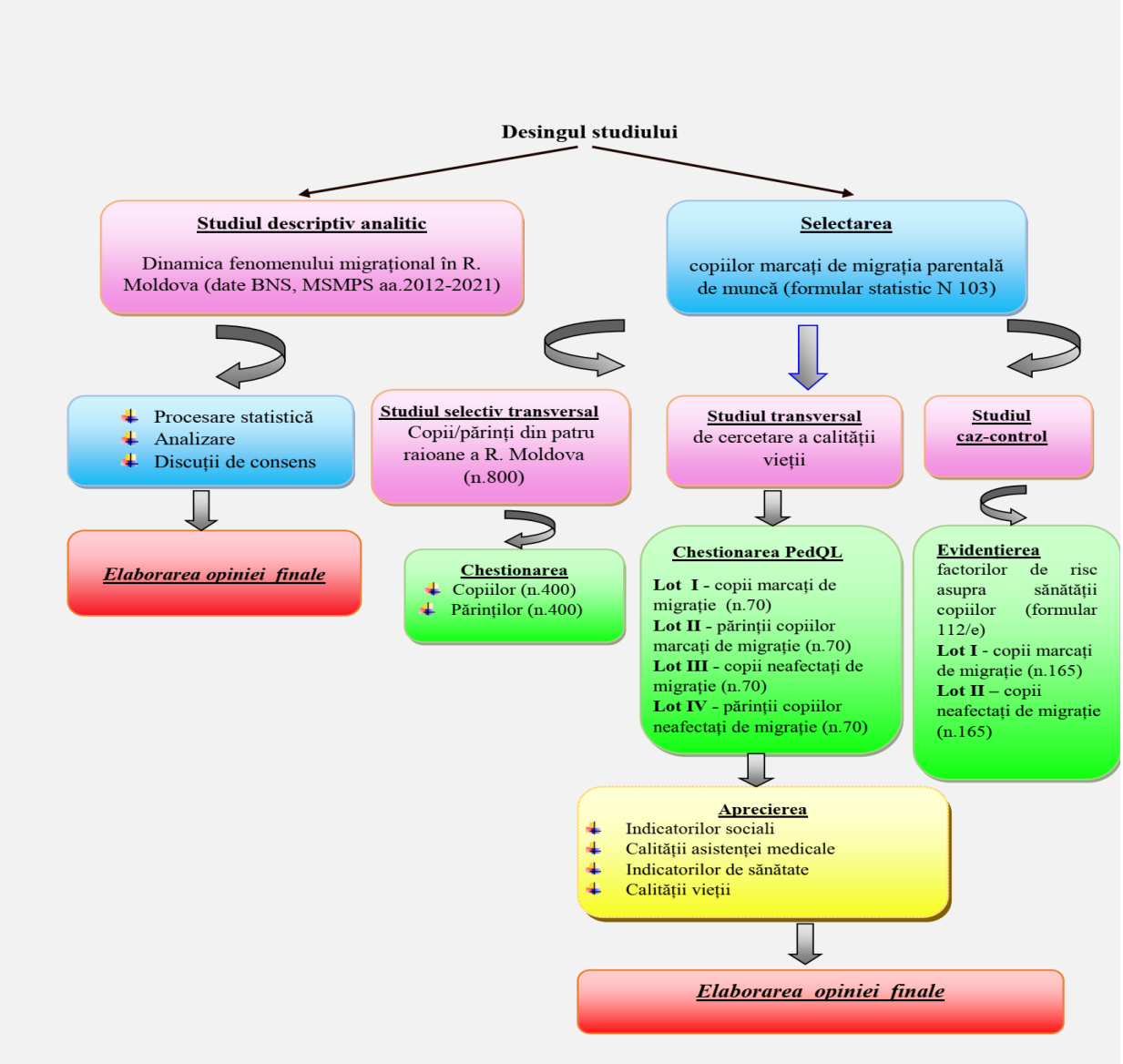


Fig. 2.1. Desingul studiului

2.2. Metodele de cercetare

Actuala cercetare științifică are un caracter descriptiv și este bazată pe abordarea complexă, din punct de vedere metodologic, a atitudinii copiilor afectați de migrația de muncă a părinților sau a părinților/tutelelor lor faţă de serviciile de sănătate, a accesibilităţii şi adresabilității copiilor afectați de fenomenul migrației de muncă la serviciile medicale şi identificarea impactului migraţiei de muncă asupra morbidităţii copiilor şi a factorilor ce o determină. Pentru realizarea acestei cercetări, am utilizat următoarele metode de cercetare şi analiză:

Metodele generale de cercetare utilizate:

Metoda istorică a inclus cercetarea teoretică a problemei, cercetarea abordărilor teoretice, a teoriilor şi cauzelor fenomenului migrației de muncă și efectelor acesteia, în definitiv, elaborarea unei sinteze teoretice; a permis studierea evoluției fenomenului migrației de muncă la nivel global, european și local - național. Totodată, această metodă a facilitat cercetarea eficienţei politicilor şi strategiilor internaţionale și naționale în domeniul acordării asistenței medicale persoanelor afectate de fenomenul migrației de muncă.

Metoda sociologică a înglobat anchetarea, chestionarea, sondajul de opinie şi observaţia. Cercetarea sociologică a semnificat obținerea și prelucrarea informațiilor obiectiv verificate, în vederea construirii explicațiilor științifice ale fenomenului migrației parentale de muncă, proceselor sociale declanșate, și anume ale efectelor migrației asupra copiilor din Republica Moldova.

Metoda epidemiologică a permis definirea cazurilor, fenomenelor de sănătate, și anume: a morbidității copiilor afectați de migrația parentală de muncă; înregistrarea şi descrierea lor în funcţie de timp, de loc şi persoană; determinarea populaţiei la risc, calcularea şi compararea unor indicatori specifici; deducerea relaţiilor dintre evenimentele de sănătate, factorii cauzali, factorii de gazdă şi de mediu; propunerea măsurilor de control; evaluarea programului de control.

Metoda analitică a fost utilizată în cercetarea aspectelor de fezabilitate a cadrului legislativ şi a reglementărilor activităţilor de organizare a asistenţei medicale, acordate copiilor rămași temporar fără îngrijire parentală pe motivul migrației de muncă, inclusiv prin prisma experienţei şi a perspectivelor internaţionale ale domeniului.

Metoda comparativă a fost utilizată cu scopul de a compara datele obținute în urma studiului cu cercetările precedente autohtone sau de peste hotare.

Metoda de expertiză sau metoda de evaluare prin experți a fost utilizată în cuantificarea părerii experţilor (asistenților sociali, medicilor de familie, pedagogilor) asupra managementului asistenței sociale și medicale, acordate copiilor marcați de migrația parentală de muncă.

Metoda statistică a permis analiza cantitativă şi calitativă a datelor colectate în cadrul cercetării, folosind diferite modalități și formule statistice.

Metode de acumulare a datelor primare:

1. Baza de date a Anuarului statistic al BNS a Republicii Moldova pentru anii 2012-2021;
2. Baza de date electronice a *Direcţiei Politici de protecţie a drepturilor copilului şi familiilor cu copii a Ministerului Sănătăţii, Muncii şi Protecţiei Sociale al Republicii Moldova pentru anii 2012-2021;*

3. Extrasele din Raportul statistic (anual) de ramură - Formularul statistic nr. 103 ”Copii rămaşi fără ocrotire părintească”, pentru anii 2012-2020;

4. Baza de date electronice despre copiii rămași temporar fără grija parentală a *Direcţiei Politici de protecţie a drepturilor copilului și familiilor cu copii a raionului Orhei,* pentru anii 2018 - 2020;

5. Baza de date electronice despre copiii afectați de migrație și copiii fără experiența migrației parentale de muncă din IPLT „Alexandru Donici”, comuna Peresecina, raionul Orhei, pentru anii 2018 - 2020;

6. Baza de date electronice despre copiii afectați de migrație și copiii fără experiența migrației parentale de muncă din IPG „Grigore Vieru”, orașul Orhei, pentru anii 2018 - 2020;

7. Chestionar pentru intervievarea copilului marcat de migrația parentală de muncă;

8. Chestionar pentru intervievarea părintelui/tutelei copilului marcat de migrația parentală de muncă;

9. Chestionar pentru intervievarea copilului neafectat de migrația parentală de muncă;

10. Chestionar pentru intervievarea părintelui copilului neafectat de migrația parentală de muncă;

11. Chestionar pentru aprecierea calității vieții copiilor PedsQL™ Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 English (Canada), pentru copiii cu vârsta de 5-7 ani;

12. Chestionar pentru aprecierea calității vieții copiilor PedsQL™ Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 English (Canada), pentru părinții copiilor cu vârsta de 5-7 ani;

13. Chestionar pentru aprecierea calității vieții copiilor PedsQL™ Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 English (Canada), pentru copiii cu vârsta de 8-12 ani;

14. Chestionar pentru aprecierea calității vieții copiilor PedsQL™ Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 English (Canada), pentru părinții copiilor cu vârsta de 8-12 ani;

15. Chestionar pentru aprecierea calității vieții copiilor PedsQL™ Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 English (Canada), pentru copiii cu vârsta de 13-18 ani;

16. Chestionar pentru aprecierea calității vieții copiilor PedsQL™ Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 English (Canada), pentru părinții copiilor cu vârsta de 13-18 ani;

17. Datele Carnetului de dezvoltare a copilului (Formular statistic nr. 112/e).

Posibilitatea selectării și acumulării datelor prin anchetarea copiilor afectați de fenomenul migrației parentale la muncă a fost obținută prin elaborarea documentației necesare la nivel național: Ordinul nr. 154 din 03.10.2017 al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova ”Cu privire la instituirea Grupului de lucru pentru efectuarea Studiului ”Impactul migrației parentale de muncă asupra sănătății copiilor Moldovei.”; Documentul (scrisoare-circulară) pentru Conducătorii IMSP Centre de Sănătate din raioanele Orhei, Criuleni,

Florești, Basarabeasca nr. 01-2006 din 02.04.2018 al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova.

Chestionarele utilizate pentru elucidarea statutului social al copiilor, influențați de fenomenul migrației parentale de muncă (*Chestionar pentru intervievarea copilului marcat/neafectat de migrația parentală de muncă; Chestionar pentru intervievarea părintelui/tutelei copilului marcat/neafectat de migrația parentală de muncă*) au fost elaborate de autor la etapele derulării cercetării. Autorul a obținut, în anul 2017 de la AGEPI, un *Certificat de înregistrare a obiectelor dreptului de autor și drepturilor conexe, Seria OȘ nr. 5741 din 25.10.2017 „Aplicarea Fișei de Evaluare (Chestionare) pentru aprecierea stării sănătății copiilor, rămași fără grija parentală din motivul migrației de muncă a părinților."*

Chestionarul, elaborat pentru intervievarea copilului marcat de migrația parentală de muncă, conține întrebări la 33 de compartimente studiate, divizate în cinci secțiuni:

I. Informaţii generale despre respondent;
II. Profilul copilului marcat de migrația parentală de muncă;
III. Accesul şi adresarea pentru serviciile medicale;
IV. Percepția sănătății copilului;
V. Efectele fenomenului migrațional asupra copiilor.

Chestionarul, elaborat pentru intervievarea părintelui copilului marcat de migrație, conține întrebări la 54 de compartimente studiate și este divizat în șapte secțiuni:

I. Informaţii generale despre respondent;
II. Remitențele primite de la părintele migrant și utilizarea lor;
III. Accesul şi adresarea pentru serviciile medicale;
IV. Morbiditatea copilului și metodele de tratament utilizate;
V. Practicile utilizării serviciilor medicale (alegerea stilului de viață, măsuri profilactice);
VI. Școlarizarea, abuzuri și deprinderi nocive ale copilului;
VII. Integritatea familiei.

Chestionarul, elaborat pentru intervievarea copilului neafectat de fenomenul migrației de muncă a părinților, conține întrebări la 27 de compartimente studiate și este divizat în cinci secțiuni:

I. Informaţii generale despre respondent;
II. Profilul copilului neafectat de migrația parentală de muncă;
III. Accesul şi adresarea pentru serviciile medicale;
IV. Percepția sănătății copilului neafectat de migrația parentală de muncă;
V. Școlarizarea, abuzuri și deprinderi nocive ale copilului.

Chestionarul, elaborat pentru părintele copilului neafectat de fenomenul migrației de muncă, conține întrebări la 36 de compartimente studiate, divizate în șase secțiuni:

I. Informaţii generale despre respondent;
II. Accesul şi adresarea pentru serviciile medicale;
III. Morbiditatea copilului și metodele de tratament utilizate;
IV. Practicile utilizării serviciilor medicale (alegerea stilului de viață, măsuri profilactice)
V. Școlarizarea, abuzuri și deprinderi nocive ale copilului.
VI. Integritatea familiei.

Posibilitatea selectării și colectării datelor pentru aprecierea calității vieții copiilor marcați/neafectați de fenomenul migrației parentale la muncă prin anchetarea cu chestionarul PedsQL™ Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 English (Canada), în incinta instituțiilor de învățământ, a fost obținută prin elaborarea documentației necesare la nivel național: Documentul (scisoare-circulară) pentru Organele locale de specialitate în domeniul învățământului din raioanele Orhei, Criuleni, Florești, Basarabeasca nr. 03/1-09/2225 din 26.04.2019 al Ministerului Educației, Culturii și Cercetării al Republicii Moldova.

Chestionarul PedsQL™ Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 English (Canada) evaluează calitatea vieții, corelată de sănătate, la copii și adolescenți. Acesta conține întrebări despre funcționarea fizică, emoțională, socială și școlară a copilului în ultimele luni. Diapazonul de vârstă este divizat în patru grupe: 2 - 4 ani, 5 - 7 ani, 8 - 12 ani și 13 - 18 ani. În studiul actual, autorul a utilizat testele pentru trei categorii de vârstă: 5 - 7 ani, 8 - 12 ani, 13 - 18 ani. Chestionarul a fost utilizat la intervievarea:

- copiilor marcați de fenomenul migrației de muncă a părinților (raport de auto-evaluare);
- părinților copiilor marcați de fenomenul migrației parentale de muncă (raportul proxy);
- copiilor fără experiența migrației părinților la muncă (raport de auto-evaluare) ;
- părinților copiilor fără experiența migrației parentale la muncă (raportul proxy).

În cadrul aplicării Chestionarului PedsQL™, au fost abordate patru direcții de studiu al calității vieții copiilor, și anume: funcționarea fizică (8 itemi); funcționarea emoțională (5 itemi); funcționarea socială (5 itemi); funcționarea școlară (5 itemi). Chestionarul PedsQL™ permite calcularea a două scoruri rezumate (Scorul sumar al sănătății psiho-sociale și Scorul sumar al sănătății fizice), precum și un scor total scalabil. În literatura de specialitate s-a relatat că scorul Scalei de bază generice are o fiabilitate internă cu consistența de 0,88 pentru raportul de auto-evaluare a copilului și 0,90 pentru raportul parental proxy [266]. Totodată, această metodă permite evidențierea diferențelor între copiii sănătoși și copiii cu afecțiuni acute și cronice de sănătate și diferențierea severității bolii în condițiile cronice de sănătate.

Scorarea de bază . Elementele de pe culoarele de bază (n=5) Generic PedsQL sunt marcate invers și transformate la o scară de la 0 la 100. Scorurile mai mari indică o calitate a vieții mai bună pentru sănătate: Scorurile: 0 - ("Niciodată") = 100; 1- ("Practic niciodată") = 75; 2 - ("Uneori") = 50; 3 - ("Deseori") = 25; 4 - ("Practic permanent") = 0.

Scorurile scalare se calculează ca sumă a elementelor, în raport cu numărul de elemente preluate (pentru a ține cont de datele lipsă). În cazul în care lipsesc mai mult de 50% din elemente sau și mai mult, scorul nu trebuie calculat. *Scorul rezumat* al *Sănătății Psiho-Sociale* este unul mediu al scalei pe compartimentele *Funcționare emoțională*, *Funcționare Socială* și *Funcționare Școlară*; *Scorul rezumat* pentru *Sănătatea Fizică* este același cu scorul Scalei pe compartimentul *Funcționare fizică.* Scorul Scalei Totale este media tuturor itemilor.

Pentru a studia și a evalua morbiditatea copiilor studiului și calitatea asistenței medicale, acordate acestor copii, au fost apreciate datele din Carnetul de dezvoltare a copilului (Formular statistic nr. 112/e). *Carnetul de dezvoltare a copilului* este un document medical care înglobează opt compartimente și care cuprinde toate evenimentele privind starea sănătăţii copilului, de la naştere până la vârsta de 18 ani. Pentru a facilita selectarea și colectarea informației medicale din Carnetul de dezvoltare a copiilor (Formular statistic nr.112/e) marcați/neafectați de migrația parentală de muncă, în cadrul derulării cercetării actuale, Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova a elaborat o Scrisoare-circulară pentru conducătorii IMSP Centre de Sănătate din raioanele Orhei, Criuleni, Florești, Basarabeasca nr. 01-2006 din 02.04.2018.

2.3. Metodele de analiză statistică a datelor obținute

Datele obţinute după completarea chestionarelor au fost analizate, prelucrate şi interpretate în baza statisticii descriptive simple, cu ajutorul programelor: Statistica 7.0 (Statsoft Inc), EXCEL şi SPSS 26.0 (SPSS Inc). Toate datele au fost exprimate sub formă de valori medii, rate, frecvenţe, iar răspunsurile prezentate procentual. În final, unele rezultate au fost reflectate în tabele și diagrame.

Studiul statistic s-a axat pe două aspecte: statistica descriptivă şi statistica analitică. Statistica descriptivă a reprezentat clasificarea şi sinteza datelor de observaţie, a concentrat informaţia existentă cu ajutorul anumitor indicatori statistici ce exprimă caracteristici şi tendinţe ale parametrului studiat. Prelucrarea statistică a permis calcularea indicatorilor statistici: ratelor, valorilor medii, indicatorilor de proporție.

În cadrul cercetării au fost aplicate tehnici parametrice și non-parametrice de comparatie între grupuri. *Testul Student (t)* este metodă statistică, aplicată pentru compararea a două loturi

prin compararea mediilor pentru aceeaşi variabilă având distribuţie parametrică (normal distribuită). *Testul ANOVA* am utilizat la compararea a mai mult de două loturi prin compararea globală a mediilor lor pentru aceeaşi variabilă, având distribuţie parametrică.

Testarea diferenţei dintre diverse valori ale indicatorilor intensivi s-a realizat prin determinarea criteriilor *χ2* şi *Fisher'exact test*, semnificative statistic erau considerate diferenţele de 95,0% (p<0,05). *Testul χ2* este un test neparametric care verifică dacă distribuția observată diferă de cea aşteptată (teoretică). Statistica *χ2* poate fi calculată prin aplicarea diverselor formule, având în acest caz în vedere valorile frecvenţelor. Pentru df = 1 (grad de libertate, g.l) şi o încredere de 95% avem *χ2* = 3,84. Dacă valoarea calculată este mai mare decât această valoare, înseamnă că există asociere şi expunerea are influenţă asupra fenomenului studiat.

Pentru compararea medianelor scorurilor calității vieții pe grupele de vârsta în cadrul loturilor de studiu au fost aplicate *testele neparametrice Kruskal-Wallis* (mai mult de 2 grupe) și *Mann-Whitney*. *Testul Levine* s-a aplicat pentru verificarea omogenității grupelor comparate. În cazul comparațiilor multiple a fost efectuat *Testul Post Hoc cu corecția Bonferroni*.

Testul Kruskal-Wallis este o metodă non-parametrică de testare dacă probele provin din aceeași distribuție. Se utilizează pentru compararea a două sau mai multe probe independente de dimensiuni de probă egale sau diferite.

Testul Mann-Whitney este un criteriu statistic utilizat pentru a evalua diferențele dintre două eșantioane independente, în ceea ce privește nivelul oricărei caracteristici măsurat cantitativ. Permite identificarea diferențelor în valoarea unui parametru între eșantioane mici.

Testul Levine este o metodă statistică inferențială, utilizată pentru a evalua egalitatea variațiilor variabilei calculate pentru două sau mai multe grupuri. Omogenitatea parametrilor studiaţi, considerată din punctul de vedere al dispersiei (distribuţii normale), a fost demonstrată de rezultatele testului Levene (distribuţie normală p > 0,05, 95% CI).

Testul Post Hoc cu corecția Bonferroni (ajustare alfa). Într-un studiu științific, analiza p*ost hoc* constă în analize statistice care au fost specificate după ce datele au fost văzute. Testele *post-hoc* sunt teste de semnificație din statistici matematice, ce utilizează comparații de valori medii asociate pentru a furniza informații cu privire la valorile medii care diferă semnificativ între ele. Sau, prin comparații grup cu grup, acestea permit să se facă o afirmație despre valorile medii ale grupului care nu sunt semnificativ diferite. *Testul Bonferroni* este un tip de test de comparație multiplă utilizat în analiza statistică, care încearcă să împiedice datele să pară incorect semnificative statistic, făcând o ajustare în timpul testelor de comparație.

Analiza de corelaţie dintre variabilele continue a fost efectuată prin determinarea coeficienţilor de corelaţie Pearson (când variabilele erau aproximativ normal distribuite), respectiv Spearman (în caz că variabilele nu sunt normal distribuite sau sunt de ordine). Coeficientul de corelaţie (Pearson şi/sau Spearman) este un număr cuprins între -1 şi +1. *Interpretarea coeficientului de corelaţie*: corelaţia cuprinsă între ±1 denotă un raport foarte puternic între fenomene; cea cuprinsă între ± 0,99 şi ± 0,70 - un raport puternic; între ± 0,69 şi ± 0,30 – un raport mediu; între ± 0,0 şi ± 0,29 - un raport slab; 0 - semnifică inexistența legăturii dintre fenomene.

La studiul caz-control, analiza rezultatelor a fost efectuată prin calcularea următorilor indicatori: raportul șanselor (Odds Ratio, OR/RȘ); factorii de risc asupra morbidității copiilor; semnificaţia statistică a rezultatelor, care pentru 95,0 % s-a determinat prin mărimea intervalului de încredere (IÎ 95 - 95 CI). Calcularea șanselor (Odds Ratio, OR/RȘ) și a intervalului de încredere (CI), egal cu 95%, a fost utilizată pentru a evalua capacitatea parametrilor de a grupa subiecții în grupele cu valori normale sau patologice. În calitate de criteriu de semnificaţie statistică a fost considerată valoarea $p \leq 0,05$, iar 0,05 - 0,1 s-a considerat tendință statistică. Pentru determinarea factorilor de risc asupra sănătății copiilor a fost folosită *metoda de analiză canonică* pentru evidenţierea legăturii ce există între două grupe de variabile, determinând o combinaţie liniară a caracteristicilor primei grupe (caracteristici sociale şi medicale) şi combinaţia liniară a grupei a doua de caracteristici (factorii de risc), care sunt cele mai strâns corelate.

Raportul şanselor (RȘ) - şansele celor expuşi de a prezenta o anumită caracteristică sunt de RȘ ori mai mari decât şansele celor neexpuşi.

Interval de încredere (IÎ) este un interval construit pe baza datelor observate în aşa fel încât probabilitatea ca valoarea adevărată a parametrului să aparţină intervalului de încredere, să poată fi fixată independent de date. Interval de încredere pentru medie este un interval de numere reale în care suntem aproape siguri că se află media reală, pe care o aproximăm.

Analizele statistice utilizate în actualul studiu au permis verificarea ipotezelor, acestea fiind confirmate sau infirmate de rezultatele obţinute.

2.4. Concluzii la capitolul 2

1. Lucrarea reprezintă o cercetare complexă, întemeiată pe studii cantitative și calitative. În procesul de studiu au fost utilizate următoarele metode de cercetare: istorică; sociologică; epidemiologică; analitică; comparativă; de expertiză; statistică. Fenomenele cercetate au inclus indicatori socio-demografici; de sănătate; de acces și calitate a

serviciilor medicale; indicatori ai calității vieții copiilor afectați de migrația parentală de muncă.

2. Pentru a realiza scopul şi obiectivele de cercetare, a fost elaborat un plan metodologic de cercetare, care a inclus: argumentarea problemei și stabilirea procedurii de cercetare; proiectarea loturilor de studiu; elaborarea protocoalelor de studiu şi a chestionarelor; colectarea materialului; analiza şi sinteza rezultatelor; formularea concluziilor şi recomandărilor practice; aplicarea rezultatelor obţinute.
3. În scopul realizării obiectivelor proiectate și pentru a ameliora rezultatele cercetării, au fost aplicate metode contemporane de investigație - tehnica aprecierii calității vieții copiilor prin utilizarea Chestionarului PedsQL™ Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 English (Canada).
4. Rezultatele obtinute au fost evaluate și analizate prin intermediul programelor: Statistica 7.0 (Statsoft Inc), EXCEL şi SPSS 26.0 (SPSS Inc), utilizând funcțiile și modulele acestor programe.

3. FENOMENUL MIGRAȚIONAL ÎN REPUBLICA MOLDOVA ȘI EFECTELE MEDICO-SOCIALE ASUPRA SĂNĂTĂȚII COPIILOR

3.1. Analiza evoluției procesului migrațional în Republica Moldova, centrată pe fenomenul copiilor rămași temporar fără grija parentală

În acest compartiment al studiului efectuat, impactul migrației parentale la muncă asupra sănătății copiilor din Republica Moldova, atât pentru fiecare raion în parte, cât și integral pe țară, a fost evaluat prin prisma fenomenului copiilor rămași temporar fără grijă, care „deplasează accentul de pe concentrarea asupra fixării numărului de copii spre centrarea pe efectele migrației parentale" [2, 4, 5, 6, 8, 9, 17,18, 32, 33]. Abordarea estimării impactului fenomenului copiilor rămași temporar fără grija parentală oferă posibilitatea de a evalua sănătatea populației pediatrice în contextul ameliorării calității vieții copiilor [16, 26, 40,123]. Cele relatate sunt în concordanță cu rezoluţia EUR/RC64/R6 privind Strategia OMS „Investiția în copii: Strategia europeană pentru sănătatea copiilor și tinerilor, anii 2015 - 2020: „...Sănătatea copiilor și adolescenților este importantă pentru fiecare societate. Chiar și în societățile bogate, îmbunătățirile în acest domeniu, vizând asigurarea echitabilă a sănătății și bunăstării pentru copii și adolescenți, vor necesita schimbarea, adeseori sistemică, spre o abordare comprehensivă, cu implicarea întregului Guvern " [316].

Reiterăm, studiul axat pe evaluarea evoluției în timp a fenomenului copiilor marcați de migrație a fost efectuat în baza datelor statistice oficiale, prezentate pe parcursul anilor 2009-2021 de Biroul Național de Statistică (BNS) în *Anuarele statistice;* a datelor Direcţiei Politici de protecţie a drepturilor copilului și familiilor cu copii a Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova și a rapoartelor statistice de ramură, precum „Raport statistic (anual) - *Formularul statistic nr. 103 „Copii rămaşi fără ocrotire părintească".* Totodată, menționăm faptul că doar din anul 2015 Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova a început selectarea și stratificarea datelor pe categorii de gen, repartizare geografică și vârstă. De notat că, din anul 2009 până în anul 2015, informația despre copiii marcați de migrație era concentrată doar pe înregistrarea numărului de copii. Specificăm: până în anul 2009, date oficiale despre numărul de copii, rămași temporar fără grija părintească pe motivul migrației părinților la muncă nu sunt relatate.

Conform analizei numărului de copii rămași singuri acasă, putem constata, cu regret, că informația prezentată de organele oficiale (Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova, Ministerul Educației, Culturii și Cercetării) este, deseori, contradictorie, iar

cifrele relatate, referitoare la numărul total al copiilor afectați de migrație, repartizarea pe vârstă și gender, pe regionalizare, adesea se deosebesc.

Sinteza datelor obținute a pus în evidență necesitatea stringentă de creare a unui organ de stat multidisciplinar, cu modele de bune practici, seturi de servicii adresate copiilor cu părinţi plecaţi la muncă în străinătate. Activitățile acestei structuri ar fi bine-venit să se axeze pe: monitorizarea numărului de copii marcați de migrație; efectuarea analizei complexe a tendinţelor naționale și regionale în problema asistenței medicale și sociale a copiilor afectați de migrația parentală de muncă; asigurarea realizării unui program permanent de evaluare a efectelor negative ale migraţiei asupra sănătăţii copiilor, pentru prevenirea lor precoce, ameliorarea și optimizarea asistenței medicale acestor copii; elaborarea unor politici eficiente, interdisciplinare, care ar preveni, depista şi elimina efectele negative medico-sociale ale migraţiei prin elaborarea măsurilor de protecţie a copiilor rămaşi temporar fără îngrijire din motivul migrației parentale; elaborarea proiectelor de monitorizare a asistenței complexe (medicală, socială, psihologică, pedagogică, juridică) acordate copiilor marcați de migrația parentală de muncă; elaborarea unui sistem informațional cu abordare metodică specializată a copiilor afectați de migrație privind riscurile de sănătate.

În conformitate cu sarcinile studiului descriptiv inițiat, am insistat să urmărim dinamica înregistrării copiilor rămași temporar fără grijă pe motivul migrației parentale la muncă, pe parcursul anilor 2009-2019 în Republica Moldova. Configurația datelor obținute a fost integrată în Figura 3.1.

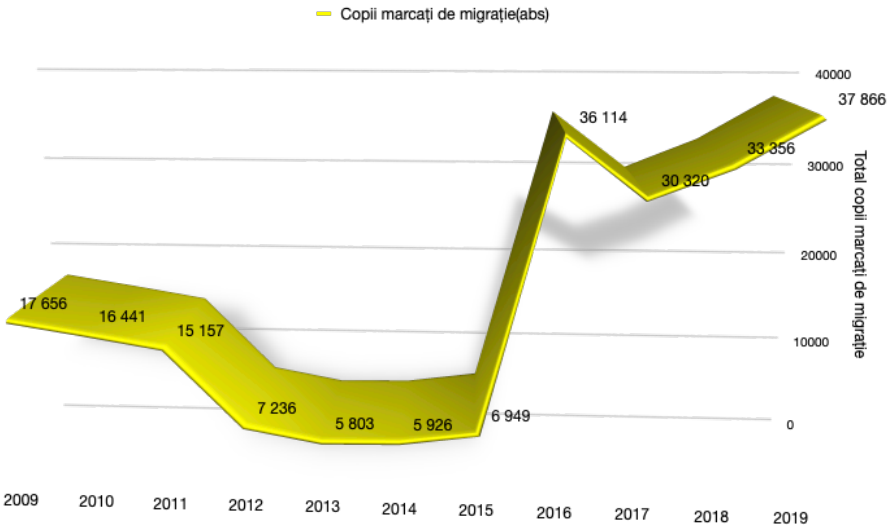


Fig. 3.1. Dinamica înregistrării copiilor migranților, conform datelor Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova, anii 2009-2019, abs

Datele prezentate în figură evidențiază o dinamică neuniformă a numărului înregistrat de copii afectați de migrație pe parcursul anilor 2009-2019. La începutul înregistrării copiilor migranților, anul 2009, au fost consemnați 17 656, iar spre finalizarea studiului - deja 37 866 de copii. Așadar, am constatat o diminuare de 2,5 ori a numărului total de copii ai migranților pe perioada anilor 2009-2015, respectiv de la 17 656 la 6 949 de copii.

În acest context, putem presupune că cifrele prezentate de organele oficiale nu relevă situația reală a numărului de copii marcați de migrație în Republica Moldova pentru perioada anilor 2009-2015. Argumentăm cele relatate prin următoarele: Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova prezintă informația, cu referire la cetățenii Republicii Moldova plecați la muncă în străinătate, conform căreia numărul migranților oficiali crește stabil de la 294,9 mii în anul 2009 la 341,9 mii de persoane în anul 2014 (Figura 3.2) [182, 183].

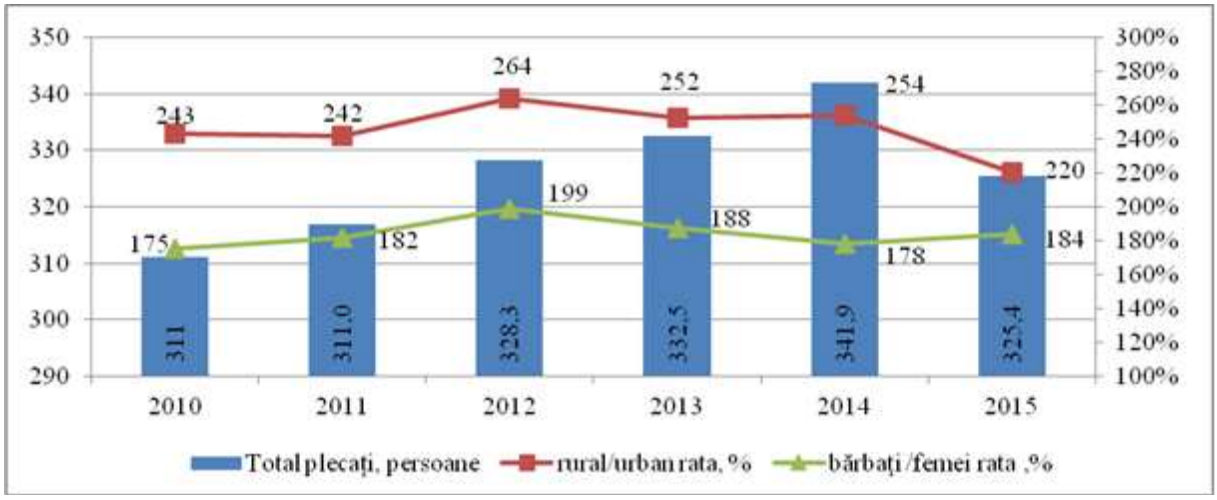


Fig. 3.2. Dinamica migraţiei forţei de muncă, anii 2010-2015 [183]

Totodată, menționăm faptul că numărul anual de copii plecați peste hotare împreună cu părinții, în perioada anilor 2009-2015, nu este semnificativ și nu influențează considerabil numărul total pe țară al copiilor afectați de migrație [183]. Cele relatate sunt prezentate panoramic în Figurile A3.1 și A3.2.

În această ordine de idei, putem presupune că dinamica negativă de notare a copiilor afectați de migrație, la nivel regional și de țară, în perioada anilor 2009-2015 a fost influențată, în mare parte, de imperfecțiunile de monitorizare a acestui grup social vulnerabil de copii.

Atenționăm, din anul 2016, odată cu implementarea organizată și sistemică, la nivel de țară, a Formularului statistic nr. 103 „Copii rămaşi fără ocrotire părintească”, am atestat o dinamică stabilă în consemnarea acestor copii. Cele relatate se confirmă prin apariția decalajului

marcant dintre numărul de 6 949 de copii notați în anul 2015 și cel de 36 114 în anul 2016. Ulterior, în perioada anilor 2017 și 2018 am depistat o diminuare neînsemnată a numărului de copii ai migranților, 30 320 și, respectiv, 33 356 de copii, iar în anul 2019 s-a înregistrat cel mai mare număr - 37 866 de copii.

În cadrul analizei trendului dinamicii incidenței copiilor marcați de migrație, la 10 000 din populația pediatrică, pentru anii 2009-2019, am elucidat că doar din anul 2016 s-a conturat o tendință mai stabilă a elevării incidenței, de la 526,81 (anul 2016) la 649,18 de copii în anul 2019, cu un spor de 23,2 % (Figura 3.3).

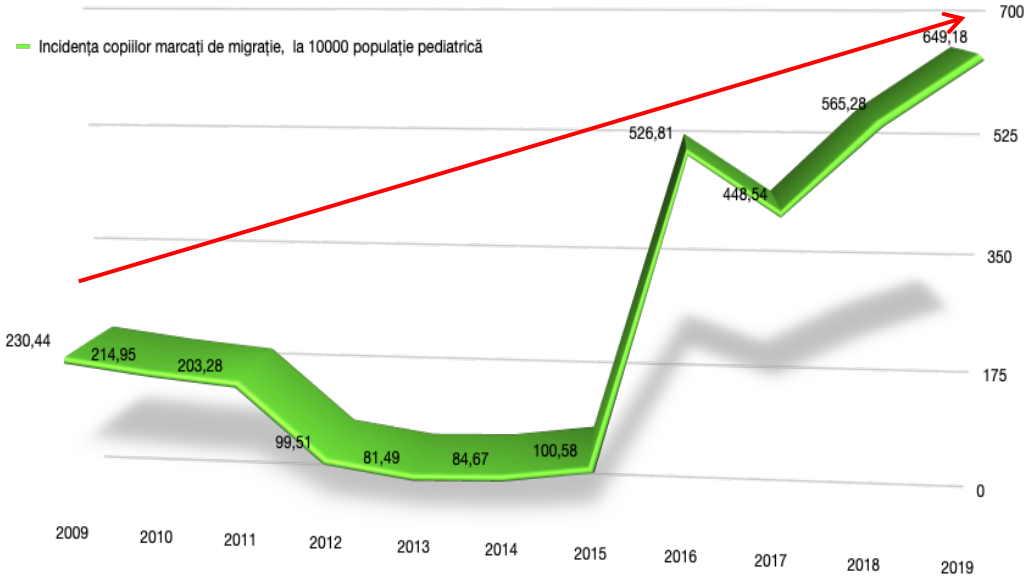


Fig. 3.3. Incidența copiilor marcați de migrația parentală de muncă, anii 2009-2019, la 10 000 din populația pediatrică

În cele ce urmează, am fost preocupați de calcularea pronosticului incidenței copiilor migranților pentru perioada anilor 2020-2024. Pentru realizarea sarcinii propuse am utilizat modelul regresiei liniare. În vederea cercetării proiectate, am considerat oportun să ne axăm pe indicii incidenței pentru anii 2016-2019, perioadă cu un trend stabil de extindere a incidenței. Rezultatele cu referire la pronosticul incidenței copiilor migranților pentru anii 2020-2024 sunt afișate în Figura 3.4.

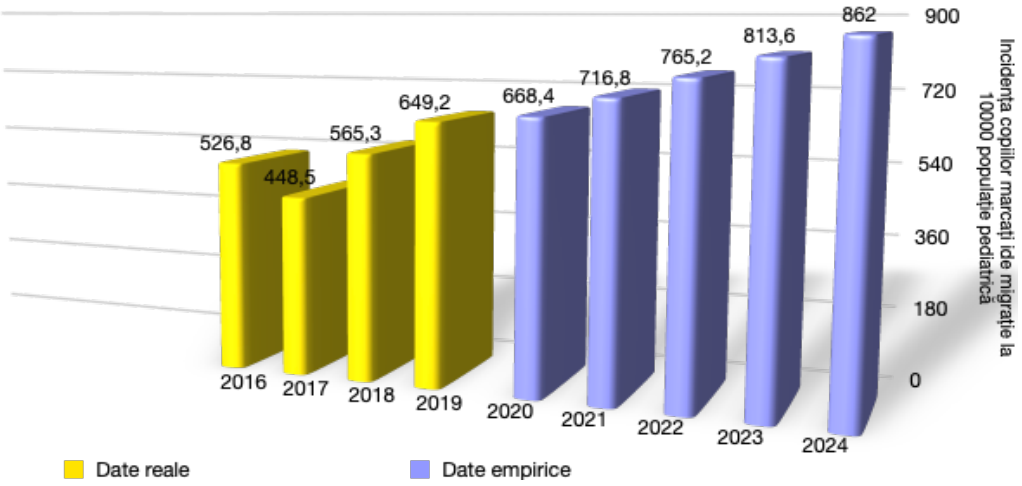


Fig. 3.4. Pronosticul incidenței copiilor marcați de migrația parentală de muncă, pentru anii 2020-2024

Datele ilustrate în figură redau pronosticul ponderii incidenței empirice a copiilor afectați de migrație de la 668,4 de cazuri pentru anul 2020 la 862 de cazuri în anul 2024, respectiv la 10 000 de populație pediatrică. Consemnăm că sporul incidenței empirice a copiilor afectați de migrație pentru perioada anilor 2020-2024 a fost estimat cu 28,96 %, pentru perioada anilor 2016-2024 a constituit 63,63 %, iar sporul real al incidenței pentru perioada integrală a anilor de studiu 2009-2019 a înglobat 181,7 %.

Per ansamblu, rezultatele noastre și cele obținute în alte studii evocă un trend pozitiv în timp al impactului considerabil al migrației părinților la muncă - creșterea numărului total de copii, rămași în țară temporar fără grija părintească.

Prin prisma evidențelor actuale, referitoare la trendul elucidat, invocăm atenția deosebită a organelor de stat pentru elaborarea unor politici eficiente, interdisciplinare, care ar preveni, depista şi elimina efectele nefaste medico-sociale ale migraţiei, prin elaborarea măsurilor de protecţie ale copiilor rămaşi temporar fără îngrijire din motivul migraţiei parentale. În cele ce urmează, am continuat cercetarea prin analiza particularităților demografice ale copiilor incluși în studiu (Tabelul 3.1).

Tabelul 3.1. Particularitățile demografice ale copiilor marcați de migrație, anii 2015-2019, %

		2015		2016		2017		2018		2019	
		Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
1	Total copii marcați de migrație	6 949		36 114		30 320		33 356		37 866	

2	Fete	3576	51,46	16257	45,02	15745	51,93	17168	51,47	19932	52,64
3	Băieți	3373	48,54	19857	54,98	14575	48,07	16188	48,53	17934	47,36
4	-rural	4639	66,76	23422	64,86	21081	69,53	23283	69,80	27479	72,57
5	-urban	2310	33,24	12692	35,14	9239	30,47	10073	30,20	10387	27,43
6	Vârsta: 0-2 ani	898	12,92	2928	8,11	1182	3,90	1372	4,11	2003	5,29
7	3-6 ani	1375	19,79	8562	23,71	6368	21,0	7150	21,44	7963	21,03
8	7-15 ani	3402	48,96	20155	55,81	17354	57,24	19179	57,50	22075	58,30
9	16-18 ani	1274	18,33	4469	12,37	5416	17,86	5655	16,96	5825	15,38
10	A fost instituită tutela/curatela	2317	33,34	11691	32,37	10035	33,10	11722	35,14	12541	33,12

Datele afișate în tabel relevă predominarea în lotul studiat a fetițelor, pe parcursul perioadei analizate. De exemplu, în anul 2015 a fost relatat despre 3 576 de fete marcate de migrație, ceea ce reprezenta 51,46% din numărul total de copii afectați de migrație.

Aceeași tendință s-a depistat și pe parcursul anilor 2017-2018-2019: 15 745 (51,93%), 17 168 (51,93%) și, respectiv, 19 932 de fete (52,64%). Totodată, în anul 2016 s-a evidențiat prevalența băieților în lotul de studiu și anume 19 857 de băieți, ceea a constituit 54,94%. În continuare, redăm panoramic repartizarea gender a copiilor lotului studiat, rezultatele obținute fiind incluse în Figura 3.5.

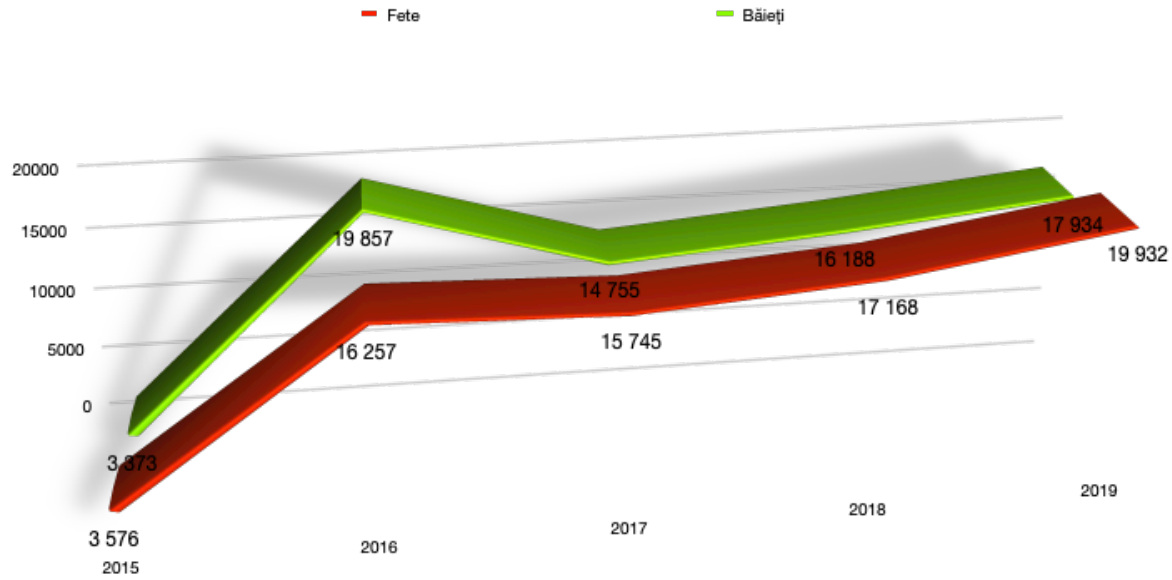


Fig. 3.5. Repartizarea gender a copiilor marcați de migrație, anii 2015-2019, abs

Următoarea etapă a cercetării a fost evaluarea repartizării după categoriile de vârstă a copiilor incluși în lotul de studiu. Materialul prezentat în tabelul 3.1 evocă tendința stabilă de prevalență în perioada studiului a categoriei de vârstă de 7-15 ani. Conform datelor analizate, copiii cu vârsta de 5-7 ani reprezentau 48,96 % din totalul celor evaluați în anul 2015, 55,81 % - în anul 2016, 57,24 % - în anul 2017, 57,50% - în anul 2018 și, respectiv, 58,3% - în anul 2019. Categoria de vârstă a copiilor de 3-6 ani urma imediat după cea de 7-15 ani. Cei cu vârsta de 3-6 ani alcătuiau de la 19,79 % din totalul copiilor studiului în anul 2015, la 21,03 % în anul 2019. Această categorie de vârstă a fost succedată de o altă categorie de vârstă - cea a copiilor de 16-18 ani. Precizăm faptul că adolescenții cu vârsta de 16-18 ani constituiau, din totalul copiilor incluși în studiu, de la 18,33 % în anul 2015 la 15,38 % în anul 2019. Pe ultimul loc al acestei ordonări se afla categoria de vârstă a copiilor de 1-2 ani, care reprezentau de la 12,92 % din totalul copiilor, evaluați în anul 2015, la 5,29 % în anul 2019.

Sinteza datelor obținute a relevat faptul că, migranții la muncă își lasă copiii săi în perioadele de vârstă foarte importante pentru sănătatea fizică și psihică a copiilor: 7-15 ani și 3-6 ani. Așadar, putem presupune că părinții consideră copiii cu vârsta de 7-15 ani deja maturizați atât fizic, cât și psihologic și înțelepți la necesitățile de plecare a părinților. Totodată, părinții mizează pe supravegherea copiilor în instituțiile preșcolare și cele școlare. În această ordine de idei am constatat lipsa informării părinților despre pericolele de sănătate posibile în categoriile de vârstă menționate. Perioada de vârstă a copilului de 3-6 ani este deosebit de importantă pentru maturizarea sistemului imun, deoarece se încadrează în una dintre etapele critice de dezvoltare a imunității umane. În această perioadă critică a imunității, copilul este vulnerabil la infecții, cauza

fiind imaturitatea sistemului imun. Cu toate acestea, per ansamblu, este important să consemnăm importanța prezenței părinților alături de copii în perioadele importante de dezvoltare a imunității, pentru a sesiza precoce stările de deviere în sănătatea lor și a se adresa în scopul de a i se acorda asistență medicală primară și specializată [325, 349, 351].

Perioada de vârstă de 7-15 ani are o semnificație deosebită atât pentru sănătatea fizică, cât și pentru cea psihică a copilului. Sănătatea fizică a copilului afectat de migrație, în această perioadă de vârstă, este dependentă nu numai de particularitățile ereditare ale organismului, ci și de factorii sociali care au o importanță deosebită în preadolescență și adolescență. Copilul de 7-15 ani începe să se socializeze activ, uneori preluând comportamentele semenilor săi, care adesea nu sunt demne de urmat. Pentru adolescentul cu tulburări de comportament, reorganizarea şi creşterea fizică au tendinţa să accentueze personalitatea emoţională imatură. Copiii migranților, adesea, manifestă comportamente de tipul: absenteismului, abandonului şcolar, minciunii, vandalismului, insubordonării, refuzului conformării la rigorile şcolare, actelor de violenţă, delictelor sexuale, furtului, toxicomaniei etc. Motive ale apariţiei comportamentelor deviante sunt şi lipsa de supraveghere, lipsa grijii părinteşti, corelate cu cea a interesului autorităților, inclusiv şcolare, faţă de problema copiilor rămaşi fără îngrijire în urma migrării părinţilor [29, 46, 190, 192].

În același context afirmăm că sănătatea copiilor de 7-15 ani poate fi deteriorată de multipli factori, generați de plecarea la muncă a părinților: carența alimentară, practicarea abuzurilor (tabagism, toxicomanie, drogare, alcoolism) sau debutul precoce al relațiilor sexuale, care afectează sănătatea reproductivă și adesea se soldează cu avort, cu nașterea copilului nedorit sau maladii sexual-transmisibile [51, 212, 328].

Cât privește sănătatea psihică a copiilor migranților, putem constata că doar câteva din stările afective dificile şi neplăcute cu care se confruntă copiii după plecarea părinţilor sunt: dorul, tristeţea, singurătatea, sentimentul de insecuritate, însoţite de lipsa abilităţilor de a-şi controla şi a-și exprima neagresiv emoţiile în diferite situaţii [14, 35, 63].

Diminuarea capacităţii de control și de supraveghere produce efecte asupra stării copiilor a căror părinţi au emigrat. Părinţii trebuie să fie responsabili de viaţa, de securitatea şi educaţia copilului. Părinţii plecaţi la muncă peste hotare substituie, de obicei, afecţiunea şi atenţia parentală cu bani şi cadouri, ceea ce constituie o eroare gravă. Nu pot substitui iubirea părinţilor și armonia familială, atât de importante pentru dezvoltarea fizică și moral-psihologică a personalităţii acestor copii, cu remitenţele trimise care, desigur, îmbunătăţesc condiţiile de trai ale copiilor, oferindu-le acces la bunuri şi servicii peste limita necesităţilor. Cu toate acestea, per ansamblu, rezultatele noastre și cele obținute în alte studii sugerează că privarea de grija

părintească, în special la o vârstă fragedă sau cea de maturizare a personalității, este considerată un factor de risc pentru starea de sănătate a copiilor.

Efectele plecării părinţilor la muncă în străinătate asupra copiilor rămaşi acasă depind de contextul mediului în care ei rămân. Riscurile la care sunt expuşi direct copiii şi care determină, la rândul lor, alte consecinţe negative potenţiale sunt cele legate de privarea de afectivitate parentală, precum şi de lipsa de supraveghere. Unul dintre efectele indirecte ale plecării părinţilor, mediat de lipsa de control asupra copilului de către cei în a căror grijă a rămas şi de lipsa comunicării cu copilul, îl expune pe acesta riscurilor de a se angaja în comportamente deviante.

Absenţa părinţilor nu favorizează doar angrenarea copiilor în comportamente deviante, ci îi şi expune, uneori, pe aceştia la abuzuri din partea adulţilor, în a căror grijă sunt lăsaţi. Deseori, copiii migranților relatează existenţa unor cazuri de exploatare prin muncă sau chiar exploatare sexuală, chiar dacă, probabil, că acestea nu au o incidenţă mai mare în rândul copiilor cu părinţi migranţi, comparativ cu alte categorii de copii.

Conform Legii nr. 140 a Parlamentului Republicii Moldova din 14.06.2013 privind protecţia specială a copiilor aflaţi în situaţie de risc şi a copiilor separaţi de părinţi este prevăzut: „ ... efectuarea evaluării situaţiei copilului de către specialistul în protecția drepturilor copilului, iar în lipsa acestuia - de către asistentul social comunitar şi emiterea, cu consimțământul părinților/unicului părinte, dispoziţiei de instituire a tutelei/curatelei.” Adesea, persoanele în a căror grijă rămân copiii migranților nu au capacitatea de a-i supraveghea, de a exercita un control asupra copiilor, pe motiv că sunt ocupaţi sau din cauza vârstei înaintate, nu au nici competenţa de a-i sprijini în activităţile şcolare.

În acest context, am fost tentați să analizăm statutul juridic al copiilor migranților după plecarea părinților la muncă. În conformitate cu sarcinile inițiate și în scopul evaluării procesului de monitorizare de către instituțiile abilitate de asistență socială a copiilor separați de părinți, ne-am axat pe aprecierea instituirii serviciului de tutelă/curatelă asupra lor. Panoramic, curba de instituire a serviciului tutelei/curatelei asupra copiilor migranților este reprezentată în Figurile 3.6-3.7.

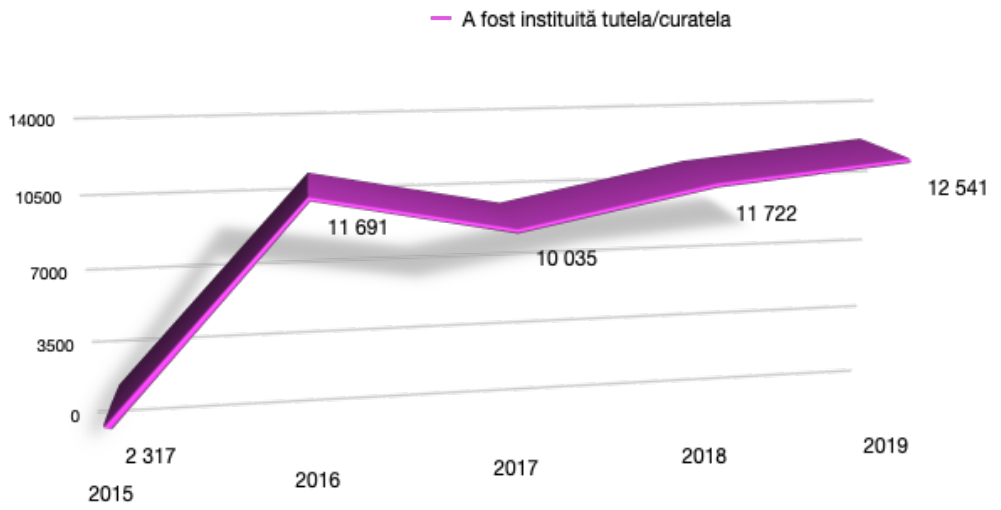


Fig. 3.6. Instituirea serviciului de tutelă/curatelă asupra copiilor migranților, anii 2015-2019, abs

De notat, că deși în Figura 3.6 este evidentă tendința pozitivă de instituire a serviciului de tutelă/curatelă asupra copiilor migranților de la 2 317 în anul 2015 la 12 541 de copii în anul 2019, totuși analiza procentuală a evocat un trend de diminuare a dinamicii. Ba și mai mult, în anul 2019 numărul copiilor luați sub tutelă este procentual mai mic - 12 541, ceea ce reprezintă 33,12 % din totalul celor rămași singuri, comparativ cu anul 2015, când serviciul de tutelă/curatelă asupra sa o aveau 2 317 de copii, care alcătuiau 33,34 % din totalul copiilor migranților (Figura 3.7).

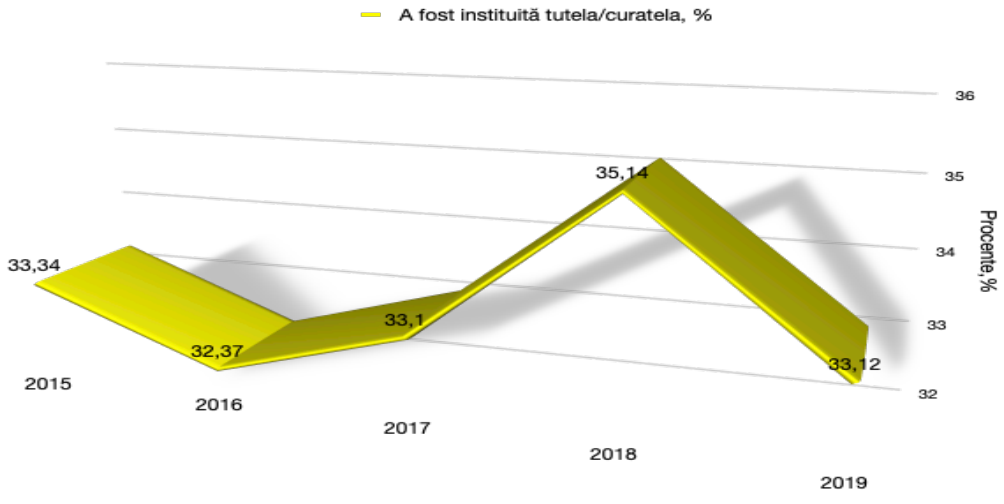


Fig. 3.7. Instituirea serviciului de tutelă/curatelă asupra copiilor migranților, anii 2015-2019, %

Meditând asupra celor relatate, putem concluziona că o consecinţă directă a migraţiei părinţilor este cea a privării copilului de afectivitatea parentală şi de supravegherea necesară dezvoltării normale a acestuia. „...În condiţiile plecării părinţilor pe perioade mai mari şi a rămânerii copiilor în grija unor persoane care nu au capacitatea şi/sau competenţa de a oferi sprijinul emoţional şi educativ, aceste două consecinţe pot produce, la rândul lor, efecte nefaste în ceea ce priveşte sănătatea şi dezvoltarea psihică a copilului, implicarea în activităţi şcolare şi rezultatele acestora, angrenarea lor în comportamente deviante sau neconcordante cu vârsta copiilor şi supunerea la exploatare sau abuzuri de altă natură" [37].

În această ordine de idei, accentuăm că serviciile de asistență socială a copiilor și familiilor cu copii sunt acele instituții de stat, care necesită să activeze eficient pentru a ameliora acordarea asistenței sociale prin monitorizare timpurie, eficientă și completă a copiilor rămași temporar fără grija parentală pe motivul migrației la muncă. *Direcţiile Raionale de Protecţie a Familiei şi Drepturilor Copilului* care au, printre altele, şi un obiectiv de a asigura şi a elabora acţiuni, măsuri, politici în vederea protecţiei drepturilor copilului, necesită fortificarea capacității de autoritate tutelară a autorităţilor publice locale, astfel încât autorităţile publice locale să aibă o şi mai mare responsabilitate de protecţie a copiilor rămaşi fără îngrijire părintească, dar şi să poată interveni mai eficient.

Următoarea etapă, fiind tentați de a analiza narativ lotul de studiu, am studiat copiii din aspectul ariei reședinței lor. Potrivit materialului prezentat în tabelul 3.1, pe parcursul anilor 2015-2019 s-a observat o prevalență a copiilor cu reședința rurală asupra celor cu reședința urbană de la 2,0 la 2,6 ori. Consemnăm că pe durata studiului am elucidat tendința de creștere a numărului de copii cu reședința în aria urbană de circa 5,9 ori. De exemplu: în anii 2015 și 2016 au fost relatați 4 339 (66,67 %) și, respectiv, 23 422 (64,86 %); în anii 2017 și 2018 - 21 081 (69,53%) și, respectiv, 23 283 (69,80 %), iar în anul 2019 - 27 479 (72,57 %) de copii. Referitor la copiii cu reședința în aria urbană, cota lor descrește de 1,2 ori, de la 33,24 % în anul 2015 la 27,43 % în anul 2019. Configurația datelor obținute a fost integrată în Figura 3.8.

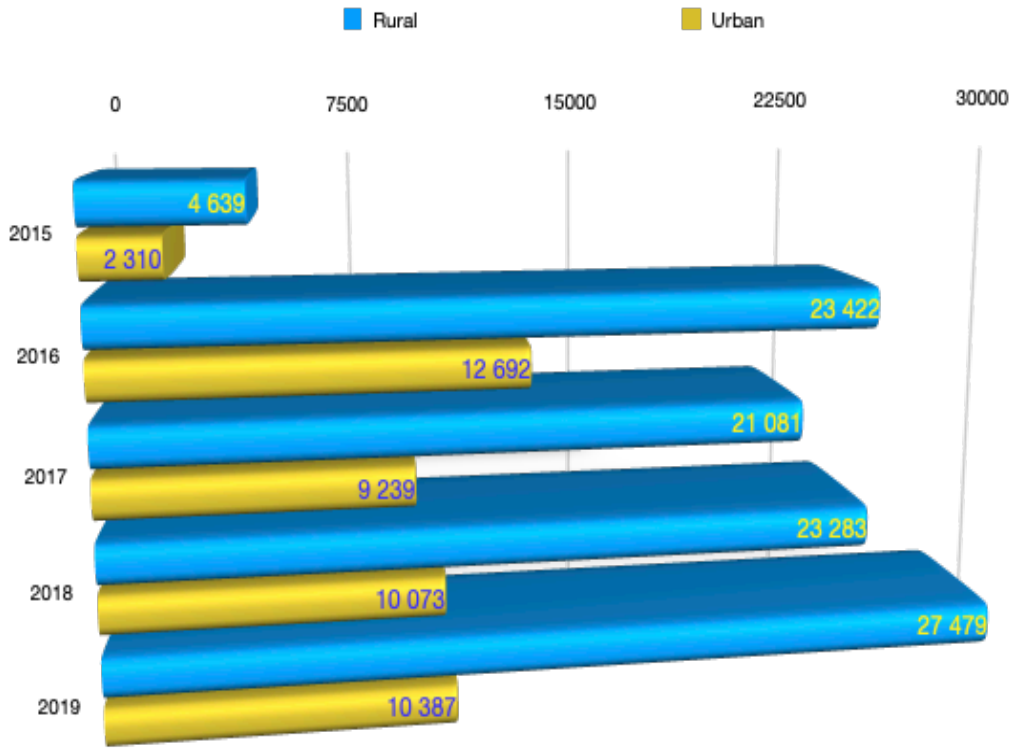


Fig. 3.8. Repartizarea copiilor marcați de migrația parentală de muncă după aria de reședință, anii 2015-2019, abs

La etapa următoare, am extins studiul prin aprecierea dinamicii indicilor de incidență și prevalență a copiilor marcați de migrația parentală de muncă. Astfel, am extins cercetarea prin evaluarea aspectului repartizării geografice a copiilor lotului studiat. Configurația rezultatelor obținute este redată în Figurile 3.9 - 3.14.

Conform datelor analizate cu referință la anul 2012, am detectat raioane cu o incidență mai mare a copiilor migranților și anume de la 2,6 la 5,0 % din populația pediatrică: Briceni (4,97 %), Vulcănești (4,58 %), Dondușeni (4,12 %), Șoldănești (3,2 %), Leova (3,14 %) și Râșcani (2,52 %) (Figura 3.9).

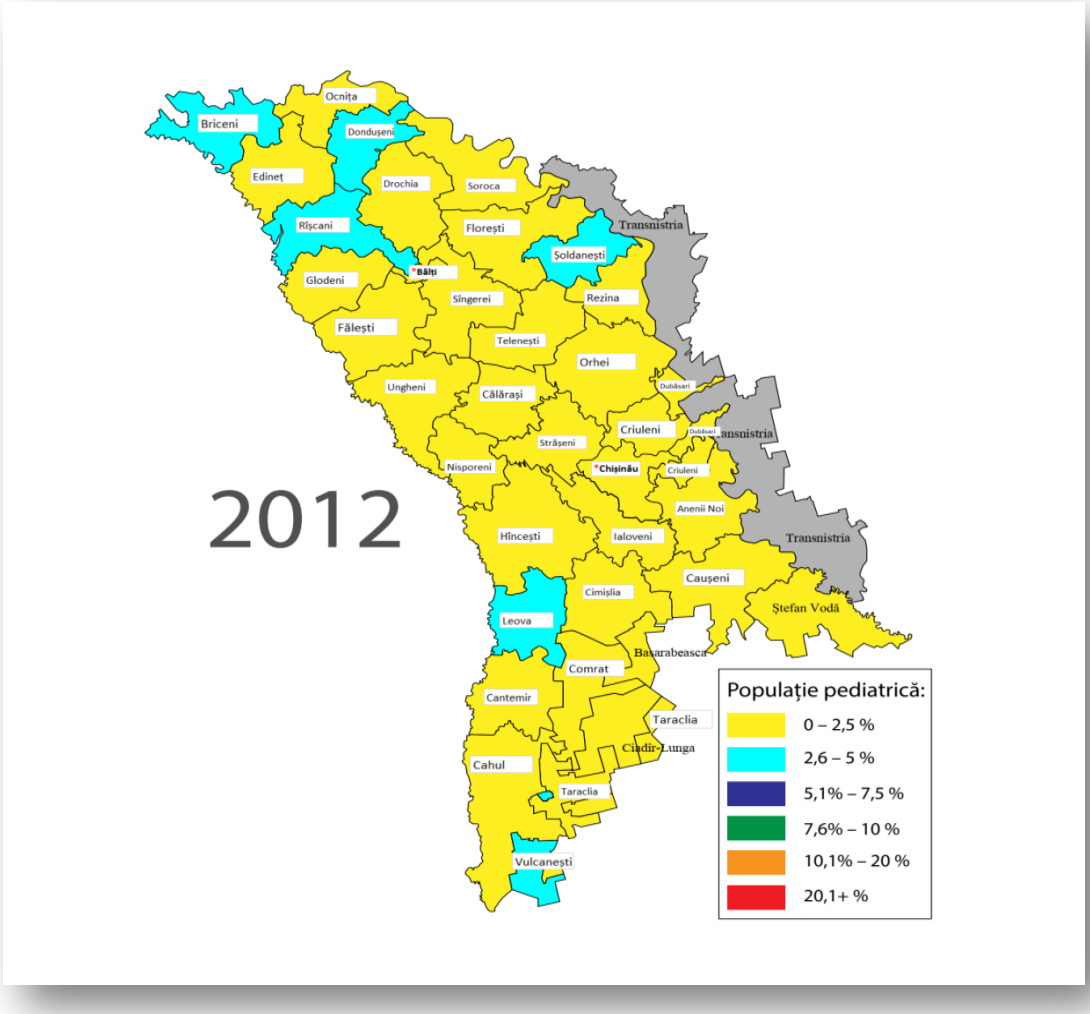


Fig. 3.9. Incidența copiilor marcați de migrația parentală de muncă, în aspectul repartizării geografice, anul 2012, % din populația pediatrică

Conform studiului prevalenței copiilor migranților la 10 000 din populația pediatrică, cu referință la același an, doar raionul Briceni a marcat un diapazon al prevalenței de la 1 000 la 2 000 din populația pediatrică afectată de procesul migrațional al părinților, și anume 1097,2 de copii ai migranților la 10 000 din populația pediatrică. Totodată, remarcăm faptul că, deși celelalte raioane se încadrau într-un diapazon al prevalenței de la 0 la 500 de copii marcați de migrație la 10 000 din populația pediatrică, totuși unele raioane se evidențiau cu o prevalență mai sporită a indicelui apreciat: Vulcănești - 457,79, Dondușeni - 412,16, Șoldănești - 320,32, Râșcani - 251,64, Florești - 212,82, Anenii Noi - 182,43, Ștefan Vodă - 171,82, Soroca - 168,38, Cantemir - 139,39 și, respectiv, Ocnița - 137,18 la 10 000 din populația pediatrică a Republicii Moldova. Concomitent, am identificat numeroase raioane cu o prevalență mai mică de 50 de copii marcați de migrație la 10 000 din populația pediatrică: Edineț - 49,83, Fălești - 31,66, Glodeni - 31,21, Călărași - 31,09, Criuleni - 29,43, Nisporeni - 26,95, Orhei - 15,99, Taraclia -

15,52, Rezina - 15,33, Sângerei - 7,58 și, respectiv, Ungheni - 9,98 de copii la 10 000 din populația pediatrică. Municipiile Chișinău și Bălți se încadrau în diapazonul anunțat cu prevalența de 22,63 și, respectiv, 44,49 de copii marcați de migrație la 10 000 din populația pediatrică (Figura 3.10).

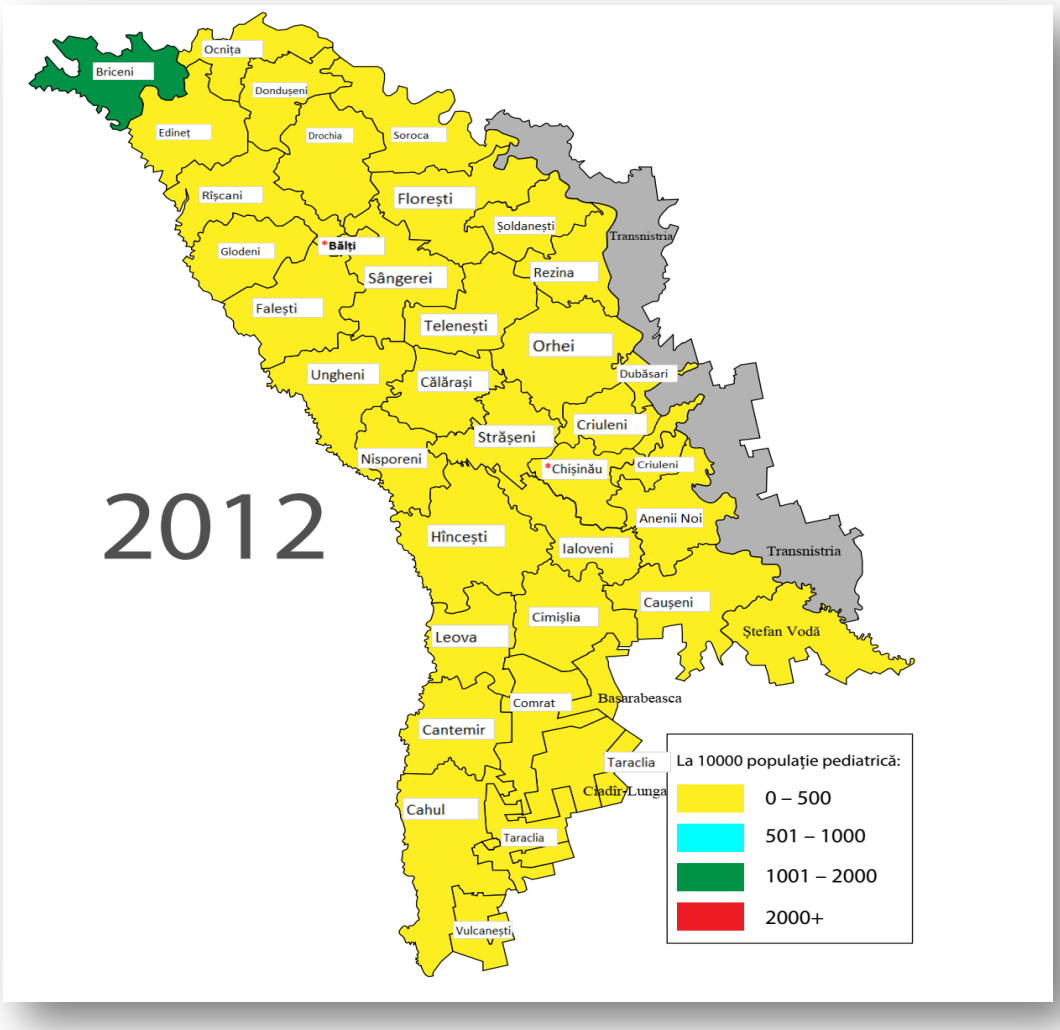


Fig. 3.10. Prevalența copiilor marcați de migrația parentală de muncă în aspectul repartizării geografice, anul 2012, la 10 000 din populația pediatrică

În continuare, am analizat incidența copiilor migranților în anul de referință 2016. Sinteza datelor obținute a pus în evidență stratificarea indicelui evaluat într-o multitudine de diapazoane. În anul de referință, pentru prima dată am consemnat raioane cu o incidență mai elevată de 5% ai populației pediatrice afectate de migrație, un procent de vârf, semnalat în anul precedent de evaluare (anul 2012). Diapazonul incidenței de 5,1-7,5% din populația pediatrică marcată de migrația parentală a fost notat în raioanele: Ciadâr-Lunga (7,5%), Glodeni (7,10%), Strășeni (6,6%), Ocnița (5,8%), Fălești (5,5%), Cahul (5,5%), Dondușeni (5,4 %), Râșcani (5,3%) și

Cimișlia (5,1%). Următorul diapazon de 7,6-10% din populația pediatrică marcată de migrația parentală a fost atestat în raioanele: Nisporeni (9,9%), Edineț (8,9%) Călărași (8,2%), Criuleni (8,1%), Hâncești (8,7%) și Ialoveni (8,6%). Ultimul diapazon evidențiat în anul de referință a fost de 10,1-20% din populația pediatrică afectată de migrația parentală. În acest diapazon au fost înglobate raioanele: Vulcănești (14,9%), Florești (12,2%), Anenii Noi (11,35%) și Cantemir (10,5%). Celelalte raioane au marcat o incidență a copiilor singuri acasă mai mică de 5% din populația pediatrică. Rezultatele cu referire la incidența copiilor afectați de migrație, în aspectul repartizării geografice, pentru anul 2016, sunt afișate în Figura 3.11.

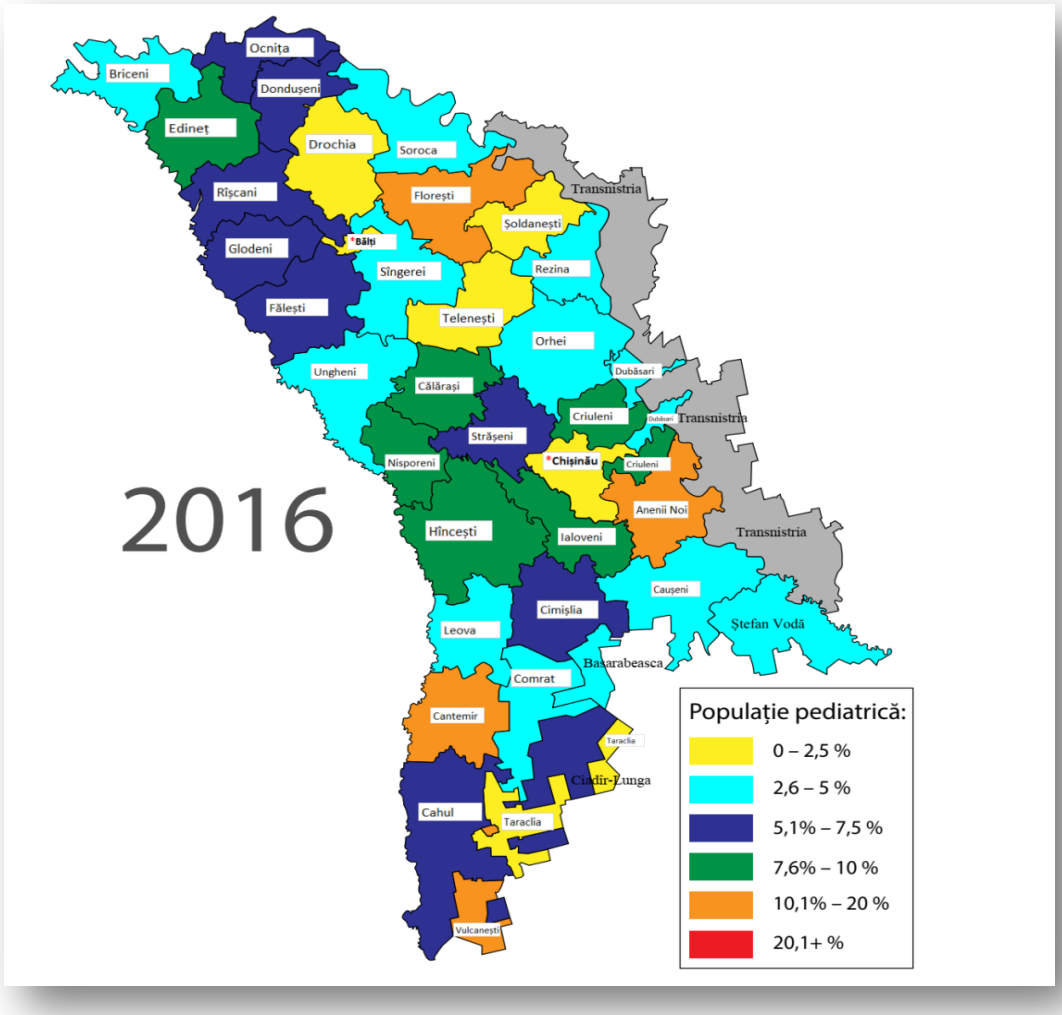


Fig. 3.11. Incidența copiilor marcați de migrația parentală de muncă în aspectul repartizării geografice, anul 2016, % din populația pediatrică

În continuare am purces la extinderea studiului prin aprecierea prevalenței copiilor migranților la 10 000 din populație pediatrică cu referire la anul 2016. De notat că prevalența 1001-2 000 de copii ai migranților la 10 000 populație pediatrică au consemnat raioanele: Vulcănești (1497,77 copii), Florești (1218,82 copii), Anenii Noi (1134,62 copii), Cantemir

(1054,88 copii). Prevalența 501-1 000 de copii marcați de migrație au prezentat un număr impunător de raioane: Nisporeni (996,08 copii), Edineț (890,99 copii), Hâncești (872,9 copii), Ialoveni (857,18 copii), Călărași (816,21 copii), Criuleni (809,24 copii), Ocnița (763,18 copii), Ciadâr-Lunga (746,46 copii), Glodeni (709,54 copii), Strășeni (656,75 copii), Fălești (548,37 copii), Dondușeni (539,06 copii), Râșcani (530,05 copii), Cimișlia (508,74 copii), Cahul (550,15 copii). Precizăm că celelalte raioane au manifestat o prevalență a copiilor studiați mai diminuată de 500 la 1 000 din populația pediatrică (Figura 3.12).

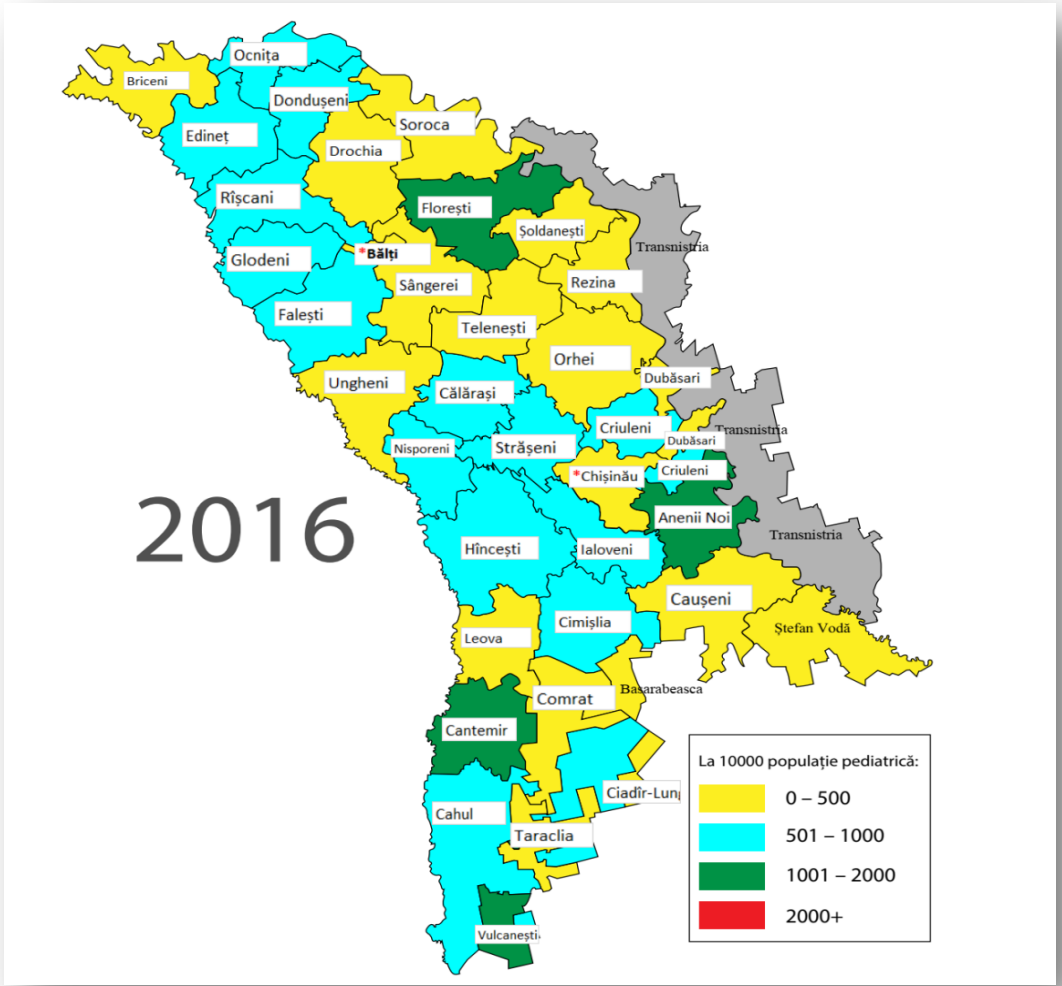


Fig. 3.12. Prevalența copiilor marcați de migrația parentală de muncă în aspectul repartizării geografice, anul 2016, la 10 000 din populația pediatrică

În etapa succesivă, am estimat incidența și prevalența copiilor migranților, în aspectul repartizării geografice cu referire la anul 2019, la finele studiului. Pe fundal de monitorizare, s-a atestat raionul Comrat care a notat incidența copiilor afectați de migrație în diapazonul de vârf - mai mult de 20,1% din populația pediatrică (24,64%). De la 10,1 la 20,0% este diapazonul incidenței apreciat la următoarele raioane: Briceni (13,30%), Florești (11,25%), Ialoveni

(10,45%) și Ștefan Vodă (10,29%). Incidența cu diapazonul de 7,6-10,0% am evidențiat-o în raioanele: Cantemir (9,82%), Orhei (9,41%), Cimișlia (8,39%), Glodeni (8,37%), Drochia (8,15%), Căușeni (7,76%) și Dondușeni (7,67%). Menționăm raioanele și municipiile care au înglobat incidența de 5,1-7,5%: municipiul Bălți (7,54%), Anenii Noi (7,22%), Strășeni (6,96%), Fălești (6,90%), Nisporeni (6,45%), Cahul (6,41%), Ocnița (6,36%), Râșcani (6,14%), Hâncești (6,10%), Telenești (6,08%), Leova (6,02%) și Ungheni (5,12%). O incidență mai mică de 5% au prezentat celelalte raioane (Figura 3.13).

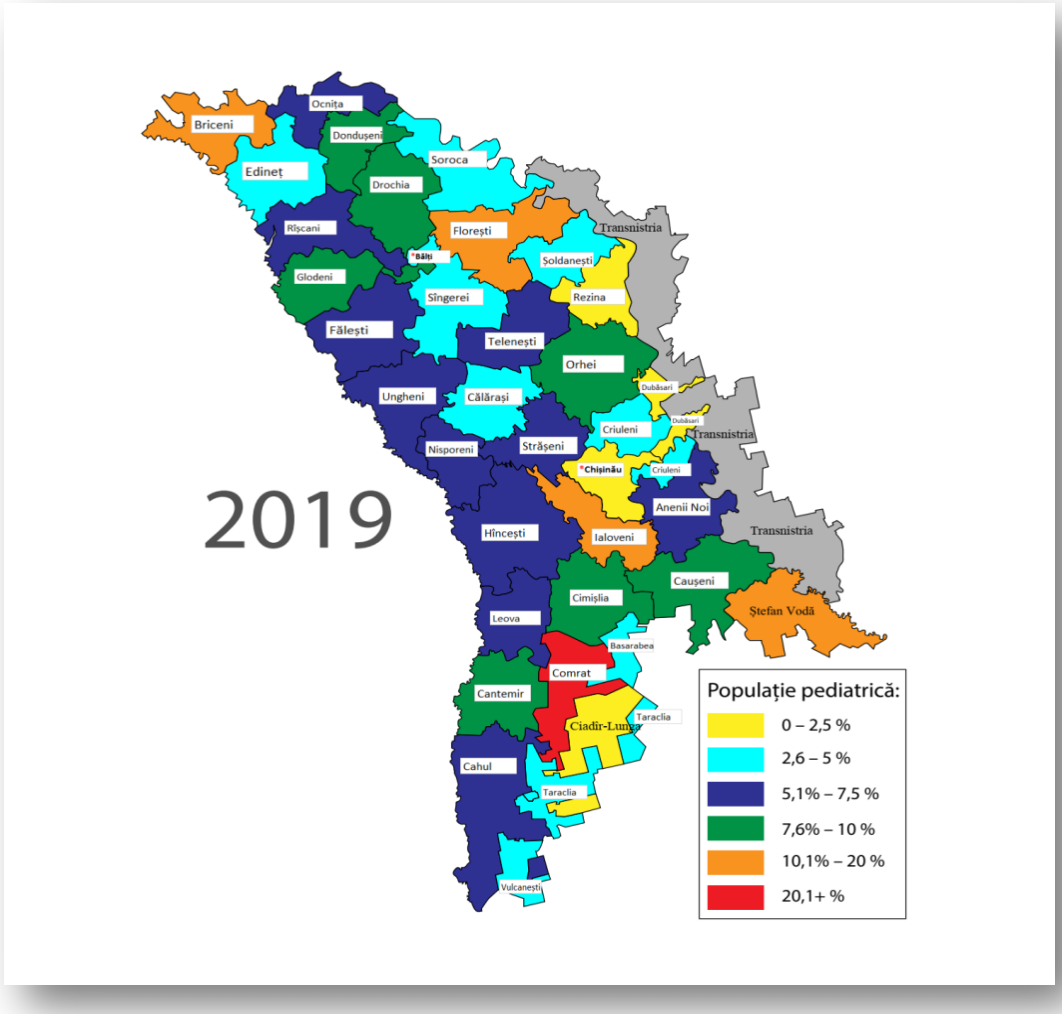


Fig. 3.13. Incidența copiilor marcați de migrația parentală de muncă în aspectul repartizării geografice, anul 2019, % din populația pediatrică

Finalitatea cercetării a fost axată pe abordarea prevalenței copiilor migranților în anul de referință 2019. Ca și în anul precedent de evaluare 2016, doar raionul Comrat a consemnat o prevalență mai sporită de 2 000 de copii marcați de migrație la 10 000 din populația pediatrică (2456,27 copii). Prevalența de 1 001-2 000 de copii afectați de migrație am semnalat-o în raioanele: Briceni (1332,04), Florești (1124,87), Ialoveni (1044,22) și Ștefan Vodă (1029,53

copii). În același sens notăm că majoritatea raioanelor au înregistrat o incidență a copiilor migranților în diapazonul de 501-1 000 de copii la 10 000 din populația pediatrică: Cantemir (981,85), Orhei (940,59), Cimișlia (838,58), Glodeni (836,61), Drochia (814,87), Căușeni (776,11), Dondușeni (767,27), municipiul Bălți (754), Anenii Noi (721,96), Strășeni (695,53), Fălești (689,63), Nisporeni (644,83), Cahul (641,36), Ocnița (636,23), Leova (620), Râșcani (614,05), Hâncești (610,18), Telenești (607,84), Ungheni (511,57 de copii). Configurația datelor obținute a fost integrată în Figura 3.14.

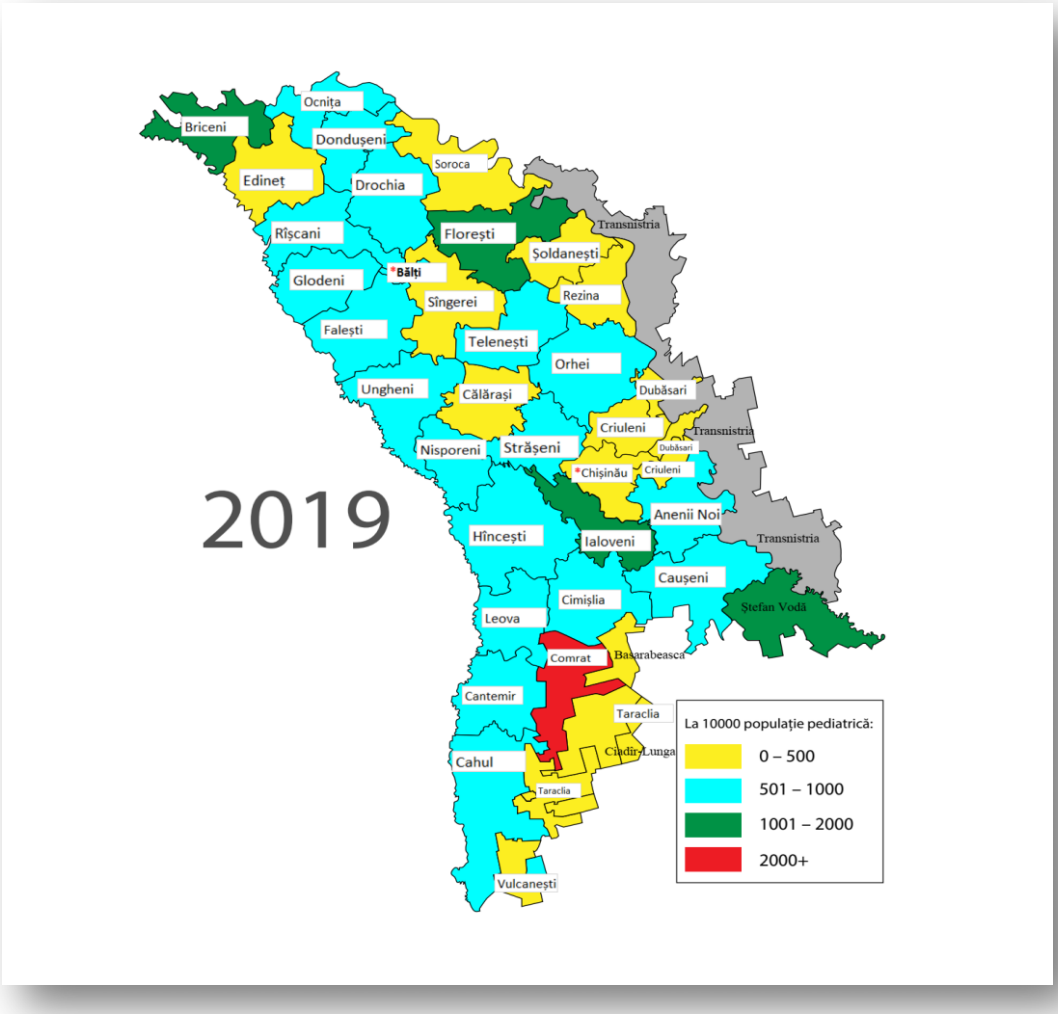


Fig. 3.14. Prevalența copiilor marcați de migrația parentală de muncă, în aspectul repartizării geografice, anul 2019, la 10 000 din populația pediatrică

În același context ne-a interesat îndeosebi aprecierea dinamicii incidenței și prevalenței copiilor, rămași temporar fără grija parentală pe motivul migrației la muncă, pe parcursul anilor 2012-2019. Consemnăm că, pe durata anunțată a studiului, majoritatea municipiilor și raioanelor au atestat o creștere a indicilor evaluați. De exemplu: raionul Orhei a notat o creștere a incidenței copiilor studiați de 58,8 ori, de la 0,16 la 9,41%; raionul Comrat - de 16,9 ori, de la 1,46 la

24,64%; municipiul Bălți - de circa 17 ori, de la 0,44 la 7,54% ; raionul Ialoveni - de 9,1 ori, de la 1,14 la 10,45%, raionul Cantemir - de circa 7 ori, de la 1,39 la 9,82%; raionul Cahul - de 6,6 ori, de la 0,9 la 6,41%; raionul Ștefan Vodă - de 5,9 ori, de la 1,71 la 10,29%; inclusiv raionul Anenii Noi - de 3,9 ori, de la 1,82 la 7,22%.

În cele ce urmează, am analizat dinamica prevalenței copiilor studiați la 10 000 din populația pediatrică pe perioada anilor 2012-2019. Rezultatele obținute configurează faptul că: raionul Orhei a notat o creștere a prevalenței copiilor studiați de 58,8 ori, de la 15,55 la 940,59; raionul Comrat - de 16,9 ori, de la 146,49 la 2 456,27, municipiul Bălți și-a sporit valoarea prevalenței de 16,9 ori, de la 44,49 la 740; raionul Ialoveni - de 9,1 ori, de la 113,77 la 1044,22; raionul Cantemir - de circa 7 ori, de la 139,99 la 981,85; raionul Cahul - de 6,6 ori, de la 96,55 la 641,36; raionul Ștefan Vodă - de 5,9 ori, de la 171,82 la 1 029,53 copii și raionul Anenii Noi - de 3,9 ori, de la 182,43 la 721,96 de copii la 10 000 din populația pediatrică.

Meditând asupra rezultatelor elucidate, putem constata că fenomenul copiilor rămași singuri acasă este atestat în toate municipiile și raioanele țării. Migrația masivă a părinților la muncă determină o tendință stabilă de creștere a incidenței și prevalenței copiilor marcați de migrație în aria Republicii Moldova. Această tendință evocă griji pentru soarta copiilor rămași singuri. Copiii care au părinţii plecaţi în străinătate reprezintă un grup vulnerabil aflat în situaţie de risc. Situaţia de risc este plasată la nivelul consecinţelor negative cauzate de absenţa părinţilor.

3.2. Abordare socială a respondenților studiului

Starea sănătăţii populaţiei este un indiciu integrat al dezvoltării sociale a ţării, o reflectare a bunăstării social-economice şi morale a poporului, a condiţiilor de trai şi consumului de servicii medicale, precum şi a gradului de educaţie adecvată despre factorii de risc şi comportamente sănătoase.

Obiectivele principale ale asistenţei medicale şi îngrijirii sănătăţii sunt: „...să ridice standardul de sănătate al întregii populaţii prin promovarea unui cadru optim de dezvoltare biologică, psihologică şi socială a copiilor şi să scadă riscul expunerii la boală şi moarte”. Orice copil are dreptul de a trăi în bunăstare şi într-o perfectă stare de sănătate, prin accesul la serviciile de sănătate şi protecţie. În ceea ce priveşte sănătatea şi bunăstarea copiilor migranților ne referim la modul în care se alimentează, la calitatea hranei şi accesul la serviciile de îngrijire şi sănătate, precum şi la securitatea socială şi nivelul de viaţă al copiilor. Plecarea părinților la muncă influențează deosebit de nefast asupra sănătății copiilor rămași fără grija și atenția parentală.

Pentru a evalua efectele medico-sociale ale migrației parentale de muncă asupra sănătății copiilor am efectuat studiul retrospectiv, descriptiv după volumul eşantionului integral, selectiv și transversal, în baza datelor statistice oficiale privind copiii rămași fără ocrotire părintească în Republica Moldova, între anii 2016-2019.

Studiul realizat a inclus 400 de copii din patru raioane, cu o incidență mai mare a copiilor marcați de migrația de muncă a părinților, din cele trei regiuni de dezvoltare (RDD): în RDD Centru - raioanele Orhei și Criuleni; RDD Sud - raionul Basarabeasca; RDD Nord – raionul Florești. Din fiecare raion menționat am selectat câte 100 de copii. Acești copii și părinții/tutorii lor au fost supuși anchetării, conform chestionarelor elaborate standardizate (Chestionar pentru intervievarea copilului marcat/neafectat de migrația parentală de muncă; Chestionar pentru intervievarea părintelui/tutorei copilului marcat/neafectat de migrația parentală de muncă). În baza acestor chestionare am apreciat indicii socio-demografici: sexul, vârsta, locul de reședință, tipul familiei (familie integră sau dezintegrată), prezența/lipsa tutelei și a remitențelor, accesibilitatea serviciilor medicale, adresabilitatea pentru asistență medicală, modificarea alimentării după migrația părinților, practicile utilizării serviciilor medicale (alegerea stilului de viață, măsuri profilactice), prezența deprinderilor nocive, școlarizarea și reușita școlară, activitatea în gospodăria proprie și cea cu remunerare financiară, apariția problemelor social-psihologice și a abuzurilor (psihologice, fizice, sexuale), particularitățile condițiilor de trai.

Cohorta de pacienți a fost omogenă după criteriul de rasă. Eşantionul analizat l-am distribuit în funcţie de sex: 212 de fete (53%, 95% IÎ 48,7-58,2) și 188 de băieți (47%, 95% IÎ 42,1-51,9), proporția fete/băieți fiind de 1,13:1,0. În materialul ce urmează am evaluat copiii incluși în studiu din aspectul vârstei de plecare la muncă a părinților (Figura 3.15).

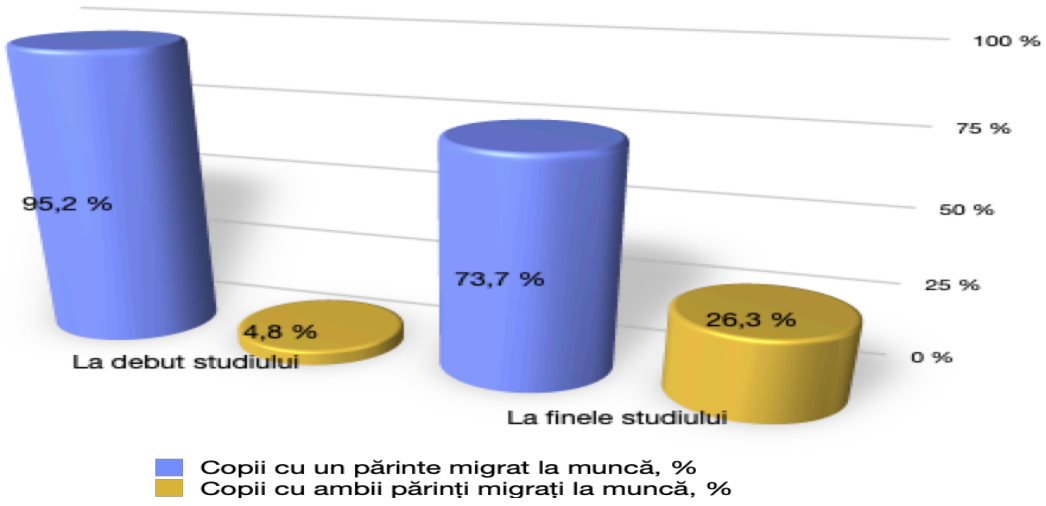


Fig. 3.15. Profilul copiilor afectați de migrația parentală de muncă în timp

Analiza datelor din figură relevă faptul că pe parcursul studiului s-a diminuat numărul copiilor care aveau un părinte plecat la muncă, de la 381 (95,2%) - la debut, la 295 (73,7%) - la finele studiului. Totodată, am observat creșterea numărului de copii cu ambii părinți migrați la muncă, de la 19 (4,8%) - la debut, la 105 (26,3%) - la finele studiului. Datele prezentate denotă faptul că remitențele trimise de un părinte erau insuficiente, ceea ce a stimulat plecarea la muncă a celuilalt părinte.

Sănătatea copilului rămas acasă depinde nu numai de prezența celuilalt părinte sau a tutelei, de condițiile de trai, ci și de vârsta copilului. Din aceste considerente, am fost motivați să studiem perioadele de vârstă la care părinții preferă să plece la muncă, posibil mizând pe maturizarea copilului. Configurația datelor obținute a fost integrată în Tabelul 3.2.

Tabelul 3.2. Vârsta copiilor marcați de migrație în momentul plecării părinților la muncă

Perioade de vârstă	Copii cu un părinte migrat la debutul studiului (n=381), %	IÎ 95%	Copii cu ambii părinți migrați la finele studiului (n=105), %	IÎ 95 %
0-1 ani	7,5	4,9 - 10,1	1,0	0,0 - 2,0
1,1-3 ani	15,3	11,7- 18,8	3,5	1,7 - 5,3
3,1-7 ani	28,8	24,3 - 33,2	8,8	6,0 - 11,5
7,1-11 ani	33,3	28,6 - 37,9	6,5	4,1- 8,9
11,1-14 ani	7,3	4,7 - 9,8	4,8	2,7 - 6,8
14,1-16 ani	2,8	1,1 - 4,4	1,3	0,2 - 2,3
16,1-18 ani	0,3	0,2 - 0,7	0,5	0,2 - 1,2

Analiza datelor afișate în tabelul 3.2 relevă faptul că, la debutul studiului, printre copiii cu un părinte plecat la muncă, am observat o prevalare a celor din categoria de vârstă de 7,1-11 ani -33,3% (95% IÎ 28,6-37,9), urmată de categoria de vârstă 3,1-7 ani - 28,8% (95% IÎ 24,3-33,2). Menționăm că nici vârsta copilului de până la un an nu împiedică părinții de plecarea la muncă - copiii din această categorie de vârstă au constituit 7,5% (95% IÎ 4,9-10,1). Aceeași tendință am observat și la copiii cu ambii părinți plecați la muncă, la finele studiului: majoritatea copiilor erau din categoriile de vârstă de 3,1-7 ani - 8,8% (95% IÎ 6,0-11,5) și, respectiv, 7,1-11 ani - 6,5% (95% IÎ 4,1-8,9). Copiii cu vârsta de 16,1-18 ani înglobau doar 0,5 % (95% IÎ 0,2-1,2) din totalul de copii ai migranților. Sinteza datelor obținute a pus în evidență perioadele de vârstă a copiilor, preferabile pentru plecare la muncă a părinților: 3,1-7 ani și, respectiv, 7,1-11 ani. Constatările obținute pot fi explicate prin următoarele: anume în diapazonul 3-7-11 ani are loc înrolarea copiilor în instituțiile preșcolare și cele școlare cu adaptarea copiilor la condițiile noi de

existență, de aceea părinții participă în aceste evenimente, apoi, liniștiți de faptul că acești copii sunt monitorizați, migrează la muncă, lăsând copiii în grija bunelor, a rudelor, a tutelelor.

De asemenea, ne-am interesat care din părinte este plecat la muncă, deoarece din acest moment putem presupune în grija cui a rămas copilul. Datele obținute le-am integrat în Figura 3.16.

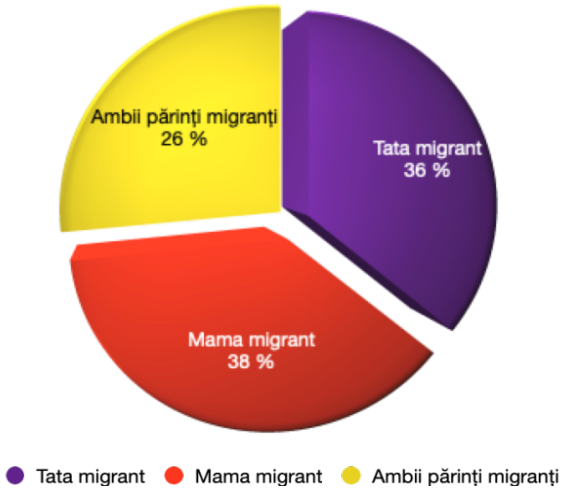


Fig. 3.16. Repartizarea părinților copiilor marcați de migrație, %

Potrivit figurii de mai sus, majoritatea copiilor - 151 (38%) - au avut mama migrată (95% IÎ 33,4-42,7), 144 - tatăl migrat, ceea ce constituie 36,0% (95% IÎ 31,3-40,7), iar 105 - ambii părinți migrați la muncă, ceea ce reprezintă 26% (95% IÎ 21,7- 30,3) din totalul de copii.

În conformitate cu sarcinile studiului inițiat, am urmărit direcțiile migrației de muncă ale părinților. În Figura 3.17 sunt afișate țările de destinație ale părinților migranți.

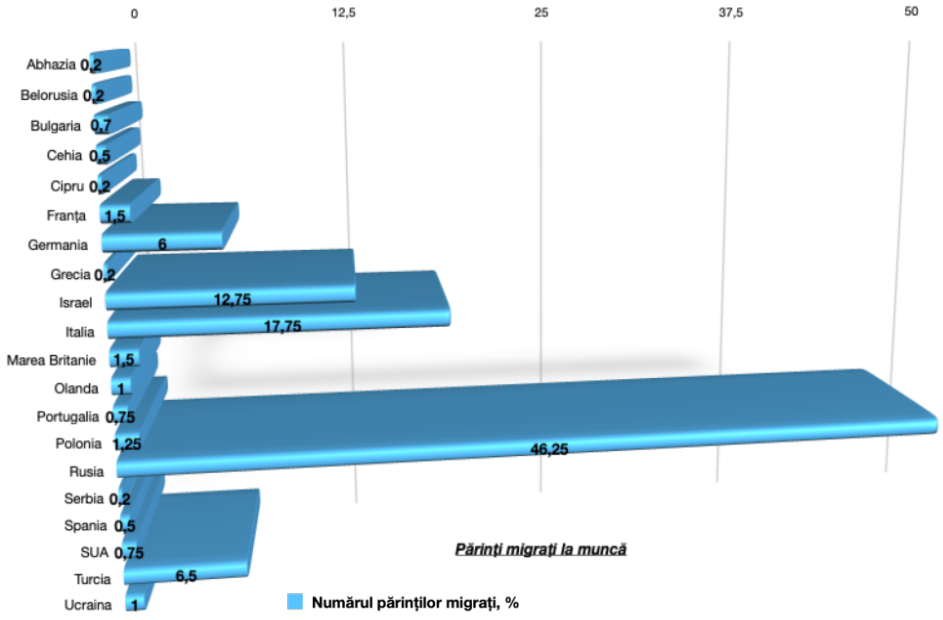


Fig. 3.17. Distribuirea părinților migrați la muncă după țara de destinație, abs

În baza figurii de mai sus, am conturat cinci direcții cu o cotă mai elevată a părinților migrați: Rusia, Italia, Israel, Turcia și Germania - 89, 25 %. Datele ilustrate în figură denotă faptul că o pondere mai considerabilă au avut părinții plecați la muncă în Rusia - 185 (46,25%), în Italia - 71 (17,75 %), în Israel - 51 (12,75 %), în Turcia - 26 (6,5%) și în Germania - 24 (6,0%) de persoane. Cota celorlalte țări de absorbție a părinților migrați a fost neînsemnată și devia de la 0,2 % în Abhazia, Belorusia, Cipru, Grecia, Serbia la 1,5 % în Franța și în Marea Britanie. Este important să consemnăm faptul că rezultatele acestui studiu nu exprimă pe deplin situația reală referitoare la direcțiile principale de migrație a populației din Republicani Moldova. Pentru a elucida maximal situația reală discutată este necesară studierea absolută a tuturor copiilor din țară. Publicațiile științifice actuale și datele oficiale pe domeniul cercetării proceselor migraționale ale populației Republicii Moldova denotă direcțiile principale de migrație la muncă ca fiind: Rusia, Italia și Turcia [5, 6, 21, 25]. În continuare am insistat să precizăm în a cui grijă a rămas copilul după migrarea părinților la muncă. Rezultatele obținute le-am inclus în Tabelul 3.3.

Tabelul 3.3. Distribuirea persoanelor în a căror grijă au rămas copiii migranților

Copilul a rămas cu:	Abs.	%	IÎ 95 %
Tutela	36	9,0	6,2 - 11,8
Părintele aflat acasă	168	42,0	37,2 - 46,8
Bunei	144	36,0	31,3 - 40,7
Alte rude (unchi, tanti, frate, soră)	28	7,0	4,5 - 9,5
Vecini	1	0,25	0,2 - 0,7
Străini	1	0,25	0,2 - 0,7
Părintele vitreg	19	4,75	2,7 - 6,8
Profesorul	2	0,5	0,3 - 1,2
Asistentul social	1	0,25	0,2 - 0,7

Așadar, în lotul studiat o pondere mai mare au avut copiii care se aflau în grija părintelui rămas, cu o cotă de 42,0% (95% IÎ 37,2-46,8), urmați de copiii rămași în grija buneilor - 36,0% (95% IÎ 31,3-40,7). Cota copiilor rămași în grija tutelelor a fost de 9% (95% IÎ 6,2-11,8), a celor aflați cu alte rude (unchi, tanti, frate, soră) - de 7% (95 % IÎ 4,5-9,5), iar cu părintele vitreg - 4,75% de copii (95% IÎ 2,7-6,8). Menționăm că 0,5% de copii (95% IÎ 0,3-1,2) au fost lăsați în grija profesorilor. Ponderea copiilor rămași cu vecinii, cu asistenții sociali sau cu persoanele fără un anumit grad de rudenie a constituit câte 0,25% (95% IÎ 0,2-0,7). Cele relatate sunt reprezentate panoramic în Figura 3.18.

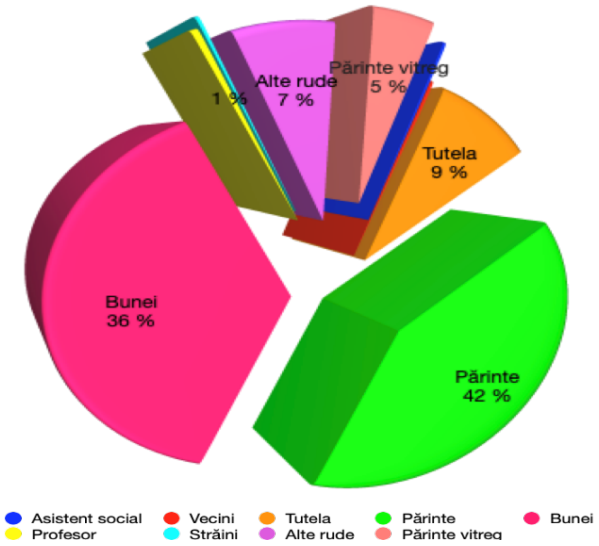


Fig. 3.18. Distribuirea persoanelor în a căror grijă au rămas copiii migranților

Datele enunțate demonstrează că în 85% de cazuri părinții migranți își lasă copiii cu rudele apropiate, iar 15% de copii rămân în grija persoanelor străine, ceea ce nu poate să nu-și lase amprenta negativă asupra sănătății lor, ea fiind cauzată de indiferența sau neatenția persoanelor menționate sau de imposibilitatea acordării atenției și grijii adecvate pe motivul vârstei înaintate a îngrijitorului.

Odată ce copiii și vârstnicii sunt categoriile cele mai vulnerabile ale proceselor migraționale, am considerat oportun să analizăm răspunsurile din chestionare cu referință la părerea copilului despre migrarea părintelui la muncă. Rezultatele obținute sunt enunțate în Tabelul 3.4.

Tabelul 3.4. Părerea copiilor despre migrația părinților la muncă (n. 400)

Părerea copiilor despre plecarea părinților	Abs.	%	ÎÎ 95 %
Pozitivă	133	33,25	28,6 - 37,9
Negativă	141	35,25	30,7 - 39,8
Neutră	126	31,5	26,9 - 36,1

Conform informației analizate, am constatat că: *părerea negativă* a copiilor incluși în studiu despre migrarea părinților la muncă a reprezentat o cotă de 35,25% (95% ÎÎ 30,7-39,82), urmată de *părerea pozitivă* despre plecarea părinților la muncă - 33,25% (95% ÎÎ 28,6-37,9). O *părere neutră* despre fenomenul menționat au relatat 126 de copii, ceea ce constituia o cotă de 31,5% (95% ÎÎ 26,9-36,1). Răspunsurile obținute le-am repartizat în proporții aproximativ egale, interpretându-le prin spectrul diferit al efectelor procesului migrațional. Efectele pozitive probabile ale plecării părinților sunt: ameliorarea condițiilor de trai și a alimentației, posibilități

mai mari pentru procurarea strictului necesar sau a obiectelor de uz modern - calculator, telefon, tabletă. Efectele cu influență nefastă asupra părerii negative despre migrarea parentală la muncă pot fi: dezintegrarea familiei, lipsa atenției și a dragostei parentale, apariția diferitor tipuri de abuzuri sau a comportamentelor delicvente, problemele psihologice apărute.

În cazul migrației de muncă, membrii familiei se despart pentru perioade foarte mari, ceea ce condiţionează sporirea ratei divorţurilor, creşterea numărului de copii lăsaţi în îngrijirea bătrânilor, vecinilor, a numărului de copii aflaţi în situaţii de risc sau în dificultate.

În continuare am evaluat doleanța copiilor pentru revenirea părinților acasă, în detrimentul succesului financiar. Precizăm că majoritatea intervievaților - 85,5% (95% IÎ 82,0-89,0) - au relatat dorința de revenire a părinților din migrație, 8,3% (95% IÎ 5,6-10,9) nu doresc întoarcerea definitivă a părinților în detrimentul succesului financiar, iar 6,3% (95% IÎ 3,9-8,6) nu au putut să-și exprime părerea despre reemigrarea părinților.

Odată ce calitatea vieții copiilor migranților depinde și de prezența surselor financiare la persoanele îngrijitoare, am considerat oportună analiza remitențelor trimise de părinți. În acest context putem relata că 217 copii sau 54,25% (95% IÎ 49,4-58,8) primesc cu regularitate remitențe, iar 145 sau 36,25% (95% IÎ 31,5-41,0) - neregulat. Totodată, menționăm că 9,5% (95% IÎ 6,6-12,6) de copii nu primesc remitențe, ceea ce le complică existența.

În scopul evaluării volumului remitențelor, am recurs la analiza chestionarelor tutelelor. Luând în considerare rezultatele obținute, constatăm că 55,5% (95% IÎ 49,8-59,6) de familii cu migranți primeau lunar mai puțin de 300 €, circa 300 - 500 € - 29,25% (95% IÎ 24,8-33,8). Cota celor care au relatat remitențe mai mari de 500 € a constituit 5,75% (95% IÎ 3,5-8,0) din respondenți.

Pornind de la ipoteza decelării unor particularități ale migrației parentale, am estimat frecvența revenirii părinților în Republica Moldova, fiind ferm convinși că o frecvență mai sporită a revenirii părintelui are o importanță tangențială pentru sănătatea copilului, deoarece permite percepția precoce a devierilor în sănătatea lor (Tabelul 3.5).

Tabelul 3.5. Particularitățile revenirii părinților migranți

Frecvența de revenire acasă a părintelui migrant	Abs.	%	IÎ 95 %
Lunar	10	2,5	1,0 - 4,0
O dată/trei luni	148	37,0	32,1 - 41,6
O dată/șase luni	65	16,25	12,6 - 19,9
O dată/an	125	31,25	26,7 - 35,8
O dată/2-3 ani	38	9,5	6,6 - 12,6
Mai rar de o dată/2-3 ani	14	3,5	1,7 - 5,3

Din datele afișate în tabelul de mai sus este evident, că ponderea cea mai mare de revenire acasă o prezintă frecvența de *o dată la trei luni* - 37,0% (95,5% IÎ 32,1-41,6), urmată de *o dată în an* - 31,25% (95% IÎ 26,7-35,8). Cota părinților care revin acasă *o dată la șase luni* a constituit 16,25% (95% IÎ 12,6-19,9), iar cei care se reîntorc *o dată la 2-3 ani* este de 9,5% (95% IÎ 6,6-12,6). Cele mai mici rate au fost ale celor părinți care revin acasă *mai rar de o dată la 2-3 ani* - 3,5% (95% IÎ 1,7-5,3) și *o dată în lună* - 2,5% (95% IÎ 1,0-4,0). În cele ce urmează, pentru a evalua timpul și atenția acordată copiilor, ne-am axat pe aprecierea duratei perioadei de aflare acasă a părintelui migrant. Rezultatele sunt prezentate în Tabelul 3.6.

Tabelul 3.6. Durata perioadei de aflare acasă a părintelui migrant

Timpul de aflare acasă a migrantului	Abs.	%	IÎ 95 %
Mai puțin de o săptămână	18	4,5	2,5 - 6,5
O săptămână	29	7,25	4,7 – 9,8
Două-patru săptămâni	193	48,25	43,5 - 52,6
Una-două luni	112	28,0	23,6 - 32,4
Două-patru luni	36	9,0	4,5 - 9,5
Patru-șase luni	6	1,5	0,3 - 2,7
Mai mult de șase luni	6	1,5	0,3 - 2,7

Conform rezultatelor prezentate, o pondere mai mare s-a dovedit a fi a părinților care se află acasă două-patru săptămâni - 48,25% (95% IÎ 43,5-52,6) și una-două luni - 28,0% (95% IÎ 23,6-32,4). Cota celor care revin acasă pentru un termen de două-patru luni este de 9% (95% IÎ 4,5-9,5), iar pentru o săptămână - de 7,25% (95% IÎ 4,7-9,8). Cele mai mici rate au avut părinții care se aflau acasă pentru perioade de: mai puțin de o săptămână - 4,5% (95% IÎ 2,5-6,5); patru-șase luni și, respectiv, mai mult de șase luni - 1,5% (95% IÎ 0,3-2,7).

Cu regret, migranții, fiind tentați de a câștiga surse financiare pentru existență, adesea în detrimentul sănătății fizice și psihice a copiilor săi, revin acasă rar sau pentru perioade de timp insuficient pentru o monitorizare și un tratament eficient necesar copiilor.

De asemenea un interes special am avut pentru elucidarea modalității comunicării între copiii rămași acasă și părinții migrați la muncă. Informația obținută este înscrisă în Tabelul 3.7.

Tabelul 3.7. Particularitățile comunicării copiilor cu părinții migrați la muncă

Contactele copilului cu părintele/părinții plecați la muncă prin:	Abs.	%	IÎ 95 %
Telefon	267	66,75	61,4 - 69,9
Rețele de socializare	123	30,75	26,2 - 35,3
Colete	168	42,0	37,2 - 46,8
Frecvența contactelor:			
- zilnic	80	20,0	16,1 - 24,1

- două ori/săptămână	96	24,0	19,8 - 28,2
- lunar	112	28,0	23,6 - 32,4
- mai rar de o dată/lună	102	25,5	21,1 - 29,6
- nu sunt contacte	10	2,5	1,0 - 4,0

Sintezând datele obținute, constatăm că aproape 2/3 din copii sau 66,75% (95% IÎ 61,4-69,9) comunică cu părinții săi prin telefon, aproximativ 1/3 sau 30,75% (95% IÎ 26,2-35,3) după plecarea părinților - prin rețelele de socializare. Lipsa oricăror contacte cu părinții migrați au relatat 2,5% de copii (95% IÎ 1,0-4,0). Am considerat drept un rezultat alarmant datele despre frecvența comunicărilor între actorii studiului: comunicare zilnică au relatat doar 20% de copii (95% IÎ 16,1-24,1), o dată la două săptămâni – 24% (95% IÎ 19,8-28,2). O pondere mai elevată au prezentat comunicările cu frecvența lunară - 28% (95% IÎ 23,6-32,4) și mai rar de o dată în lună - 25,5% (95% IÎ 21,1-29,6). În cazul a 42% (95% IÎ 37,2-46,8) de copii au fost relatate *coletele*, ca fiind o modalitate foarte plăcută și așteptată de comunicare cu părinții.

Astfel, pornind de la cele expuse, presupunem că lipsa îndelungată a comunicării copiilor cu părinții plecați la muncă sau contactele rare, lipsa posibilităţii de a primi un sfat, o povaţă în momentele importante de viaţă, lipsa monitorizării sănătații şi alimentaţiei corecte a copilului pot declanşa maladii acute şi cronicizarea lor sau, ceea ce este mai periculos, stări de urgenţă medicală.

Un sistem eficient de protecție a copilului trebuie să fie apt să identifice, să evalueze, să susțină și să refere orice situație de risc pentru copil, precum și să răspundă la mediul schimbător și contextul care generează noi riscuri pe parcursul dezvoltării țării. Cazurile speciale ale copiilor în situaţie de risc sau ale celor lipsiţi de îngrijire părintească adecvată şi care necesită o îngrijire alternativă pot include copiii în conflict cu legea, copiii neînsoţiţi şi copiii ai căror părinţi se află peste hotare. Legislaţia Republicii Moldova prevede acordarea protecţiei speciale pentru aceste categorii de copii. Conform Legii nr. 140 din 14.06.2013 privind protecţia specială a copiilor aflaţi în situaţie de risc şi a copiilor separaţi de părinţi, copiii, fiind în situații de risc, necesită monitorizare și supraveghere specializată [140]. Părinții/unicul părinte care pleacă peste hotare, pe un termen mai mare de trei luni și ai cărui copii rămân în Republica Moldova urmează să informeze în prealabil autoritatea tutelară locală despre persoana în a cărei grijă rămân copiii. Serviciul de tutelă/curatelă se instituie pentru ocrotirea drepturilor şi intereselor persoanelor fizice incapabile sau cu capacitate de aptitudine restrânsă sau limitată în capacitatea de exerciţiu, ceea ce se referă și la copiii migranților [55]. Tutela este utilizată în calitate de plasament în îngrijire alternativă pentru copiii rămași fără îngrijire părintească atât în cadrul familiei extinse, cât și în familii terțe (înregistrată, aprobată/plătită).

În contextul informației relatate, ne-am propus să examinăm situația instituirii serviciului de tutelă/curatelă asupra copiilor incluși în studiu. Rezultatele cu referire la instituirea serviciului de tutelă/curatelă asupra copiilor marcați de migrația parentală de muncă sunt înregistrate în Tabelul 3.8.

Tabelul 3.8. Persoanele instituite în funcția de tutelă/curatelă a copilului marcat de migrația parentală de muncă

Persoana tutelă/curatelă a copilului este:	Abs.	%	IÎ 95 %
Părintele rămas acasă	128	32,0	27,4 - 36,2
Bunelul/Bunica	116	29,0	24,6 - 33,4
Părintele vitreg	29	7,25	4,7 - 9,8
Alte rude	6	1,5	0,3 - 2,7
Persoană străină	6	1,5	0,3 - 2,7
Nu are tutelă	115	28,75	24,5 - 33,2

Așadar, conform rezultatelor cercetării, 285 de copii au asupra s-a instituit serviciul de tutelă/curatelă, ceea ce reprezintă 71,25% din totalul celor studiați. Totodată, este regretabil de consemnat că aproximativ 1/3 (115) de copii au rămas fără tutele, ceea ce constituie 28,75% (95% IÎ 24,5-33,2).

Migraţia este însoţită de o serie de riscuri pentru copiii migranților, îndeosebi asupra celor rămaşi fără tutelă, cum ar fi: riscul abandonului şcolar, incertitudinea performanţelor academice ale copiilor. Pe lângă aceasta, ei riscă să devină victime ale violenţei, ale neglijării și exploatării. O povară pentru aceşti copii reprezintă insuficienţa relaţiilor emoţionale şi sarcinile casnice sporite, în special în zonele rurale. De asemenea, efecte nefaste poate avea utilizarea ineficientă a remitenţelor primite de la părinți de către copiii, în special de către adolescenți care riscă să devină consumatori de substanţe nocive, să întreţină relaţii sexuale precoce, să fie atrași în cercuri de influență delicventă. Autorii studiului efectuat de UNICEF Moldova în anul 2008 au relatat: cota copiilor cu părinți migranți, aflați sub monitorizarea tutelei, a fost de 14,8% [119]. Rezultatele obținute în cercetarea de față au demonstrat o dinamică pozitivă în activitatea serviciilor de asistență socială a copiilor aflați în situații de risc. Astfel, pe parcursul unui deceniu, numărul copiilor, luați sub protecția tutelei, a crescut de circa 4,8 ori: de la 14,8 la 71,25%. Totodată, pentru o siguranță deplină a sănătății copiilor este necesară o monitorizare a tuturor copiilor rămași temporar fără grija parentală, ceea ce presupune instituirea serviciului de tutelă/curatelă la 100% de copii ai migranților.

Astfel, potrivit datelor din tabel, deducem că la majoritatea copiilor în calitate de tutelă se prezintă părintele rămas în țară - 32% (95% IÎ 27,4-36,2) sau buneii - 29% (95% IÎ 24,6-33,4). Cota părinților vitregi cu titlul de tutelă este de 7,25% (95% IÎ 4,7-9,8), în timp ce alte rude și

persoane străine obțin titlul de tutelă al copilului marcat de migrație în 1,5% de cazuri (95% IÎ 0,3-2,7).

Un alt compartiment al studiului a fost - evaluarea vârstei îngrijitorilor copiilor afectați de migrație. Persoana în a cărei grijă a rămas copilul trebuie să fie sănătoasă fizic și psihic, să fie aptă de a monitoriza permanent și foarte atent sănătatea, calitatea vieții, procesul de școlarizare a copiilor migranților și de a preveni abuzurile și comportamentele delicvente ale lor (Tabelul 3.9).

Tabelul 3.9. Particularități de vârstă ale îngrijitorilor copiilor marcați de migrația parentală de muncă

Vârsta îngrijitorului	Abs.	%	IÎ 95 %
18-30 de ani	54	13,5	10,1 -16,5
31-40 de ani	127	31,7	27,0 - 36,3
41-50 de ani	55	13,7	10,4 - 17,1
Mai mult de 50 de ani	164	41,1	36,4 - 45,7

Așadar, am constatat că cea mai semnificativă pondere au avut-o îngrijitorii cu vârsta de peste 50 de ani - 41,1% (95% IÎ 36,4-45,7) și, respectiv, cei de la 31 la 40 de ani - 31,7% (95% IÎ 27,0-36,3). Categoriile de vârstă de 18-30 și 41-50 de ani au înglobat aproximativ același număr de îngrijitori, 13,5% (95% IÎ 10,1-16,7) și, respectiv, 13,7% (95% IÎ 10,4-17,1). În continuare am segregat datele privind durata perioadei de îngrijire a copiilor marcați de migrație (Tabelul 3.10).

Tabelul 3.10. Durata îngrijirii copiilor marcați de migrația parentală de muncă

Durata îngrijirii copilului marcat de migrație	Abs.	%	IÎ 95 %
Până la 1 an	57	14,3	10,8 - 17,6
1,1-2 ani	69	17,2	13,5 - 21,0
2,1-3 ani	59	14,8	11,3 - 18,2
3,1-5 ani	90	22,5	18,4 - 26,6
Mai mult de 5 ani	125	31,2	26,7 - 35,8

Datele prezentate în tabel denotă o pondere mai considerabilă a duratei de îngrijire *mai mult de 5 ani* - 31,2% (95% IÎ 26,7-35,8) și, respectiv, *3,1-5 ani* - 22,5% (95% IÎ 18,4-26,6). Celelalte categorii de durată a îngrijirii s-au repartizat în descreștere în următoarea ordine: *1,1-2 ani* - 17,2% (95% IÎ 13,5-21,0); *2,1-3 ani* - 14,8% (95% IÎ 11,3-18,2); *până la 1 an* - 14,3% (95% IÎ 10,8-17,6).

Deși majoritatea copiilor, incluși în studiu erau monitorizați de îngrijitori mai mult de 5 ani, am fost interesați să evaluăm relațiile stabilite între persoanele menționate. Rezultatele evidențelor interviurilor relevă faptul că 338 de copii sau 84,5% (95% IÎ 81,0-88,0) au relatat despre relații satisfăcătoare, prietenoase. Totodată, 11,3% (95% IÎ 8,2 - 14,2) de copii au anunțat

relații tensionate și nesatisfăcătoare, ceea ce ar putea provoca diferite tipuri de abuz (fizic, psihic, sexual) sau stări depresive, iar 4,3% (95% IÎ 2,3-6,2) au menționat - relații neutre cu îngrijitorii.

Copilul rămas temporar fără atenția unuia sau a ambilor părinți necesită a fi monitorizat zilnic pentru a sesiza primele semne de abatere în starea sănătății. În această ordine de idei, ne-am propus să evaluăm frecvența monitorizării de către tutelă a copilului afectat de migrație. Rezultatele obținute sunt afișate în Tabelul 3.11.

Tabelul 3.11. Particularitățile monitorizării de către tutelă a copilului marcat de migrația parentală de muncă, n. 285

Frecvența monitorizării de către tutelă a copilului marcat de migrație	Abs.	%	IÎ 95 %
Nu monitorizează	20	5,0	2,9 - 7,1
Mai rar de o dată/lună	3	0,8	0,1 - 1,6
O dată/lună	2	0,5	0,2 - 1,2
O dată/două săptămână	6	1,5	0,3 - 2,7
Zilnic	254	63,5	58,8 - 68,2

Datele enunțate în tabel demonstrează o atenție și monitorizare zilnică în cazul a 254 de copii ai studiului, ceea ce constituie 63,5% (95% IÎ 58,8-68,2). În acest caz, în calitate de tutelă erau părinții rămași și buneii. În 1,5% de cazuri (95% IÎ 0,3-2,7), copiii au fost vizitați de tutele cu o frecvență de o dată la două săptămâni, în 0,5% (95% IÎ 0,2-1,2) - cu frecvența de o dată în lună, iar mai rar de o dată în lună au fost monitorizați 0,8% de copii (95% IÎ 0,1-1,6). Totodată, menționăm că 20 de copii sau 5,0% (95% IÎ 2,9-7,1) nu au anumite relații cu tutelele oficiale care își exercită formal funcțiile, ceea ce ar putea compromite calitatea vieții și sănătatea copiilor.

Migraţia lasă urme adânci în dezvoltarea psiho-afectivă a copiilor. Copiii, ai căror părinţi sunt plecaţi în străinătate, reprezintă un grup vulnerabil aflat în situaţie de risc. Printre efectele negative sunt: durerea, emotivitatea, timiditatea, teama, întârzieri în dezvoltarea psihică, depresia. Dorul, tristeţea, singurătatea, sentimentul de insecuritate, însoţite de lipsa abilităţilor de a-şi controla şi a-și exprima neagresiv emoţiile în diferite situaţii, sunt doar câteva din stările afective dificile şi neplăcute cu care se confruntă copiii după plecarea părinţilor. În contextul celor relatate, am continuat cercetarea prin abordarea situațiilor deosebite apărute la copii după plecarea părinților la muncă. Rezultatele acumulate sunt prezentate în Tabelul 3.12.

Tabelul 3.12. Spectrul sentimentelor copiilor după migrația părinților la muncă

Copilul simte după plecarea părinților	Abs.	%	IÎ 95 %
Tristețe și depresie pe parcursul ultimei săptămâni	87	21,75	17,8 - 25,5

Tristețe, inutilitate, depresie pe parcursul a douăzeci de săptămâni încontinuu	49	12,25	9,0 -15,5
Tristețe, inutilitate, depresie pe parcursul a ultimelor 12 luni	64	16,0	12,4 -19,6
Uneori, simte anxietate și are insomnie	57	14,25	10,8 -17,6
S-a simțit dezaprobat de cei din jur	120	30,0	26,0 - 35,3
A suferit din motiv de agresiune și intimidare (cel puțin o dată/ultima lună)	11	2,75	1,1 - 4,4
A meditat despre suicid	3	0,75	0,1 - 1,6

Conform datelor prezentate, 391 de copii sau 97,75% au relatat prezența suferințelor psihologice declanșate după plecarea părinților. Cota celor dezaprobați de cei din jur a constituit 30% (95% IÎ 26,0-35,3); tristețe și depresie pe parcursul ultimei săptămâni au simțit 21,75% (95% IÎ 17,8-25,5); tristețe, inutilitate, depresie pe parcursul ultimelor 12 luni au declarat 16% (95% IÎ 12,4-19,3); anxietate și insomnie au manifestat 14,25% (95% IÎ 10,8-17,6); tristețe, inutilitate, depresie pe parcursul a douăzeci de săptămâni încontinuu au relatat 12,25% (95% IÎ 9,0-15,5); au suferit din motiv de agresiune și intimidare, cel puțin o dată în ultima lună, 2,75% (95% IÎ 1,1-4,4) de copii. Cu mare regret, alarmantă este informația că 0,75% (95% IÎ 0,1-1,6) de copii au exprimat intenția suicidului. Prin rezultatele prezentate consemnăm: copiii, rămași fără grija parentală pe motivul migrației la muncă, constituie o categorie de risc pentru afecțiunile psihice și psihologice și necesită asistență medicală și psihologică specializată.

Deşi, uneori se vehicula ideea că viaţa independentă este pentru copil o oportunitate de auto-cunoaştere şi dezvoltare a diferitor capacităţi, doar unii copii de vârstă mai mare menţionează că au reuşit să depăşească cu adevărat dificultăţile suportate. Astfel, o parte mică dintre copii se maturizează şi reuşesc să se adapteze constructiv la noile condiţii de viaţă, în timp ce majoritatea nu găsesc strategii eficiente de a se descurca, fapt confirmat prin comportamente alarmante deviante, dezvoltate în cazul lipsei grijii și atenției parentale (Tabelul 3.13).

Tabelul 3.13. Particularități comportamentale ale copiilor marcați de migrația parentală de muncă, n.148

Probleme apărute la copil după plecarea părinților	Abs.	%	IÎ 95 %
Agresivitate	19	4,75	2,7 - 6,8
Depresie	63	15,75	12,2 - 19,3
Izolare	34	8,5	5,8 - 11,2
Nedisciplinare	32	8,0	5,3 - 10,7
Trolling	112	28,0	23,6 - 32,4

Potrivit datelor din tabel, constatăm că la 37% de copii ai migranților au apărut probleme cu care s-au confruntat membrii de familie, tutelele, colegii de școală și profesorii. Depresia a fost evidentă la 15,75% de copii (95% IÎ 12,2-19,3); izolare și nedisciplinare s-a manifestat, respectiv, la 8,5% (95% IÎ 5,8-11,2); agresivitatea a fost detectată la 4,75% (95% IÎ 2,7-6,8). În acest context este extrem de necesară implicarea pedagogilor și psihologilor din instituțiile de învățământ în monitorizarea copiilor rămași temporar fără protecția părinților, deoarece 28% (95% IÎ 23,6-32,4) de copii au suportat trolling-ul.

La intervievarea membrilor de familie ai migranților de muncă, am detectat că unul dintre factorii de inițiere a migrației este dorința de a ameliora calitatea vieții copiilor. Una dintre determinantele multor patologii serioase (digestive, hematologice, ale sistemului osos, muscular și nervos etc.) care se pot dezvolta ulterior pe parcursul vieţii acestor copii este carenţa de substanţe nutritive, în special în perioada de dezvoltare fizică şi psihică a organismului. O problemă dificilă este faptul că asigurarea hranei devine una dintre responsabilităţile copiilor, care îşi poartă deseori singuri de grijă după plecarea părinţilor. Aceşti copii nu se alimentează cu periodicitatea recomandată pentru vârsta lor (de trei-cinci ori pe zi), iar calitatea bucatelor pe care le pot pregăti nu corespunde necesităţii nutriţionale a organismului copilului în creştere. Lipsa grijii părinteşti în respectarea regimului alimentar al copilului influenţează nefast starea lui de sănătate. În această ordine de idei, ne-am propus să investigăm modul în care s-a modificat alimentația copiilor după migrarea la muncă a părinților (Tabelul 3.14).

Tabelul 3.14. Modificarea alimentației copilului după migrarea părinților la muncă

Alimentarea copiilor după migrarea părinților la muncă	Abs.	%	IÎ 95 %
Nu s-a schimbat	295	73,75	69,4 - 78,1
S-a ameliorat	90	22,5	18,4 - 26,6
S-a înrăutățit	15	3,75	1,9 - 5,6

Potrivit rezultatelor cercetării, doar la 22,5% de copii (95% IÎ 18,4-26,6) alimentația s-a ameliorat. Ponderea copiilor la care alimentația nu s-a modificat nici calitativ, nici cantitativ a fost de 73,75% (95% IÎ 69,4-78,1). În cadrul cercetării am detectat 3,75% de copii (9% IÎ 1,9-5,6) care au relatat despre înrăutățirea alimentației după migrarea părinților. Acești copii erau din categoria celor cu ambii părinți migrați sau a celor fără instituirea asupra sa a serviciului de tutelă/curatelă. Rezultatele obținute în cadrul derulării studiului prezent sunt în concordanță cu

relatările altor autori, care s-au axat pe elucidarea calității vieții copiilor după plecarea părinților la muncă [1, 17, 19, 35, 55].

3.3. Analiza adresabilității și accesului copiilor marcați de migrația de muncă a părinților la serviciile medicale

Drept un factor de risc pentru starea de sănătate a copiilor este considerată privarea de grija părintească, în special la o vârstă fragedă. Părinţii părăsesc copiii din motivul unui beneficiu material, plecând la muncă peste hotare și lăsându-i în grija buneilor, a rudelor, a prietenilor sau chiar în a lor însăşi atunci când rămân singuri. Adesea, plecarea părinţilor este urmată de o schimbare radicală a mediului şi a condiţiilor de viaţă ale copiilor rămaşi în ţară. Această situaţie implică întreruperea vieţii obişnuite şi schimbarea ambientului confortabil, făcându-i pe copii să sufere din cauza lipsei casei, a familiei. De asemenea se înrăutățește sănătatea lor fizică și psihică. Pornind de la ipoteza decelării unor particularități în evoluția sănătății copiilor migranților, am continuat studiul prin evaluarea asistenței medicale acordate acestor copii după inițierea migrației la muncă a părinților. În Tabelul 3.15 am inclus datele privind frecvența necesității acordării asistenței medicale copiilor migranților și cele privind adresabilitatea reală la instituțiile medicale a acestor copii prin intermediul îngrijitorilor sau al tutelelor.

Tabelul 3.15. Particularitățile de acordare a asistenței medicale copiilor migranților

Frecvența acordării asistenței medicale copiilor migranților	Necesitatea acordării asistenței medicale copiilor migranților de către tutelă			Adresabilitatea copiilor migranților pentru acordarea asistenței medicale		
	Abs.	%	IÎ 95 %	Abs.	%	IÎ 95 %
Săptămânal	21	5,2	3,1 - 7,4	14	3,5	1,7 - 5,3
O dată/două săptămâni	29	7,2	4,7 - 9,8	20	5,0	2,9 - 7,1
O dată/lună	59	14,7	11,3 - 18,2	49	12,25	9,0 - 15,5
O dată/trei luni	121	30,3	26,2 - 35,2	121	30,25	26,2 - 35,2
O dată/șase luni	65	16,3	12,6 - 19,9	80	20,0	15,9 - 23,8
O dată/an	105	26,3	21,9 - 30,6	116	29,0	24,4 - 33,4

Conform analizei rezultatelor prezentate în tabel, am constatat că, uneori, copiii incluși în studiu aveau o necesitate mai mare de a se adresa pentru asistența medicală decât s-au adresat în realitate pentru ajutorul medical. De exemplu, necesitatea *săptămânală* de a li se acorda asistența medicală au declarat 5,2% (95% IÎ 3,1-7,4) de respondenți, dar s-au adresat doar 3,5% (95% IÎ 1,7- 5,3). *O dată în lună,* 29 de copii sau 7,2% (95% IÎ 4,7-9,8) aveau necesitatea de a li se acorda asistență medicală, dar s-au adresat doar 5% (95% IÎ 2,9-7,1) dintre ei. *Lunar*, au invocat probleme de sănătate 14,7% (95% IÎ 11,3-18,2) de respondenți. Totodată, pentru asistența

medicală s-au adresat 12,3% (95% IÎ 9,0-15,5) de copii. Cu frecvența necesității acordării ajutorului medical de *o dată la trei luni* au fost 30,3% de copii (95% IÎ 26,2-35,2). În acest caz toți s-au adresat și au primit asistență medicală. Evaluând frecvențele următoare, am detectat o tendință de adresare pentru consilierea medicală mai mare decât necesitatea prezentată conform chestionarelor. Astfel, 65 (16,3%) de copii (95% IÎ 12,6-19,9) au anunțat despre necesitatea în consultarea și monitorizarea medicală cu frecvența de *o dată la șase luni*, dar cifrele demonstrează că real s-au adresat cu frecvența anunțată 20% (95% IÎ 15,9-23,8) de copii. Adresabilitatea a prevalat necesității de adresare și în cazul frecvenței de *o dată în an*: necesitatea de asistență medicală au relatat 26,3% (95% IÎ 21,9-30,6), iar adresabilitatea au vociferat 29% (95% IÎ 24,4-33,4) de copii.

Deoarece necesitatea în acordarea asistenței medicale este, în mare parte, determinată de episoadele de îmbolnăviri ale copiilor, iar adresabilitatea include și prezentarea la medic pentru efectuarea măsurilor de prevenire a maladiilor (controale medicale profilactice, imunizarea), ne-am permis să conchidem că, în unele cazuri, copiii migranților nu se adresează pentru asistență medicală din considerentele evoluției ușoare a maladiei sau lipsei surselor pentru procurarea medicației. Ei se tratează de sine stătător, utilizând metode tradiționale, ceea ce este uneori în detrimentul sănătății lor. Prezentarea panoramică a adresabilității copiilor migranților pentru asistența medicală este afișată în Figura 3.19.

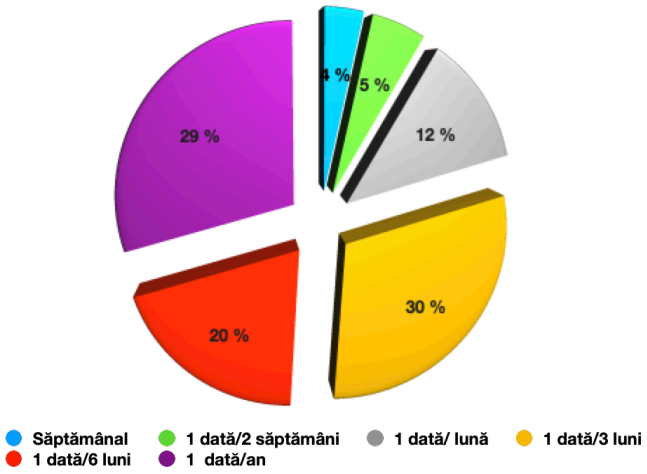


Fig. 3.19. Adresabilitatea copiilor migranților pentru acordarea asistenței medicale, %

Indicii de sănătate a copiilor marcați de migrație sunt în dependență directă nu numai de calitatea asistenței medicale acordate, ci și de capacitatea financiară a familiei pentru procurarea medicației necesare. Intervievarea membrilor de familie despre suficiența surselor financiare pentru acordarea asistenței medicale calitative a elucidat că 2/3 din respondenți au suficiente

finanțe, ceea ce a constituit 67% (95% IÎ 62,4-71,6). Totodată, 1/3 sau 33% (95% IÎ 28,4-37,6 %) din toți intervievații au anunțat insuficiența surselor financiare.

În continuare, am insistat să precizăm la pacienți care sunt metodele preferate de tratament în cazul declanșării maladiilor acute intercurente sau a acutizării maladiilor cronice. Anchetarea a demonstrat ponderea copiilor care utilizează metodele nemedicamentoase - 51,25% (95% IÎ 46,2-56,6), cota celor care folosesc în episoadele de boală metode medicamentoase a fost de 48,75% (95% IÎ 43,9-53,6).

De asemenea, am ținut să analizăm cauza cotei elevate a metodelor nemedicamentoase uzuale, în familiile cu migranți de muncă. Rezultatele obținute denotă faptul că 78,1% (95% IÎ 74,1-81,8) de intervievați și-au exprimat părerea despre încrederea în eficiența mai mare a metodelor nemedicamentoase de terapie. Totodată, 21,9% (95% IÎ 17,9-26,0) de chestionați au relatat că sunt nevoiți să aplice metodele nemedicamentoase de tratament, deoarece nu dispun de surse financiare necesare pentru procurarea medicamentelor.

Pornind de la raționamentul diferențierii particularităților de bunăstare financiară în familiile cu părinți migranți, am acumulat material despre originea surselor financiare, utilizate pentru procurarea medicației. Totalurile au determinat că aproximativ 2/3 din copii se tratează medicamentos, beneficiind de remitențele părinților, ceea ce reprezintă 61,5% (95% IÎ 56,7-66,3), aproximativ 1/3 din copii sau 31% (95% IÎ 26,5-35,5) profită de banii tutelelor, iar o cotă neconsiderabilă de 7,5% (95% IÎ 4,9-10,1) administrează banii câștigați prin munca proprie pentru a-și procura medicamente.

În continuare, cercetarea a succedat cu analiza volumului permis de medicamente procurate la un episod de boală, indicele studiat ar permite conștientizarea indirectă a succesului financiar în familiile migranților (Tabelul 3.16).

Tabelul 3.16. Volumul permis de medicamente procurate la un episod de boală

Volumul permis de medicamente procurate la un episod de boală	Abs.	%	IÎ 95 %
Își permit toate medicamentele prescrise	30	7,5	4,9 - 10,1
Își permit doar 50 % de medicamente prescrise	196	49,0	44,1 - 53,9
Își permit mai puțin de 50 % de medicamente prescrise	84	21,0	17,0 - 25,0
Își permit doar cele mai necesare medicamente prescrise	90	22,5	18,4 - 26,6

Analiza informației acumulate denotă o pondere considerabilă a copiilor care *își permit doar 50% de medicamente prescrise* - 49% (95% IÎ 44,1-53,9). Cota copiilor care *își permit doar cele mai necesare medicamente prescrise* și a celor care *își permit mai puțin de 50% de medicamente prescrise* este aproximativ egală, 22,5% (95% IÎ 18,4-26,6) și, respectiv, 21%

(95% IÎ 17,0-25,0). Aşadar, doar 7,5% (95% IÎ 4,9-10,1) de copii își permit procurarea tuturor medicamentelor prescrise.

Următoarea acțiune în cadrul studiului a fost aprecierea volumului permis de surse financiare la un episod de îmbolnăvire. Totalurile obținute sunt fixate panoramic în Figura 3.20.

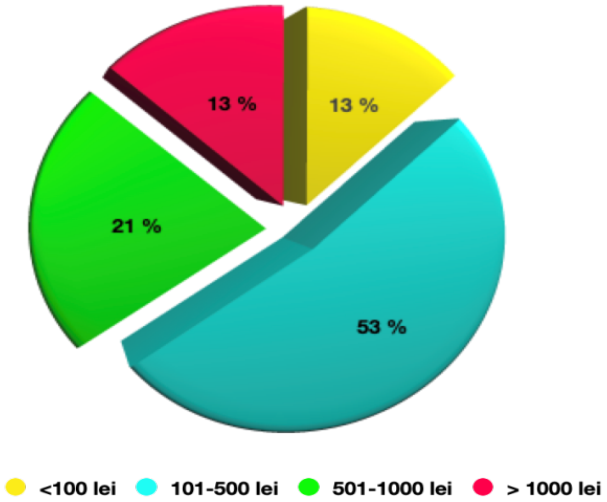


Fig. 3.20. Volumul permis de surse financiare la un episod de îmbolnăvire

Datele reflectate în figura de mai sus redau prevalența copiilor care pot să-și permită la un episod de boală de la 101 la 500 de lei, cota acestora reprezentând 53% (95% IÎ 47,9-57,8). Urmează copiii care își pot permite de la 501 la 1 000 de lei pentru procurarea medicamentelor, ce înglobează 21% (95% IÎ 17,0-25,0). Aceeași cotă egală de 13% (95% IÎ 9,7-16,3 %) o au copiii care pot să-și permită la un episod de boală până la 100 de lei și cei care folosesc mai mult de 1 000 de lei.

Astfel, ținând cont de datele prezentate, afirmăm că acei copii care sunt marcați de migrația parentală de muncă reprezintă o categorie social-vulnerabilă, ce incontestabil suferă de manifestările sărăciei. Considerăm că acești copii necesită în managementul îmbolnăvirilor administrarea medicamentelor compensate de 100 %.

În materialul ce urmează am evaluat frecvența acordării asistenței medicale copilului migrantului de către îngrijitor pe parcursul ultimelor 12 luni, fără apelarea la serviciile medicale specializate calificate (Tabelul 3.17).

Tabelul 3.17. Frecvența acordării asistenței medicale copilului migrantului de către îngrijitor pe parcursul ultimelor 12 luni

Frecvența acordării asistenței medicale	Abs.	%	IÎ 95 %
O dată-de două ori	204	51,0	46,1 - 55,9
De trei-patru ori	136	34,0	29,4 - 38,6
De cinci-șase ori	36	9,0	6,2 -11,8
Mai mult de șase ori	24	6,0	3,7 - 6,3

După configurarea datelor deducem: majoritatea îngrijitorilor au acordat copiilor asistență, în episoadele de boală, o dată-de două ori per ultimele 12 luni - în 51% de cazuri (95% IÎ 46,1-55,9); de trei-patru ori - în 34% (95% IÎ 29,4-38,6); de cinci-șase și mai mult de șase ori asistență medicală nespecializată au acordat îngrijitorii și tutelele în 9% (95% IÎ 6,2-11,8) și, respectiv, 6% (95 % IÎ 3,7-6,3) de cazuri.

3.4. Abordarea calitativă asupra riscurilor la care sunt expuși copiii cu părinți plecați la muncă în străinătate

Efectele indirecte ale plecării părinților, mediate de lipsa de control asupra copiilor de către cei în a căror grijă au rămas și de lipsa comunicării cu copiii, îi expun pe aceștia riscurilor de a se angaja în comportamente deviante. În lipsa controlului exercitat de părinți sau de alți membri ai familiei, copiii și adolescenții sunt mai ușor expuși la presiunea grupului de prieteni și adoptă comportamente deviante sau inadecvate vârstei lor, de exemplu consumul de substanțe interzise. Astfel, comportamentele deviante își lasă amprenta asupra personalității copilului sau adolescentului, afectându-i sănătatea, relațiile cu familia si reușita școlară.

În această ordine de idei, în conformitate cu sarcinile trasate, ne-am propus să investigăm frecvența deprinderilor nocive la copiii migranților, inițiate după plecarea părinților. Din analiză conchidem că doar 29 de copii sau 7,3% (95% IÎ 4,7-9,8) din respondenți au relatat prezența deprinderilor nocive. Despre practicarea fumatului au menționat 4% (95% IÎ 2,1-5,9) de anchetați, consumul alcoolului - 3% (95% IÎ 1,3-4,7), iar utilizarea substanțelor interzise, a drogurilor - 0,3% (95% IÎ 0,25-0,7) de copii ai migranților. Prin urmare, frecvența deprinderilor nocive elucidată nici pe departe nu ilustrează situația reală, posibil din motivul că unii copii nu au fost sinceri la chestionare, având frica consecințelor cu pedeapsa sau necompetenței tutelelor. Unii autori au relatat cifre mult mai elevate de utilizare de către copiii migranților a substanțelor interzise [17, 35, 51].

În continuare, ne-am axat pe aprecierea termenului de debut al fumatului după migrarea părinților la muncă. S-a constatat că 37,5% de copii (95% IÎ 32,8-42,1) inițiază fumatul peste doi-trei ani după plecarea părinților, peste 9,1-12 luni și 6,1-9 luni, 1,1-2 ani încep a fuma 18,7% (95% IÎ 14,9-22,6) și, respectiv, 12,5% (95% IÎ 9,3-15,7). Debutul fumatului în primele șase luni după plecarea la muncă a părinților au relatat 18,9% (95% IÎ 15,1-22,7) de copii. La intervievarea copiilor despre frecvența fumatului am obținut următoarele rezultate: majoritatea copiilor sau 37,5% (95% IÎ 26,7-35,8) fumează o dată-de două ori pe zi, mai puțin de o dată-de două ori pe lună - 31,25% (95% IÎ 2,13-34,1), o dată în zi - 18,7% (95% IÎ 14,9-22,6), iar o dată

în lună - 12,5% (95% IÎ 9,3-15,7). Mai mult de două ori în zi fumează 6,3% (95% IÎ 3,9-8,6) de copii cu deprinderi nocive.

În cele ce urmează ne-am propus să evaluăm debutul și frecvența utilizării băuturilor alcoolice la copiii investigați. Datele obținute au elucidat următoarea situație: majoritatea copiilor care posedă deprinderi nocive sau 25% (95% IÎ 21,0-29,6) relatează debutul consumului de alcool peste 2,1-3 ani după migrarea părinților, în 16,8% (95% IÎ 12,6-19,8) de cazuri - peste 1,1-2 ani și peste 3 ani - după despărțirea de părinți. Cu regret, este alarmant că 41,5% (95% IÎ 37,2-46,8) de intervievați manifestă alcoolism deja în primele șase luni după pierderea atenției parentale.

Luând în considerare analiza datelor despre frecvența alcoolismului, am constatat că majoritatea sau 83,4% (95% IÎ 79,8-87,1) de copii cu deprinderi nocive consumă alcool mai puțin de o dată-de două ori în lună, o frecvență de o dată în zi și, respectiv, o dată-de două ori pe lună au anunțat 8,3% (95% IÎ 5,6-10,9) de respondenți. Rezultatele obținute în prezenta cercetare sunt în discordanță cu datele altor cercetători, care au relatat o pondere mai mare a copiilor migranților, care fac abuz de băuturi alcoolice. Tot ei au consemnat o frecvență mai considerabilă a consumului de băuturi alcoolice [51].

Prin rezultatele prezentate consemnăm: din momentul plecării părintelui la muncă, copilul rămas singur acasă devine ținta ispitelor cu comportamente deviante și nocive pentru sănătate. Situațiile inițiate necesită implicarea precoce și intervenții perseverente ale organelor abilitate pentru a preveni impactul nefast al deprinderilor nocive asupra sănătății copilului marcat de migrație.

O altă abordare a problemei migrației parentale de muncă este impactul plecării părinților asupra performanțelor școlare ale copiilor săi. Plecarea unui sau a ambilor părinți, pentru o perioadă mai mare de timp, poate determina apariția unor probleme în reușita școlară în măsura în care funcțiile îndeplinite de părinți nu sunt preluate de altcineva (părinte rămas singur, familie extinsă, persoana sau familia în a cărui grijă a rămas copilul). În acest context, vectorul cercetărilor s-a orientat spre aprecierea performanțelor școlare ale copiilor afectați de migrație. Inițial, am investigat problema abandonului școlar. Drept confirmare, am obținut informația despre 20 de copii sau 5% (95% IÎ 2,9-7,1) din cei incluși în cercetare, care au renunțat la studii, în diferite perioade de timp, după plecarea la muncă a părinților. Deja în primele șase luni după plecarea părinților au renunțat la școlarizare 5% (95% IÎ 2,9-7,1) din cei relatați. Peste 6-12 luni și, respectiv, 1-2 ani de la migrarea părinților au abandonat școala încă câte 10% copii (95% IÎ 7,1-12,9). O cotă mai mare au reprezentat copiii care au părăsit școala în termenele: peste doi-patru și mai mult de patru ani de la debutul migrației parentale - 50% (95% IÎ 44,7-53,9) și,

respectiv, 35% (95% IÎ 30,3-39,7) de cazuri. Toate episoadele de abandon școlar erau motivate de insuficiența surselor financiare pentru întreținerea sa sau a familiei, lipsa banilor pentru procurarea rechizitelor, a hainelor pentru școală sau produselor alimentare necesare. În concluzie, copiii care au abandonat școala erau din familii cu un statut depășit de limita sărăciei.

De asemenea, precizăm faptul că 6,3% (95% IÎ 3,9-8,6) de copii au relatat că după migrarea părinților au fost nevoiți să lucreze în sectoare private pentru a se alimenta, iar 4,3% (95% IÎ 2,3-6,2) au muncit contra plată.

În cele ce urmează, am fost interesați să apreciem indirect gradul de școlarizare a copiilor chestionați. Drept confirmare, am concretizat următoarele: pe parcursul înrolării în clasele 1-3 au abandonat școala 35% (95% IÎ 30,3-39,7) din copii; făcându-și studiile în clasele 4-7, au renunțat la studii 40% (95% IÎ 35,2-44,8), iar după clasele 8-9 au sistat procesul educațional 25% (95% IÎ 21,0-29,6) din copii.

Lipsa monitorizării parentale s-a resimțit și la ceilalți copii ai studiului. Drept dovadă sunt relatările celor 45 sau 11,3% din copiii incluși în studiu care au anunțat lipsele periodice de la școală. Cel puțin o dată în săptămână lipsesc de la studii 9% (95% IÎ 6,2-11,8) din copiii investigați. În final, am apreciat reușita copiilor migranților, pentru a ne face o imagine mai complexă despre impactul lipsei atenției și grijii parentale asupra performanțelor școlare ale copiilor. Totalurile au atestat următoarele: o pondere mai mare au prezentat copiii cu notele 7/8 - 44,5% (95% IÎ 39,3-49,6), cota celor care însușesc materia cu notele 9/10 a fost de 22,5% (95% IÎ 18,4- 26,6), câte 18% (95% IÎ 14,2-21,8) și 15% (95% IÎ 11,5-18,5) înglobează copiii cu reușita notelor 6/7 și, respectiv, mai puțin de nota 5.

Analiza datelor prezentate demonstrează un efect dublu al migrării părinților la muncă: în familiile cu ameliorare financiară, rezultată din remitențele trimise de migranți, copiii sunt stimulați pentru a învăța bine, având toate cele necesare pentru procesul de studiu. Totodată, menționăm că, în familiile în care s-au pierdut anumite relații cu persoana migrantă, lipsa surselor financiare pentru ameliorarea calității vieții provoacă un dezinteres pentru activitățile educative, inițiază lipsele frecvente la școală sau, în cazuri extreme, abandonul educațional. Adesea, persoanele în a căror grijă rămân copiii nu numai că nu pot să-i supravegheze, să exercite un control asupra lor, fiind ocupați sau prea în vârstă, dar nu au nici competența de a-i sprijini în activitățile școlare.

Absența părinților nu favorizează doar angrenarea copiilor în comportamente deviante, ci îi și expun pe aceștia la diverse abuzuri din partea adulților în a căror grijă sunt lăsați, a colegilor de școală, a vecinilor sau persoanelor străine. Conform rezultatelor cercetării, 2% (95% IÎ 0,6-3,4) de copii incluși în studiu au suportat abuz fizic din partea: rudelor apropiate sau a părintelui

rămas în țară cu cote egale de 25% (95% IÎ 21,0-29,6); colegilor de școală - în 37,5% (95% IÎ 32,8-42,1) și părinților vitregi - în 12,5% (95% IÎ 9,3-15,7) din cazuri. Abuzului psihic s-au expus 5,5% (95% IÎ 3,3-7,7) de copii investigați. Persoane implicate în abuzarea psihică a copiilor afectați de migrație au fost: colegii de școală - în 31,8% (95% IÎ 26,9-36,3), părintele vitreg - în 18,2% (95% IÎ 14,4-21,9), rude apropiate - în 13,6% (95% IÎ 10,3-16,7) de cazuri. Cote egale cu 9,1% (95% IÎ 6,3-11,9) aveau prietenii, profesorii și vecinii. Mai rar copiii erau agresați de părinții rămași în țară și de persoanele străine - în 4,5% (95% IÎ 2,5-6,5) de cazuri. Menționăm că 0,5% (95% IÎ 0,2-1,2) din intervievați au relatat despre abuzul sexual, suportat din partea colegilor de școală.

Finalitatea cercetării a fost aprecierea opiniei copiilor incluși în studiu despre fenomenul migrației parentale la muncă peste hotarele țării. Configurația datelor obținute a fost integrată în Tabelul 3.18.

Tabelul 3.18. Opinia copiilor despre migrația parentală la muncă

Opinia copilului despre migrația parentală la muncă	Abs.	%	IÎ 95 %
Este bine că ambii părinți sunt migrați la muncă	17	4,25	2,3 - 6,2
Este bine că tata a migrat la muncă	28	7,0	4,5 - 9,5
Este bine că mama a migrat la muncă	25	6,25	3,9 - 8,6
Aș dori ca părinții să fie acasă	75	18,75	14,9 - 22,6
Aș dori ca mama să fie acasă	137	34,25	29,6 - 38,9
Aș dori ca tata să fie acasă	118	29,5	25,0 - 34,0

Așadar, din totalul răspunsurilor primite, o pondere mai mare aveau copiii care își doreau prezența mamei acasă - 34,3% (95% IÎ 29,6-38,9); cota celor care și-l doreau pe tata acasă a fost de 29,5% (95% IÎ 25,0-34,0%); doleanța de a avea ambii părinți acasă au prezentat 18,8% (95% IÎ 14,3-22,6) de copii. Totodată, am notat și opiniile pozitive despre plecarea părinților: a mamei - în 6,3% (95% IÎ 3,9-8,6), a tatei - în 7% (95% IÎ 4,5-9,5), a ambilor părinți - în 4,3% (95% IÎ 2,3-6,2) de cazuri.

Am continuat cercetarea prin evaluarea unor opinii ale copiilor despre efectele pozitive ale migrației la muncă a părinților (Tabelul 3.19).

Tabelul 3.19. Opiniile copiilor despre efectele pozitive ale migrației la muncă a părinților

Efectele pozitive ale migrației parentale la muncă	Abs.	%	IÎ 95 %
Mai multe surse financiare pentru asistența medicală	150	37,5	32,8 - 42,1
Mai multe surse financiare pentru procesul educativ	80	20,0	15,9 - 23,8
O alimentație mai diversificată și calitativă	43	10,75	7,7 - 13,8

Mai multe surse financiare pentru ameliorarea condițiilor de trai	77	19,25	15,4 - 23,1
Un comportament mai bun față de copil din partea părintelui plecat	50	12,5	9,3 - 15,7

Analizând datele afișate, am identificat următoarele: remitențele părinților migranți contribuie la ameliorarea asistenței medicale și a procesului educativ în 37,5% (95% IÎ 32,8-42,1) și, respectiv, 20% (95% IÎ 15,9-23,8) de cazuri; a condițiilor de trai - în 19,3% (95% IÎ 15,4-23,1); a relațiilor dintre părintele plecat și copil - în 12,5% (95% IÎ 9,3-15,7); la administrarea alimentației diversificate și mai calitative - în 10,7% (95% IÎ 7,7-13,8) de cazuri.

Fiind interogați, dacă după plecarea părinților la muncă, copiii se simt protejați, răspuns negativ au anunțat 88% (95% IÎ 84,8-91,2), iar răspuns pozitiv - doar în 12% (95% IÎ 8,8-15,2) de cazuri. Îndeosebi ne-a interesat răspunsurile la întrebarea dacă copilul cunoaște și poate să se adreseze după necesitate stringentă la persoanele competente în asistența și consilierea copiilor migranților. Este foarte alarmant faptul că răspuns negativ au prezentat 92,75% (95% IÎ 91,2-94,7), iar răspuns pozitiv - doar 7,25% (95% IÎ 4,7-9,8) de intervievați.

Migrația părinților nu acționează întotdeauna direct asupra copiilor, ci indirect, producând unele efecte care cauzează disoluția, dezintegrarea familiei. Grupul cel mai expus unor riscuri (de exemplu, consecințe negative de natură psihologică sau tangențiale devianțelor comportamentale) sunt copiii cu părinți divorțați. Analiza integrității familiilor cu migranți din studiul prezent a determinat o prevalență neconsiderabilă a familiilor integre - 57% (95% IÎ 52,1-61,9) versus familiilor dezintegrate - 43% (95% IÎ 37,9-47,4). În mod cert, consecințele asupra copiilor sunt mediate și de contextul familial, și de efectele pe care le are migrația asupra familiei.

O consecinţă directă a migraţiei părinţilor reprezintă privarea copilului de afectivitatea parentală şi de supravegherea necesară dezvoltării lui normale. În condiţiile plecării părinţilor pe perioade mai mari şi a rămânerii copiilor în grija unor persoane care nu au capacitatea şi/sau competenţa de a oferi sprijinul emoţional şi educativ, aceste două consecinţe pot produce, la rândul lor, efecte negative în ceea ce priveşte sănătatea şi dezvoltarea psihică a copilului, implicarea în activităţi şcolare şi rezultatele acestora, angrenarea lor în comportamente deviante sau neconcordante cu vârsta copiilor şi supunerea la exploatare sau abuzuri de altă natură.

3.5. Concluzii la capitolul 3

1. Părinții migranți în 85% de cazuri își lasă copiii cu rudele apropiate, iar 15 % de copii rămân în grija persoanelor străine, ceea ce nu poate să nu-și lase amprenta negativă asupra sănătății lor din cauza indiferenței, neatenției persoanelor menționate sau imposibilității de

a acorda atenție și grijă adecvată pe motivul vârstei înaintate a îngrijitorului. Serviciul tutelă/curatelă a fost instituit asupra 285 de copii, ceea ce reprezintă 71,25% din totalul celor studiați, iar aproximativ 1/3 sau 115 copii au rămas fără tutele, constituind 28,75% (95% IÎ 24,3-33,2).

2. Perioadele de vârstă ale copiilor, preferabile pentru plecare la muncă a părinților, au fost de 3,1-7 ani în 28,8% (95% IÎ 24,3-33,2) și, respectiv, 7,1-11 ani în 33,3% (95% IÎ 28,6-37,9) de cazuri. Majoritatea copiilor au avut mama migrată la muncă - 38% (95% IÎ 33,4-42,7), tatăl migrat - în 36% (95% IÎ 31,3-40,7), iar 26% (95% IÎ 21,7-30,3) din totalul celor incluși în studiu au avut ambii părinți plecați la muncă. Ponderea copiilor lăsați în grija părintelui rămas a fost de 42% (95% IÎ 37,2-46,8), a celor rămași în grija buneilor - de 36% (95% IÎ 31,3-40,7) de cazuri.
3. Calitatea vieții copiilor migranților depinde și de prezența surselor financiare la persoanele îngrijitoare. În acest context, putem relata că 217 copii sau 54,25% (95% IÎ 49,4-58,8) au primit cu regularitate remitențe, iar 145 copii sau 36,25% (95% IÎ 31,5-41,0) au relatat remitențe neregulate. Totodată, menționăm faptul că 9,5% (95% IÎ 6,6-12,6) de copii nu au primit remitențe, ceea ce a complicat existența lor.
4. Frecvența mai sporită de revenire acasă a părintelui are o importanță tangențială la sănătatea copilului, deoarece permite percepția precoce a devierilor în sănătatea lor. Ponderea cea mai mare de revenire acasă o are frecvența de *o dată la trei luni* - 37% (95% IÎ 32,1-41,6), urmată de *o dată în an* - 31,25% (95% IÎ 26,7-35,8), iar cota părinților care revin acasă *o dată la șase luni* a constituit 16,25% (95% IÎ 12,6-19,9) din cazuri. Ponderea părinților, care revin acasă pe durata termenului de *două-patru săptămâni*, s-a dovedit a fi de 48,25% (95% IÎ 43,5-52,6), pentru *una-două luni* - 28% (95% IÎ 23,6-32,4) din cazuri.
5. Migraţia parentală lezează profund dezvoltarea psiho-afectivă a copiilor. Au relatat prezența suferințelor psihologice declanșate după plecarea părinților - 97,75% de copii. Cota celor dezaprobați de cei din jur a alcătuit 30% (95% IÎ 26,0-35,3); tristețe și depresie pe parcursul ultimei săptămâni au simțit 21,75% (95% IÎ 17,8-25,5); tristețe, inutilitate, depresie pe parcursul ultimelor 12 luni au menționat 16% (95% IÎ 12,4-19,6); anxietate și insomnie manifestau 14,25% (95% IÎ 10,8-17,6); tristețe, inutilitate, depresie pe parcursul a două săptămâni încontinuu au relatat 12,25% (95% IÎ 9,0-15,5); au suferit din motiv de agresiune și intimidare, cel puțin o dată în ultima lună - 2,75% (95% IÎ 1,1-4,4) de copii.
6. O parte dintre copiii afectați de migrația părinților se maturizează şi reuşesc să se adapteze constructiv la noile condiţii de viaţă, în timp ce unii nu găsesc strategii eficiente de a se descurca, fapt confirmat prin comportamente alarmante și deviante, dezvoltate în cazul

lipsei grijii și atenției parentale. Au apărut probleme cu care s-au confruntat membrii de familie, tutelele, colegii de școală și profesorii la 37% de copii ai migranților. Am depistat o depresie evidențiată la 15,75% (95% IÎ 12,2-19,3); izolare și nedisciplinare s-a manifestat la 8,5% (95% IÎ 5,8-11,2); agresivitatea a fost detectată la 4,75% (95% IÎ 2,7-6,8), au suportat trolling-ul 28% (95% IÎ 23,6-32,4) de copii.

7. Lipsa grijii părinteşti în respectarea calității și regimului alimentar al copilului influenţează nefast starea lui de sănătate. Alimentația s-a ameliorat la 22,5% (95% IÎ 18,4-26,6) de copii; ponderea copiilor la care alimentația nu s-a modificat nici calitativ, nici cantitativ a fost în 73,75% (95% IÎ 69,4-78,1) de cazuri. În cadrul cercetării am depistat 3,75% (95% IÎ 1,9-5,6) de copii care au relatat despre înrăutățirea alimentației după migrarea părinților.
8. Copiii migranților reprezintă o necesitate mai mare în asistența medicală decât adresabilitatea reală pentru acordarea asistenței medicale. Necesitatea *săptămânală* în asistența medicală au declarat 5,2% (95% IÎ 3,1-7,4) de respondenți, dar s-au adresat doar 3,5% (95% IÎ 1,7-5,3). Necesitau asistență medicală cu frecvența de *o dată în lună* 29 de copii sau 7,2% (95 % IÎ 4,7-9,8), dar s-au adresat doar 5% (95% IÎ 2,9-7,1) dintre ei. Probleme de sănătate *lunar* au invocat 14,7% (95% IÎ 11,3-18,2) de respondenți. Totodată, pentru asistență medicală s-au adresat doar 12,3% (95% IÎ 9,0-15,5) din copii. Aceasta, poate fi explicat prin lipsa surselor financiare, încrederea mai mare în metodele nemedicamentoase de tratament sau dificultățile în accesul serviciilor medicale.
9. Ponderea copiilor migranților care utilizează metode terapeutice nemedicamentoase constituie 51,25% (95% IÎ 46,2-56,6). Opinia despre încrederea în eficiența mai mare a metodelor nemedicamentoase de terapie și-au exprimat 78,1% (95% IÎ 74,1-81,8) de copii. Totodată, 21,9 % (95% IÎ 17,9-26,0) de copii au relatat că sunt nevoiți să aplice metodele nemedicamentoase de tratament, deoarece nu dispun de surse financiare necesare pentru procurarea medicamentelor. Cota celor care folosesc în episoadele de boală metode medicamentoase a fost de 48,75% (95% IÎ 43,9-53,6).
10. Cota celor care își permit doar 50% de medicamente prescrise este de 49% (95% IÎ 44,1-53,9) de copii. Ponderea celor care își permit doar cele mai necesare medicamente prescrise și a celor care admit mai puțin de 50% de medicamente prescrise este aproximativ egală, 22,5% (95% IÎ 18,4-26,6) și, respectiv, 21% (95% IÎ 17,0-25,0). Se atestă o prevalență a copiilor care pot să-și permită la un episod de boală de la 101 la 500 de lei, cota acestora reprezentând 53% (95% IÎ 47,9-57,8); copiii care pot accepta de la 501 la 1 000 de lei pentru procurarea medicamentelor înglobează 21% (95% IÎ 17,0-25,0) de

cazuri. O cotă egală de 13% (95 % IÎ 9,7-16,3) o au copiii care pot să admită la un episod de boală până la 100 de lei și cei care folosesc mai mult de 1 000 de lei.

11. În condiţiile plecării părinţilor pe perioade mai mari de timp se pot produce, la rândul lor, efecte negative în ceea ce priveşte implicarea în activităţi şcolare şi rezultatele acestora, angrenarea lor în comportamente deviante sau neconcordante cu vârsta copiilor şi supunerea lor la exploatare sau abuzuri de altă natură. Au relatat prezența deprinderilor nocive 7,3% din respondenți. Despre practicarea fumatului au menționat 4% (95% IÎ 2,1-5,9) de anchetați, consumul alcoolului au relatat 3% (95% IÎ 1,3-4,7), iar utilizarea substanțelor interzise, a drogurilor au declarat 0,3% (95% IÎ 0,25-0,7) de copii ai migranților.
12. Absența părinților nu favorizează doar angrenarea copiilor în comportamente deviante, ci îi și expun pe aceștia la diverse abuzuri din partea adulților, în a căror grijă sunt lăsați: a colegilor de școală, a vecinilor sau persoanelor străine. Au suportat abuz fizic 2% (95% IÎ 0,6-3,4); abuzului psihic au fost expuși 5,5% (95% IÎ 3,3-7,7); abuz sexual suportat din partea colegilor de școală au relatat 0,5% (95% IÎ 0,2-1,2) din intervievați.

4. PARTICULARITĂȚILE SOCIALIZĂRII ȘI ACCESIBILITĂȚII ASISTENȚEI MEDICALE A COPIILOR DUPĂ MIGRAREA PĂRINȚILOR LA MUNCĂ

4.1. Analiza comparativă a statutului medico-social al copiilor incluși în studiu prin prisma fenomenului migrației parentale de muncă

Atunci când familia nu-şi realizează eficient şi în interesul superior al copilului funcţiile specifice, efectele asupra personalităţii copilului şi asupra capacităţii sale de adaptare pot fi extrem de diverse. Când vorbim de profilul copiilor care provin din familii cu cel puţin unul dintre părinţi plecaţi la muncă în afara ţării, acesta este similar celui al copiilor care provin din familii monoparentale. Migraţia, chiar şi atunci când este temporară, are efecte pe termen lung asupra evoluţiei psiho-sociale a copiilor afectaţi de proces. Prin urmare, implicaţiile negative ale migraţiei asupra generaţiilor viitoare se vor vedea în timp, după câteva decenii şi nu vor mai putea fi combătute. Aceşti copii sunt privaţi de un model parental care să-i orienteze asupra valorilor şi concepţiei despre viaţă, rolul de introducere şi de ghid în socializare neputând fi îndeplinit optim de către bunici şi cu atât mai puţin de alte persoane cu sau fără grad de rudenie.

În conformitate cu obiectivele studiului inițiat, am insistat să analizăm comparativ statutul medico-social al copiilor incluși în studiu prin prisma fenomenului migrației parentale de muncă. În acest scop am efectuat un studiu de caz-control pe un eşantion de 330 cazuri care a inclus 165 copii marcați de migrația parentală de muncă - lotul I (de bază) şi 165 copii fără experiența migrației la muncă a părinților - lotul II (grupul de control), aceștia fiind selectaţi după principiul conform căruia ambii părinți, pe parcursul ultimelor 12 luni, nu au migrat cu scop de muncă în afara Republicii Moldova. Cazurile au fost evaluate utilizând următoarele instrumente: 1) Chestionarul pentru intervievarea copilului marcat de migrația parentală de muncă; b) Chestionarul pentru intervievarea părintelui/tutorei copilului marcat de migrația parentală de muncă; c) Chestionarul pentru intervievarea copilului neafectat de migrația parentală de muncă; d) Chestionarul pentru intervievarea părintelui copilului neafectat de migrația parentală de muncă, expuse în capitolul 2.

Analiza rezultatelor interviurilor s-a realizat în conformitate cu compartimentele chestionarelor confidenţiale care elucidează: indicii socio-demografici, particularitățile școlarizării și problemelor social-psihologice, calitatea şi volumul de asistenţă medicală acordată conform standardelor și protocoalelor, datele fiind comparate cu cele obținute în lotul de control.

În continuare, vom realiza o descriere mai detaliată a eșantionului evaluat. Vârsta medie a copiilor incluși în studiu a fost de 10,9 ± 0,2 ani, cu limite cuprinse între 12 luni și 18 ani.

Mediana de vârstă a copiilor lotului I a fost de 11,5 ± 0,2 ani, iar a celor din lotul II de 9,7 ± 0,3 ani.

Repartizarea pe sexe a cohortei de pacienți incluși în cercetare a fost următoarea: lotul I a fost prezentat de 82 de persoane de gen feminin și 83 de persoane de gen masculin, cea ce constituie 49 și respectiv 51% ; lotul II a înglobat 94 de persoane de gen feminin (57%) și 71 de persoane de gen masculin (43%). Configurația datelor segregate a fost integrată în Figura 4.1.

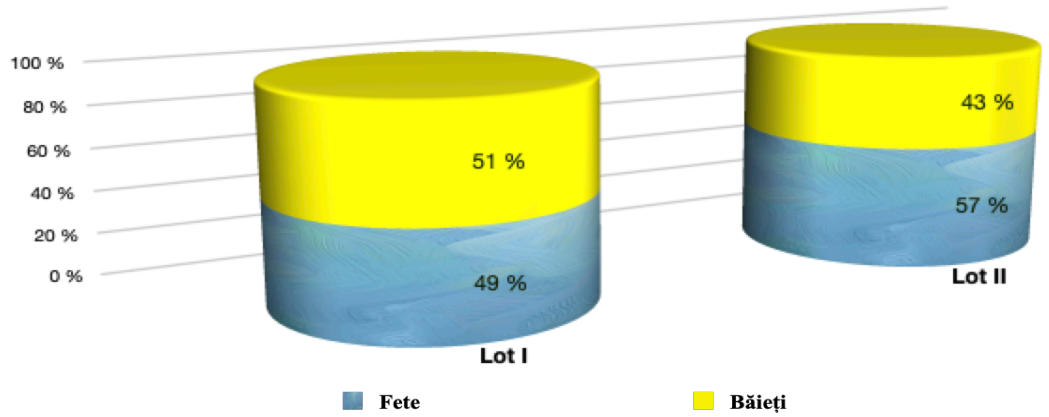


Fig. 4.1. Repartizarea pe sexe a copiilor din loturile de studiu, (%)

Una dintre consecinţele cu cele mai profunde implicaţii negative ale migraţiei la muncă, este că o mare parte a generaţiei actuale de copii din Moldova creşte fără sprijinul de neînlocuit al părinţilor. Plecarea unuia dintre părinţi sau a ambilor provoacă urme adânci, indispensabile în evoluţia copiilor care rămân acasă. Familiile, din ce în ce mai numeroase, care au trăit sau trăiesc experiența migrației la muncă în străinătate, s-au confruntat cu probleme de o gravitate marcantă, materializate în decizii de divorţ. Deplasarea unuia dintre membrii familiei pentru o perioadă în străinătate poate să ducă la modificări de roluri şi funcţii în familie: cel care rămâne în ţară preia funcţia de cap de familie, iar efortul membrilor familiei de a îndeplini sarcinile celui plecat este adesea resimțit negativ. În contextul celor relatate, am considerat oportun să analizăm familiile incluse în studiu din aspectul integrității (Figura 4.2).

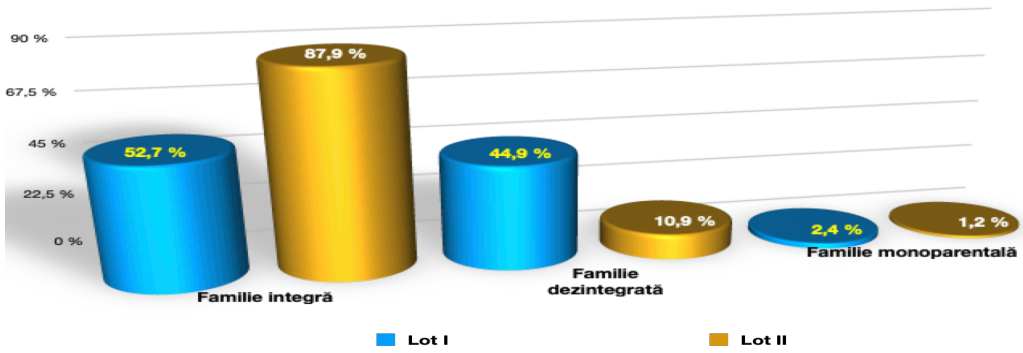


Fig. 4.2. Integritatea familiilor incluse în studiu

Datele prezentate în figură denotă că cota familiilor integre prevalează de circa 1,7 ori la copii lotului II - 87,9% (95% IÎ 82,9-92,9) versus copiii lotului I - 52,7% (95% IÎ 45,1-60,3). Familii dezintegrate au fost distinse în 44,9% cazuri (95% IÎ 37,3-52,4) lotului I, în raport cu 10,9% cazuri (95% IÎ 6,2-15,7) ai copiilor din lotul II. De notat că 2/3 din totalul divorțurilor au fost semnalate în primii 3 ani de migrațiune. Totodată, familii monoparentale, cauzate de decesul unuia din părinți, au fost relatate de 2 ori mai frecvent la copiii lotului I - 2,4% (95% IÎ 0,1-4,8) comparativ cu copiii lotului II - 1,2% (95% IÎ 0,5-2,9). Cercetarea realizată a constatat deosebiri semnificative în familiile evaluate la compartimentul integrității ($\chi2=303,14$; gl=3; $p < 0,0001$), cea ce este prezentat în Tabelul A4.1.

Un alt compartiment apreciat în cadrul cercetării a fost evidențierea numărului membrilor de familii incluși în studiu. Rezultatele obținute sunt afișate în Tabelul 4.1.

Tabelul 4.1. Numărul membrilor de familie a copiilor incluși în studiu

Numărul membrilor de familie	Lot I			Lot II		
	Abs	%	IÎ 95 %	Abs	%	IÎ 95 %
2	15	9,1	4,7 - 13,5	8	4,8	1,6 - 8,1
3	28	17,0	11,2 - 22,7	92	55,8	47,8 - 62,9
4	65	39,4	32,4 - 46,8	55	33,3	26,1 - 40,5
5	36	21,8	15,5 - 28,1	6	3,7	0,8 - 6,5
6	10	6,1	2,4 - 9,7	3	1,8	0,2 - 3,9
7	3	1,8	0,2 - 3,9	1	0,6	0,6 - 1,8
8	8	4,8	1,6 - 8,1	-	-	-

Notă: Lot I - copii marcați de migrație; Lot II - copii fără experiența migrației parentale de muncă; $\chi2=76,6$; gl=6; p=0,000

Analizând rezultatele prezentate în tabel, am constatat diferențe cu grad înalt de semnificație statistică între loturile comparate ($\chi2=76,6$; gl=6; p=0,000). Familie alcătuită din *2 membri* au relatat 9,1% de copii ai lotului I (95% IÎ 4,7-13,5) și 4,8% de copii ai lotului II (95% IÎ 1,6-8,1). Au fost menționate familii *cu 3 membri* în 17% de cazuri în I lot (95% IÎ 11,2-22,7) și 55,8% de cazuri în lotul II (95% IÎ 47,8-62,9). Componența familiei din *4 persoane* au anunțat 39,4% (95% IÎ 32,4-46,8) de copii din lotul I și 33,3% (95 % IÎ 26,1-40,5) de copii din al II lot. În I lot numărul familiilor cu *5 persoane* a fost de 6 ori mai sporit comparativ cu lotul II: 21,8% (95% IÎ 15,5-28,1) și, respectiv, 3,7% (95% IÎ 0,8-6,5). Familii numeroase cu *6 și 7 membri* au fost notate de 3 ori mai frecvent în lotul I versus lotul II. Spre exemplu, familie formată din *6 persoane* au relatat 6,1% (95% IÎ 2,4-9,7) de copii ai I lot și 1,8% (95% IÎ 0,2-3,9) de copii ai lotului II. Au declarat familia numeroasă *cu 7 membri* - 1,8% (95% IÎ 0,2-3,9) de copii din lotul I și 0,6% (95% IÎ 0,6-1,8) de copii din lotul II. Doar copiii I lot au menționat familia plăzmuită *din 8 persoane,* cea ce a constituit 4,8% (95% IÎ 1,67-8,1).

Pentru evaluarea situației reale a copiilor afectați de migrația de muncă parentală am recurs la analiza datelor despre părinții migranți (Figura 4.3.)

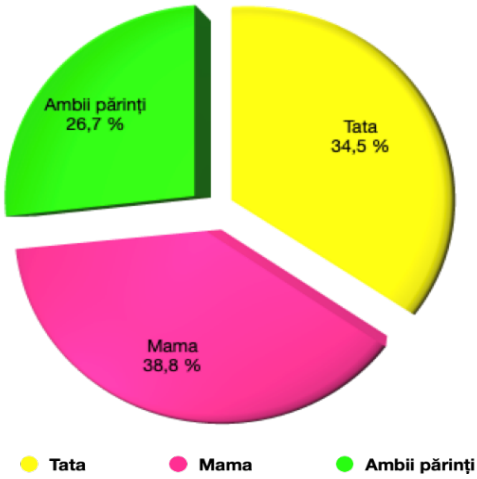


Fig. 4.3. Distribuția părinților copiilor marcați de migrație, %

Analiza datelor din figură relevă că la copiii lotului de bază au plecat la muncă peste hotarele țării în 38,8% de cazuri - mamele, în 34,5% de cazuri - tații. Totodată, la 26,7% de copii în migrația de muncă au plecat concomitent sau consecutiv ambii părinți.

Conform relatărilor unor autori, calitatea vieții copiilor migranților este influențată și de vârsta la care copiii rămân fără părinții migranți [17; 35]. În acest context, ne-am propus să analizăm narativ vârsta copiilor lotului de bază în momentul plecării părinților la muncă. Rezultatele cuantificate sunt integrate în Tabelul 4.2.

Tabelul 4.2. Vârsta copiilor marcați de migrație în momentul plecării părinților la muncă

Perioada de vârstă	Copii cu un părinte migrant, %	ÎÎ 95 %	Copii cu ambii părinți migranți, %	ÎÎ 95 %
0-1 ani	2,42	0,1 - 4,8	0,6	0,6 - 1,8
1,1-3 ani	13,3	8,1 - 18,5	3,0	0,4 - 5,6
3,1-7 ani	24,2	17,7 - 30,8	8,5	4,2 - 12,7
7,1-11 ani	17,1	11,2 - 22,7	4,2	1,2 - 7,3
11,1-14 ani	12,7	7,6 - 17,8	8,5	4,2 - 12,7
14,1-16 ani	1,8	0,2 - 3,9	0,6	0,6 - 1,8
16,1-18 ani	1,8	0,2 - 3,9	1,2	0,5 - 2,9

Meditând asupra datelor reflectate în tabel, putem constata că o podere mai elocventă este atestată la categoria de vârstă *3,1-7 ani,* anume la această vârstă 24,2% de copii (95% ÎÎ 17,7-

30,8) au un părinte migrant. În ordine descrescândă sunt prezentate celelalte categorii de vârstă: *7,1-11 ani* - 17,1% (95% IÎ 11,2-22,7) ; *1,1-3 ani* -13,3% (95% IÎ 8,1-18,5); *11,1-14 ani* - 12,7% (95% IÎ 7,6-17,8); *0-1 an* - 2,42% (95% IÎ 0,1-4,8); *14,1-16* ani și *16,1-18 ani* -1,8% (95% IÎ 0,2-3,9). Cota mai semnificativă a copiilor cu ambii părinți migranți a fost detectată la perioadele de vârstă *3,1-7* și *11,1-14 ani,* cea ce prezenta a câte 8,5% (95% IÎ 4,2-12,7) din copiii lotului de bază. Urmează perioadele de vârstă *1,1-3* și *7,1-11* ani cu rata ambilor părinți migranți, respectiv, de 3% (95% IÎ 0,4-5,6) și 4,2% (95% IÎ 1,2-7,3). La categoria de vârstă de *16,1-18* ani doar 1,2% (95% IÎ 0,5-2,9) de copiii ai lotului I au ambii părinți migrați la muncă. Cota cea mai inferioară a copiilor cu ambii părinți migrați a fost segregată în categoriile de vârstă *0-1* an și *14,1-16* ani - 0,6% (95% IÎ 0,6-1,8).

În cele ce urmează, ne-am axat pe evaluarea lotului de bază, sub aspectul circumstanțelor de conviețuire după migrația părinților. Am considerat oportun să identificăm persoanele în a căror grija sunt copiii migranților după plecarea unuia sau ambilor părinți la muncă peste hotarele țării (Figura 4.4).

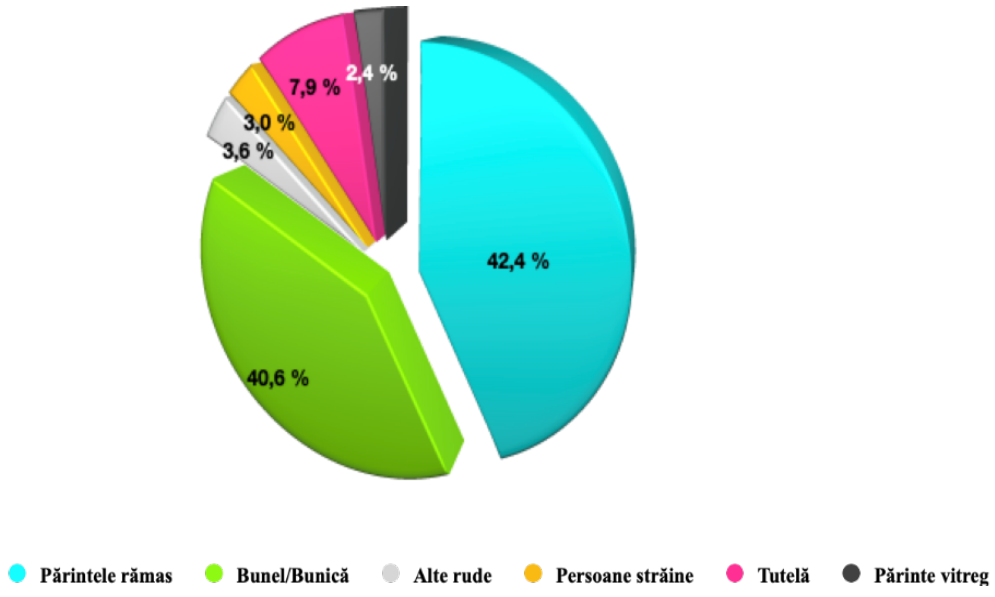


Fig. 4.4. Distribuirea persoanelor în a căror grijă au rămas copii lotului I

Sinteza datelor placardate în figură a pus în evidență că odată cu inițierea migrației parentale de muncă - 42,4% (95% IÎ 34,9-50,0) de copii sunt în grija părintelui rămas acasă; cota copiilor rămași în grija buneilor a constituit 40,6% (95% IÎ 33,1-48,1); au rămas în grija tutelei 7,9% (95% IÎ 3,8-12,0) de copii ai lotului de bază; sunt supravegheați de alte rude (unchi, tanti, frate, soră) - 3,6% (95% IÎ 0,8-6,5) de copii; grija persoanelor străine sau a părintelui vitreg au simțit, respectiv, 3% (95% IÎ 0,4-5,6) și 2,4% (95 % IÎ 0,1-4,8) de copii din lotul I. Comparând aceste date cu rezultatele lotului de control, am detectat diferențe de semnificație statistică

($\chi 2$=330,0; gl=7; p=0,000), posibil, generate de faptul că în lotul de control toți copiii erau în grija ambilor părinți, cu excepția celor din familii monoparentale.

4.2. Identificarea particularităților alimentației, igienei și de comportament ale pacienților din studiu

Pornind de la raționamentul dependenței sănătății copiilor de condițiile de trai și respectarea regulilor elementare de igienă, am fost motivați să apreciem frecvența efectuării deprinderilor igienice de către copiii incluși în studiu. Cu acest scop am analizat următoarele deprinderi igienice: *spălatul pe dinți; spălatul pe mâini cu săpun; scăldatul*. Totalurile obținute sunt fixate în Tabelul 4.3.

Tabelul 4.3. Frecvența efectuării deprinderilor igienice

Frecvența efectuării deprinderilor igienice	Lot I			Lot II			$\chi 2$, gl	p
	Abs.	%	IÎ 95 %	Abs.	%	IÎ 95 %		
Spălatul pe dinți								
• 1-2 ori/zi	91	55,8	48,2 - 63,5	129	78,74	72,4 - 84,9		
• 1 dată/zi	29	17,8	11,9 - 23,7	7	4,3	1,2 - 7,4	32,62	
• 1-2 ori/săptăm.	30	18,4	12,5 - 24,5	26	15,9	10,3 - 21,4	gl=4	p=0,000
• mai rar de o dată/săptămână	1	0,6	0,0 - 1,8	2	1,2	0,0 - 2,9		
• nu efectuează	12	7,4	3,4 - 11,4	-	-	-		
Scăldatul								
• 1-2 ori/zi								
• 1 dată/zi	1	0,6	0,0 - 1,8	15	9,2	4,8 - 13,6		
• 1dată/săptăm.	129	79,1	72,9 - 85,4	142	86,1	80,8 - 91,3	23,219	
• 1dată/2săptăm.	5	3,1	0,4 - 5,7	1	0,6	0,0 - 1,8	gl=5	p=0,000
• 1 dată/lună	18	10,9	6,2 - 15,7	11	6,7	2,9 - 10,6		
• mai rar de o dată/lună	3	1,8	0,0 - 3,9	-	-	-		
	3	1,8	0,0 - 3,9	-	-	-		
Spălatul pe mâini cu săpun	103	70,5	63,2 - 77,9	157	95,2	91,9 - 98,4	34,517	p=0,000
• 1-2 ori/zi	40	27,4	20,2 - 34,6	8	4,8	1,6 - 8,1	gl=2	
• 1 dată/zi	3	2,1	0,0 - 4,4	-	-	-		
• 1 dată/săptăm.								

În urma cercetării efectuate, în conformitate cu obiectivele trasate, am scos în evidență diferențe de semnificație statistică între loturile comparate la toate deprinderile igienice evaluate: *spălatul pe dinți (*$\chi 2$=32,63; gl=4; p=0,000*); spălatul pe mâini cu săpun (*$\chi 2$=34,517; gl=2; p=0,000*); scăldatul (*$\chi 2$=23,219; gl=5; p=0,000*)*. Se *spălau pe dinți de 1-2ori/zi* circa de 1,4 ori mai puțini copii marcați de migrația parentală 55,8% (95% IÎ 48,2-63,5) versus copiii lotului de control 78,7% (95% IÎ 72,4-84,9). Au menționat frecvența *toaletei dentare 1 dată/zi* mai frecvent

de circa 4,1 ori copiii lotului I -17,8% (95% IÎ 11,9-23,7) comparativ copiii lotului de control - 4,3% (95% IÎ 1,2-7,4). *Igiena dentară* cu frecvența *1-2 ori/săptămână* a fost anunțată de 18,4% (95% IÎ 12,5-24,5) de copii din lotul I, cea ce este de circa 1,2 ori mai frecvent în raport cu copiii lotului II - 15,9% (95% IÎ 10,3-21,4). De notat că 7,4% (95% IÎ 3,4-11,4) din copiii marcați de migrația parentală au relatat despre lipsa totală a toaletei dentare.

Se *scăldau* cu frecvența *1 dată/zi* de 1,1 ori mai rar copii din lotul I - 79,1% (95% IÎ 72,9 -85,4) spre comparație cu cei din lotul II - 86,1% (95% IÎ 80,8-91,3). Cu frecvența de *1 dată/săptămână se scăldau* - 3,1% (95% IÎ 0,4-5,7) de copiii din lotul de bază, cea ce era de circa 5,2 ori mai frecvent versus copiii lotului de control - 0,6% (95% IÎ 0,0-1,8). Prezentăm, în cele ce urmează, datele care denotă că copiii lotului I, fiind lipsiți de atenția și grija parentală, mai rar se scaldă față de copiii care nu au experiența migrației la muncă a părinților: *o dată la 2 săptămâni* se scăldau 10,9% (95% IÎ 6,2 -15,7) de copii ai lotului I și 6,7% (95% IÎ 2,9-10,6) de copii ai lotului II; scăldatul *o dată în lună* și *mai rar de o dată în lună* au menționat doar copiii lotului I - respectiv, a câte 1,8% (95% IÎ 0,0-3,9) de cazuri.

Spălatul pe mâini cu săpun 1-2 ori/zi au anunțat 70,5% (95% IÎ 63,2-77,9) de copii din lotul I, cea ce este de circa 1,4 ori mai inferior frecvenței menționate de copii lotului II - 95,2% (95% IÎ 91,9-98,4). Cota copiilor care au relatat despre *spălatul pe mâini cu săpun 1 dată/zi* a fost următoarea: 27,4% (95% IÎ 20,2-34,6) de copii din lotul I și 4,8% (95% IÎ 1,6-8,1) de copii din lotul II, raportul fiind de 5,7:1,0. Regretabil, dar copiii lotului de bază au menționat că se spală pe mâini cu săpun și mai rar, și anume: o dată/săptămână - 2,1% (95% IÎ 0,0-4,4) din copiii lotului de bază.

Sănătatea este una dintre cele mai importante valori atât pentru individ, cât și pentru societate, fiind totodată o condiție importantă a dezvoltării durabile a unei națiuni. Indivizii sănătoși pot să muncească și, implicit, să contribuie optim la bunăstarea socială. Există dovezi științifice incontestabile că o mare parte dintre bolile cronice pot fi prevenite sau apariția lor poate fi întârziată prin câteva modificări ale stilului de viață, constând, în esență, în adoptarea unei alimentații sănătoase [9, 48, 129]. Comportamentele privind alimentația trebuie cultivate prin educație cât mai de timpuriu. Copiii care învață de mici să consume zilnic micul dejun, să mănânce fructe și legume, să își prețuiască starea de sănătate, vor practica aceste deprinderi și în viața de adult și își vor educa, la rândul lor, copiii pe baza acestor principii. Familia are un rol esențial în crearea deprinderilor sănătoase ale copilului. Cu toate acestea, ne confruntăm, în etapa actuală, cu numeroase provocări socio-economice: părinți foarte ocupați; părinți plecați în străinătate, care petrec puțin timp cu copilul; tentații foarte mari legate de disponibilitatea, de

aspectul, de prețul alimentelor înalt procesate și de publicitatea realizată acestora, la care se adaugă pentru copiii de vârstă școlară și presiunea grupului.

În contextul celor relatate, am fost interesați să analizăm comparativ particularitățile alimentației copiilor incluși în studiu. Cu acest scop am recurs la aprecierea modificărilor survenite în alimentația copiilor pe parcursul ultimelor 12 luni (Tabelul A4.2). Procesând datele acumulate, am identificat că la copiii lotului II alimentația nu s-a modificat, cea ce a inițiat divergențele statistic semnificative în loturile comparate (χ^2=303,9; gl=6; p=0,000). În pofida faptului că părinții au migrat la muncă, fiind motivați de a ameliora calitatea vieții copiilor săi, totuși, doar 21,8% (95% IÎ 15,5-28,1) de copii au menționat despre ameliorarea alimentației sale. Ponderea mai avansată au prezentat copiii migranților la care alimentația nu a suportat careva modificări - 74,6% (95% IÎ 67,9-81,2). De notat că 3,6% (95% IÎ 0,8-6,5) de copii ai lotului de bază au relatat despre înrăutățirea alimentației pe parcursul ultimelor 12 luni.

În continuare prezentăm datele despre frecvența alimentației la copiii studiului, ilustrate în Figura 4.5.

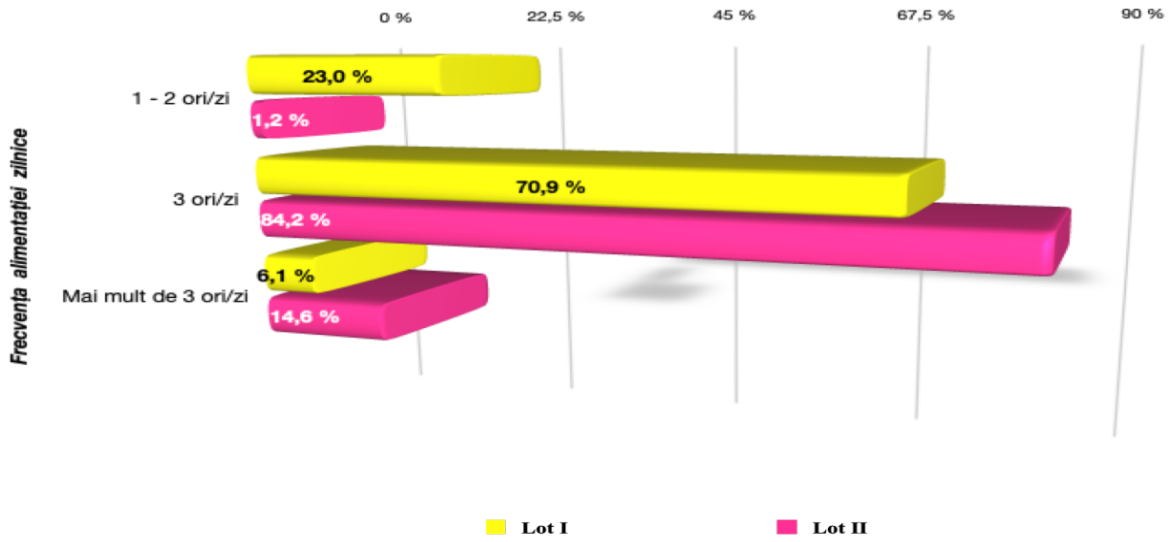


Fig. 4.5. Frecvența alimentației zilnice a copiilor incluși în studiu

Datele afișate în figură denotă ponderea cea mai mare a frecvenței alimentației de *3 ori/zi* la copiii lotului de control - 84,2% (95% IÎ 78,7-89,8) versus copiii lotului de bază - 70,9% (95% IÎ 64,5-77,8). Cota celor care au anunțat alimentația cu frecvența *1 - 2 ori pe zi* a fost de circa 19 ori mai considerabilă la copiii lotului I - 23% (95% IÎ 16,6-29,5) comparativ cu copiii lotului II - 1,2% (95% IÎ 0,5-2,9). Frecvența alimentației *mai mare de 3 ori pe zi* a fost consemnată de 2,4 ori mai des la copiii lotului II - 14,6% (95% IÎ 9,2-19,9) versus copiii lotului de bază - 6,1% (95% IÎ 2,4-9,7). Meditând asupra rezultatelor elucidate, putem presupune că condițiile de

existență diferite social-economice în loturile evaluate au contribuit la apariția deosebirilor statistic semnificative stabilite (χ^2=58,2; gl=2; p=0,000).

Pornind de la ipoteza decelării unor particularități ale alimentației copiilor incluși în studiu, în cele ce urmează, ne-am axat cercetarea pe analiza frecvenței utilizării celor mai importante produse alimentare pentru dezvoltarea sănătoasă și armonioasă a copiilor. Configurația datelor segregate a fost integrată în tabelul A4.4.

Sinteza datelor din tabel, la subiectul *frecvenței utilizării produselor din carne săptămânal*, denotă că cea mai mare cotă-parte revine copiilor lotului II - 97% (95% IÎ 94,4-99,6). Copiii lotului I la acest subiect au notat frecvența de 84,6% (95% IÎ 78,8-90,4). Frecvența *lunară* de utilizare a produselor din carne a fost mai elevată de circa 4,7 ori la intervievații lotului I - 14,1% (95% IÎ 8,5- 19,7) versus celor din lotul II - 3% (95% IÎ 0,4-5,6). Menționăm, că grație faptului condițiilor social-economice diferite de trai, alimentația cu produsele din carne cu o frecvență de *o dată la 3 luni* și *o dată la 6 luni* a fost evidențiată doar în lotul I - 0,7% (95% IÎ 0,0-2,0) de cazuri. Analiza datelor la capitolul *frecvența utilizării produselor din carne* a elucidat divergențe statistic semnificative la copiii loturilor comparate (χ^2=15,112; gl=3; p=0,002).

Copii din lotul de control au prezentat ponderea de circa 1,1 ori mai sporită la compartimentul *frecvenței utilizării săptămânale a produselor din pește* 50,4% (95% IÎ 41,7-59,1) în comparație cu copiii lotului de bază 44,5% (95% IÎ 36,9-52,1). Frecvența *lunară* de folosire a produselor din pește, a fost, ca și în cazul precedent, mai mare la copiii lotului II, comparativ cu cei din lotul I de 1,1 ori - 50,6% (95% IÎ 43,0-58,3) și, respectiv, 47,2% (95% IÎ 36,6-55,9) de cazuri. *O dată la 3 luni* se alimentau cu pește de 2,3 ori mai mulți copii neafectați de migrație 3,7% (95% IÎ 0,8-6,5) spre comparație cu copiii lotului I - 1,6% (95% IÎ 0,0-3,7). Foarte rar, *o dată la 6 luni*, foloseau produse din pește 1,2% (95% IÎ 0,0-2,9) de copii din lotul II și 0,8% (95% IÎ 0,0-2,3) de copii din lotul I. La analiza comparativă a datelor loturilor studiate nu au fost consemnate divergențe statistic semnificative (χ^2=1,951; gl=3; p=0,583).

Referitor la utilizarea *săptămânală* în alimentație *a ouălelor*, am remarcat predominanța categorică a cotei copiilor din lotul II - 96,4% (95% IÎ 93,5-99,2) versus copiii lotului I - 80,7% (95% IÎ 74,3- 87,0). *Lunar* foloseau ouăle în meniu de 8,0 ori mai mulți copii din lotul de bază, comparativ cu copiii lotului de control: 19,3% (95% IÎ 13,0-25,7) și, respectiv, 2,4% (95% IÎ 0,1-4,8). Se alimentau cu ouă cu frecvența de *o dată la 3 luni* și *o dată la 6 luni* doar copiii din lotul II, respectiv, a câte 0,6% (95% IÎ 0,0-1,8). Datele prezentate au manifestat divergențe statistic considerabile la loturile comparate (χ^2=25,440; gl=3; p=0,000).

La subiectul *frecvenței alimentației săptămânale cu brânzeturi* putem relata că o pondere nesemnificativ mai evidentă au notat copiii lotului I - 78,3% (95% IÎ 71,6-85,1) contra la 71,3% (95% IÎ 64,4-78,3) de copii din lotul II. O cotă mai superioară de 1,4 ori au prezentat copiii lotului II ce folosesc brânzeturi *lunar* - 28% (95% IÎ 21,2-34,9) în raport cu copiii lotului I - 19,6% (95% IÎ 13,1-26,1). Ponderea copiilor care au în meniu brânzeturi *o dată la 3 luni* a fost aproximativ egală în ambele loturi: 0,7% (95% IÎ 0,0-2,1) la copii lotului de bază și 0,6% (95% IÎ 1,04-3,9) la copiii lotului de control. Au menționat frecvența alimentației cu brânzeturi *o dată la 6 luni* doar copiii migranților, ceea ce a constituit 1,4% (95% IÎ 0,0-3,3) din copiii lotului menționat. Cuantificarea datelor elucidate a permis constatarea lipsei în loturile comparate a diferențelor statistice convingătoare (χ^2=5,075; gl=3; p=0,166).

Grație interviului practicat, am elucidat tendința frecvenței utilizării celorlalte produse lactate de către copiii loturilor evaluate: smântâna, untul și laptele erau folosite în meniu mai des de către copiii lotului II, ponderea la capitolul *utilizării săptămânale* fiind: la *smântână și unt* de 97% (95% IÎ 94,4 -99,6), iar la *lapte* de 97,6% (95% IÎ 95,2-99,9). La capitolul utilizării *lunare* a produselor menționate, o cotă parte mai superioară au înregistrat copiii lotului I - 29,6% (95% IÎ 21,9-37,3) versus 2,4% (95% IÎ 0,1-4,8); 8,3% (95% IÎ 3,8-12,8) versus 2,4% (95% IÎ 0,1-4,8) și 13,2% (95% IÎ 7,7-18,7) versus 2,4% (95% IÎ 0,1-4,8) de cazuri. Am remarcat o predominanță nesemnificativă la capitolul utilizării lactatelor cu o frecvență de *o dată la 3 luni* la intervievații din lotul I: *smântână, untul* și *laptele*, respectiv, a câte - 0,7% (95% IÎ 0,0-2,2), comparativ cu cota pentru *smântână* și *unt* de 0,6% (95% IÎ 0,0-1,8) a copiilor lotului de control. Situația precară în familiile cu părinți migranți a condiționat alimentația insuficientă a unor copii, ceea ce poate fi distins din relatările despre utilizarea cu frecvența de *1 dată la 6 luni* a următoarelor produse lactate: smântână, unt și lapte a câte 0,7% (95% IÎ 0,0-2,1) de cazuri. Cercetarea a consemnat deosebiri statistice semnificative la loturile comparate pe filiera frecvenței utilizării smântânei (χ^2=45,654; gl=3; p=0,000) și laptelui (χ^2=16,808; gl=4; p=0,002), cu excepția untului (χ^2=6,627; gl=3; p<0,085).

Fiind motivați de ipoteza necesității de suplinire a alimentației copiilor cu supe și terciuri, am fost interesați să apreciem frecvența lor în meniul copiilor incluși în studiu. Copiii din ambele loturi au menționat alimentația *săptămânală cu supe* cu mici deosebiri în pondere: lotul I - 92,5% (95% IÎ 88,3-96,8) și lotul II - 98,8% (95% IÎ 97,1-100,5). Analiza integrală a frecvenței alimentației cu supe (segregată după intervale de timp) a notat diferențe de semnificație statistică (χ^2=7,656; gl=1; p=0,006).

În cadrul interviului 87% (95% IÎ 81,3-92,8) de copii din lotul I au anunțat alimentația *săptămânală* cu terciuri versus 98,8% (95% IÎ 97,1-100,5) de copii din lotul II, ceea ce constituie o pondere de 1,1 ori mai inferioară. De menționat că în 12,2% cazuri (95% IÎ 3,60-76,1) copiii migranților se alimentau cu terci *lunar,* iar 0,8% (95% 0,0-2,3) de copii utilizau produsul *o dată la 6 luni*. Compararea loturilor evaluate la acest capitol a identificat divergențe statistic relevante (χ^2=16,874; gl=2; p=0,000). Reieșind din raționamentul că terciul este o adevărată comoară de nutrienți și este foarte important să se regăsească în alimentația copiilor, putem presupune că o alimentației defectuoasă cu acest produs poate contribui la apariția unor maladii carențiale sau perturbări de imunitate.

În alimentaţia copiilor aportul de legume şi fructe este absolut necesar, fiind principala sursă de carbohidraţi, dar şi de minerale şi vitamine. Pe lângă aceasta, fructele şi legumele reprezintă o sursă importantă de apă, care completează aportul de lichide zilnic, precum şi de fibre absolut necesare pentru buna funcţionare a tubului digestiv. Sub acest aspect, am fost curioși să analizăm particularitățile de alimentație cu fructe și legume ale copiilor loturilor comparate. În acest context, putem relata că atât fructele, cât și legumele se administrau în alimentație cu frecvențe diferite statistic semnificative (respectiv χ^2=21,672; gl=3; p=0,000; și χ^2=17,724; gl=4; p=0,000). Toți copiii lotului II *săptămânal* foloseau în meniu fructe. Spre deosebire de ei, copiii lotului I se alimentează cu fructe *săptămânal* în 87,5% (95% IÎ 81,1-93,9), *lunar* - în 7,7% (95 % IÎ 2,61-12,8), iar o cotă de 3,8% (95% IÎ 0,2-7,5) de cazuri au anunțat folosirea fructelor în alimentație *o dată la 6 luni*. La capitolul *alimentației cu legume* putem menționa următoarele: majoritatea copiilor lotului II primesc fructe *săptămânal* - 93,8% (95% IÎ 90,1-97,5), ceea ce este de 1,2 ori mai frecvent în comparație cu cei din lotul I - 76,8% (95% IÎ 69,0-84,6) de cazuri. Totodată, menționăm că o cotă considerabilă a copiilor lotului I se alimentau cu legume *lunar* - 20,5% (95% IÎ 13,1-28,0).

Analiza răspunsurilor desprinse din anchetele autoraportate a evidențiat următoarele: grație costului neînsemnat al pastelor făinoase, le foloseau în alimentație *săptămânal* - 94,1% (95% IÎ 90,2-98,1) de copii ai lotului I și 98,8% (95% IÎ 97,1-100,5) de copiii ai lotului II. De notat că diferențele elucidate nu s-au dovedit a fi statistic semnificative (χ^2=5,196; gl=2; p=0,074).

Dulciurile au fost, sunt si vor fi întotdeauna una dintre cele mai mari tentații ale copilăriei. Din relatările expuse în cadrul interviurilor, am desprins că, frecvent părinții migranți, spre a suplini golul comunicărilor cu copiii săi, le expediază dulciuri sau remitențe, care, ulterior, pot fi folosite pentru procurarea dulciurilor. Rezultatele studiului nostru a evidențiat că, în pofida

existenței diferențelor în posibilitățile financiare ale familiilor evaluate, atât copiii lotului I, cât și copiii lotului II se bucurau *lunar* de dulciuri cu cote diferite nesemnificativ - 15,2% (95% IÎ 9,5-21,0) și, respectiv, 20,2% (95% IÎ 14,1-26,4) de cazuri. Spre mirarea noastră, aceeași tendință am detectat și la capitolul folosirii dulciurilor *săptămânal*: copiii migranților prezentau ponderea de - 82,8% (95% IÎ 76,8-88,8), iar copiii lotului II - 79,1% (95% IÎ 72,9-85,4). Variațiile de frecvențe ale loturilor evaluate, pe filierele analizate, nu au manifestat semnificații statistice (χ^2=2,727; gl=3; p=0,436).

Toţi copiii Republicii Moldova au dreptul egal la educaţie la toate nivelurile şi toate formele, indiferent de gen, rasă, naţionalitate, religie sau afiliere politică şi indiferent de statutul social sau economic. Acest drept este prevăzut în Legea învăţământului nr. 547 [138]. În instituţiile de învăţământ publice educaţia este gratuită şi statul garantează dreptul la educaţie în interesul individului şi al societăţii. "...Educaţia îi permite copilului să-şi croiască propria personalitate constituită din ansamblul organizat ierarhic al însuşirilor fizice, intelectuale, afective, social-morale şi volitiv-caracteriale. Şcoala, principalul factor de educare şi formare a personalităţii copilului şi a viitorului adult, poartă răspunderea realizării şi pregătirii sale, astfel încât acesta să se poată adapta condiţiilor în schimbare ale mediului socio-cultural. Printre finalităţile educaţiei se află formarea unui comportament civilizat şi a unor calităţi morale precum: cinstea, corectitudinea, sinceritatea, respectul faţă de părinţi, faţă de colegi şi faţă de muncă, în scopul dezvoltării libere, armonioase şi a formării profilului moral al personalităţii elevului"[17]. Lipsa de supraveghere din partea părinților migrați pune în pericol interesele şi preocupările copilului, conjugate educaţiei, favorizând concentrarea acestora pe activităţi de tip recreativ în condiţiile în care nici şcoala nu are întotdeauna mecanismele necesare de corectare a acestor tendinţe. Ținând cont de cele relatate, ne-am propus să estimăm impactul migrației parentale de muncă asupra incluziunii copiilor în procesele educaționale. La prima etapă a acestei estimări am examinat vârsta incluziunii educaționale a copiilor incluși în studiu. Configurația datelor primite a fost integrată în Tabelul 4.4.

Tabelul 4.4. Vârsta incluziunii educaționale a copiilor incluși în studiu

Vârsta instituționalizării	Lot I			Lot II		
	Abs.	%	IÎ 95 %	Abs.	%	IÎ 95 %
Până la vârsta: de 3 ani	26	15,8	10,2 - 21,3	35	21,3	15,08 - 27,4
3.1-6 ani	29	17,6	11,8 - 23,4	3	1,8	0,2 - 3,9
6.1-7 ani	56	33,9	26,7 - 41,2	8	4,8	1,6 - 8,1
7.1-8 ani	22	13,3	8,1 - 18,5	116	70,3	63,3 - 77,3
După vârsta de 8 ani	32	19,4	13,4 - 25,4	3	1,8	0,2 - 3,9

Prin rezultatele prezentate în tabel, consemnăm că în procesele educaționale până la vârsta de 7 ani sau încadrat cu o pondere mai mare copiii lotului I: *până la vârsta de 3 ani* - 15,8% (95% IÎ 10,2-21,3) de cazuri; la *3,1- 6 ani* - 17,6% (95% IÎ 11,8-23,4) versus 1,8% (95% IÎ 0,2-3,9) de copii ai lotului II; la *6,1- 7 ani* - 33,9% (95% IÎ 26,7-41,2) versus 4,8% (95% IÎ 1,6-8,1) de copii ai lotului de control. Totodată, am evidențiat în cadrul evaluării că majoritatea copiilor lotului II au fost înmatriculați în instituțiile educaționale școlare în perioada de vârstă de 7,1 - 8 ani, ponderea fiind de 70,3% (95% IÎ 63,3-77,3), comparativ cu cota de 13,3% (95% IÎ 8,1-18,5) a copiilor din lotul I. Menționăm că, aproximativ 1/5 din copiii migranților sunt incluzionați la școală tardiv - după vârsta de 8 ani : 19,4% (95% IÎ 13,4-25,4) de cazuri versus 1,8% (95% IÎ 0,2-3,9) de copii ai lotului de control. În urma cercetării vârstei de incluziune în instituțiile educaționale a copiilor studiului, au fost constatate deferențe de semnificație statistică (χ^2=178,8; gl=9; p=0,000).

Două din cele mai mari riscuri la care sunt supuşi cel mai des copiii lăsaţi fără grija părintească este *abandonul şcolar* şi *reuşita academică modestă*, ambele fiind corelate cu problemele sociale de mai târziu. Implicarea părinţilor în procesul de organizare a regimului şcolar este esenţială, părinţii având roluri atât de monitorizare, cât şi de orientare. Lipsa controlului şi suportului conduce la o frecvenţă redusă, ocazională sau chiar la abandon şcolar. În conformitate cu cele relatate, am meditat asupra particularităților abandonului școlar la copiii incluși în studiui

Analiza datelor relevă că copiii migranților mai frecvent abandonează școala versus copiii lotului de control, raportul fiind de 11,0:1,0. Copiii migranților inițiază abandonul școlar în termenii următori: 3% (95% IÎ 0,4-5,6) din totalul copiilor lotului I după clasele 4 - 7, iar în 2,4% (95% IÎ 0,1-4,8) de cazuri după clasele 8 - 9. La analiza comparativă a termenului de abandon școlar în loturile studiate nu s-au notat diferențe de semnificație statistică (χ^2=1,091; gl=2; p=0,580).

Următoarea acțiune în cadrul studiului a fost segregarea motivelor abandonului școlar la copiii migranților. În cadrul interviului copiilor excluzionați din instituțiile educaționale, aproximativ 1/2 au relatat ca motiv al abandonului școlar este “insistența rudelor sau a tutelei”, ceea ce a constituit 45,5%. O cotă identică de circa 18% au notat următoarele motive ale abandonului școlar: lipsa surselor financiare pentru rechizite, grija fraților mai mici și angajarea în câmpul muncii. Convorbirea cu copiii studiului ne-a oferit o informație veridică despre debutul abandonului studiilor: 18,2% din copii au abandonat procesul educational deja *peste 6 luni* după plecarea părinților la muncă; aceeași cotă a fost anunțată la perioada *1-2 ani* după

migrarea părinților; peste 2,1-3 ani de migrațiune la muncă a părinților au părăsit incinta școlii aproximativ 1/3 de copii (36,4%), iar 45,5% de copii au finisat studiile după 3 ani de migrație parentală la muncă. În baza analizei complexe a interviurilor, am stabilit că 12,1% de copiii ai migranților lipsesc nemotivat de la studii versus 1,2% de copii din lotul de control, ceea ce conturează raportul de 10,0:1,0.

Cercetarea a succedat cu analiza costurilor suportate pentru asigurarea procesului educational. Rezultatele cuantificate sunt înscrise în Tabelul 4.5.

Tabelul 4.5. Cheltuieli financiare suportate pentru procesul educational, (lei/an)

Suma cheltuielilor financiare	Lot I			Lot II		
	Abs.	%	IÎ 95 %	Abs.	%	IÎ 95 %
Mai puțin de 50 lei	15	9,1	4,7 - 13,5	-	-	-
50-100 lei	44	26,7	19,9 - 33,4	22	13,3	8,1 - 18,5
101- 300 lei	80	48,4	40,9 - 56,1	75	45,5	38,8 - 53,4
301 - 500 lei	17	10,3	5,7 - 14,9	33	20,0	13,9 - 26,1
Mai mult de 500 lei	9	5,5	0,8 - 8,9	35	21,2	15,0 - 27,4

Notă: $\chi 2=44,616$; gl=6; p=0,000

Costuri în volum de *101-300 lei/anual* au remarcat majoritatea copiilor atât din lotul I, cât și cei din lotul II: 48,4% (95% IÎ 40,9-56,1) și, respectiv, 45,5% (95% IÎ 38,8-53,4) de copii. La copiii lotului I urmează consecutiv ponderea costurilor în volum de *50-100 lei/an* - 26,7% (95% IÎ 19,9- 33,4) versus 13,3% (95% IÎ 8,1-18,5) de copii ai lotului II. Cheltuieli în diapazonul *301-500 lei/an* au menționat de 2 ori mai mulți copii din lotul II - 20% (95% IÎ 13,9-26,1) versus 10,3% (95% IÎ 5,7-14,9) de copii din lotul I. A cincea parte din copiii lotului II au anunțat suma utilizată pentru necesitățile educaționale, în volum *mai mare de 500 lei/an* - 21,2% (95% IÎ 15,0-27,4), ceea ce se constata de aproximativ patru ori mai rar printre copiii lotului I - 5,5% (95% IÎ 0,8-8,9). De notat că 9,1% (95% IÎ 4,7-13,5) de copiii ai migranților au declarat costuri până la 50 lei/an, folosite pentru strictul necesar de rechizite școlare. Acești copii erau din familii monoparentale; cu mulți copii sau trăiau sub pragul sărăciei. Pe această filieră, în loturile comparate au fost elucidate diferențe statistic semnificative ($\chi 2=44,616$; gl=6; p=0,000).

În contextul relatărilor unor autori despre efectul negativ al plecării la muncă a părinților asupra performanțelor școlare, am recurs la evaluarea reușitei copiilor incluși în studiu [17, 38, 54]. Rezultatele sunt redate panoramic în Figura 4.6.

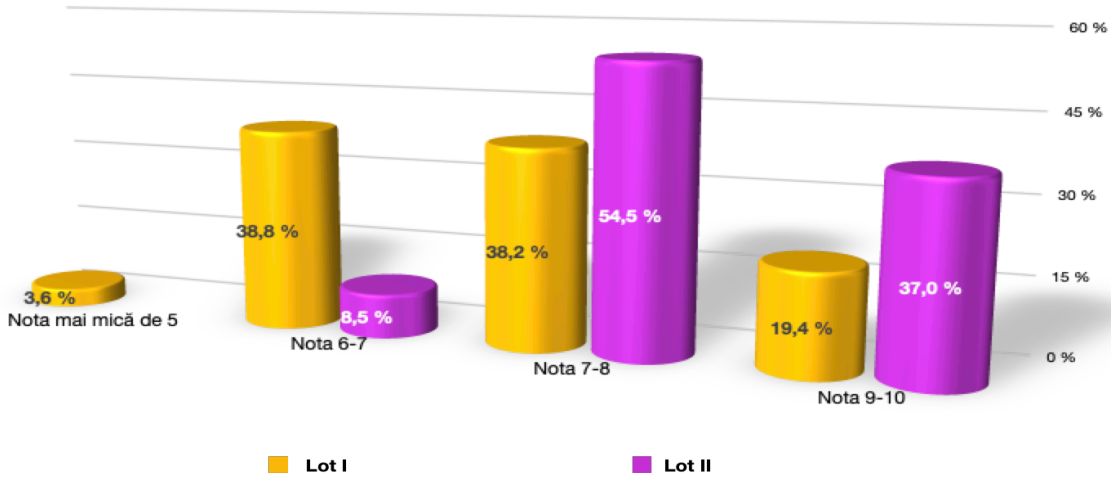


Fig. 4.6. Reușita școlară a copiilor incluși în studiu, (nota medie)

Materialul integrat în figură denotă că copiii fără experiența migrației parentale de muncă prezintă o reușită mai bună în comparație cu copiii migranților. Aceasta poate fi ilustrat prin următoarele: *note de 7-8* primesc 54,5% (95% IÎ 53,9-61,5) de copii din lotul II, cea ce este de circa 1,4 ori mai frecvent versus copiii lotului I - 38,2% (95% IÎ 30,8-45,6). Aproximativ 1/3 din copiii lotului II învață bine și foarte bine, primind *note de 9 și 10* - 37% (95% IÎ 29,6-44,3), cea ce este de 1,9 ori mai frecvent, comparativ cu copiii din lotul I - 19,4% (95% IÎ 13,4-25,4) de cazuri. *Note de 6-7* au o pondere de 4,6 ori mai avansată la copiii lotului I - 38,8% (95% IÎ 31,4-46,2), comparativ cu cei din lotul II - 8,5% (95% IÎ 4,2-12,7). *Note mai mici de 5* au fost anunțate doar de 3,6% (95% IÎ 0,8-6,5) de copii din lotul I. Analiza reușitei copiilor incluși în studiu a conturat devieri statistic semnificative încorporate în Tabelul A4.5 (p=0,000).

Posibilitatea de a migra şi de a trimite remitenţe poate diminua riscul sărăciei în cazul gospodăriei celui plecat, poate reduce nevoia copiilor de a abandona şcoala sau/şi de a fi ocupat. Însă, inabilitatea de a trimite remitenţe sau trimiterea de remitenţe insuficiente ar putea fi o povară pentru copii, deoarece anume dânşii ar putea fi cei care vor trebui să substituie membrii migranţi. Este necesar de menţionat că copii migranților sunt un grup deosebit de vulnerabil riscului excluziunii sociale, datorită faptului că aceştia nu pot să-şi genereze propriile venituri, să participe deplin la luarea deciziilor, respectiv într-o măsură neînsemnată pot influenţa soluţionarea problemelor familiei, mai puţin sau chiar deloc problemelor social-economice. În contextul celor relatate, am contunuat studiul axându-ne pe aprecierea participativității copiilor în activitățile economice cu scopul ameliorării situației materiale proprii. Inițial am examinat structura activităților în gospodăriile proprii, orientate spre obținerea și prelucrarea produselor vegetale și animaliere (Figura 4.7).

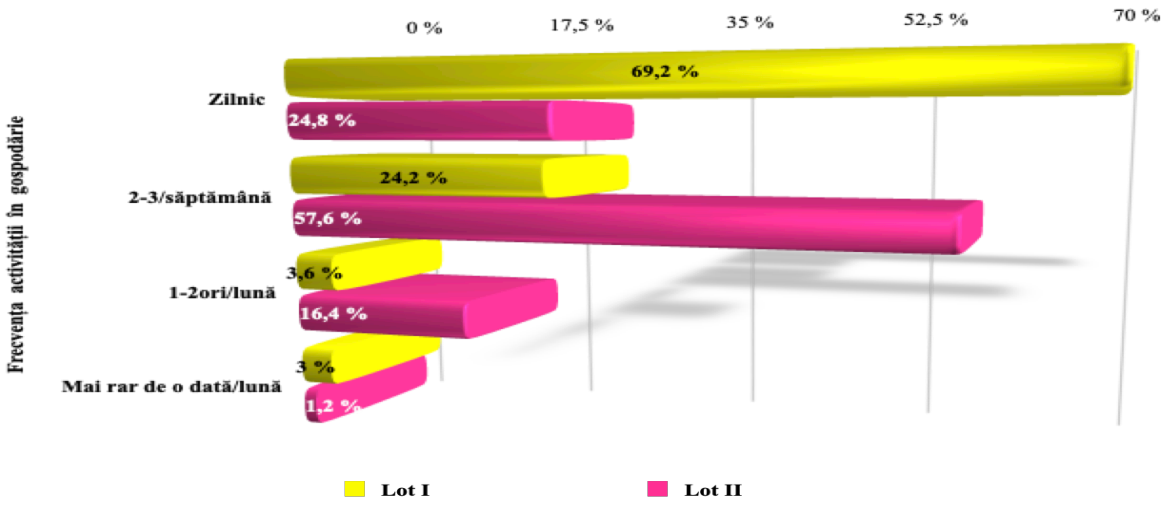


Fig. 4.7. Structura activității în gospodăria proprie

La capitolul „ *activitate zilnică în gospodăria proprie”* o pondere mai elevată am distins la copiii lotului I - 69,2% (95% IÎ 62,0-76,1), ceea ce este de 2,8 ori mai mult versus cotei copiilor lotului II - 24,8% (95% IÎ 18,3-31,4). In același timp, copiii din lotul II munceau de *2-3 ori/săptămână* în gospodăriile proprii cu o cotă de 57,6% (95% IÎ 50,2-64,7) versus copiilor din I lot - 24,2% (95% IÎ 17,7-30,8) de cazuri. Am constatat deosebiri statistic semnificative și la celelalte frecvențe de activități în gospodăriile proprii (χ^2=20,69; gl=5; p=0,001; tabelul A4.6), spre exemplu, copiii migranților mai rar lucrau cu frecventele *de 1- 2 ori pe lună* - 3,6% (95% IÎ 0,8-6,5) de cazuri și *mai rar de 1 data în lună* în 3,0% (95% IÎ 0,4-5,6) versus copiii lotului II, respectiv: 16,4% (95% IÎ 10,7-22,0) și 1,2% (95% IÎ 0,5-2,9) de cazuri. Prelucrarea analitică a interviurilor a scos în evidență că 12,1% de copii ai migranților au activat *în afara gospodăriilor proprii:* 8,5% (95% IÎ 4,2-12,7) de copii au lucrat contra plată, iar 3,6% (95% IÎ 0,8-6,5) de copii au fost remunerați “barter”.

Consecinţele pentru copiii lăsaţi acasă în grija unui singur părinte, a familiei extinse sau buneilor care şi aşa o duc greu, nu pot să compenseze costurile emoţionale şi riscurile sociale pe care le generează despărţirea copiilor de părinţii plecaţi peste hotare. Cercetările calitative demonstrează că, copiii rămaşi „singuri acasă” din cauza migraţiei părinţilor suferă de perturbări în dezvoltarea emoţională şi socială, care produc un impact enorm asupra situaţiei psihologice şi stilului lor de viaţă.

Pentru a obține o imagine complexă a statutului psiho-emoțional la copiii incluși în studiu, investigarea noastră a impus estimarea particularităților comportamentale, notate pe parcursul ultimei luni (Figura 4.8).

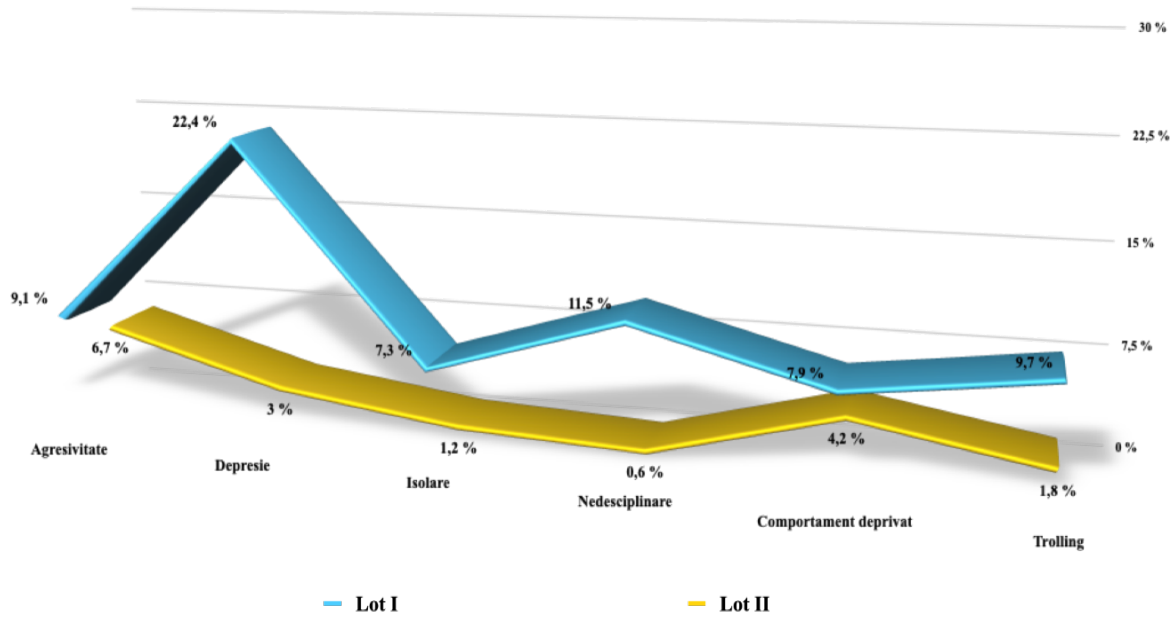


Fig. 4.8. Spectrul particularităților comportamentale ale copiilor incluși în studiu

În urma cercetării efectuate, în conformitate cu obiectivele trasate, am evidențiat un spectru de devieri comportamentale, care, posibil, sunt generate de situațiile stresante prin care trec complicat unii copii incluși în studiu. Materialul investigării comparative a loturilor studiului, pe filiera enunțată, indică existența diferențelor statistice semnificative la capitolele: agresivitate, depresie, izolare, nedisciplinare ($\chi 2$=74,154; gl=11; p=0,000; Tabelul A4.7). Sunt extrem de alarmante datele prezentate în Figura 4.8, deoarece ele indică apariția unor comportamente deviante la copiii studiului, generatoare ale perturbărilor de sănătate, calitate a vieții și, în cazuri excepționale, inițierii suicidului. Afirmațiile expuse sunt afiliate, în marea măsură, copiilor lotului I, întrucât anume la ei se evidențiază ponderea mai elevată a devierilor comportamentale. Spre exemplu, *stare depresivă* la copiii migranților a fost anunțată cu o pondere de 22,4% (95% IÎ 16,1-28,8) versus 3% (95% IÎ 0,4-5,6) a copiilor lotului II, cu alte cuvinte, este mai frecventă de circa 7,5 ori; *nedisciplinarea* a fost menționată de circa 19 ori mai des la copiii I lor, comparativ cu cei din lotul II: 11,5% (95% IÎ 6,6-16,4) și, respectiv, 0,6% (95% IÎ 0,6-1,8) de cazuri. *Agresivitatea* avea o cotă parte mai avansată, la fel la copiii migranților versus copiii lotului II: 9,1% (95% IÎ 4,7-13,5) și, respectiv, 6,7% (95% IÎ 2,9-10,5). În cadrul interviului 9,7% (95% IÎ 5,2-14,2) de copiii a lotului I au relatat că au fost supuși trollingul-ui, ceea ce alcătuia o pondere de circa 5,4 ori mai consistentă în comparație cu cea a copiilor lotului II - 1,8% (95% IÎ 0,2-3,9). Comportament deprivat, generat de utilizarea băuturilor alcoolice, drogurilor și produselor de tutungerie a fost constatat cu o pondere de 1,9 ori mai superioară la copiii lotului I - 7,9% (95% IÎ 3,8-12,0%), comparativ celei a copiilor din lotul II - 4,2% (95% IÎ 1,2-7,3) de cazuri. De menționat că și *izolarea* a fost regăsită de circa 6

ori mai frecvent printre copiii migranților - 7,3% (95% IÎ 3,3-11,2) versus copiilor lotului II - 1,2% (95% IÎ 0,5-2,9).

In cele ce urmează, ne-am axat pe evaluarea spectrului sentimentelor retrăite de copiii loturilor studiate. Rezultatele cuantificate sunt integrate în tabelul 4.6.

Tabelul 4.6. Spectrul sentimentelor copiilor incluși în studiu

Sentimentele copiilor	Lot I			Lot II		
	Abs.	**%**	**IÎ 95 %**	**Abs.**	**%**	**IÎ 95 %**
Tristețe, depresie, inutilitate (*ultima săptămână*)	59	35,8	28,4 - 43,1	11	6,7	2,9 - 10,5
Tristețe, inutilitate, depresie (*ultimele 2 săptămâni*)	44	26,7	19,4 - 33,4	3	1,8	0,2 - 3,9
Tristețe, inutilitate, depresie *(ultimele 12 luni*)	36	21,8	15,5 - 28,1	3	1,8	0,2 - 3,9
A meditat despre suicid	2	1,2	0,5 - 2,9	-	-	-
Anxietate, insomnie (*ultimele 6 luni*)	40	24,2	17,7 - 30,8	5	3,0	0,4 - 5,6
Dezaprobat de cei din jur	7	4,2	1,2 - 7,3	4	2,4	0,1 - 4,8
A suferit agresiune, intimidare (*ultima lună)*	12	7,3	3,3 - 11,2	2	1,2	0,5 - 2,9

Notă: $\chi 2=255,48$; gl=39; p=0,000

Analiza comparativă a rezultatelor afișate în Tabelul 4.6 a conturat diferențele statistic semnificative la capitolul evaluat ($\chi 2=255,48$; gl=39; p=0,000). Datele prezentate au evidențiat că copiii migranților sunt mai expuși sentimentelor, retrăirilor și emoțiilor cu potențial de perturbare a sănătății psihice sau periculoase, fiind generatoare de suicid. De exemplu, ponderea copiilor care au simțit tristețe, inutilitate, depresie, pe parcursul ultimelor 1 - 2 săptămâni sau 12 luni a fost covârșitor mai mare la copiii migranților: respectiv, 35,8% (95% IÎ 28,4-43,3), 26,7% (95% IÎ 19,4-33,4), 21,8% (95% IÎ 15,5-28,1) versus copiilor din al II lot - 6,7% (95% IÎ 2,9-10,5) și a câte 1,8% (95% IÎ 0,2-3,9) de cazuri. Anxietate și insomnie pe parcursul ultimelor 6 luni au menționat de circa 8 ori mai mulți copii ai migranților - 24,2% (95% IÎ 17,7-30,8), comparativ cu copiii lotului I - 3,0% (95% IÎ 0,4-5,6) de cazuri. Agresiune și intimidare pe parcursul ultimei luni a suferit fiecare al 14-lea copil din lotul I - 7,3% (95% IÎ 3,3-11,2); dezaprobare de cei din jur au anunțat 4,2% (95% IÎ 1,2-7,3) de copii din același lot, tot ei au mărturisit despre meditațiile asupra suicidului în 1,2% (95% IÎ 0,5-2,9) de cazuri.

Informația expusă denotă că copiii separați de părinți pe motivul migrației de muncă suportă deja din primele zile a migrării părinților - stări emoționale excepționale care pot declanșa un dezechilibru al statutului psiho-emoțional și sănătății mintale. Cele expuse evocă necesitatea aplicării asistenței speciale pedagogice, psihologice sau, la necesitate, psihiatrice din momentul inițierii migrației de muncă, spre a preveni problemele posibile de sănătate mintală.

Absența supravegherii și neglijența părinților pot acționa ca factori de risc pentru declanșarea la copii a unui comportament delincvent și inițierea deprinderilor nocive pentru sănătate. Din considerentele expuse, am purces la aprecierea spectrului deprinderilor nocive și a vârstei de inițiere a lor.

Analizând rezultatele realizate în cadrul cercetării noastre, am remarcat că cele mai vulnerabile perioade de vârstă pentru dezvoltarea deprinderilor nocive au fost 10,1-14 ani și 14,1-18 ani. Procesând datele cu referire la frecvența deprinderilor nocive, am identificat faptul că atât la copiii migranților, cât și la copiii lotului de control nu am sesizat devieri semnificative statistice: *tabagism* 9,1% (95% IÎ 4,7-13,5) la copiii I lot și, respectiv, 6,7% (95% IÎ 2,9-10,5) la copiii lotului II (χ^2=4,015; gl=2; p=0,134); *utilizarea alcoolului* - 6,7% (95% IÎ 2,9-10,5) la copiii I lot și 1,8% (95% IÎ 0,2-3,9) la cei din lotul II (χ^2=0,141; gl=1; p=0,707); experiența drogării și relațiilor sexuale precoce au relatat copiii ambelor loturi comparate cu aceeași frecvență de 0,6% (95 % IÎ 0,6-1,8). Datele obținute în studiul nostru, cu referință la frecvența deprinderilor nocive, sunt contradictorii celor relatate de alți autori, care expun informația despre o răspândire cu mult mai vastă a acestor deprinderi printre copiii adolescenți [51]. Am putea explica acest fapt prin utilizarea în studiul nostru a metodei intervievării directe a participantului, iar autorii menționați au utilizat metoda anchetării anonime, ce poate degaja sinceritatea celui evaluat.

Este absența părinților un factor în măsură să sporească riscul copiilor de a fi supuși unor abuzuri? Aceasta a fost o altă întrebare la care ne-am propus să răspundem prin cercetarea noastră. Analizele efectuate pe baza declarațiilor copiilor, cu regret, dar susțin o asemenea ipoteză. Deși, copiii trăiesc experiențe și diverse forme de abuzuri indiferent dacă au sau nu părinți plecați în străinătate, diferențele dintre ei sunt semnificative în ceea ce privește abuzurile psihice, fizice și sexuale (χ^2=299,4; gl=8; p=0,000; Tabelul A4.8). In Figura 4.9 sunt prezentate panoramic rezultatele segregate în cercetarea noastră.

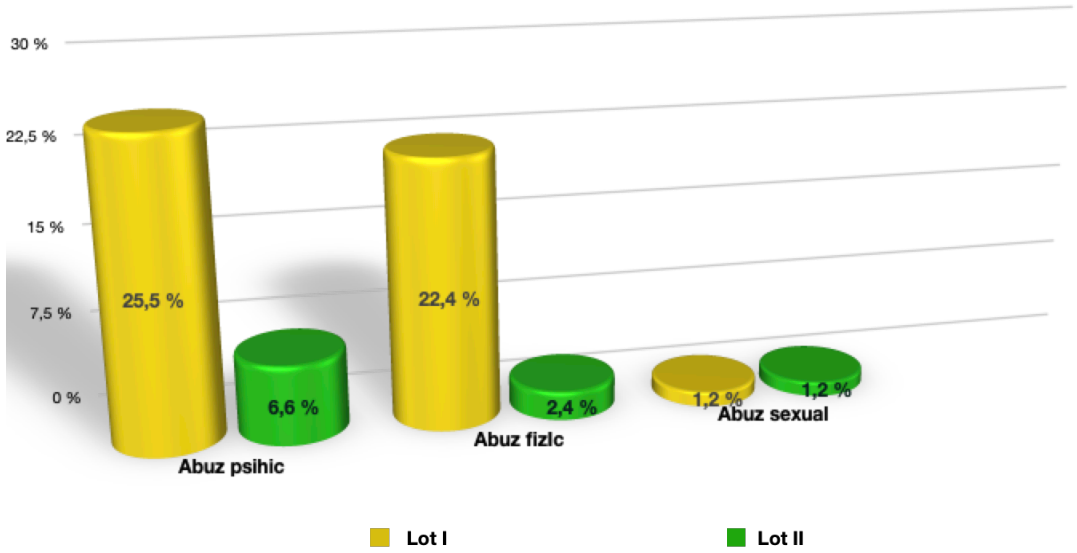


Fig. 4.9. Distrubuția abuzurilor suportate de copiii incluși în studiu

Consemnăm, prin rezultatele prezentate, că copiii ambelor loturi au fost supuși diferitelor forme de abuzuri, dar, totuși, copiii migranților au înglobat o pondere mai avansată la toate capitolele evaluate. De exemplu, abuz psihic a suportat fiecare al 4-lea copil de migrant: 25,5% (95% IÎ 18,8-32,1) de cazuri versus 6,7% (95% IÎ 2,9-10,5) de copii din lotul II. Fizic au fost abuzați de 9,3 ori mai mulți copii ai migranților - 22,4% (95% IÎ 16,1-28,8), comparativ cu copiii lotului II - 2,4% (95% IÎ 0,1-4,8). Abuzul sexual a fost anunțat cu aceeași frecvență în ambele loturi comparate - 1,2% (95% IÎ 0,5-2,9 %). Ținem să menționăm că suntem retrași la capitolul sincerității intervievaților despre relatarea abuzului sexual, deoarece interviul vis-a-vis putea evoca tăinuirea evenimentelor petrecute. Concluziile noastre sunt în concordanță cu numeroasele relatări ale altor cercetători din domeniul explorat [1, 4, 14, 17].

4.3. Elucidarea și evaluarea determinanților sociali ai asistenței medicale copiilor marcați de migrația parentală de muncă

Copiii Republicii Moldova sunt asigurați de asistență medicală gratuită în temeiul Legii Nr.1585 din 27.02.1998. Pornind de la raționamentul existenței în familiile cu migranți a particularităților de trai anevoios cu carențe financiare și perpetuarea în societatea noastră a opiniei remunerării obligatorii a cadrelor medicale pentru orice serviciu medical prestat, am fost provocați să elucidăm factorii sociali de influență asupra serviciului de asistență medicală acordată copiilor rămași temporar fără grija parentală.

În conformitate cu sarcinile trasate, am estimat prezența în familiile evaluate a surselor financiare necesare pentru accesarea serviciilor medicale (Figura 4.10).

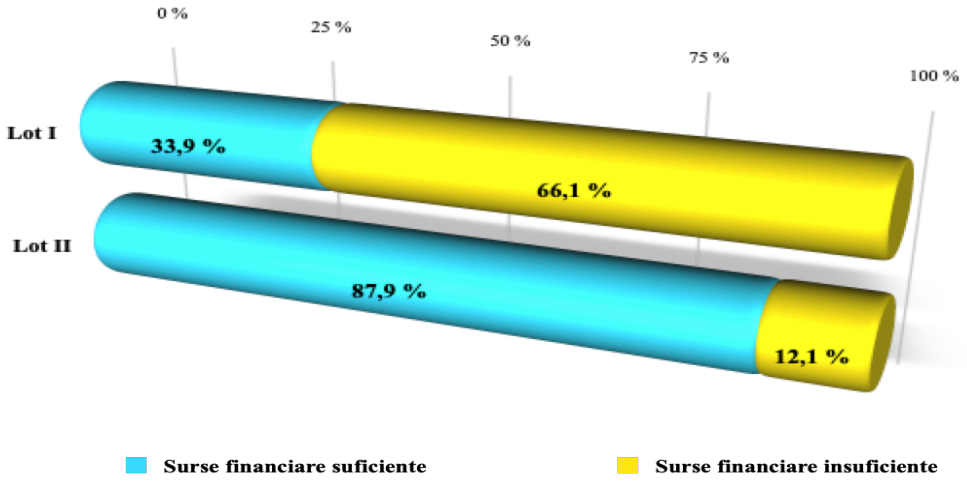


Fig. 4.10. Prezența surselor financiare necesare pentru accesarea serviciilor medicale

Grație interviului practicat, am depistat un fenomen alarmant ca cel al lipsei volumului necesar de surse financiare pentru accesarea asistenței medicale în majoritatea cazurilor copiilor lotului I. Astfel, 66,1% (95% IÎ 58,8-73,3) din copiii migranților au afirmat că *nu au surse financiare necesare*, ceea ce constituie o pondere de 5,5 ori mai mare versus ponderea copiilor lotului II - 12,1% (95% IÎ 7,1-17,1). Totodată, menționăm că doar 33,9% (95% IÎ 26,-41,2) de copii din lotul I au relatat despre *suficiența surselor financiare* versus 87,9% (95% IÎ 82,9-92,9) de copiii cu părinți non-migranți, raportul alcătuind 1,0:3,0. Analiza datelor obținute a elucidat diferențe statistic semnificative în loturile comparate (χ^2=83,5; gl=1; p=0,000). Noțiunea de „surse financiare necesare" intervievații au explicat ca: „surse bănești necesare pentru achitarea transportului spre CMF, remunerarea neoficială a cadrelor medicale și procurarea medicației care nu este asigurată de CNAM".

Ulterior, am continuat cercetarea prin determinarea proveniență surselor financiare, destinate pentru accesarea serviciilor medicale. Toți participanții lotului II au afirmat că se servesc de banii părinților săi, pe când copiii lotului I au menționat în 54,6,% (95% IÎ 46,8 - 63,9) de cazuri precum că remitențele părinților sunt principala sursă de achiziționare a serviciilor medicale; 23,6% (95% IÎ 17,2-30,1) de pacienți au notat că profită de banii tutelelor, iar a cincea parte din copiii migranților au specificat că folosesc sursele financiare dobândite prin munca proprie - 20% (95% IÎ 13,9-26,1). Cifrele obținute au generat diferențele statistic semnificative în loturile analizate (χ^2=228,5; gl=7; p=0,000). În continuare am meditat, prin prisma posibilităților financiare, asupra volumului de medicație permis spre procurare de către intervievați la un episod de boală. Rezultatele cuantificate sunt afișate panoramic în Figura 4.11.

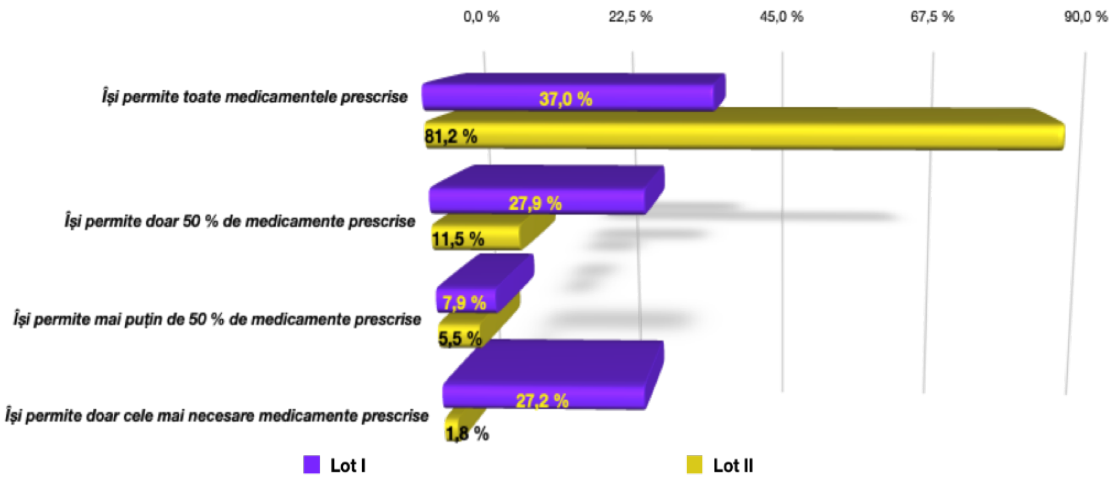


Fig. 4.11. Volumul permis de medicamente procurate la un episod de boală, (%)

Procesând datele prezentate, am identificat că ponderea celor care *își permit toate medicamentele prescrise* de medic este mare atât la copii lotului I - 37% (95% IÎ 29,6-44,3), cât și la copiii lotului II - 81,2% (95% IÎ 75,6-86,7 %) de cazuri. Totodată, menționăm că, deși intervievații lotului I pentru procurarea medicației foloseau remitențele părinților migranți, totuși posibilitățile lor financiare erau mai modeste de circa 2,2 ori. *Își permit doar 50% de medicamente prescrise* de circa 2,4 ori mai mulți copii ai lotului I - 27,9% (95% IÎ 21,0-34,7) versus copiii lotului II - 11,5% (95% IÎ 6,6-16,4). Aceeași tendință se detectă la aprecierea filierelor: *își permit mai puțin de 50% de medicamente prescrise* și *își permit doar cele mai necesare medicamente prescrise* (Tabelul A4.9). Remarcăm că o cotă considerabilă a copiilor migranților își permit procurarea *doar celor mai necesare medicamente* - 27,2% (95% IÎ 20,5-34,1 %) de cazuri, ceea ce constituie aproximativ o treime din totalul lotului I. Diferențele dintre loturile comparate s-au dovedit a fi statistic semnificative (χ^2=101,4; gl=7; p=0,000).

Meditația asupra consumurilor financiare suportate de familiile evaluate a permis divizarea costurilor directe în cele medicale și non-medicale. Costurile directe medicale au fost alcătuite din sursele utilizate pentru procurarea medicamentelor, remunerarea consultațiilor și investigațiilor medicale, iar cele non-medicale au înglobat cheluielile pentru transportarea copiilor în incinta instituțiilor medicale.

În contextul sarcinilor trasate, am reflectat asupra cheltuielilor directe medicale suportate de persoanele incluse în studiu, informația acumulată a fost inclusă în fișa de cercetare, care a servit drept sursă pentru evaluările ulterioare. Rezultatele obținute în cadrul evaluării costurilor, orientate spre procurarea medicamentelor la un episod de boală sunt placardate în Figura 4.12.

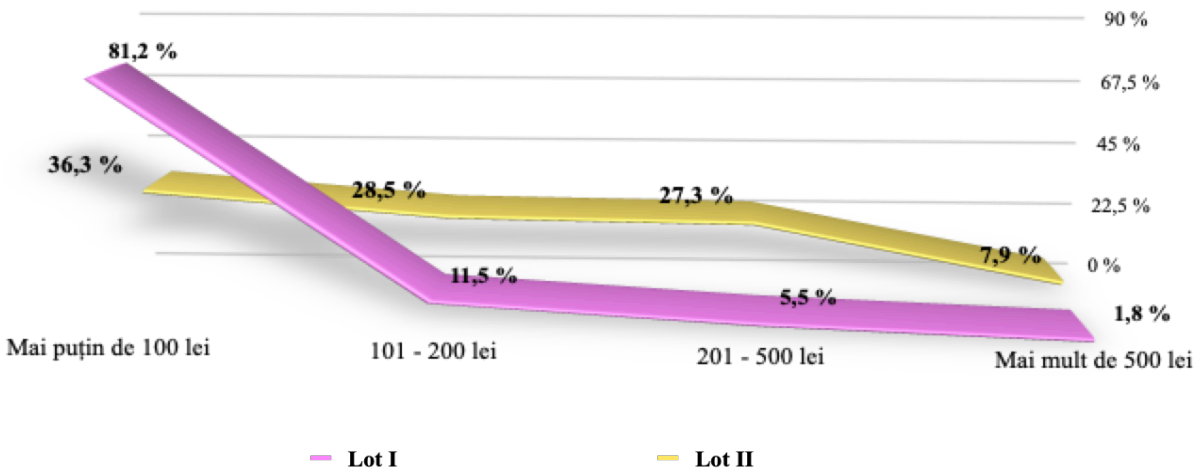


Fig. 4.12. Volumul permis de surse financiare la un episod de boală, (lei)

Analiza datelor din figură relevă că cota celor ce *procură medicație pe o sumă de până la 100 lei* este de circa 2,2 ori mai mare la copiii migranților - 81,2% (95% IÎ 75,6-86,7), comparativ celei a copiilor cu părinți non-migranți - 36,3% (95% IÎ 28,9-43,5) de cazuri. Ponderea copiilor ce procură medicamente în *diapazonul 101 - 200* și *201- 500 lei* este vădit mai mica la cei din lotul I versus lotul II: de circa 2,4 și, respectiv, de 4,9 ori. Au anunțat devize pentru medicații de *peste 500 lei* de circa 4,3 ori mai frecvent copiii din lotul II versus cei din lotul I: 7,9% (95% IÎ 3,8-12,0) și, respectiv, 1,8% (95% IÎ 0,0-3,9). Situația financiară diferită în familiile copiilor din loturile comparate a determinat deosebirile statistice semnificative a problemei studiate (p=0,000).

Deși circa o treme din copiii migranților au relatat despre posibilitatea procurării tuturor medicamentelor prescrise, investigările noastre au detectat că majoritatea din copiii menționați - 52,7% (95% IÎ 45,1-60,3) cheltuiesc pentru medicație o sumă de 101 - 500 lei pe an (Figura 4.13).

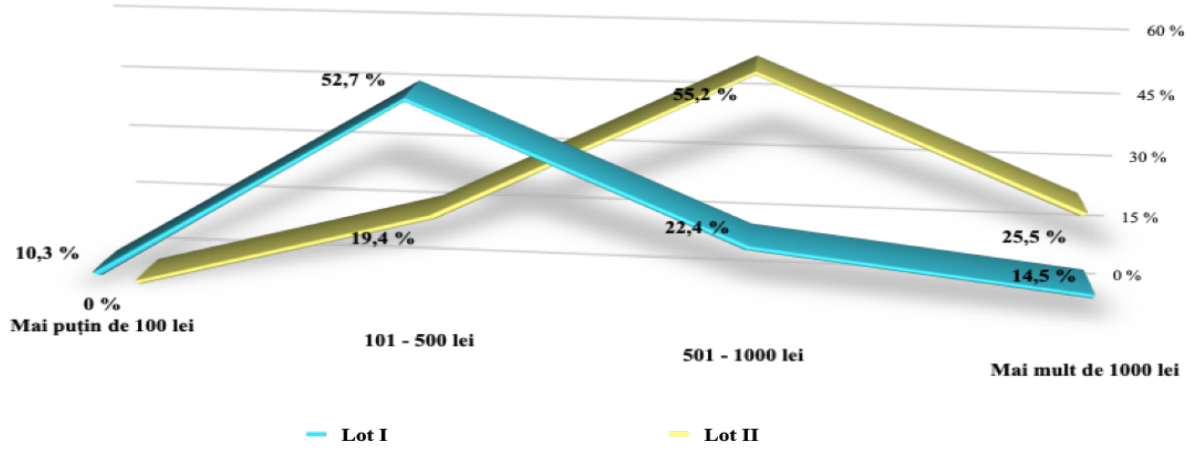


Fig. 4.13. Volumul cheltuielilor acordate pentru serviciile medicale, pe parcursul ultimelor 12 luni, (lei)

Considerăm că acest nivel diminuat de cheltuieli este determinat atât de posibilitățile limitate financiare în familiile cu migranți, cât și de prescrierea acestui contingent de pacienți preponderent a medicației asigurate de CNAM sau a celei cu un cost mai mic. Copiii cu părinți non-migranți au relatat, în majoritatea cazurilor, costuri anuale pentru medicație care depășeau 500 de lei. De exemplu, 55,2% (95% IÎ 47,6-62,7) de copii ai lotului II au avut costuri anuale în suma de 501-1000 de lei, ceea ce este de circa 2,4 ori mai mult versus copiii din lotul I - 22,4% (95% IÎ 16,1-28,8) de cazuri. Mai mult de 1000 de lei au folosit pentru medicamente 25,5% (95% IÎ 18,8-32,1) de copiii cu părinți non-migranți, prezentând o cotă de circa 1,7 ori mai elevată, comparativ cu cea a copiilor migranților -14,5% (95% IÎ 9,2-19,9). În același timp, menționăm că 10,4% (95% IÎ 5,7-14,9) din copiii lotului I au anunțat sume mai mici de 100 de lei, folosite pentru achiziționarea medicației, o sumă mizeră și incapabilă pentru a procura medicamentele necesare în cazul îmbolnăvirii (Tabelul A4.10). Datele prezentate sunt foarte alarmante, deoarece lipsa medicației necesare, administrată prompt și într-un volum optimal poate contribui la dezvoltarea complicațiilor sau cronicizarea maladiilor la copii.

Autoaprecierea stării de sănătate reprezintă un criteriu important în estimarea activităților aplicate cu scopul sporirii standardului de trai și ocupațional, în general, și a activității medico-sanitare, în special. Reieșind din raționamentul celor expuse, următoarea acțiune în cadrul studiului a fost evaluarea autoaprecierii stării de sănătate a copiilor incluși în studiu (Figura 4.14).

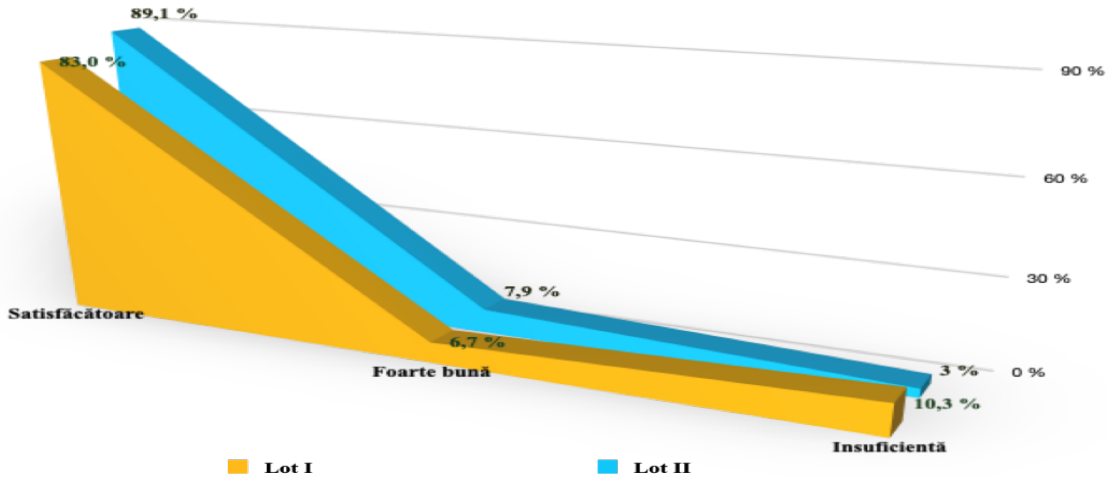


Fig. 4.14. Autoaprecierea stării de sănătate

Grație interviului centrat pe autoaprecierea stării de sănătate, am detectat în mod surprinzător un fenomen controversat. Deși condițiile de trai și posibilitățile de accesare a serviciilor medicale sunt diferite în loturile cercetate, nu au fost constatate diferențe statistic

semnificative pe problema evaluată (χ^2=2,48; gl=2; p=0,289). Considerăm acest fapt ca fiind datorat incapacității copiilor de a aprecia real starea sănătății proprii sau dorinței copiilor migranților de a demonstra că nu se deosebesc de cei cu părinți non-migranți. Rezultatele investigației noastre, cu referire la autoaprecierea stării de sănătate, anunță că acest criteriu nu poate servi la estimarea sănătății copiilor marcați de migrație.

Pornind de la ipoteza decelării unor particularități în accesarea serviciilor medicale de către copiii incluși în studiu, ne-am orientat cercetarea spre studierea a două subiecte: necesitatea acordării asistenței medicale copiilor incluși în studiu, condiționată de problemele intercurente de sănătate; adresabilitatea participanților studiului pentru accesarea asistenței medicale.

Analizând *necesitatea* în asistența medicală, determinată de episoadele intercurente de morbiditate, am remarcat faptul că *necesitate în asistență medicală o dată la 3 luni* au menționat 41,3% (95% IÎ 32,3-50,6) de copii ai lotului I, ceea ce este de 1,9 ori mai puțin versus copiii lotului II - 82,4% (95% IÎ 76,6-88,2) de cazuri. *Au pretins la asistența medicală o dată la 6 luni* - 11,5% (95% IÎ 6,6-16,4) de copii ai lotului I și 15,8% (95% IÎ 10,3-21,3) de copii din lotul II. Consemnăm că o treime din copiii migranților au confirmat o necesitate mai frecventă a serviciilor medicale, anume *o data în lună* - 31,5% (95% IÎ 28,4-38,6), ceea ce este mai mult de circa 17,5 ori, comparativ cu intervievații din lotul II - 1,8% (95% IÎ 0,2-3,9). Frecvențe extreme ale necesității în asistență medicală - *o data la 2 săptămâni* și *o dată în an* a fost detectată doar la copiii lotului I: respectiv, 1,2% (95% IÎ 0,5 -2,9) și 12,7% (95% IÎ 7,6-17,8). Diferențele constatate au un înalt grad de semnificație statistică (χ^2=87,2; gl=4; p=0,000).

Pornind de la ipoteză că copiii migranților au frecvent carențe financiare ce ar condiționa refuzul pentru accesarea serviciilor medicale, ne-am propus să studiem concomitent adresabilitatea copiilor incluși în studiu pentru diferite servicii de asistență medicală pe parcursul ultimelor 12 luni (Tabelul 4.7).

Tabelul 4.7. Adresabilitatea copiilor pe motiv de boală pe parcursul ultimelor 12 luni

Frecvența adresărilor	Lot I			Lot II			χ^2	gl	p
	Abs.	%	IÎ 95 %	Abs.	%	IÎ 95 %			
S-a adresat	141	85,8	80,1 - 90,8	164	99,4	95,8 - 100,6	213,8	20	0,000
Nu s-a adresat	24	14,2	9,2 - 19,9	1	0,6	0,0 - 1,8	12,45	4	0,014
A fost acordată asistența medicală	128	77,6	71,2 - 83,9	164	99,4	95,8 -100,6	101,4	19	0,000

Nu s-a acordat asistența medicală	13	7,9	3,8 - 12,0	5	3,0	0,4 - 5,6	6,17	6	0,404
Motiv:									
- stare ușoară	3	1,8	0,2 - 3,9	5	3,0	0,4 - 5,6			
-a fost neglijat	5	3,0	0,4 - 5,6	-	-	-			
-a fost intimidat	5	3,0	0,4 - 5,6	-	-	-			

Din datele prezentate în tabel desprindem că marea majoritate de copii incluși în studiu, la necesitate, *apelează pentru asistența medicală*: 85,8% (95% IÎ 80,1-90,8) de copii ai lotului I și 99,4% (95% IÎ 95,8-100,6) de copii din lotul II. De notat că cota copiilor din lotul I cărora li s-a acordat asistență medicală era semnificativ mai diminuată, comparativ cu cota celor din al II lot: 77,6% (95% IÎ 71,2-83,9) și, respectiv, 99,4% (95% IÎ 95,8-100,6), ($\chi 2$=101,4; gl=19; p=0,000). Totodată, menționăm că 7,9% (95% IÎ 3,8-12,0) de copii ai migranților au anunțat că nu au primit ajutor medical indispensabil din diferite motive *intolerabile* pentru sistemul de asistența medicală, și anume: neglijență și intimidare, respectiv, 3% (95% IÎ 0,4-5,6) de cazuri.

Studiul comparativ al pacienților din ambele loturi, în funcție de adresabilitatea lor pentru asistentă medială, a identificat următoarele: copiii migranților au anunțat frecvența adresabilității *o dată în 3 luni* cu o pondere de 56,4% (95% IÎ 48,8-63,9); valori asemănătoare au avut frecvențele de adresare *o dată în lună* și *o data la 6 luni* - 15,8% (95% IÎ 10,2-21,3) și, respectiv, 15,2% (95% IÎ 9,4-20,6) de cazuri (Figura 4.15). De menționat că în 10,3% (95% IÎ 5,7-14,9) de cazuri copiii au relatat o adresare foarte rară pentru asistența medicală - *o dată în an.*

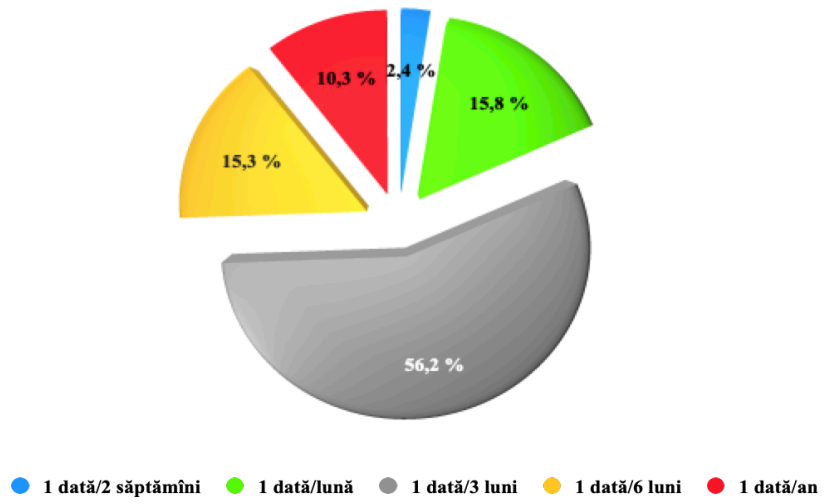


Fig. 4.15. Adresabilitatea pentru asistență medicală a copiilor lotului I

Spre deosebire de copiii lotului I, cei cu părinți non-migranți au relatat frecvențe de adresabilitate diferite statistic semnificativ ($\chi 2$=57,8; gl=8; p=0,000): *o dată la 3 luni* se adresau,

conform relatărilor în cadrul interviului, majoritatea copiilor lotului II - 67,9% (95% IÎ 62,6-75,0), iar *o dată la 6 luni* - o treime sau 31,5% (95% IÎ 24,4-38,6) de copii (Figura 4.16).

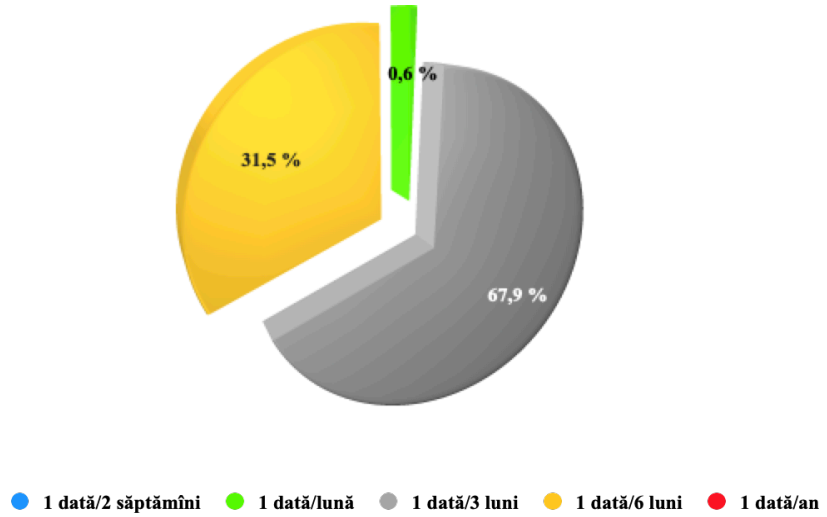


Fig. 4.16. Adresabilitatea pentru asistența medicală a copiilor lotului II

În cele ce urmează, am încercat să decelăm careva relații între adresabilitate și distanța dintre instituțiile de asistență medicală și reședința copiilor loturilor comparate. Rezultatele realizate au fost reflectate în Tabelul 4.8.

Tabelul 4.8. Amplasarea instituției medicale cu referire la reședința copiilor incluși în studiu

Amplasarea instituției medicale	Lot I			Lot II		
	Abs.	%	IÎ 95 %	Abs.	%	IÎ 95 %
Aproape (în localitatea de trai)	128	77,6	71,1 - 83,9	152	92,1	88,0 - 96,2
Departe (comuna vecină)	21	12,7	7,6 - 17,8	11	6,7	2,9 - 10,5
Foarte departe (spitalul raional)	16	9,7	5,2 - 14,2	2	1,2	0,5 - 2,9

Notă: χ^2=4,56; gl=1; p=0,033

Meditând asupra datelor obținute, am constatat diferențe semnificative statistice la loturile comparate pe segmentul evaluat (χ^2=4,56; gl=1; p=0,03). Practic, fiecare al cincilea sau 22,6% din copiii migranților au relatat că locuiesc departe sau foarte departe de instituțiile de asistență medicală - 12,7% (95 % IÎ 7,6-17,8) și, respectiv, 9,7% (95% IÎ 5,2-14,2) de cazuri. Sub acest aspect, putem afirma că adresabilitatea pentru asistența medicală poate fi influențată de distanța amplasării instituției medicale de reședința copiilor migranților.

Prin prisma evidențelor tangențiale adresabilității, am continuat cercetarea prin evaluarea aspectului de remunerare neoficială a cadrelor medicale pentru serviciile medicale acordate (Figura 4.17).

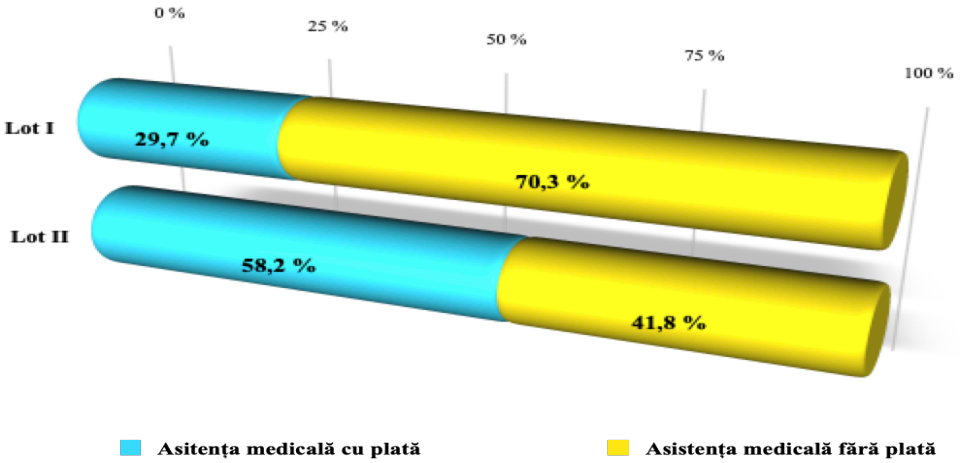


Fig. 4.17. Frecvența remunerării neoficiale pentru serviciile medicale acordate

Din datele prezentate în figură desprindem că în loturile comparate diferențele ponderii celor ce au remunerat serviciile medicale prezintă un foarte înalt grad de semnificație statistică (χ^2=131,6; gl=13; p=0,000). De exemplu: au retribuit plăți pentru serviciile medicale de circa 1,9 ori mai puțini copiii din lotul I - 29,7% (95% IÎ 24,7-36,7) versus copiii lotului II - 58,2% (95% IÎ 50,7-65,7). Din cele constatate putem afirma că conceptul necesității remunerării neoficiale a serviciilor (consultațiilor) medicale ar putea contribui la o adresabilitate mai diminuată a copiilor migranților pentru asistență medicală. Sinteza datelor obținute a pus în evidență un fenomen controversat: în pofida vociferării de către migranți a plecării la muncă cu scopul de ameliorare a calității vieții copiilor, doar 2,1% (95% IÎ 0,0-4,4) din copiii lor au afirmat remitențele primite drept surse pentru remunerarea asistenței medicale. Despre împrumutul surselor financiare au anunțat doar copiii lotului I - 9,7% (95% IÎ 5,2-14,2); sursele părinților non-migranți au semnalat 58,2% (95% IÎ 50,7-65,7) de copiii ai lotului II și 7,9% (95% IÎ 3,8-12,0) de copiii din lotul I, raportul evidențiat fiind de 7,4:1,0.

Convorbirea cu copiii incluși în cercetarea noastră sau cu părinții acestora ne-a oferit o informație veridică despre satisfacția pacienților de calitatea, volumul și eficiența asistenței medicale oferite, precum și despre atitudinea personalului medical față de contingentul evaluat. Am pus accentul pe aprecierea asistenței medicale după plecarea la muncă a părinților. Rezultatele cuantificate sunt afișate în Tabelul 4.9.

Tabelul 4.9. Satisfacția pacienților de calitatea serviciilor medicale acordate

Calitatea serviciilor medicale	Lot I			Lot II			χ^2	gl	P
	Abs.	%	IÎ 95 %	Abs.	%	IÎ 95 %			
Satisfăcătoare	137	83,0	77,2 - 88,8	148	89,7	85,1- 94,3	20,485	3	0,000

Nesatisfăcătoare	28	17,0	11,2 - 22,7	17	10,3	5,7 - 14,9	19,821	12	0,071
Motiv:									
-intimidare	12	7,3	3,3 - 11,2	9	5,5	2,0 - 8,9			
-tardive	8	4,8	1,6 - 8,1	1	0,6	0,6 - 1,8			
-neglijare	4	2,4	0,1- 4,8	1	0,6	0,6 - 1,8			
-ineficiente	4	2,4	0,1- 4,8	6	3,6	1,46 - 6,5			

Informația prezentată în tabel denotă că, în pofida ponderii consistente în ambele loturi evaluate a satisfacției de calitatea serviciilor medicale prestate (83% și 89,7%), totuși au fost elucidate diferențe statistic accentuat semnificative (χ^2=20,485; gl=3; p=0,000). Notăm că nesemnificativ se deosebeau, în loturile comparate, cotele celor nesatisfăcuți de ajutorul medical primit: respectiv, 17% (95% IÎ 11,2-22,7) în I lot și 10,3% (95% IÎ 5,7-14,9) de cazuri în al II lot. Analiza nesatisfacției în asistența medicală prestată copiilor incluși în studiu a identificat un spectru de cauze revelatoare (Figura 4.18).

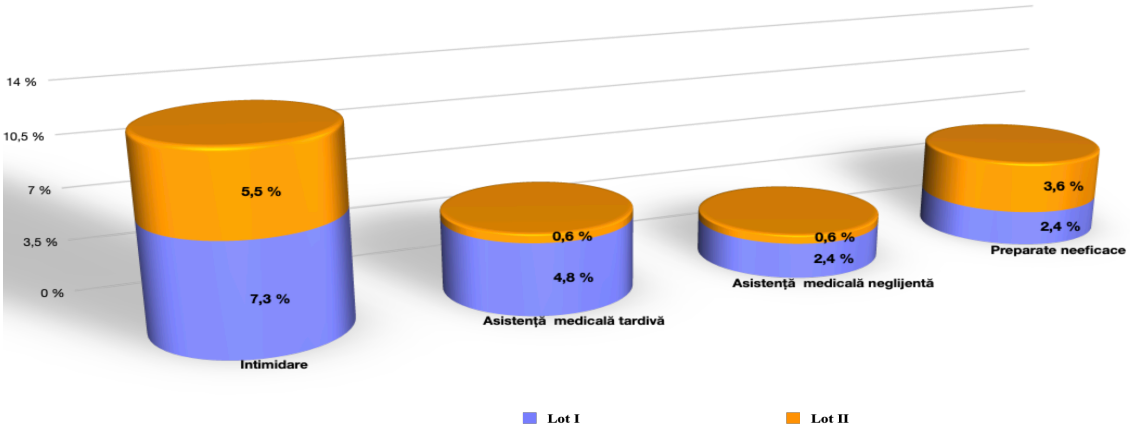


Fig. 4.18. Spectrul cauzelor asistenței medicale nesatisfăcătoare

De exemplu, *asistență medicală tardivă* au relatat 4,8% (95% IÎ 1,6-8,1) din copiii marcați de migrație, ceea ce este de 8 ori mai frecvent versus copiii lotului II - 0,6% (95% IÎ 0,0-1,8). Servicii medicale *ineficiente* au menționat 2,4% (95% IÎ 0,1-4,8) de copiii ai migranților, ce constituie o cotă de patru ori mai elevată comparativ cu cea a copiilor lotului II. *Intimidare și neglijență* suportate la adresarea pentru ajutor medical au anunțat 7,3% (95% IÎ 3,3-11,2) și, respectiv, 2,4% (95% IÎ 0,1-4,8) de copiii din lotul I.

Pornind de la raționamentul diferențierii costului medicației în loturile investigate, cercetarea a continuat cu aprecierea metodelor de tratament preferate de copiii incluși în studiu. Rezultatele acumulate sunt integrate în Figura 4.19.

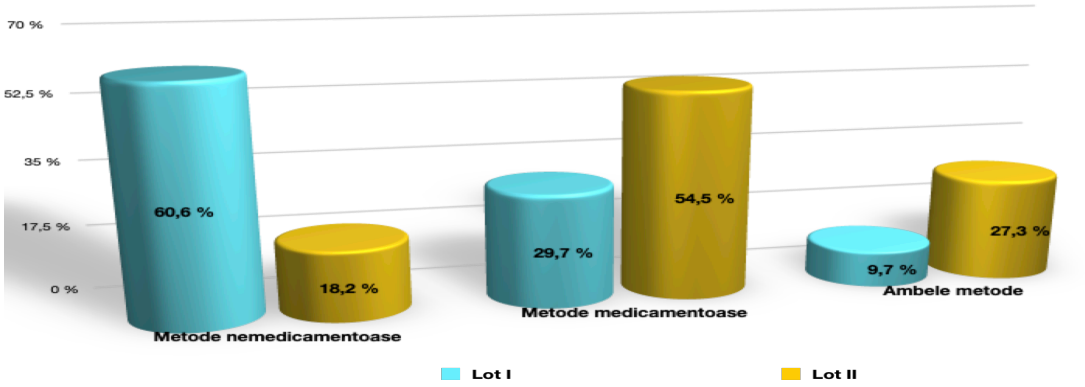


Fig. 4.19. Metodele de tratament preferate de copiii incluși în studiu

Cercetarea realizată a constatat deosebiri statistice cu semnificație de grad înalt la loturile comparate, pe filiera metodelor preferate de medicație (χ^2=27,5; gl=3; p=0,000) (Tabelul A4.11). Grație interviului practicat am distins că marea majoritate sau 60,6% (95% IÎ 53,5-67,6) din copiii afectați de migrație preferă *metode nemedicamentoase* de tratament, posibil această alegere este generată de situația financiară precară în familie. Ca confirmare a celor relatate, poate servi următoarea informație: cota copiilor migranților care au declarat lipsa surselor financiare pentru medicație a fost destul de impunătoare - 40% (95% IÎ 32,5-47,5) versus cota copiilor cu părinți non-migranți - 9,7% (95% IÎ 5,2-14,2), raportul fiind de 4,1:1,0. Au solicitat *metodele nemedicamentoase*, ca cele mai eficiente 20,6% (95% IÎ 14,4-26,8) de copii ai lotului de bază și 8,5% (95% IÎ 4,2-12,7) de copii ai lotului de control. Copiii cu părinți non-migranți au atestat ponderea utilizării *metodelor medicamentoase* de 54,5% (95% IÎ 46,7-61,7), deci de 1,8 ori mai mare, comparativ cu cea a copiilor migranților - 29,7% (95% IÎ 22,7-36,7). Consumarea *ambelor metode de medicație* au menționat aproximativ fiecare al zecelea sau 9,7% (95% IÎ 5,2-14,2) de copii din lotul I și fiecare al treilea sau 27,3% (95% IÎ 20,5-34,1) din copiii lotului II. Rezultatele elucidate au stabilit motivele de selectare ale metodelor de medicație la pacienții intervievați. Specialiștii din sistemul asistenței medicale necesită să monitorizeze procesul de selectare și administrare a medicației pentru copiii afectați de migrație, deoarece alegerea metodelor nemedicamentoase în cazul episoadelor mai dificile de morbiditate poate complica imprevizibil evoluția maladiilor.

4.4. Concluzii la capitolul 4

1. Aplicarea procedurii de anchetare confidențială a semnalat prevalențe semnificativ mai mari (χ^2=303,14; gl=3; p=0,000) a familiilor dezintegrate la copiii lotului I - 44,9% (95% IÎ 37,3-52,4), comparativ cu cei din lotul II - 10,9% (95% IÎ 6,2-15,7) de cazuri. De notat că 2/3 din totalul divorțurilor au fost semnalate în primii 3 ani de migrațiune.

2. Copiii migranților au părinți plecați la muncă peste hotarele țării în proporții aproximativ egale: mame - 38,8% și tați - 34,5% de cazuri; la 26,7% de copii pleacă la muncă concomitent sau consecutiv ambii părinți. Diapazonul de vârstă *3,1-7 ani* s-a dovedit a fi preferabil pentru plecarea unuia din părinții copiilor lotului I - 24,2% (95% IÎ 17,7-30,8) de cazuri. La perioadele de vârstă *3,1-7* și *11,1-14 ani* deja, respectiv, a câte - 8,5% (95% IÎ 4,2-12,7) de copiii ai lotului I au ambii părinți migrați la muncă.
3. După migrarea părinților la muncă - 42,4% (95% IÎ 34,9-50,0) de copii sunt în grija părintelui rămas acasă; cota celor rămași în grija buneilor constituie - 40,6% (95% IÎ 33,1-48,1); în grija tutelei 7,9% (95% IÎ 3,8-12,0); sunt supravegheați de alte rude (unchi, tanti, frate, soră) - 3,6% (95% IÎ 0,8-6,5); grija persoanelor străine sau a părintelui vitreg o resimt, respectiv, 3% (95% IÎ 0,4-5,6) și 2,4% (95 % IÎ 0,1-4,8) de copii.
4. Majoritatea copiilor migranților, fiind lipsiți de monitorizarea părinților, neglijează executarea zilnică a deprinderilor igienice, ceea ce poate perturba sănătatea lor sau favoriza apariția maladiilor infecțioase, parazitare. La loturile comparate se atestă diferențe de semnificație statistică înaltă în funcție de deprinderile igienice evaluate: *spălatul pe dinți (χ^2*=32,62; gl=4; p=0,000*); spălatul pe mâini cu săpun (χ^2*=34,517; gl=2; p=0,000*); scăldatul(χ^2*=23,219; gl=5; p=0,000*)*.
5. Ameliorarea alimentației sale după plecarea părinților la muncă menționează doar 21,8% (95% IÎ 15,5-28,1 %) de copii; nu au suportat careva modificări alimentare - 74,6% (95% IÎ 67,9-81,2 %) de copii. Totodată, 3,6% (95% IÎ 0,8-6,5) de copii ai migranților relatează despre înrăutățirea alimentației pe parcursul ultimelor 12 luni. O pondere mai evidențiată a frecvenței alimentației de *3 ori/zi* se constată la copiii lotului de control - 84,2% (95% IÎ 78,7-89,8) versus copiii lotului de bază - 70,9% (95% IÎ 64,5-77,8) de cazuri. Cota celor care au anunțat alimentația cu o frecvența de *1 - 2 ori pe zi* a fost de circa 19 ori mai sporită la copiii lotului I - 23% (95% IÎ 16,6-29,5), comparativ cu copiii lotului II - 1,2% (95% IÎ 0,5-2,9) de cazuri.
6. Sinteza datelor la subiectul *frecvenței utilizării produselor necesare* denotă diferențe statistice cu un înalt grad de semnificare la copiii din loturilor comparate. Copiii cu părinți non-migranți declară un meniu mai variat, cu cote parte mai elevate de utilizare a: produselor de carne, ouă, lactate, brânzeturi, supe, terciuri, fructe și legume.
7. La copiii marcați de migrație *starea depresivă* a fost anunțată cu o pondere de 22,4% (95% IÎ 16,1-28,8) versus 3% (95% IÎ 0,4-5,6) a copiilor lotului II, cu alte cuvinte, este mai frecventă de circa 7,5 ori; *nedisciplinarea* a fost menționată de circa 19 ori mai des la

copiii I lor, comparativ cu cei din lotul II: 11,5% (95% IÎ 6,6-16,4) și, respectiv, 0,6% (95% IÎ 0,6-1,8) de cazuri. *Agresivitatea* are o cotă parte mai avansată, la fel, la copiii migranților versus copiii lotului II: 9,1% (95% IÎ 4,7-13,5) și, respectiv, 6,7% (95% IÎ 2,9-10,5) de intervievați.

8. Cele mai vulnerabile perioade de vârstă pentru dezvoltarea deprinderilor nocive sunt 10,1-14 ani și 14,1-18 ani. La loturile comparate nu au fost sesizate diferențe semnificative statistic la : *tabagism* (χ^2=4,015; gl=2; p=0,134) și *utilizarea alcoolului* (χ^2=0,141; gl=1; p=0,707). Experiența drogării și relațiilor sexuale precoce au relatat copiii ambelor loturi comparate cu aceeași frecvență de 0,6% (95% IÎ 0,6-1,8). *Comportament deprivat* a fost constatat cu o pondere de 1,9 ori mai superioară la copiii I lot - 7,9% (95% IÎ 3,8 % - 12,0 %), comparativ celei a copiilor din lotul II - 4,2% (95% IÎ 1,2-7,3) de cazuri.
9. Evaluarea informației, cu referire la abuzurile suportate, a identificat că copiii migranților au înglobat o pondere mai avansată la toate capitolele evaluate. De exemplu, abuz psihic a suportat fiecare al 4-lea copil de migrant: 25,5% (95% IÎ 18,8-32,1) versus 6,7% (95% IÎ 2,9-10,5) de cazuri ai lotului II. Fizic au fost abuzați de 9,3 ori mai mulți copii ai migranților - 22,4% (95% IÎ 16,1-28,8), comparativ cu copiii lotului II - 2,4% (95% IÎ 0,1-4,8). Abuzul sexual a fost anunțat cu aceeași frecvență în ambele loturi comparate - 1,2% (95% IÎ 0,5-2,9) de cazuri.
10. În 66,1% (95% IÎ 58,8-73,3) de cazuri copiii migranților *nu au suficiente surse financiare pentru accesarea serviciilor de asistență medicală*, ceea ce constituie o pondere de 5,5 ori mai mare versus cea a copilor lotului II - 12,1% (95% IÎ 7,1-17,1) și este demonstrat prin diferențe statistic semnificative (χ^2=83,5; gl=1; p=0,000).
11. Procesarea datelor, cu referire la capacitatea de procurare a medicației, a identificat că ponderea celor care *își permit toate medicamentele prescrise* de medic este de circa 2,1 ori mai mică la copii lotului I - 37% (95% IÎ 29,6-44,3) versus cea a copiilor lotului II - 81,2% (95% IÎ 75,6-86,7) de cazuri, (χ^2=101,4; gl=7; p=0,000). O cotă considerabilă a copiilor migranților își permit procurarea *doar celor mai necesare medicamente* - 27,2% (95% IÎ 21,5-34,1), ceea ce constituie aproximativ o treime din totalul intervievaților lotului I.
12. Estimarea adresabilității pentru asistență medicală a relevat că marea majoritate de copii incluși în studiu, la necesitate, *apelează pentru asistența medicală*: 85,8% (95% IÎ 80,1-90,8) de copii ai lotului I și 99,4% (95% IÎ 95,8-100,6) de copii din lotul II. Totodată, cota copiilor migranților cărora li se acordă asistență medicală este semnificativ mai diminuată,

comparativ cu cota celor cu părinți non-migranți: 77,6% (95% IÎ 71,2-83,9) și, respectiv, 99,4% (95% IÎ 95,8-100,6), (χ^2=101,4; gl=19; p=0,000).

13. Nesatisfăcuți de ajutorul medical primit au fost, respectiv, 17% (95% IÎ 11,2-22,7) din copiii I lot și 10,3% (95% IÎ 5,7-14,9) din copii al lotului II. *Asistență medicală tardivă* a fost acordată la 4,8% (95% IÎ 1,6-8,1) din copiii marcați de migrație, ceea ce este de 8 ori mai frecvent versus copiii lotului II - 0,6% (95% IÎ 0,6-1,8). Servicii medicale ineficiente, după părerea anchetaților, au fost prestate la 2,4% (95% IÎ 0,1-4,8) de copiii ai lotului I, ce constituie o cotă de patru ori mai elevată, comparativ cu cea a copiilor lotului II. Intimidare și neglijență la adresarea pentru ajutor medical au suportat 7,3% (95% IÎ 3,3-11,2) de copii ai lotului I și, respectiv, 2,4% (95% IÎ 0,1-4,8) de copii din lotul II.
14. Evaluarea preferințelor metodelor de medicație a constatat ca copii migranților mai frecvent folosesc metode nemedicamentoase de tratament cu o pondere de 60,6%, comparativ cu 18,8% a intervievaților lotului II. Copiii cu părinți non-migranți au atestat ponderea utilizării metodelor medicamentoase de 54,5% (95% IÎ 46,7-61,7), deci de 1,8 ori mai mare, comparativ cu cea a copiilor migranților - 29,7% (95% IÎ 22,7-36,7) de cazuri. De ambele metode de medicație profită aproximativ fiecare al zecelea sau 9,7% (95% IÎ 5,2-14,2) de copii din lotul I și fiecare al treilea sau 27,3% (95% IÎ 20,5-34,1) din copiii lotului II.

5. EVALUAREA IMPACTULUI MIGRAȚIEI PARENTALE DE MUNCĂ ASUPRA SĂNĂTĂȚII COPIILOR

5.1. Aprecierea asigurării asistenței medicale copiilor marcați de migrația parentală de muncă

În literatura de specialitate au fost stipulate efectele posibile ale migrației parentale de muncă asupra copiilor [15, 17, 26, 51]. Pe de o parte, remitențele expediate de părinți sporesc accesibilitatea la asistența medicală, medicamente și alimentarea calitativă. Pe de altă parte, lipsa parentală poate duce la o un deficit de atenție sau chiar neglijență către sănătatea proprie a copiilor. Impactul migrației parentale de muncă asupra sănătății copiilor este o problemă de mare amploare socială și medicală care interesează și preocupă o colectivitate largă de oameni și pentru a cărei studiere și punere în valoare se muncește enorm. Dar, totodată, evaluarea și aprecierea acestei teme este dificil de efectuat, deoarece persistă o multitudine de factori cu acțiune asupra rezultatelor sănătății, ce necesită a fi luate în considerare în cadrul analizei problemei anunțate. La nivelul *micro* acești factori includ: nivelul sărăciei respondenților, naționalitatea, nivelul educațional și specialitatea părinților sau a persoanelor în grija căror au rămas copiii. La nivelul *macro* sunt importanți factorii: costul serviciilor medicale, atitudinea culturală etnică, substratul legal și prevederile sau mijloacele politice ale statului. Mai mult ca atât, factorii migrației parentale pot să se modifice cu timpul, complicând posibilitatea de monitorizare a factorilor de acțiune prin utilizarea chestionarelor sau a examinărilor.

Dimensiunea biologică a sănătăţii este în raport direct cu activitatea realizată (evitarea stresului, surmenajului etc.), alimentaţia sănătoasă, evitarea unor comportamente cu risc (fumatul, consumul de alcool şi droguri), adresabilitatea la serviciile de asistenţă medicală, igiena personală.

Este cunoscut faptul, că starea fizică a oricărei persoane este puternic influenţată de statutul psihic al acesteia. În condiţiile unei surmenări psiho-emoţionale, capacităţile de adaptare ale organismului se epuizează treptat, generând stări de decompensare sau stări de boală. Literatura de specialitate demonstrează legătura directă dintre expunerea continuă la evenimente stresante intense şi apariţia unor dereglări funcționale sau organice cum ar fi: maladii ale tractului digestiv - modificări ale apetitului alimentar (anorexie sau bulimie nervoasă), dispepsie, gastrită, ulcer gastric sau duodenal, colită ulcerativă şi colon iritabil; disfuncţia organelor de reproducere - dereglări hormonale, tulburări menstruale; patologia vezicii urinare - iritabilitate, incontinentă; tulburări ale sistemului nervos central - probleme mintale şi emoţionale, astenie, anxietate, psihoze, depresie, tulburări de dispoziţie, cefalee, ameţeli; boli ale aparatul respirator -

exacerbarea astmului bronşic în perioadele cu stres acut; probleme la nivel de musculatură - tensiune musculară dureroasă, ticuri nervoase şi tremor, contracturi pe musculatura trunchiului, coloanei, membrelor care conduc la apariţia crizelor lombosciatice sau a durerilor cervicale; dereglări ale funcţiei inimii - tulburări de ritm cardiac, crize anginoase [63, 69, 127].

În această ordine de idei, am fost motivați să analizam starea de sănătate a copiilor rămaşi fără îngrijirea membrilor de familie plecaţi peste hotare, cu intenţia de a identifica *factorii non-biologici* care le influențează sau le pot afecta starea de sănătate, dezvoltarea adecvată fizică și psihică. În conformitate cu sarcinile trasate, am continuat *studiul de caz-control* prin efectuarea cercetării sub aspectul semioticii clinice care s-a profilat pe morbiditatea pacienților. Morbiditatea copiilor incluși în studiu a fost evaluată atât integral la copiii loturilor I și II, cât și diferențiat la copiii lotului I - înainte și după plecarea părinților la muncă. Drept instrument de evaluare a morbidității copiilor a servit Carnetul de dezvoltare a copilului (formularul statistic 112/e), expus în capitolul 2. Informația notată în Carnetul de dezvoltare a copilului a fost preconizată pentru aprecierea: spectrului sistemelor afectate la pacienții studiului; profilului urgențelor detectate; profilului intervențiilor chirurgicale efectuate; spectrului stărilor morbide acute și cronice; complexității imunizării; structurii morbidității generale după adresabilitate.

În cele ce urmează, ne-am axat cercetarea pe evaluarea pacienților cu părinții migrați la muncă prin estimarea datelor adresabilității notate în formularul 112/e (Tabelul 5.1).

Tabelul 5.1. Intervenții de asistență medicală practicate copiilor din loturile de studiu conform adresabilității

Motivul adresării	Lot I (n=165)			Lot II (n=165)			Total
	Abs.	%	95 %	Abs.	%	95 %	
Consult profilactic	7326	58,4	57,5 - 59,3	2958	64,6	63,4 - 65,8	10283
Episod morbid, proces acut	4027	32,1	31,3 - 33,1	1556	34,0	32,7 - 35,2	5583
Episod morbid, proces cronic	861	6,9	6,5 - 7,3	52	1,1	0,8 - 1,4	913
Episod morbid proces cronic/acutizare	331	2,6	2,3 - 2,9	13	0,3	0,1 - 0,5	344
Total	12545	100,0		4578	100,0		17123

Notă: semnificații statistice $\chi 2=323,99$; $gl=3$; $p=0,000$

Analizând datele din tabelul 5.1, am remarcat faptul că din totalitatea adresărilor efectuate copiilor incluși în studiu - 17123, o valoare considerabilă, aproape de 2 ori mai mare au constituit adresările efectuate cu scop profilactic - 10283, urmate de cele efectuate din motivul episodului morbid acut - 5583 și cronic - 1257. Considerăm că predominanța adresărilor

profilactice, indiscutabil, avertizează sporirea adresărilor condiționate de morbiditatea acută și acutizarea celei cronice. Adresabilitatea pacienților pentru serviciile de asistență medicală segregată conform loturilor studiate este ilustrată în Figura 5.1.

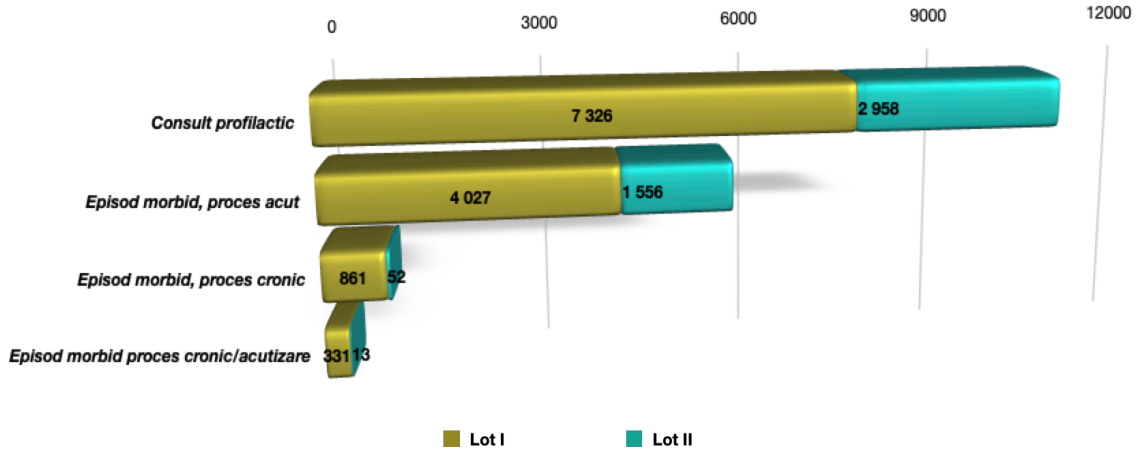


Fig. 5.1. Adresabilitatea pentru serviciile de asistență medicală conform loturilor studiate, (abs)

Comparând datele înscrise în documentaţia medicală, am stabilit că atât la pacienții lotului I, cât și la cei din lotul II, pe primul loc, ca frecvență, se plasau adresările pe motiv profilactic, ceea ce constituia 58,4% (95% IÎ 57,5-59,3) și, respectiv, 64,6% (95% IÎ 63,4-65,8) de adresări. Pe locul secund, am remarcat adresările motivate de maladiile intercurente acute, respectiv, 32,1% (95% IÎ 31,3-33,1) și 34,0% (95% IÎ 32,7-35,2). Pe locul terță, au fost notate adresările condiționate de acutizarea procesului cronic, prezentând următoarele frecvențe - 2,6% (95% IÎ 2,3-2,9) și, respectiv, 0,3% (95% IÎ 0,1-0,5) de cazuri. Deși, la loturile comparate în clasamentul frecvențelor de adresare tendințele erau similare, totuși în cadrul estimării datelor obținute au fost constatate deferențe relevante de semnificație statistică χ^2=323,99; gl=3; p=0,000.

Am continuat prin compararea adresabilității pentru accesarea asistenței medicale, conform sexului pacienților incluși în studiu, integral. Din datele cercetării rezultă că pentru *consult profilactic* s-au adresat mai rar pacienții de sex masculin decât cei de gen feminin, cotele fiind de 58,2% (95% IÎ 57,1-59,5) și, respectiv, 61,6% (95% IÎ 60,4-62,6). Au invocat ca motiv de adresare *proces morbid acut* 33,8% (95% IÎ 32,7-34,6) de băieți și 31,6% (95% IÎ 30,6-32,6) de fete. Acutizarea maladiilor cronice a condiționat adresarea pentru consult medical a 1,8% (95% IÎ 1,6-2,2) de băieți și 2,1% (95% IÎ 1,8-2,4) de fete (Figura 5.2). Datele prezentate au evidențiat deosebiri de o relevanță statistic semnificativă (χ^2= 34,072; gl=3; p=0,000).

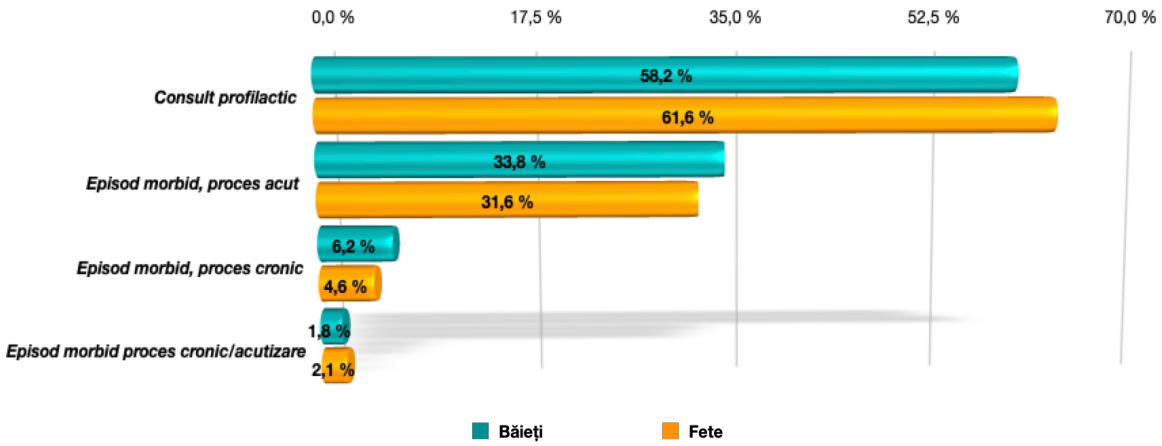


Fig. 5.2. Paleta asistenței medicale acordate în dependență de sexul pacienților din loturile de studiu (integral), (%)

Pornind de la ipoteza decelării unor particularități ale adresabilității pacienților incluși în studiu în funcție de sex, am continuat prin compararea acestui indice, conform prezenței experienței migrației parentale de muncă. Inițial, am meditat asupra adresabilității pentru asistența medicală a pacienților de diferit sex cu experiența migrației parentale de muncă (Tabelul 5.2).

Tabelul 5.2. Spectrul adresabilității pentru asistența medicală a copiilor migranților în funcție de sex

Motivul adresării	Lot I					
	Băieți*(n=83)			Fete**(n=82)		
	Abs.	%	IÎ	Abs.	%	IÎ
Consult profilactic	3255	57,1	55,7 - 58,3	4071	59,5	58,4 - 60,7
Episod morbid, proces acut	1845	32,3	31,1- 33,5	2182	31,9	30,8 - 33,0
Episod morbid, proces cronic	464	8,13	7,4 - 8,8	397	5,9	5,3 - 6,4
Episod morbid proces cronic/acutizare	144	2,5	2,1 - 2,9	187	2,7	2,3 - 3,1
Total	5708	100,0		6837	100,0	

Notă:- semnificații statistice la compararea „băieți lot I/băieți lot II": $\chi 2 = 205,1$; $gl=3$; $p=0,000$;*
***- semnificații statistice la compararea „fete lot I/fete lot II": $\chi 2=134,7$; $gl=3$; $p=0,000$.*

Rezultatele cercetării au apreciat că pacienții de gen masculin din lotul I au atestat cote ale consultului profilactic și consultului motivat de maladiile intercurente cronice mai mici, comparativ cu cei din lotul II: 57,1% (95% IÎ 55,7-58,3) și 32,3% (95% IÎ 31,1-33,5) de pacienți ai lotului I versus 61,5% (95% IÎ 59,4-63,6) și 37,7% (95% IÎ 35,6-39,8) de pacienți ai lotului II. Diferențele elucidate au prezentat semnificații statistice relevante ($\chi 2=205,1$; $gl=3$; $p=0,000$), (Tabelul 5.3).

Tabelul 5.3. Spectrul adresabilității copiilor lotului II pentru asistența medicală în funcție de sex

Motivul adresării	Lot II					
	Băieți (n=71)			Fete (n=94)		
	Abs.	%	IÎ	Abs.	%	IÎ
Consult profilactic	1281	61,5	59,4 - 63,6	1676	67,15	65,3 - 69,0
Episod morbid, proces acut	785	37,7	35,6 - 39,8	771	30,89	29,1 - 32,7
Episod morbid, proces cronic	16	0,77	0,4 - 1,1	36	1,44	1,0 - 1,9
Episod morbid proces cronic/ acutizare	-	-	-	13	0,52	0,2 - 0,8
Total	2082	100,0		2496	100,0	

Totodată, menționăm că la pacienții de genul masculin din lotului I cota adresabilității, condiționată de morbiditatea prin patologiile cronice, a fost de 1,4 ori mai elevată versus cea a pacienților de genul feminin din același lot: 8,13% (95% IÎ 7,4-8,8) și, respectiv, 5,9% (95% IÎ 5,3-6,4). În Figura 5.3 sunt afișate panoramic cifrele absolute ale frecvenței adresărilor pacienților de gen masculin din loturile comparate pentru asistența medicală. Datele incluse în figură constată o adresabilitate mai avansată a pacienților de gen masculin din lotul I pe toate filierele studiate, raportul fiind de: *consult profilactic* - 2,5:1,0; *episod morbid, proces acut* - 2,4:1,0; *episod morbid, proces cronic* - 29,0:1,0.

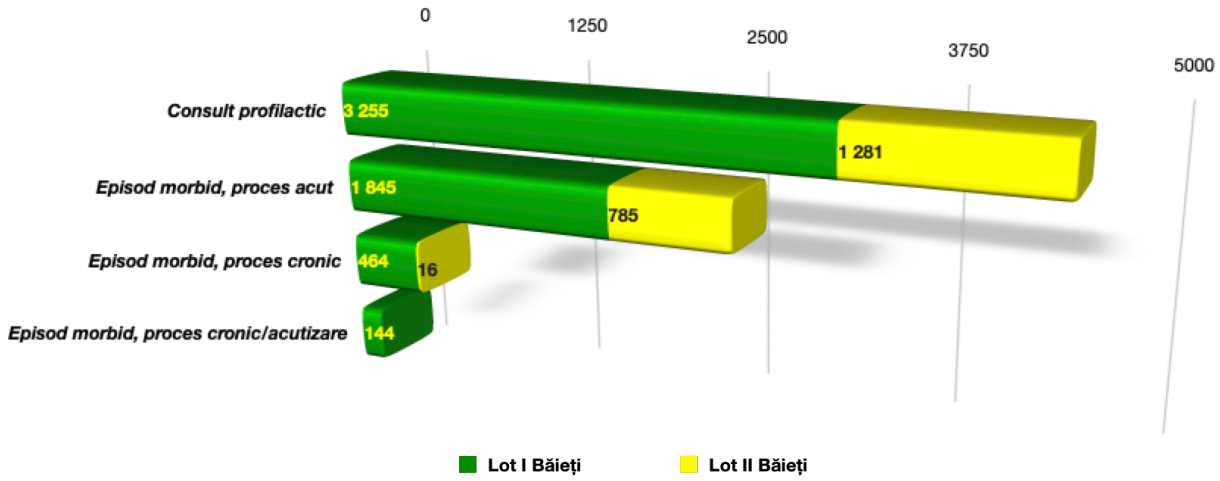


Fig. 5.3. Spectrul comparativ al adresabilității pacienților de gen masculin, (abs)

În continuare, prezentăm datele adresabilității care au vizat pacienții de gen feminin din loturile comparate. Conform rezultatelor cercetării noastre, la fetele incluse în studiu s-a conturat aceeași tendință a ponderii adresabilității ca și la pacienții de gen masculin și anume: la capitolul – *consult profilactic* a fost mai mare la fetele din lotul II, respectiv - 67,2% (95% IÎ 65,3-69,0),

comparativ cu pacienții de gen feminin din lotul I - 59,5% (95% IÎ 58,4-60,7) de cazuri. Pe filierele *episod morbid, proces acut și episod morbid, proces cronic* o pondere mai evidentă au notat fetele marcate de migrația parentală de muncă: *episod morbid, proces acut* - 31,9% (95% IÎ 30,8-33,0) versus - 30,9% (95% IÎ 29,1-32,7) de pacienți din lotul II; *episod morbid, proces cronic* - 5,9% (95% IÎ 5,3-6,4) versus 1,44% (95% IÎ 1,0-1,9) de pacienți din lotul II. Prin cele realizate la acest compartiment de analiză, am constatat diferențe statistic semnificative: $\chi^2=134,7;\ gl=3;\ p=0,000.$ Comparând cifrele absolute ale adresabilității pacienților de gen feminin, am evidențiat predominanța covârșitoare a adresabilității pacienților din lotul I, comparativ cu cea a pacienților lotului II. Rapoartele constatate pe capitolele evaluate au fost următoarele: *consult profilactic* - 2,4:1,0*; episod morbid, proces acut* - 2,8:1,0*; episod morbid, proces cronic* - 14,4:1,0 (Figura 5.4).

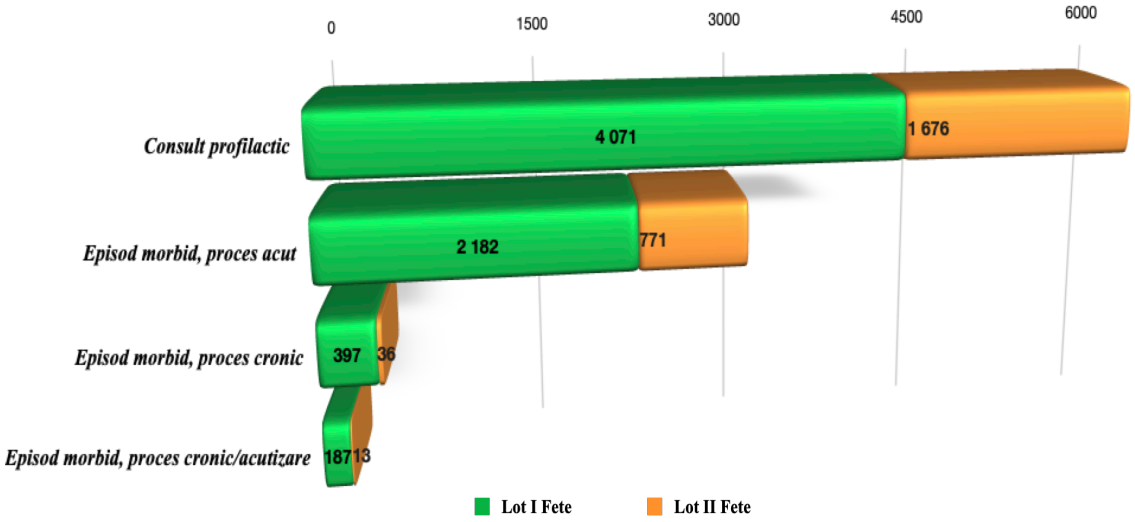


Fig. 5.4. Spectrul comparativ al adresabilității pacienților de gen feminin, (abs)

În urma cercetării efectuate, în conformitate cu scopul și obiectivele trasate, am scos în evidenţă un şir de particularități ale adresabilității pentru accesarea asistenței medicale a copiilor migranților și, în special am constatat o adresabilitate mai elevată, condiționată de episoadele morbide acute, ceea ce poate fi explicat, dar nici de cum justificat, de lipsa grijii parentale. Totodată, am remarcat o predominanță categorică a adresabilității cauzate de instalarea procesului morbid cronic sau acutizarea lui, ceea ce este foarte alarmant, deoarece invocă presupunerea că migrația parentală de muncă este declanșatoare a morbidității sporite și cronicizării maladiilor la copiii migranților.

Relatările multiple din literatura de specialitate despre efectele directe ale plecării părinților la muncă asupra sănătății copiilor, ne-a provocat să analizăm particularitățile adresabilității copiilor incluși în studiu în funcție de etapa migrațiunii la muncă. Inițial, am

evaluat adresabilitatea copiilor migranților înainte de plecarea parentală la muncă. Rezultatele obținute au fost contradictorii aspirațiilor noastre, deoarece ne-am așteptat la lipsa diferențelor statistice între loturile comparate. Posibil, faptul că majoritatea copiilor erau din familii cu posibilități financiare precare, în asociere cu lipsa grijii parentale a determinat diferențele statistic semnificative ale adresabilității mai mari a acestor copii în comparație cu cea a copiilor non-migranților (χ^2=334,1; gl=3; p=0,000).

Studiind adresabilitatea din aspectul anunțat, am observat cote predominante la pacienții lotului I (înainte de plecarea părinților la muncă), comparativ celei a pacienților din lotul II la capitolele: *consult profilactic* - 66% (95% IÎ 65,2-66,9) versus 64,6% (95% IÎ 63,0-66,2); *episod morbid, proces cronic* - 7,5% (95% IÎ 7,0-8,0) versus 1,1% (95% IÎ 0,9-1,5); *episod morbid proces cronic/acutizare* - 1,1% (95% IÎ 0,9-1,1) versus 0,3% (95% IÎ 0,1-0,5) de adresări. Pe filiera *episod morbid, proces acut* o pondere mai mare au prezentat pacienții lotului II - 34% (95% IÎ 32,5-35,5), comparativ copiilor lotului I - 25,4% (95% IÎ 24,4-26,4) de adresări, cea ce poate fi explicat prin o atenție și exigență mai mare a părinților non-migranți pentru devierile în starea de sănătate a copiilor săi, survenite în maladiile acute intercurente (Tabelul 5.4).

Tabelul 5.4 Profilul comparativ al adresabilității în funcție de etapa migrației parentale de muncă, înainte de migrație

Motivul adresării	Lot I (înainte de migrația părinților, n=165)			Lot II (n=165)			Total
	Abs.	%	95 %	Abs.	%	95 %	
Consult profilactic	5977	66,0	65,2 - 66,9	2958	64,6	63,0 - 66,2	8935
Episod morbid, proces acut	2299	25,4	24,4 - 26,4	1556	34,0	32,5 - 35,5	3855
Episod morbid, proces cronic	676	7,5	7,0 - 8,0	52	1,1	0,9 - 1,5	728
Episod morbid proces cronic/acutizare	102	1,1	0,9 - 1,1	13	0,3	0,1 - 0,5	115
Total	9054	100,0		4579	100,0		13633

Notă: semnificații statistice: χ^2=334,1; gl=3; p=0,000

Efectuând analiza frecvenței adresabilității pacienților studiului, am detectat că copiii lotului I, la etapa anticipării migrației la muncă a părinților, deja prezintă o adresabilitate mai avansată versus cea a copiilor cu părinți non-migranți. Considerăm acest fapt ca fiind datorat unei morbidități mai sporite la copiii din familiile social vulnerabile asociată cu neglijența și indiferența părinților către sănătatea copiilor proprii, nu excludem ca factor de acțiune și asistența medicală efectuată insuficient acestui contingent de copii. Raportul frecvenței adresabilității la pacienții studiului pe compartimentele evaluate a fost următorul: *consult*

profilactic - 2,0:1,0; *episod morbid, proces acut* - 1,5:1,0; *episod morbid, proces cronic* – 13,0:1,0; *episod morbid, proces cronic/acutizare* - 7,9:1,0 (Figura 5.5).

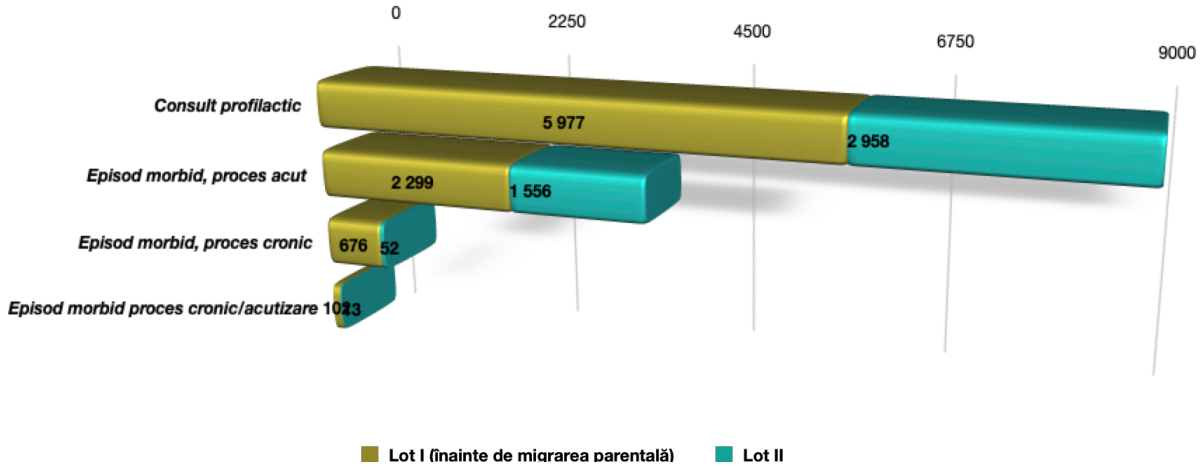


Fig. 5.5. Profilul comparativ al frecvenței adresabilității în funcție de etapa migrației parentale de muncă, înainte de migrație, (abs)

Parte componentă și foarte importantă a studiului a devenit și aprecierea adresabilității copiilor migranților anume după plecarea părinților la muncă. Având drept bază datele disponibile din documentația medicală (Carnetul de dezvoltare a copilului), am constatat că lipsa grijii parentale se răsfrânge incontestabil asupra sănătății copiilor, sporind morbiditatea lor. Cele relatate pot fi dovedite prin următoarele date: cota adresărilor pentru consult profilactic devine de 1,7 ori mai mica, comparativ cu cea a copiilor cu părinți non-migranți, respectiv, 38,6% (95% IÎ 34,9-48,4) și 64,6% (95% IÎ 63,0-66,2) de cazuri.

Este binecunoscut faptul că lipsa sau insuficiența măsurilor preventive profilactice poate declanșa creșterea morbidității acute sau acutizărilor frecvente ale patologiei cronice, ceea ce am și constatat. Adresabilitatea cauzată de maladiile acute intercurente a prezentat o cotă de 1,5 ori mai avansată versus cea a pacienților lotului II, respectiv, 49,5% (95% IÎ 49,0-52,8) și 34% (95% IÎ 32,5-35,5) de adresări. Regretabil, dar a fost relevată și o cotă de 21,9 ori mai mare a acutizărilor patologiei cronice la copiii lotului I versus celei a copiilor lotului II, respectiv, 6,56% (95% IÎ 6,1-7,6) și 0,3% (95% IÎ 0,1-0,5) de adresări. Diferențele consemnate au prezentat semnificații statistice relevante ($\chi^2=815,495$; $gl=3$; $p=0,000$), Tabelul 5.5).

Tabelul 5.5. Profilul comparativ al adresabilității copiilor studiului în funcție de etapa migrației parentale de muncă, după inițierea migrației

Motivul adresării	Lot I (după inițierea migrației părinților, n=165)			Lot II (n=165)			Total
	Abs.	%	IÎ	Abs.	%	IÎ	
Consult profilactic	1349	38,6	34,9 - 48,4	2958	64,6	63,0 - 66,2	4307
Episod morbid, proces acut	1728	49,5	49,0 - 52,8	1556	34,0	32,5 - 35,5	3284
Episod morbid, proces cronic	185	5,3	4,7 - 6,2	52	1,1	0,9 - 1,5	237
Episod morbid proces cronic/acutizare	229	6,56	6,1 - 7,6	13	0,3	0,1 - 0,5	242
Total	3491	100,0		4579	100,0		8070

Notă: semnificații statistice χ2=815,495; gl=3; p=0,000

Grație analizei comparative a pacienților incluși în studiu, am identificat următoarele: raportul frecvenței adresabilității pacienților lotului I versus lotului II pe filiera *consult profilactic* este - 1,0:2,2; pe filiera *episod morbid, proces acut* - 1,1:1,0; pe filiera *episod morbid, proces cronic, acutizare* - 17,6:1,0. În Figura 5.6 este prezentat panoramic profilul comparativ al adresabilității în funcție de etapa migrației parentale de muncă.

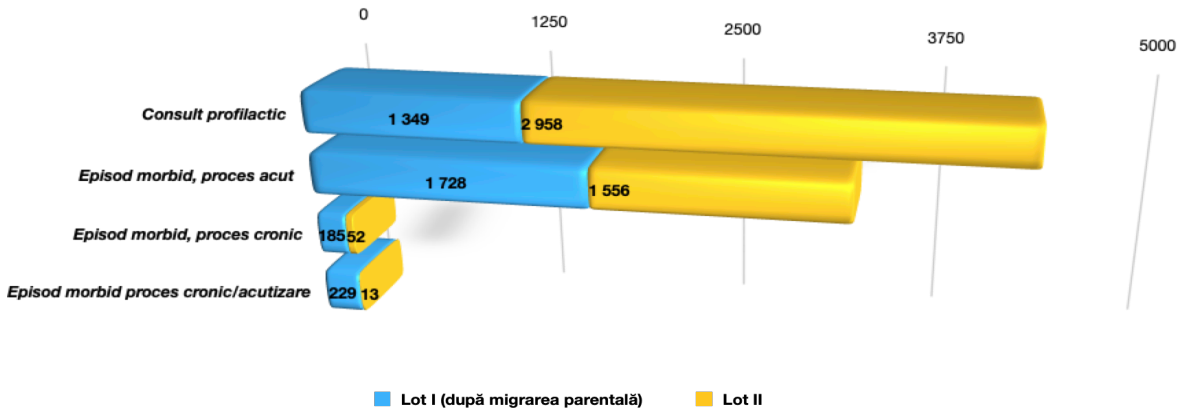


Fig. 5.6. Analiza comparativă a adresabilității în funcție de etapa migrației parentale de muncă, după inițierea migrației, (abs)

Următorul pas de cercetare a fost analiza adresabilității pacienților din lotul de bază în funcție de diferite etape ale migrării părinților la muncă (înainte/după inițierea migrației). Prin cele realizate la acest compartiment de investigații, am ajuns să reiterăm faptul că după plecarea părinților la muncă, posibil din motivul lipsei monitorizării sănătății atât din partea însăși a copiilor, cât și din partea celor în grija căror ei au rămas, a diminuat cota adresabilității pentru

consult profilactic de 1,7 ori, de la 66% (95% IÎ 65,2-66,9) la 38,6% (95% IÎ 34,9-38,4), dar a crescut cota adresabilității din motivul maladiilor acute intercurente de 2 ori, de la 25,4% (95% IÎ 24,4-26,4) la 49,5% (95% IÎ 49,0-52,8) de cazuri. A sporit și cota adresabilității, cauzată de acutizarea maladiilor cronice de 6 ori, de la 1,1% (95% IÎ 0,9-1,1) la 6,56% (95% IÎ 6,1-7,6) (Tabelul 5.6). Rezultatele menționate au prezentat diferențe statistic semnificative: *$\chi 2$ =1173,0; gl=3; p= 0,000.*

Tabelul 5.6. Baremul serviciilor medicale solicitate de către copiii migranților în funcție de etapa migrației de muncă a părinților

Motivul adresării	Lot I (înainte de inițierea migrației parentale la muncă, n=165)			Lot I (după inițierea migrației parentale la muncă, n=165)			Total
	Abs.	%	IÎ	Abs.	%	IÎ	
Consult profilactic	5977	66,0	65,2 - 66,9	1349	38,6	34,9 - 38,4	7326
Episod morbid, proces acut	2299	25,4	24,4 - 26,4	1728	49,5	49,0 - 52,8	4027
Episod morbid, proces cronic	676	7,5	7,0 - 8,0	185	5,3	4,7 - 6,2	861
Episod morbid proces cronic/acutizare	102	1,1	0,9 - 1,1	229	6,56	6,1 - 7,6	331
Total	9054	100,0		3491	100,0		12545

Notă: semnificații statistice: *$\chi 2$=1173,0; gl=3; p=0,000*

De menționat că după inițierea migrației de muncă a părinților, concomitent cu cotele de adresabilitate pentru asistența medicală, s-a modificat și frecvența ei. Spre exemplu, numărul adresărilor pentru consultul profilactic a diminuat de 4,4 ori, de la 5977 la 1349; consultările motivate de maladiile acute intercurente au diminuat de 1,3 ori, de la 2299 la 1728 de adresări, iar cele determinate de acutizarea patologiei cronice au elevat de 2,2 ori, de la 102 la 229 de adresări (Figura 5.7).

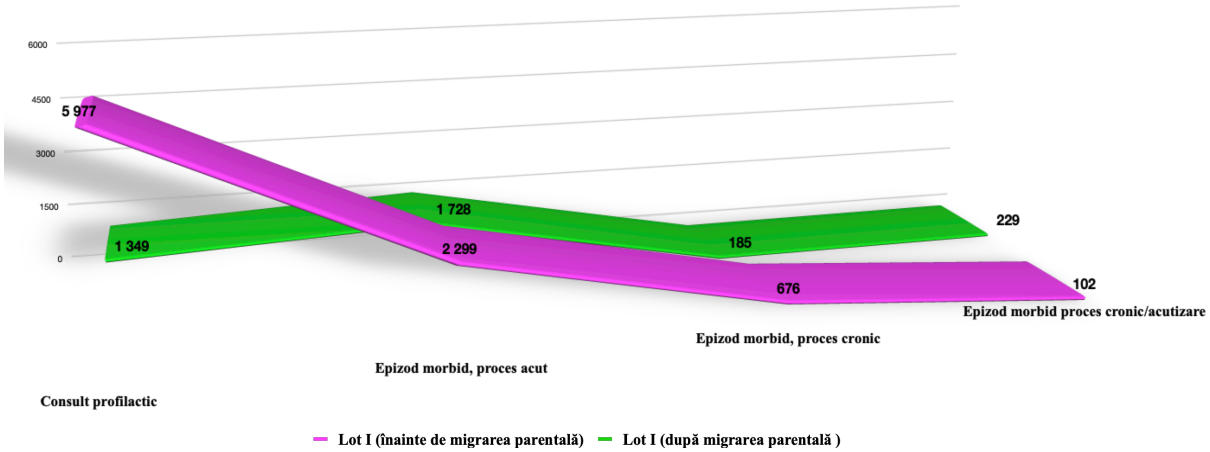


Fig. 5.7. Adresabilitatea pentru asistența medicală a copiilor lotului de bază în funcție de etapa migrației parentale de muncă, înainte/după

Rezultatele obţinute în prezenta cercetare, cu referire la particularităţile adresabilităţii copiilor migranţilor la difetite etape ale migrării parentale de muncă, sunt în concordonţă cu relatările altor autori axaţi pe problemele efectelor migraţiei de muncă asupra sănătăţii populaţiei [2, 17, 127, 251, 264, 325, 350].

În conformitate cu sarcinile studiului iniţiat, am considerat oportun să analizăm datele referitor adresabilităţii pacienţilor lotului de bază în funcţie de care părinte este plecat la muncă. Analiza comparativă a adresabilităţii pacienţilor din loturile evaluate ne permit să afirmăm următoarele: din totalul adresărilor efectuate pe *motiv de boală acută,* o cotă covărşitoare au avut pacienţii cu tatăl plecat la muncă - 77% versus pacienţii lotului de control - 23% de cazuri; adresabilitatea cu scopul *monitorizării maladiei intercurente* la pacienţii lotului I a fost de circa 2 ori mai frecventă versus celor din lotul II - 66,9% şi, respectiv, 33,1% de cazuri. Totodată, menţionăm că s-au adresat pentru examine profilactice mai frecvent de 4,4 ori pacienţii lotului II versus cei din lotul I, cotele fiind de 81,5% şi, respectiv, 18,5% de cazuri (Figura 5.8).

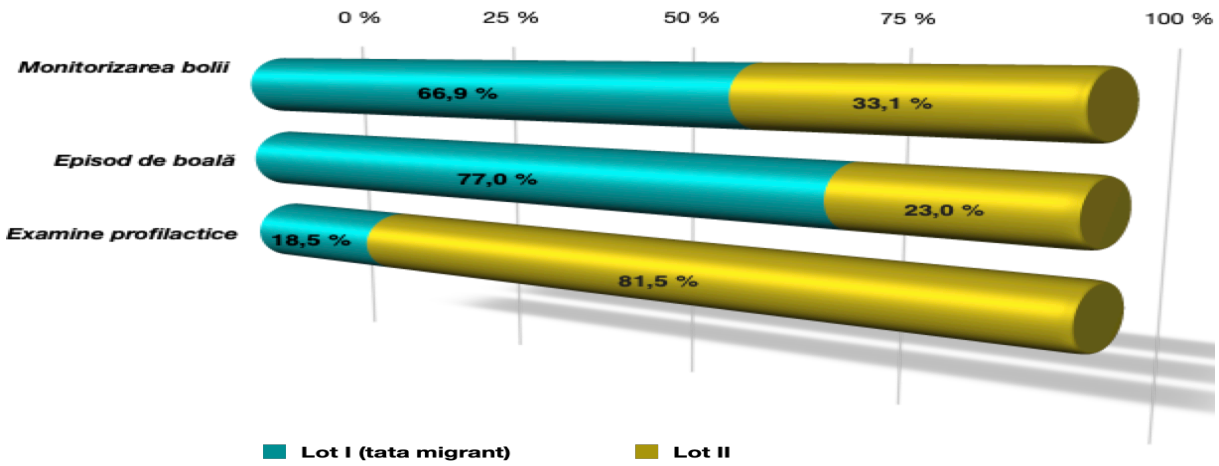


Fig. 5.8. Adresabilitatea pacienţilor lotului de bază cu tatăl migrat la muncă în funcţie de tipul consultului, (%)

Concomitent, am ţinut să conturăm ierarhia adresărilor în funcţie de motivul adresării şi etapa migraţiunii la muncă a părinţilor. Cercetarea a relevat că la pacienţii cu tatăl migrat la muncă, pe prim plan, se aflau adresările motivate de *episod de boală acută* cu o pondere de 56,4% (95% IÎ 54,9-57,9), urmate de adresările pentru *monitorizarea bolii intercurente* cu o pondere de 25,9% (95 % IÎ 24,6-27,2) de cazuri. Pe locul terţă, s-au plasat adresările cu scopul *examenelor profilactice,* marcând o cotă de doar 17,7% (95% IÎ 16,5-8,8) de cazuri.

La pacienţii cu părinţii non-migranţi s-a evidenţiat o deosebită ierarhie a adresabilităţii. Pacienţii lotului II, primordial, se adresau pentru examene profilactice, ponderea fiind de 72,5% (95% IÎ 71,2-73,8); apoi urmau adresările pentru *episod de boală acută* cu o cotă de 15,6% (95%

IÎ 14,6-16,7) și pentru *monitorizarea bolii* cu o cotă de 11,9% (95% IÎ 11,0-12,8) de cazuri (Tabelul 5.7).

Tabelul 5.7. Frecvența adresărilor copiilor lotului de bază cu tatăl migrat la muncă în funcție de tipul consultului

Tipul consultului	Lot I (tata migrant, n=57)			Lot II (n=165)			Total
	Abs.	%	IÎ	Abs.	%	IÎ	
Monitorizarea bolii	1103	25,9	24,6 - 27,2	545	11,9	11,0 - 12,8	1648
Episod de boală	2400	56,4	54,9 - 57,9	715	15,6	14,6 - 16,7	3115
Examene profilactice	751	17,7	16,5 - 18,8	3318	72,5	71,2 - 73,8	4069
Total	4254	100,0		4578	100,0		8832

Notă: semnificații statistice: χ2=1554,2; gl=2; p=0,000

În continuare, prezentăm datele care au vizat copii cu mamele plecate la muncă (Figura 5.9). Datele afișate în Figura 5.9 relevă că din totalul adresărilor pe motivul *episodului de boală* - 76% le revine pacienților cu mama migrată la muncă, iar 24% - pacienților cu părinți non-migranți. Adresabilitatea pentru *monitorizarea bolii* la pacienții lotului I constituia o cotă de 65,1% din totalul adresărilor efectuate versus pacienții din lotul II - 34,9%. La capitolul *examene profilactice* cota adresărilor pacienților cu mamele migrate a constituit 37,1%, comparativ cu pacienții lotului II care au prezentat o cota de 62,9% de cazuri.

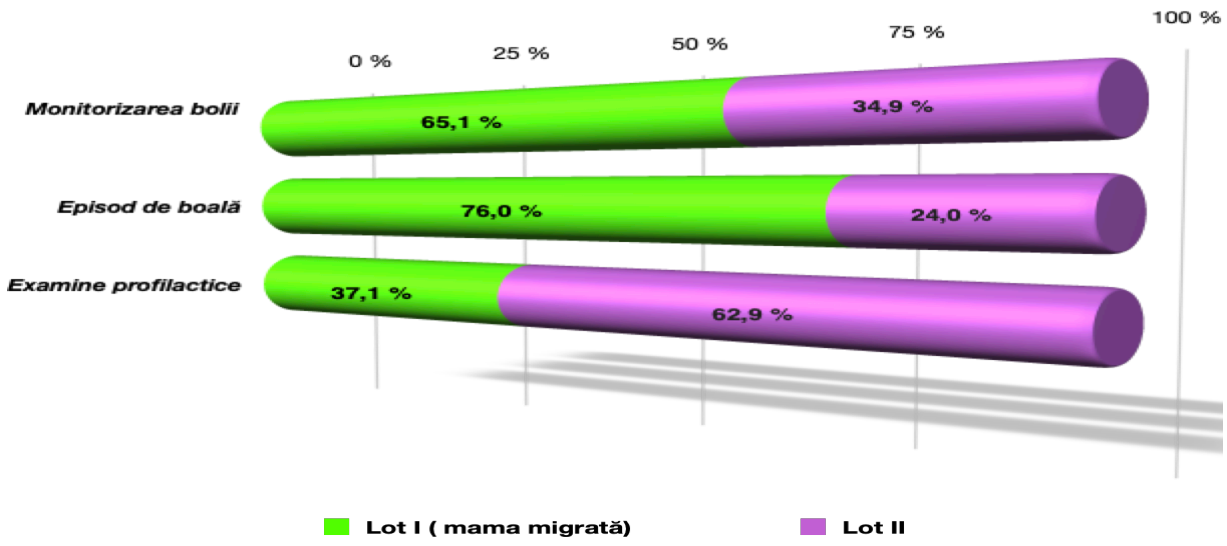


Fig. 5.9. Adresabilitatea pacienților lotului de bază cu mama migrată la muncă în funcție de tipul consultului, (%)

Analiza comparativă a cotelor adresabilității în cadrul loturilor evaluate a desemnat că copii lotului I s-au adresat pe motivul *episodului de boală* cu o cotă a frecvenței de 2,8 ori mai mare

versus cea a copiilor din lotul II: 43,2% (95% IÎ 41,8-44,5) și, respectiv, 15,6% (95% IÎ 14,6-16,7) de cazuri. Pentru *examene profilactice* s-au adresat pacienții lotului I cu o cotă a frecvenței de 37,4% (95% IÎ 36,1-38,7), care a fost de 1,9 ori mai diminuată în comparație cu cea a pacienților lotului II - 72,5% (95% IÎ 71,2-73,8). Ponderea adresabilității pentru *monitorizarea bolii* a constituit la copiii cu mamele plecate la muncă o valoare de 19,4% (95% IÎ 18,4-20,5), iar la copiii cu părinți non-migranți - 11,9% (95% IÎ 11,0-12,8) de cazuri. Diferențele detectate în cadrul derulării etapei anunțate a studiului au prezentat semnificații statistice relevante (*χ^2=1714,1; gl=2; p=0,000*, Tabelul 5.8).

Tabelul 5.8. Frecvența adresărilor copiilor lotului de bază cu mama migrată la muncă în funcție de tipul consultului

Tipul consultului	Lot I (mama migrantă, n=63)			Lot II (n=165)			Total
	Abs.	%	IÎ	Abs.	%	IÎ	
Monitorizarea bolii	1017	19,4	18,4 - 20,5	545	11,9	11,0 - 12,8	1562
Episod de boală	2260	43,2	41,8 - 44,5	715	15,6	14,6 - 16,7	2975
Examene profilactice	1959	37,4	36,1 - 38,7	3318	72,5	71,2 - 73,8	5277
Total	5236	100,0		4578	100,0		9814

Notă: semnificații statistice: χ^2 =1714,1; gl=2; p=0,000

Datele literaturii de specialitate anunță o morbiditate mai amplificată la copiii migranților cu ambii părinți plecați la muncă, ceea ce ne-a tentat să verificăm veridicitatea acestor afirmații pentru copii incluși în studiul nostru [325, 328, 351].

Sinteza rezultatelor obținute ne permite să afirmăm că la copiii cu ambii părinți migrați la muncă adresabilitatea pe motivul *episodului de boală* a notat o pondere de 74,1% (95% IÎ 72,6-75,7), ceea ce este de 4,8 ori mai sporită versus cea a copiilor lotului II - 15,6% (95% IÎ 14,6-16,7) sau de 1,3 ori mai mare versus cea a copiilor cu tatăl migrat la muncă - 56,4%, sau de 1,7 ori mai mare, comparativ celei a copiilor cu mama migrată la muncă – 43,2% de cazuri. *Examene profilactice* au solicitat 18,4% (95% IÎ 17,1-19,8) de copii cu ambii părinți migrați, ceea ce este de 3,9 ori mai redus, comparativ cu copiii lotului II - 72,5% (95% IÎ 71,2-73,8) sau de circa 2 ori mai rar versus copiii cu mama plecată la muncă - 37,4% de cazuri. Adresări cu scopul *monitorizării bolii* au efectuat 7,4% (95% IÎ 6,5-8,4) de pacienți cu ambii părinți migranți, ceea ce este de 1,6 ori mai redus în comparație cu copiii părinților non-migranți - 11,9% (95% IÎ 11,0-12,8); de 2,6 ori mai rar versus copiii cu mamele plecate la muncă - 19,4%; de 3,5 ori mai puțin, comparativ copiilor cu tatăl plecat la muncă - 25,9% de adresări (Tabelul 5.9).

Tabelul 5.9. Frecvența adresărilor copiilor lotului de bază cu ambii părinți migrați la muncă în funcție de tipul consultului

Tipul consultului	Lot I (ambii părinți migranți, n=45)			Lot II (n=165)			Total
	Abs.	%	IÎ	Abs.	%	IÎ	
Monitorizarea bolii	227	7,4	6,5 - 8,4	545	11,9	11,0 - 12,8	772
Episod de boală	2265	74,1	72,6 - 75,7	715	15,6	14,6 - 16,7	2980
Examene profilactice	563	18,4	17,1 - 19,8	3318	72,5	71,2 - 73,8	3881
Total	3055	100,0		4578	100,0		7633

Notă: semnificații statistice: $\chi 2=1274,716$; $gl=3$; $p=0,000$

Consemnăm că rezultatele prezentate în cercetarea noastră se conformă cu datele literaturii de specialitate. Rezultate comparabile cu ale noastre au fost obținute în studiile efectuate în România, Rusia, Tadjikistan, Ucraina, Georgia, Kârgâzstan [312, 325, 328, 343, 349, 351, 354].

În Figura 5.10 sunt integrate datele comparative ale frecvenței adresărilor pentru asistență medicală a copiilor cu ambii părinți migranți, în funcție de motivul adresării. Datele din figură anunță că din totalul adresărilor solicitate copiilor cu ambii părinți plecați la muncă pe motivul *episodului de boală* le revine cota de 76%; pe motivul *monitorizării bolii* - cota de 29% de adresări, iar *examene profilactice* au solicitat copiii anunțați cu o cotă de doar 15%.

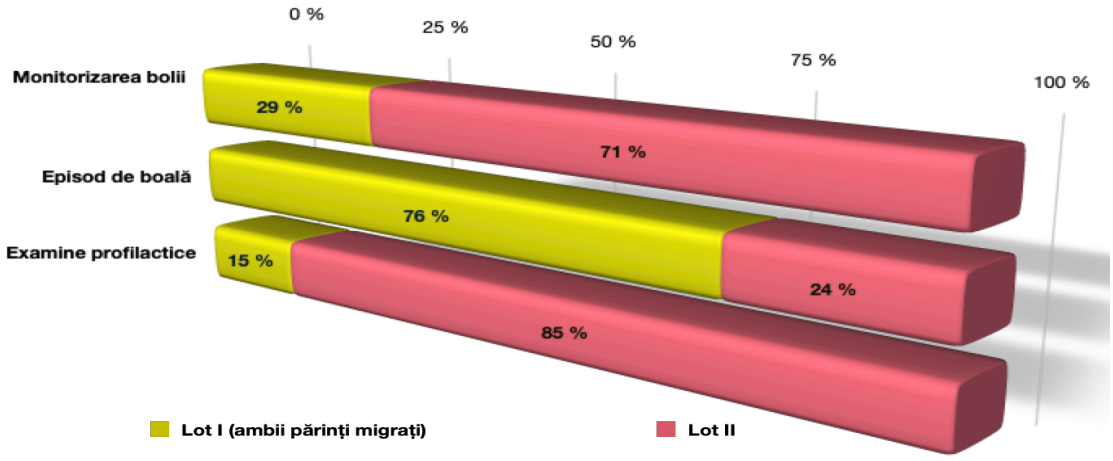


Fig. 5.10. Adresabilitatea pacienților lotului de bază cu ambii părinți migrați la muncă în funcție de tipul consultului, (%)

Conform relevanțelor atestate în studiul nostru, putem conchide justificat că morbiditatea copiilor marcați de migrația parentală de muncă, apreciată prin evaluarea adresabilității pentru accesarea asistenței medicale este mult mai exprimată, comparativ cu cea a copiilor cu părinți non-migranți.

La etapa ulterioară a cercetării, am inițiat extinderea studiului prin aprecierea adresabilității pentru asistența medicală, în funcție de vârsta pacienților din loturile comparate. Procesând aceste date, am identificat o predominanța categorică la toate categoriile de vârstă ale adresabilității copiilor migranților. Diferențele elucidate cu referire la adresabilitatea pacienților din loturile comparate au deținut semnificații statistice relevante (Tabelul 5.10).

Tabelul 5.10. Semnificațiile statistice ale adresabilității copiilor studiului în funcție de vârstă și tipul adresării

Perioada de vârstă	Tipul adresării	Semnificații statistice lot I/ lot II		
		χ^2	gl	p
1,1 - 3 ani	*Pe motiv de boală*	36,9	3	0,000
	Monitorizarea bolii			
	Profilactic			
3,1 - 7 ani	*Pe motiv de boală*	46,53	3	0,000
	Monitorizarea bolii			
	Profilactic			
7,1 – 11 ani	*Pe motiv de boală*	114,3	3	0,000
	Monitorizarea bolii			
	Profilactic			
11,1 - 14 ani	*Pe motiv de boală*	574,07	3	0,000
	Monitorizarea bolii			
	Profilactic			
14,1 - 16 ani	*Pe motiv de boală*	652,8	3	0,000
	Monitorizarea bolii			
	Profilactic			

Prin intermediul *Testului chi-pătrat (χ2) Pearson,* am detectat diferențe statistic semnificative cu referire la adresabilitatea copiilor de diferită vârstă din loturile evaluate în funcție de care părinte a migrat la muncă. Din cele constatate, putem afirma că indiferent de care părinte este migrat la muncă, la toate perioadele de vârstă copiii migranților prezintă o adresabilitate mai sporită, cauzată de procesele acute sau monitorizarea lor versus copiii cu părinți non-migranți. Semnificații statistice identificate au fost următoarele: după plecarea la muncă a tatălui - χ^2=147,05; gl=21; p=0,000; după plecarea la muncă a mamei - χ^2=138,7; gl=21; p=0,000; după plecarea la muncă a ambilor părinți - χ^2=130,7; gl=18; p=0,000.

Printre prerogativele noastre ne-am propus să efectuăm o cercetare sub aspectul elucidării interrelațiilor dintre morbiditatea copiilor marcați de migrație și complexitatea imunizării cu

vaccinurile recomandate de Programul Național de imunizări. În continuare, ne-am axat pe evaluarea complexității imunizării cu următoarele vaccinuri: BCG, HVB, VPO, DTP și ROR (Tabelul 5.11). Regretabil, dar în pofida aspirațiilor noastre, am fost profund mirați de cotele extrem de mici ale complexității imunizării copiilor migranților. Având drept bază datele disponibile din documentația medicală (Carnetul de dezvoltare a copilului), am constatat că au fost imunizați complet cu toate vaccinele doar 37,6% de pacienți ai lotului I, ceea ce este de 2,2 ori mai puțin, comparativ cu cota pacienților lotului II - 82,4% (χ^2*=185,09, gl=2, p=0,000*) care, la rândul său, este și ea mai mică de valoarea preconizată și recomandată. Cotele complexității imunizării pacienților din lotul I și II au fost următoarele: cu vaccinul HVB - 85,5% și, respectiv, 96,4% (χ^2=107,53, gl=1, p=0,000); cu vaccinul VPO - 66,4%, de 1,3 ori mai diminuat versus cota copiilor lotului II - 88,5% (χ^2=121,77, gl=1, p=0,000); cu vaccinul DTP 53,9%, ceea ce este de 1,6 ori mai puțin, comparativ cotei lotului II - 86,7% (χ^2=146,26, gl=1, p=0,000); cu vaccinul ROR - 47,9%, de 1,9 ori mai mică versus cota lotului II - 92,1 % (χ^2=182,78, gl=2, p=0,000). Nu am notat diferențe statistic semnificative la compararea cotelor de imunizare cu vaccinul BCG - 97,6% și, respectiv, 98,8% de cazuri (χ^2=2,012, gl=1, p=0,44).

Tabelul 5.11. Profilul comparativ al adresabilității pacienților din loturile comparate în funcție de complexitatea vaccinării

Complexitatea vaccinării	Lot I n=165		Lot II n=165		Total	χ^2	gl	p
	Abs.	%	Abs.	%				
Toate vaccinele	62	37,6	136	82,4	198	185,09	2	0,000
BCG	161	97,6	163	98,8	324	2,012	1	0,44
HVB	141	85,5	159	96,4	300	107,53	1	0,000
VPO	110	66,7	146	88,5	256	121,77	1	0,000
DTP	89	53,9	143	86,7	232	146,26	1	0,000
ROR	79	47,9	152	92,1	231	182,78	2	0,000

Datele cercetării noastre ne-au permis să afirmăm că copiii afectați de migrația parentală de muncă sunt imunizați, în majoritatea cazurilor, neregulat și incomplet, ceea ce prezintă un pericol pentru sănătatea lor și situația epidemiologică a țării (Figura 5.11). Rezultatele cercetării noastre invocă o atenție majoră asupra complexității imunizării copiilor migranților, spre elaborarea unor măsuri de ordin național în scopul ameliorării morbidității prin maladiile infecțioase ale populației pediatrice a Republicii Moldova.

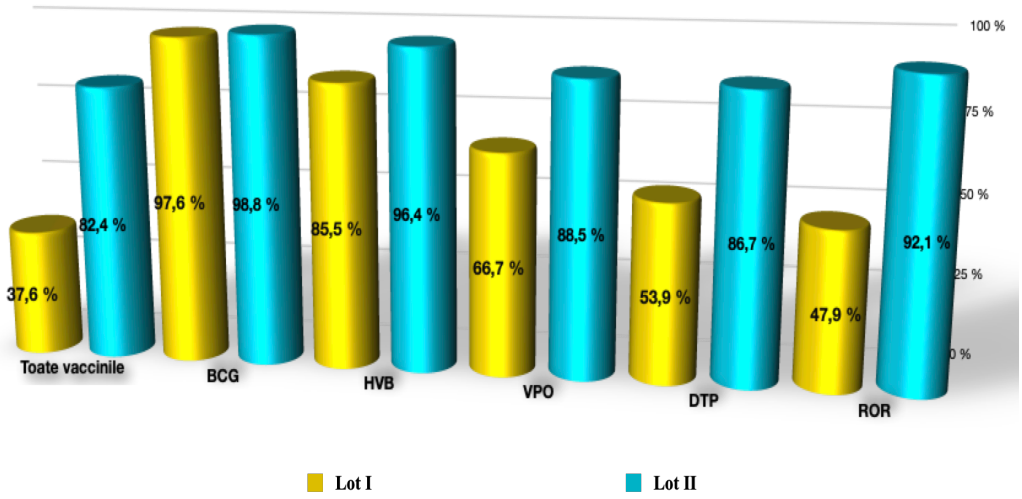


Fig. 5.11. Profilul comparativ al complexității imunizării pacienților din studiu, %

Pornind de la ipoteza relevării unor particularități ai adresabilității în loturile comparate, am continuat cercetarea prin aprecierea indicelui anunțat în interiorul fiecărui lot, în funcție de complexitatea imunizării. Rezultatele cu referire la relevanța divergențelor constatate sunt afișate în Tabelul 5.12.

Tabelul 5.12. Relevanța divergenților constatate la compararea adresabilității pacienților din loturile de studiu în funcție de complexitatea imunizării

Tipul vaccinului	Lot I n=165			Lot II n=165			Lot I/Lot II		
	χ^2	gl	p	χ^2	gl	p	χ^2	gl	p
Toate vaccinile	36,848	6	0,000	36,18	6	0,000	185,093	2	0,000
BCG	38,072	3	0,000	66,49	3	0,000	2,012	1	0,44
HVB	25,24	3	0,000	41,58	3	0,000	107,531	1	0,000
VPO	8,17	3	0,043	18,88	3	0,000	121,771	1	0,000
DTP	9,025	3	0,029	2,17	3	0,539	146,260	1	0,000
ROR	4,8	6	0,570	31,75	3	0,000	182,781	2	0,000

Analiza multilaterală a materialului obținut a relevat că, deși pacienții lotului I sunt segregați într-un grup separat, fiind toți marcați de migrația de muncă parentală, am constatat diferențe statistic semnificative la compararea adresabilității *pe motiv de boală*, chiar în interiorul grupului. De exemplu, o adresabilitate *pe motiv de boală* mai evidentă au manifestat copiii migranților care nu au fost complet imunizați versus copiii vaccinați complet cu: toate vaccinele - χ^2=36,848, gl=6, p=0,000; cu vaccinul BCG - χ^2=38,072, gl=3, p=0,000; cu vaccinul HVB - χ^2=25,24, gl=3, p=0,000; cu vaccinul VPO - χ^2=8,17, gl=3, p=0,043; cu vaccinul DTP - χ^2=9,025, gl=3, p=0,029. Nu au fost semnalate diferențe statistic relevante în cazul imunizării cu vaccinul ROR (p=0,570). În interiorul lotului II au fost conturate diferențe statistic semnificative

la capitolul adresabilității, în funcție de complexitatea imunizării, la toate vaccine (p=0,000), cu excepția vaccinului DTP - χ^2=2,17, gl=3, p=0,539.

La finalitatea acestui compartiment al studiului, am comparat adresabilitatea *pe motiv de boală,* în funcție de complexitatea imunizării între pacienții lotului I și II. Prin urmare, am dedus diferențe statistic semnificative (p=0,000) la capitolul adresabilității, în funcție de complexitatea imunizării cu toate vaccinele anunțate, cu excepția vaccinului BCG (p=0,44), ceea ce și era de așteptat, reieșind logic din rezultatele precedente.

Cuantificarea rezultatelor acumulate anunță că studiul adresabilității pacienților marcați de migrația parentală de muncă poate identifica mai multe aspecte subtile ale asistenţei medicale care, fiind cunoscute pot invoca trasarea unor măsuri adecvate de ameliorare a acestor servicii, spre exemplu: revizuirea standardelor de identificare și prevenire a maladiilor și circumstanțelor recunoscute, ca fiind cauze mai frecvente ale unei morbidități mai elevate sau a cronicizării maladiilor.

5.2. Estimarea morbidității copiilor marcați de migrația parentală de muncă

Datele literaturii moderne stipulează că printre cele mai importante efecte nefaste ale migrației parentale de muncă este diminuarea stării de sănătate și sporirea cronicizării maladiilor la copiii migranților [251, 259, 263, 265, 279, 290].

În această ordine de idei, cercetarea noastră a succedat cu estimarea morbidității copiilor marcați de migrația parentală de muncă. Inițial, ne-am focusat pe evaluarea multitudinii nosologiilor la copiii migranților, constatate în cadrul consultărilor efectuate de specialiștii medicinei primare sau specializate (Tabelul 5.13). Materialul prezentat în tabel indică o pondere mai mare atât la copiii lotului I, cât și la cei din lotul II a constatărilor de stare a sănătății satisfăcătoare (diagnostic - "sănătos"), efectuate în cadrul adresării la serviciile de asistență medicală. Totodată, menționăm că totuși starea de bine a sănătății a fost apreciată la copiii migranților de 1,1 ori mai rar versus copiii lotului II: 58,4% (95% IÎ 57,6-59,2) și, respectiv, 64,5% (95% IÎ 62,6-66,2) de cazuri. *O nosologie* a fost stabilită la 31,0% (95% IÎ 30,3-31,9) de copii ai lotului I, ceea ce este 1,2 ori mai frecvent, comparativ celor din lotul II - 21,6% (95% IÎ 24,4-27,6). Cote similare la ambele loturi comparate au fost stabilite la constatarea *a două nosologii*: 8,6% (95% IÎ 8,1-9,1) și, respectiv, 8,5% (95% IÎ 7,6-9,2) și *patru nozologii*: a câte 0,2% (95% IÎ 0,2-0,3) de cazuri. Confirmate *trei nosologii* au fost în lotul I cu o pondere de 1,7% (95% IÎ 1,4-2,0) care este de 2,4 ori mare, comparativ cu cea a copiilor lotului II - 0,7% (95% IÎ 0,5-1,0). Datele obținute la evaluarea loturilor comparate au prezentat semnificații statistice relevante - *χ^2=71,9; gl=4; p=0,000.*

Tabelul 5.13. Profilul comparativ al multitudinii diagnozelor stabilite la pacienții studiului

Numărul nosologiilor stabilite	Lot I (n=165)			Lot II (n=165)			Total
	Adresări, abs	%	IÎ	Adresări, abs	%	IÎ	
Fără diagnostic morbid (sănătătos)	7331	58,4	57,6 - 59,2	2953	64,5	62,6 - 66,2	10284
1 nosologie	3895	31,0	30,3 - 31,9	1195	26,1	24,4 - 27,6	5090
2 nosologii	1077	8,6	8,1 - 9,1	390	8,5	7,6 - 9,2	1467
3 nosologii	212	1,7	1,4 - 2,0	32	0,7	0,5 - 1,0	244
4 nosologii	30	0,2	0,2 - 0,3	8	0,2	0,1 - 0,3	38
Total	12545	100,0		4578	100,0		17123

Notă: semnificații statistice: χ2=71,9; gl=4; p=0,000

În Figura 5.12 este prezentată panoramic frecvența multitudinii nosologiilor stabilite la adresarea în instituțiile de asistență medicală a pacienților studiului.

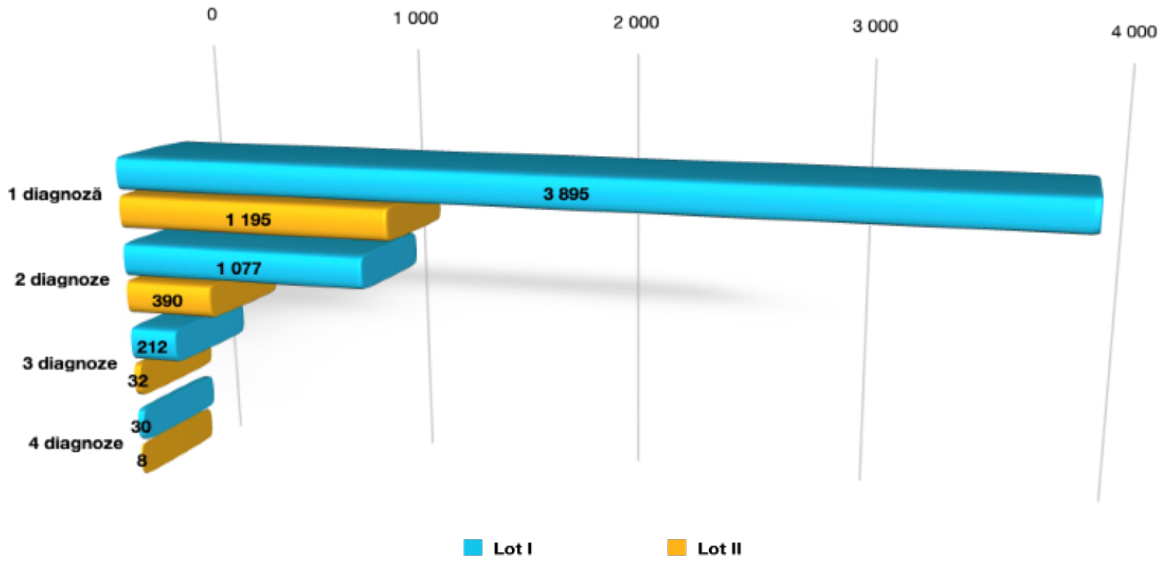


Fig. 5.12. Frecvența multitudinii nosologiilor stabilite la pacienții incluși în studiu, (abs)

Numărul mediu de nosologii diagnosticate per pacient în lotul I a fost de 0,54 (95% IÎ 0,53-0,56), de altfel, de 1,2 ori mai mare decât în lotul II - 0,46 (95% IÎ 0,43-0,48), cifrele obținute denotă relevanța diferențelor statistice la pacienții loturilor comparate: *χ2=23,148, gl=1, p=0,000.*

În contextul datelor prezentate anterior care denotă diferențe în condițiile de trai, potențial financiar și de accesibilitate a asistenței medicale la copiii loturilor comparate, am fost provocați să studiem ulterior spectrul sistemelor afectate la categoriile anunțate de pacienți (Tabelul A5.1). Sinteza datelor obținute a pus în evidență că la copiii studiului s-a înregistrat atât afectarea solitară a unui sistem, cât și cea combinată cu implicarea a două și mai multe sisteme menționate în cadrul adresărilor pe motiv de boală.

În continuare, prezentăm datele care au vizat doar sistemele afectate solitar, pe motivul numărului diferit de adresări pentru accesarea asistenței medicale în loturile comparate, ne-am axat pe aprecierea *cotelor* sistemelor afectate. Cota cea mai impunătoare de afectare a sistemelor la copiii migranților a fost cea a *sistemului ORL* cu o valoare de 16% (95% IÎ 15,4-16,7), totodată, ținem să menționăm că la copiii lotului II cota este de 17,9% (95% IÎ 16,8-19,0) de cazuri, ceea ce am putea explica nu prin o frecvență mai sporită, ci prin o atenție mai avansată a părinților non-migranți, care la apariția primelor manifestări clinice - solicită asistență medicală. În plasament urmează afectarea *sistemului respirator* cu cota respectivă de 9,5% (95% IÎ 9,0-10,0) care este de 1,4 ori mai consistentă versus cea a pacienților lotului II - 6,9% (95% IÎ 6,2-7,6). Afectarea *sistemului nervos* prezintă cota de 6,2% (95% IÎ 5,8-6,6) care, la rândul său, este mai diminuată celei a copiilor cu părinți non-migranți, motivul fiind anunțat anterior - 12,1% (95% IÎ 11,1-13,0) de cazuri.

Continuăm prin prezentarea în ordine descrescândă a cotelor comparative ale sistemelor afectate: *sistemul tegumentar* - 4,1% (95% IÎ 3,7-4,4); *sistemul hematopoietic* - 4% (95% IÎ 3,7-4,4) de 1,2 ori mai elevată versus lotului II - 3,3% (95% IÎ 2,8-3,8); *sistemul gastrointestinal* - 3% (95% IÎ 2,7-3,3), identică cu cea a lotului II; *sistemul urogenital* - 2% (95 % IÎ 1,7-2,2) sau de 1,7 ori mai impunătoare, comparativ cu cea a lotului II - 1,2% (95% IÎ 0,9-1,5); *sistemul osteomuscular* - 1,6% (95% IÎ 1,3-1,8); dereglările dezvoltării fizice prezintă cota de 1,4% (95% IÎ 1,2-1,6) de cazuri care este de 14 ori mai accentuată versus cea a copiilor din lotul II - 0,1% (95% IÎ 0,01-0,2); maladiile infecțioase cu afectarea tegumentelor prezintă ponderea de 0,9% (95% IÎ 0,7-1,1). Diferențele apreciate ale cotelor loturilor comparate anunță semnificații statistice relevante - $\chi^2=418,829;\ gl=95;\ p=0,000.$ Configurația incidenței sistemelor afectate a fost integrată în Figura 5.13.

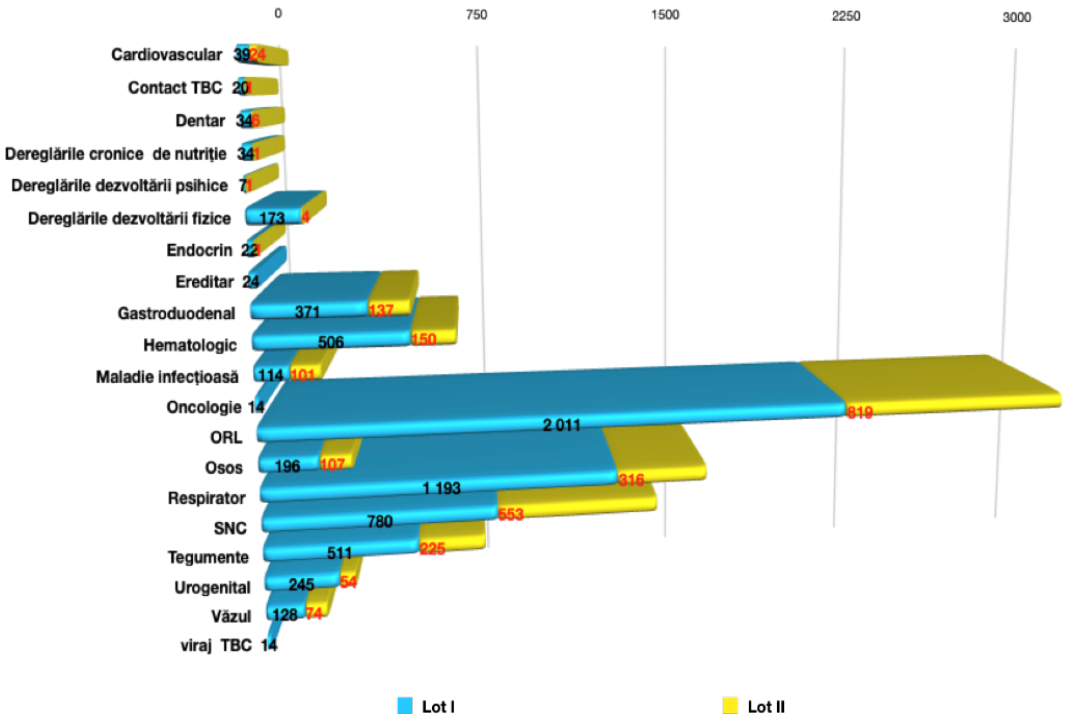


Fig. 5.13. Paleta comparativă a incidenței de afectare a sistemelor la pacienții studiului, abs

Din cele elucidate, putem afirma că copiii migranților sunt vulnerabili pentru afectarea sistemelor notate anterior, considerăm acest fapt ca fiind datorat: lipsei grijii parentale, condițiilor de trai precare, incapacității financiare, alimentației carențiale și, posibil, unor lacune în activitatea serviciilor de asistență medicală și socială. Cele relatate invocă necesitatea abordării medicale personalizate a copiilor marcați de migrația parentală de muncă prin prisma statutului social și dreptului la sănătate, reducerii disparităților în domeniul prestății de servicii medicale.

Calitatea și plenitudinea asistenței medicale acordate copiilor prevede și depinde, de regulă, de implicarea medicilor consultanți din medicina specializată. Fiind motivați de convingerea că consilierea medicilor specialiști cu prescrierea tratamentului ajustat și administrat prompt favorizează însănătoșirea copiilor și previn cronicizarea comorbidităților, am insistat să precizăm accesibilitatea serviciilor medicale specializate pentru copiii migranților (Tabelul A5.2).

După cum rezultă din datele afișate în tabel, putem afirma că copiii migranților au o pondere de adresare la medicul de familie de 70,4% (95% IÎ 69,5-71,4), care este de 2,4 ori mai mare, comparativ cu cea a copiilor lotului II - 29,1% (95% IÎ 27,7-30,4). Remarcăm, cu regret, că cota adresărilor copiilor lotului I la medicii specialiști este extrem de mică - 29,6% sau de 2,4 ori mai inferioară celei a copiilor lotului II - 70,9% de cazuri. Raportul adresărilor medic de familie/medic specialist la copiii lotului I este de 2,4:1,0, iar la copiii lotului II - 1,0:2,4.

În pofida faptului că copiii migranților sunt supuși unui stres imens după inițierea migrației la muncă a părinților, manifestă dereglări de somn și comportament de tip depresiv, cota consultărilor efectuate de specialistul neurolog este de 5,8% (95% IÎ 5,3-6,1) deci de 2,3 ori mai diminuată, comparativ celei a lotului II - 13,5% (95% IÎ 12,3-14,3) de adresări. Deși, conform datelor prezentate anterior, *sistemul ORL* este cel mai des afectat la copiii lotului I, cota consultărilor medicului ORL a fost doar de 4% (95% IÎ 3,6-4,5) versus cotei de 8,9% (95% IÎ 7,6-9,7) la copiii lotului II. Serviciile medicului oftalmolog au înglobat cotele respective de 3,9% (95% IÎ 3,5-4,2) și 11,4% (95% IÎ 10,5-12,5), raportul calculat fiind de 1,0:2,9. Cota adresabilității la medicul pediatru, specialistul care cunoaște cel mai bine particularitățile semiologiei copiilor, s-a dovedit a fi extrem de mică - 3,8% (95% IÎ 3,5-4,2), deci de 3,5 ori mai diminuată celei a copiilor lotului II - 13,2% (95% IÎ 12,2-14,0) de adresări. Deoarece copiii migranților frecvent sunt supuși traumatismelor, fiind lipsiți de monitoringul permanent al persoanelor-tutelă, am insistat să apreciem cota adresabilității la chirurg și traumatolog. La ambii specialiști cotele s-au dovedit a fi identice - 2,6%, doar că raportul lot I/lot II a fost diferit: la chirurg - 1,0:2,7, iar la traumatolog 1,0:3,1. Discrepanțele elucidate la loturile comparate au notat semnificații statistice relevante: $\chi^2=2812,56;\ gl=42;\ p=0,000$. Ne-am propus să redăm panoramic profilul comparativ al frecvenței adresărilor la consultanții din medicina specializată, rezultatele obținute fiind incluse în Figura 5.14.

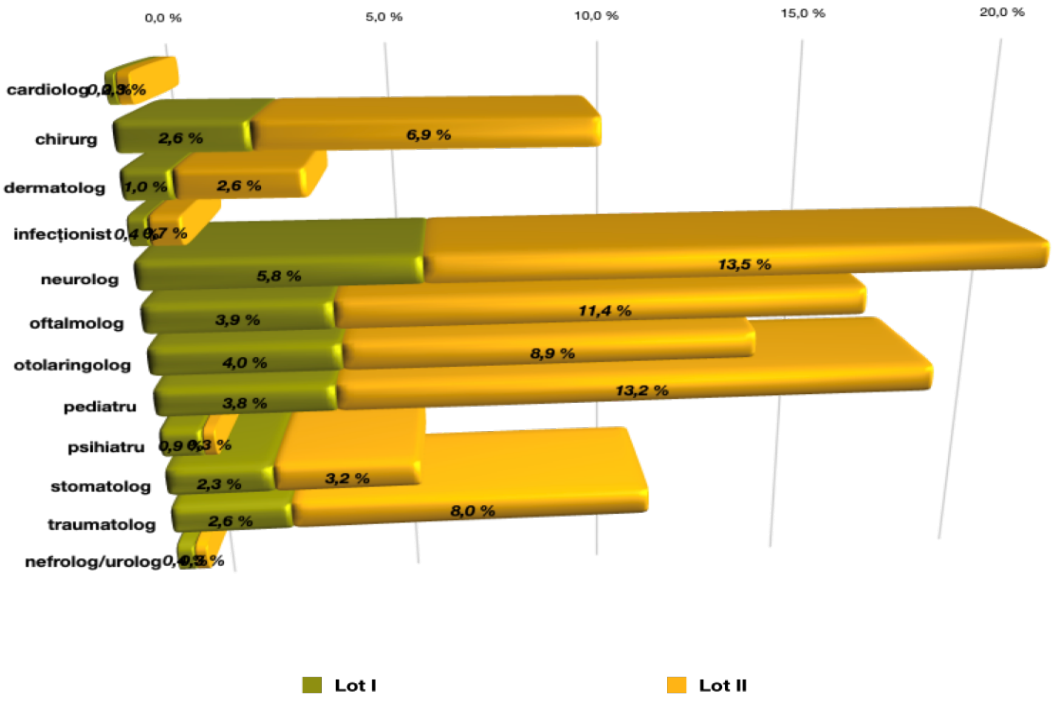


Fig. 5.14. Profilul comparativ al frecvenței consultațiilor efectuate de specialiștii din medicina specializată, (%)

Cu toate acestea, luate în ansamblu, rezultatele cercetării noastre sugerează că doar fiecare al treilea copil marcat de migrație cu indicaţii pentru consultul medicului specialist a beneficiat de o asemenea consultaţie, având ca posibilă explicaţie lipsa specialistului în teritoriul de aflare în evidenţă a copilului; necesitatea de a se deplasa pentru consultaţia în cauză la un nivel superior de asistenţă medicală specializată şi, nu în ultimul rând, lipsa resurselor financiare sau a persoanei responsabile pentru starea de sănătate a copilului.

Multiplele relatări în literatura de specialitate despre reducerea adresabilității copiilor migranților pentru serviciile de asistență medicală specializată, odată cu inițierea migrației de muncă a părinților, ne-a motivat să verificăm relevanța acestor afirmații [132, 164, 227, 229]. Cu acest scop am segregat copiii migranților în loturi separate, în funcție de relația: înainte (lot I) sau după (lot II) inițierea plecării părinților la muncă. Cercetarea a succedat cu analiza cotelor adresabilității la medicii specialiști, în funcție de etapa procesului migrațional al părinților (Tabelul 5.14). Am abordat cu atenție sporită loturile comparate, ceea ce ne-a permis să identificăm diferențe statistic semnificative: $\chi^2 = 976{,}6;\ gl = 74;\ p = 0{,}000$. În rezultatul procesării datelor, am identificat că cota adresărilor la medicul de familie după plecarea părinților la muncă a sporit de 1,4 ori, de la 62,9% (95% IÎ 53,0-64,8) la 88,6% (95% IÎ 87,5-89,4) de cazuri. Relatăm acest fapt, cu reținere de satisfacție, deoarece concomitent a diminuat cota adresabilității la consultanții din medicina specializată de la 37,1 la 11,4% de cazuri. Este important să menționăm că după inițierea migrației parentale la muncă drastic descresc cotele adresabilității la următorii specialiști solicitați anterior: neurolog de 4,4 ori, de la 7,4% (95% IÎ 6,9-7,9) la 1,7% (95% IÎ 1,2-2,3); otorinolaringolog de circa 3,3 ori, de la 4,9% (95% IÎ 4,4-5,4) la 1,5% (95% IÎ 1,1-2,0); oftalmolog de 3,4 ori, de la 4,9% (95% IÎ 4,3-5,3) la 1,4% (95% IÎ 0,9-1,9); pediatru de circa 2,6 ori, de la 4,6% (95% IÎ 4,1-5,1) la 1,8% (95 % IÎ 1,3-2,2); chirurg și traumatolog de 3 ori, de la 3% (95% IÎ 2,8-3,6) la 0,9% (95% IÎ 0,4-1,4) și, respectiv, 1% (95 % IÎ 0,8-1,1) de adresări.

Tabelul 5.14. Profilul consultațiilor specializate la pacienții lotului I în funcție de etapa migrației parentale de muncă

Specialiștii consultanți	Înaintea migrării părinților la muncă				După inițierea migrării părinților la muncă			
	Abs.	%	IÎ 95 %		Abs.	%	IÎ 95 %	
			inf	sup			inf	sup
med/familie	5722	62,9	53,0	64,8	3055	88,6	87,5	89,4
alergolog	18	0,2	0,1	0,3	5	0,1	0,0	0,3
audiolog	4	0,04	0,0	0,0	-	-	-	-
cardiolog	33	0,4	0,3	0,6	5	0,1	0,0	0,3
dermatolog	103	1,1	0,8	1,9	17	0,5	0,3	0,8

endocrinolog	8	0,1	0,0	0,3	3	0,1	0,0	0,3
ftiziatru	38	0,4	0,2	0,6	1	0,02	0,0	0,0
gastrolog	28	0,3	0,2	0,4	1	0,02	0,0	0,0
genetician	1	0,01	0,0	0,0	-	-	-	-
ginecolog	7	0,08	0,0	0,0	-	-	-	-
hematolog	3	0,03	0,0	0,0	-	-	-	-
infecționist	48	0,5	0,3	0,8	7	0,2	0,1	0,4
logoped	13	0,1	0,0	0,2	1	0,02	0,0	0,0
nefrolog	44	0,5	0,3	0,8	10	0,3	0,1	0,4
neurolog	671	7,4	6,9	7,9	57	1,7	1,2	2,3
oftalmolog	439	4,8	4,3	5,3	47	1,4	0,9	1,9
oncolog	11	0,1	0,0	0,2	-	-		
otolaringolog	450	4,9	4,4	5,4	53	1,5	1,1	2,0
pediatru	420	4,6	4,1	5,1	63	1,8	1,3	2,2
pneumolog	29	0,3	0,1	0,3	1	0,02	0,0	0,0
psihiatru	107	1,2	0,8	1,6	14	0,4	0,3	0,6
reabilitolog	3	0,03	0,0	0,0	3	0,1	0,0	0,2
reumatolog	4	0,04	0,0	0,0	1	0,02	0,0	0,0
stomatolog	256	2,8	2,4	3,4	32	0,9	0,7	1,1
traumatolog	296	3,3	2,8	3,6	34	1,0	0,8	1,1
urolog	42	0,5	0,3	0,8	10	0,3	0,1	0,4
Total	9095	100,0	100,0	100,0	3450	100,0	100,0	100,0

Notă: semnificații statistice : χ2 =976,6; gl=74; p=0,000

În Figura 5.15 am inclus informația despre frecvențele consultațiilor specializate (integral), efectuate copiilor migranților, în funcție de etapa migrației parentale de muncă.

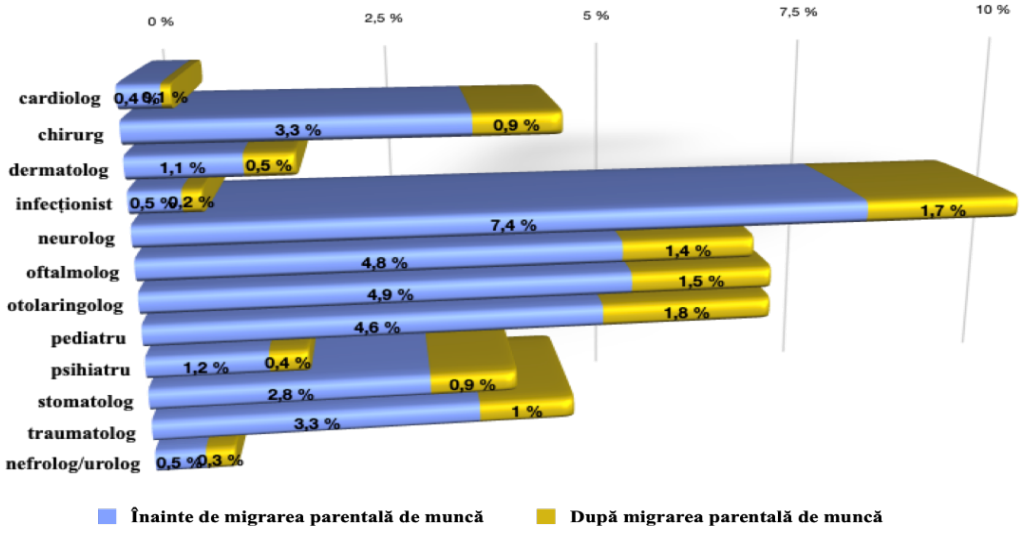


Fig. 5.15. Baremul consultațiilor specializate efectuate copiilor migranților în funcție de etapa migrației parentale de muncă

În încheiere, putem explica datele evidențiate în cercetarea noastră că fiind determinate de nivelul precar al statutului social al copiilor marcați de migrația parentală de muncă.

Informația anunțată necesită elaborarea modelului de conduită și monitorizare personificată a acestei categorii de pacienți pentru prevenirea cronicizării maladiilor și ameliorarea stării calității vieții lor.

Elementul revelator al studiului, conjugat cu morbiditatea copiilor migranților, a fost evaluarea sub aspectul semioticii clinice. Cercetarea noastră sub acest aspect s-a centrat pe evaluarea stărilor morbide acute și cronice, urgențelor medicale și intervențiilor chirurgicale, notate la pacienții studiului, în scopul conturării baremului structurii morbidității. Am fost motivați pentru inițierea acestui compartiment al cercetării și de lipsa în literatura de specialitate a unanimității, cu privire la ierarhizarea maladiilor acute și cronice la copiii afectați de plecarea părinților la muncă. Conform relatărilor unor autori, pare a exista o legătură între migrarea părinților la muncă și ponderea covârșitoare la copiii lor a patologiei sistemului nervos și digestiv [51, 69, 251, 260, 317]. Însă nu toate studiile sunt de acord cu cele relatate. Unii autori consideră că copiii migranților manifestă după plecarea părinților la muncă mai frecvent patologia sistemului ORL și respirator [120, 305, 311, 325, 327, 338, 343].

Procesând datele obținute în cadrul studiului nostru, am identificat că printre cele mai frecvente nosologii acute ale *sistemului ORL* au fost *amigdalita* și *faringita acută*, raportul frecvenței *per pacient* la loturile I și II a fost de 4,3:1,0 și, respectiv, 2,2:1,0. *Anemia carențială* s-a dovedit a fi cea mai des suportată patologie acută a *sistemului hematopoietic,* prezentând o cotă de 7,6% (95% IÎ 7,1-8,2), iar raportul frecvenței *per pacient* cu lotul II a fost - 3,1:1,0, acest fapt putem explica prin alimentația carențială și neechilibrată a copiilor afectați de migrație, combinată cu lipsa monitorizării medicamentoase a stării morbide acute, ce condiționează cronicizarea ei.

La capitolul *sistemului nervos central*, putem menționa ca fiind cele mai frecvente diagnostice stabilite la copiii migranților - *DCM* (dereglări cerebrale minime) cu o cotă de 2,8% (95% IÎ 2,4-3,2) și *TCC* (traume craniocerebrale) cu cota respectivă de 1,4% (95% IÎ 1,1-1,6) de cazuri; iar *per pacient* versus pacienților lotului II raportul a constituit 1,3:1,0 și, respectiv, 3,5:1,0. Analizând stările morbide acute ale sistemului *tegumentar*, am detectat cotele mai consistente ale *streptodermiei* - 0,5% (95% IÎ 0,3-0,7) și *furunculozei* - 0,2% (95% IÎ 0,1-0,3), ceea ce putem explica printr-o neglijare către ritualul sanitar necesar (spălatul pe mâini cu săpun, scăldatul), combinată cu adresabilitatea inferioară pentru asistența medicală primară sau specializată.

Sinteza rezultatelor pe filiera *sistemul respirator* a remarcat predominanța categorică a următoarelor nosologii: *IRA* (infecția respiratorie acută), *pneumonie* și *bronșită acută* care au demonstrat cote respective de - 17,9% (95% IÎ 17,1-18,7); 2,9% (95% IÎ 2,5-3,2) și 2,8% (95%

IÎ 2,4-3,1) de cazuri. Considerăm că cu referire la copiii migranților, luate în ansamblu, condițiile precare de trai, lipsa vigilenței parentale, imunizarea incompletă și preferințele pentru tratamentul nemedicamentos, definesc discrepanțele raportului lot I/lot II - 3,1:1,0 (IRA); 2,8:1,0 (pneumonie acută) și 1,2:1(bronșită acută).

La copiii lotului I *patologia acută a stomacului, duodenului, intestinului* cu cota de 1,6% (95% IÎ 1,3-1,9) și nosologia *pancreatita acută* cu cota respectivă de 1,0% (95% IÎ 0,7-1,2) au prevalat printre stările morbide acute a *sistemului digestiv*. Rezultatele anunțate ne sugerează idea că, incidența patologiei tractului digestiv la copiii lotului I poate fi condiționată de alimentația carențială (cantitativ, calitativ), lipsa monitoringului stării sănătății din partea părinților sau a medicilor, lipsa abilităților de preparare zilnică a meniului sau, în cazuri mai rare, de utilizarea produselor (dulciuri), expediate de migranți prin colete în cantități excesive. *Pielonefrita acută* la copiii lotului I a fost motiv de adresare pentru asistența medicală de 2 ori mai frecvent versus copiii lotului II, raportul frecvenței adresării per pacient fiind, respectiv, de 0,6 și 0,3 (Tabelul A5.3). În Figura 5.16 este redat panoramic profilul comparativ al celor mai frecvente stări morbide acute la copiii incluși în cercetare.

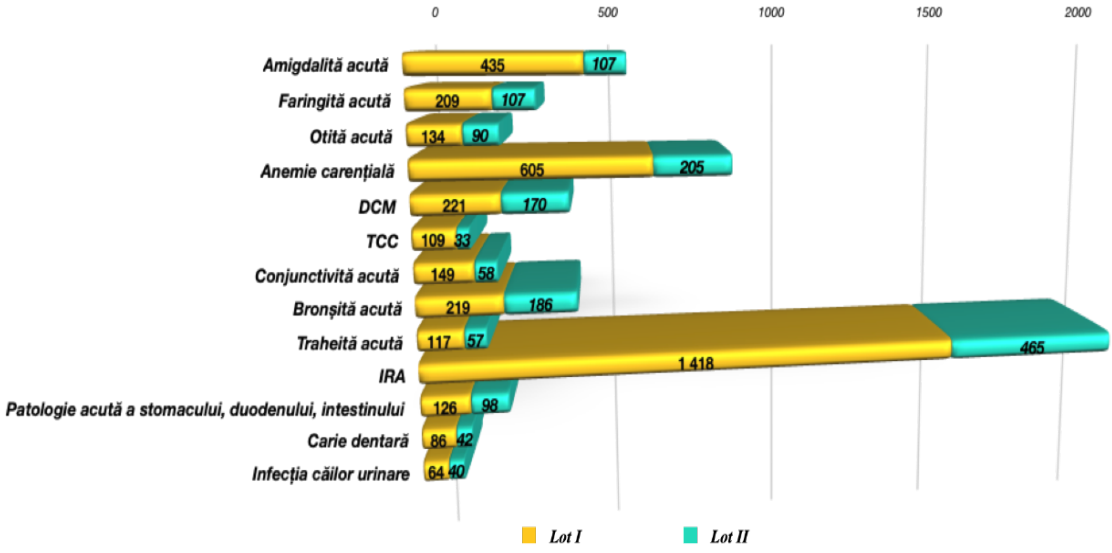


Fig. 5.16. Profilul comparativ al celor mai frecvente stări morbide acute, episoade

Următorul pas de cercetare a fost reprezentat de aprecierea frecvenței patologiei cronice la pacienții studiului (Tabelul A5.4). Rezultatele au pus în evidență cotele semnificative ale nosologiilor *patologiei cronice ORL* la pacienții lotului I: *amigdalită cronică, acutizare* - 2,3% (95% IÎ 1,9-2,6); *rinita cronică, acutizare* -1,6% (95% IÎ 1,4-1,9); *sinuzită cronică, acutizare* - 1,0% (95% IÎ 0,8-1,2). De notat că *per pacient* copiii din lotul I au suportat de 1,9 ori mai des versus celor din lotul II *acutizări ale amigdalitei cronice*. Totodată, menționăm că cei din lotul I

per pacient atestă frecvențe mai inferioare copiilor lotului II la capitolul *acutizări ai rinitei și sinuzitei cronice* de - 1,7 și, respectiv, de 1,3 ori.

Diagnosticul de "*dermatita atopică",* deși se identifică în ambele loturi comparate cu cote similare - 2,6% (95% IÎ 2,3-3,0) și 3% (95% IÎ 2,5-3,6), totuși *per pacient* am constatat o frecvență de 2,2 ori mai superioară la copiii migranților versus copiii lotului II - 1,2 și, respectiv, 0,6 episoade. Diagnosticul de *"patologie cronică a stomacului, duodenului, intestinului în acutizare"* a fost consemnat la copiii marcați de migrație cu cota de 1,3% (95% IÎ 1,0-1,5) de cazuri sau de 3 ori mai frecvent *per pacient* versus copiii lotului II - 0,6 și, respectiv, 0,2 episoade. *Per pacient* acutizare *de pielonefrită cronică* a fost stabilită de 3 ori mai des în lotul I, comparativ lotului II - 0,3 și, respectiv, 0,1 episoade. În Figura 5.17 sunt afișate, comparativ frecvențele episoadelor de acutizare ale stărilor morbide cronice semnalate la pacienții încadrați în studiu.

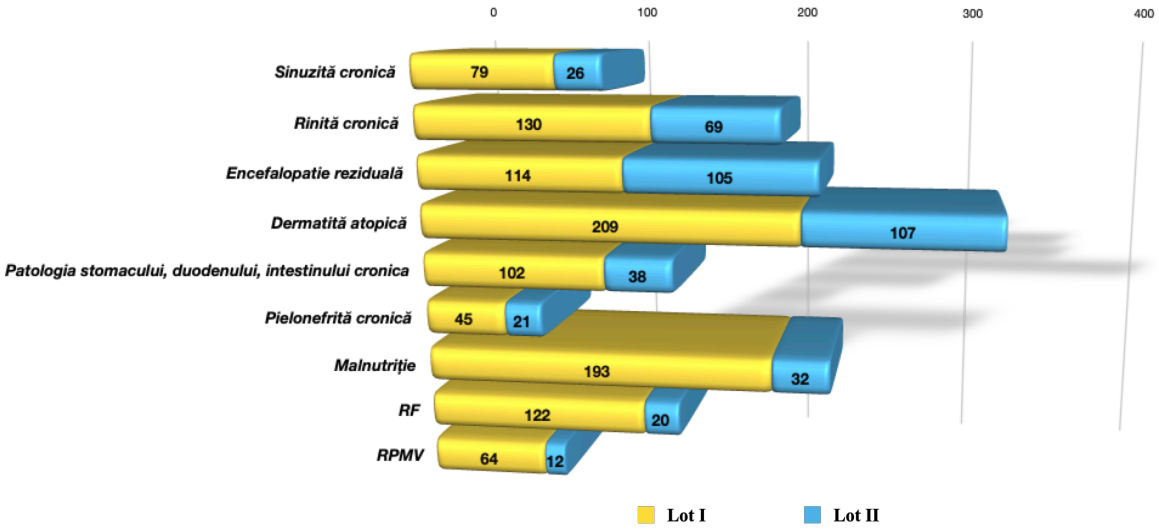


Fig. 5.17 Profilul comparativ al celor mai frecvente stări morbide cronice, episoade de acutizare, abs

Pornind de la raționamentul diferențierii particularităților statutului social al copiilor rămași temporar fără grija parentală și dependenței incontestabile a dezvoltării lor fizice și psihice de condițiile mediului ambiant, am meditat atent asupra *patologiei de dezvoltare* cu risc de cronicizare, detectate la acești pacienți (Figura 5.18). În urma cercetării efectuate, am scos în evidență predominanța categorică la copiii lotului I a cotelor următoarelor nosologii: malnutriție - 2,4% (95% IÎ 2,1-2,8), retard fizic - 1,5% (95% IÎ 1,3-1,8) și retard psiho-motor, verbal - 0,8% (95% IÎ 0,6-1,0) de cazuri. Aceste patologii *per pacient* se notau la copiii migranților mai frecvent versus copiii lotului II de - 6; 7 și, respectiv, 4 ori. Rahitismul a fost remarcat *per pacient* de 1,3 ori mai des la copiii afectați de migrație. Drept confirmare a diferențelor marcate

în cadrul evaluării loturilor comparate, au fost semnalate semnificații statistice relevante (Tabelul A5.4).

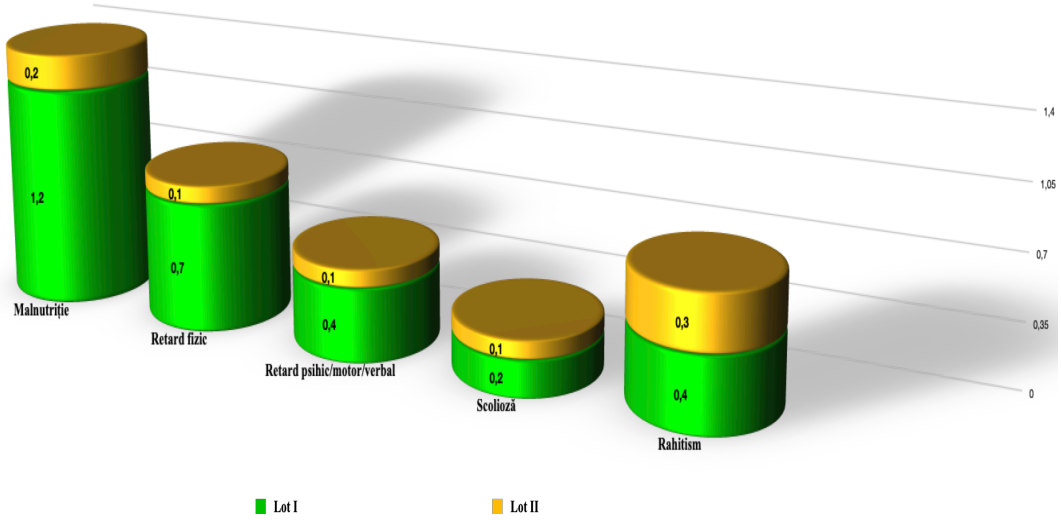


Fig. 5.18. Spectrul comparativ al patologiei dezvoltării fizice, psiho-motorii și verbale, episod per pacient

Sinteza rezultatelor estimate ne-a permis să identificăm cele mai frecvente nosologii acute și cronice la pacienții studiului. În lotul copiilor marcați de migrație *per pacient* distingem următoarea ierarhie a celor mai frecvente nosologii *acute*: IRA; anemie carențială; amigdalită acută; pneumonie acută; faringită acută; bronșită acută; DCM; conjunctivită acută; patologia acută a stomacului, duodenului, intestinului; TCC; pielonefrită acută; pancreatită acută. La capitolul *stări morbide cronice*, ordonarea incidenței este următoarea: dermatită atopică, acutizare; malnutriția; amigdalită cronică, acutizare; rinită cronică, acutizare; encefalopatie reziduală; retard fizic; patologia stomacului, duodenului, intestinului, acutizare; retard psiho-motor, verbal; rahitism.

Conchidem prin a afirma că, la copiii migranților din Republica Moldova am stabilit o ordine a patologiei acute și cronice deosebită de cele relatate anterior de autori în literatura de specialitate. Considerăm că aceste divergențe sunt generate de un aliaj al cauzelor: migrarea părinților pe termen lung; insuficiența cotei de instituire asupra copiilor a serviciului tutelă/curatelă; lipsa sau insuficiența remitențelor; subaprecierea stării de sănătate proprie la fiecare episod de boală; adresabilitatea și accesibilitatea limitată pentru serviciile de asistență medicală și, nu în ultimul rând, migrarea de muncă a cadrelor medicale cu o enormă insuficiență a lor în instituțiile de asistență medicală primară și specializată.

Cunoașterea spectrului patologiei acute și cronice la copiii marcați de migrație facilitează elaborarea modelului de conduită medicală a acestor copii, scopul căruia este ameliorarea stării de sănătate, prevenirea cronicizării maladiilor și a acutizărilor frecvente.

Conform legislaţiei în vigoare, la copil orice intervenţie chirurgicală se permite a fi efectuată doar cu acordul părinţilor. În lipsa părinţilor, fără prezentarea actului legal de tutelă, nici o persoană nu îşi poate asuma responsabilitatea acestei decizii. Absenţa părinţilor, precum şi lipsa actelor de tutore, complică procedura de acordare a asistenţei medicale copilului, în special atunci când există necesitatea unor intervenţii invazive [146]. Prin prisma celor relatate, ne-am propus să apreciem riscurile patologiei chirurgicale și traumatologice la copiii marcați de migrația părinților la muncă (Tabelul 5.15).

Tabelul 5.15. Spectrul comparativ al stărilor morbide acute chirurgicale și traumatologice

Stări morbide acute chirurgicale	Lot I				Lot II			
	Abs.	%	95% IÎ		Abs.	%	95% IÎ	
			IÎ inf	IÎ sup			IÎ inf	IÎ sup
Patologie chirurgicală								
Abces	9	0,1	0,0	0,2	3	0,1	0,0	0,2
Apendicită acută	16	0,2	0,1	0,3	6	0,2	0,0	0,3
Abdomen acut (non-apendicită)	23	0,3	0,2	0,4	7	0,2	0,1	0,3
Flegmon	3	0,0	0,0	0,1	3	0,1	0,0	0,2
Limfadenită acută***	72	0,9	0,7	1,1	10	0,3	0,1	0,5
Osteomielită acută	4	0,1	0,0	0,1	1	0,0	0,0	0,1
Plagă scalpată	7	0,1	0,0	0,2	7	0,2	0,1	0,3
Plagă contuză	10	0,1	0,0	0,2	6	0,2	0,0	0,3
Plagă mușcată	13	0,2	0,1	0,3	2	0,1	0,0	0,1
Plagă tăiată	7	0,1	0,0	0,2	5	0,1	0,0	0,3
Plagă penetrantă corneană	1	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0
Peritonită*	5	0,1	0,0	0,1	-	0,0	0,0	0,0
Patologie traumatologică								
Contuzia țesuturilor/ organelor	47	0,6	0,4	0,8	23	0,7	0,4	0,9
Fractura membrului	53	0,7	0,5	0,8	27	0,8	0,5	1,1
Entorsă/luxația membrului	14	0,2	0,1	0,3	2	0,1	0,0	0,1

*Notă: semnificație statistică: * - p < 0,05; ** - p< 0,01; *** - p < 0,001*

Procesând datele încadrate în tabel, am identificat un spectru variat al patologiei chirurgicale/traumatologice. Au fost atestate atât stări morbide urgente, așa ca *apendicita acută, peritonită și plagă penetrantă corneană,* care au fost notate în 22 de episoade de adresări și s-au soldat cu intervenții chirurgicale urgente, cât și stări morbide, care au necesitat intervenții

chirurgicale minore cu monitorizare ulterioară de durată: diagnosticul de *plagă* (scalpată, contuză, mușcată, tăiată) a fost anunțat în 37 de episoade de adresări la copiii lotului I sau de 1,9 ori mai frecvent versus la copiii lotului II - 20 de episoade. Circa 54,7% de adresări chirurgicale au necesitat administrarea terapiei antibacteriene cu monitorizare ulterioară de durată pe motivul următoarelor nosologii: abces, flegmon, limfadenită acută, osteomielită acută. În cazul fiecărei a 14-a adresare cu profil chirurgical a existat necesitatea unor investigații riguroase pentru precizarea diagnosticului de *abdomen acut,* care au fost posibile doar în cazul prezenței unuia din părinți sau a persoanei tutele. Diferențe statistice semnificative au fost notate la evaluarea cotelor frecvenței *peritonitei* ($p < 0,05$) și foarte semnificative - la *limfadenită acută* ($p < 0,001$).

Lipsa vigilenței parentale și condițiile de trai uneori periculoase ale copiilor pot facilita apariția traumatismelor, anume aceasta ne-a motivat să evaluăm frecvența patologiei traumatologice acute la copiii rămași temporar fără grija părintească pe motivul migrației la muncă. După cum rezultă din tabelul redat, deși nu au fost constatate diferențe statistic semnificative a cotelor, frecvența episoadelor traumatologice a avut valori mai mari la copiii lotului I, de exemplu, *contuzia țesuturilor/organelor* a fost relatată în 47 de episoade versus pacienții lotului II - 23 de episoade, iar raportul adresărilor *per pacient* a constituit 3,0:1,0. Diagnosticul de *fractură a membrului* a fost confirmată de 2 ori mai frecvent la copiii migranților – în 53 de episoade, comparativ cu copiii lotului II – în 27 de episoade, iar raportul frecvenței patologiei *per pacient* s-a notat a fi 1,5:1,0. Nosologia *entorsă/luxația membrului* a fost identificată de 7 ori mai des la copiii lotului I - 14 episoade versus lotului II cu, respectiv, 2 episoade. În Figura 5.19 am afișat panoramic profilul comparativ al stărilor morbide acute chirurgicale și traumatologice la pacienții studiului.

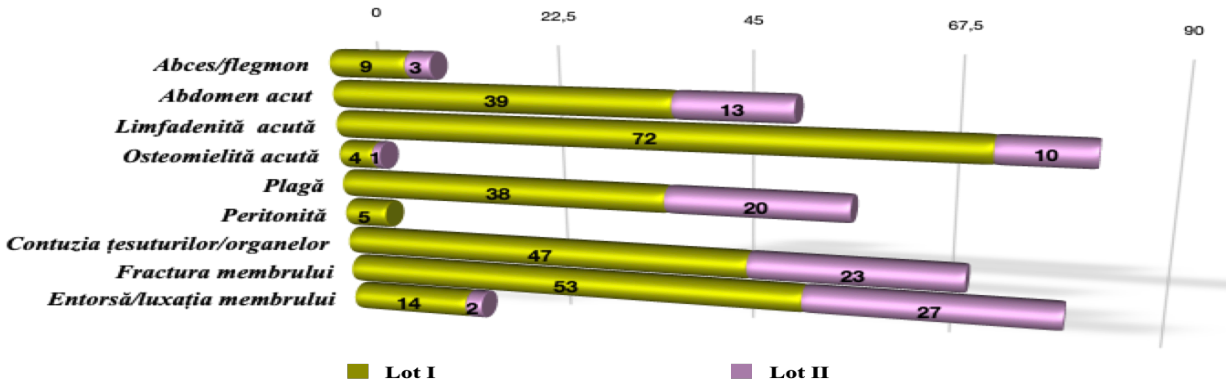


Fig. 5.19. Profilul comparativ al stărilor morbide acute chirurgicale/traumatologice, episoade

Rezultatele cercetării noastre raportate anterior, cu referire la imunizarea incompletă a copiilor migranților, ne-a motivat să explorăm morbiditatea prin maladiile infecțioase (Tabelul

5.16). Sinteza datelor încorporate în Tabelul 5.18 denotă că, deși diagnosticul "maladie infecțioasă" a fost identificat la pacienții loturilor comparate cu frecvențe ce se deosebesc nesemnificativ - 130 și, respectiv, 123 de episoade *per pacient,* la lotului I reveneau - 0,8 episoade, iar celor din lotul II - 0,7 episoade. Diagnosticul "helmintiază" s-a regăsit în 83 de cazuri de adresări la pacienții lotului I cu o cotă de 1,0% din toate adresările efectuate (95% IÎ 0,8-1,3), ceea ce este de 1,2 ori mai frecvent decât la cei din lotul II - 68 (1,9%; 95% IÎ 1,5-2,4) de episoade. La capitolul "micoze" diagnosticul a fost confirmat de patru ori mai des la pacienții lotului I – 41 de episoade versus la cei din lotul II - 11 episoade. *Per pacient* această patologie s-a notat în loturile comparate cu valori de 0,2 și 0,1 episoade *per pacient*.

Tabelul 5.16. Profilul stărilor morbide infecțioase

Stări morbide infecțioase	Lot I				Lot II			
	Abs.	%	95 %		Abs.	%	95 %	
			IÎ inf	IÎ sup			IÎ inf	IÎ sup
Maladii infecțioase/micoze/helmintiaze								
Helmintiază***	83	1,0	0,8	1,3	68	1,9	1,5	2,4
Micoză	41	0,5	0,4	0,7	11	0,3	0,1	0,5
Maladie infecțioasă***	130	1,6	1,4	1,9	123	3,5	2,9	4,1
Tuberculoză/viraj/contact tbc								
Contact TBC **	77	1,0	0,8	1,2	1	0,0	0,0	0,1
TBC***	21	0,3	0,2	0,4	-	0,0	0,0	0,0
Viraj TBC	26	0,3	0,2	0,5	10	0,3	0,1	0,5

Notă: *semnificație statistică: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$*

Diagnosticul de " tuberculoză" a fost vizat doar la copiii migranților, în cadrul a 21 de adresări *per pacient* nosologia s-a regăsit cu o frecvență de 0,1 episod. De menționat că în cadrul a 77 de adresări ale copiilor migranților a fost anunțat contactul cu TBC, iar în 26 de cazuri a fost menționat "viraj TBC", datele prezentate reflectă necesitatea includerii copiilor migranților în grupul de risc pentru dezvoltarea tuberculozei. În Figura 5.20 a fost ilustrat profilul comparativ al stărilor morbide infecțioase conturat la pacienții studiului.

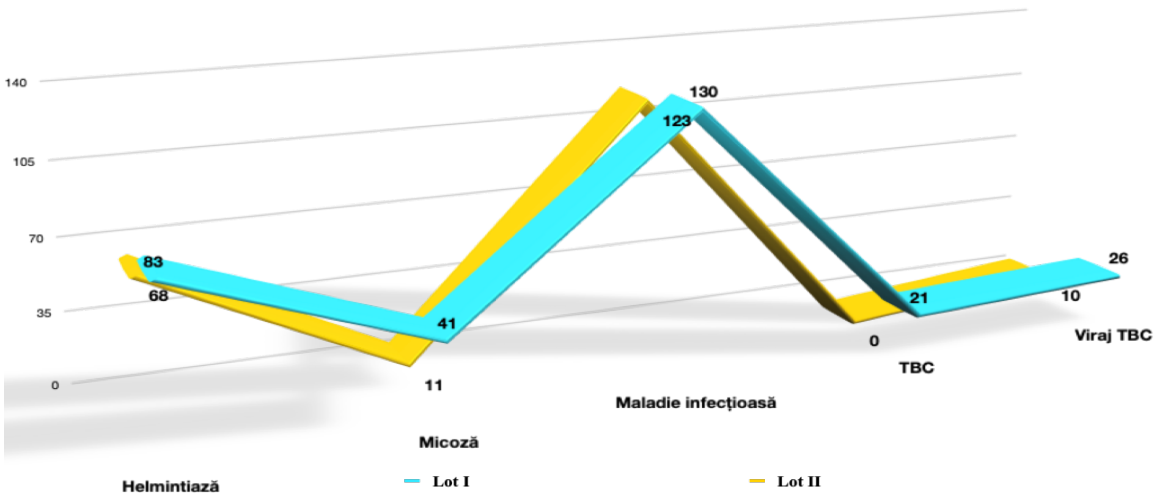


Fig. 5.20. Profilul comparativ al stărilor morbide infecțioase, episoade

Finalitatea cercetării a fost prezentată de evaluarea frecvenței urgențelor medicale înregistrate la pacienții loturilor comparate (Tabelul 5.17).

Tabelul 5.17. Profilul comparativ al stărilor morbide urgente

Stări morbide urgente	Lot I				Lot II			
	Abs.	%	95% IÎ		Abs.	%	95% IÎ	
			inf	sup			inf	sup
Combustie/sechele**	17	0,2	0,1	0,3	4	0,1	0,0	0,2
Corp străin*	7	0,1	0,0	0,2	3	0,1	0,0	0,2
Edem Quincke	2	0,0	0,0	0,1	3	0,1	0,0	0,2
Epistaxis/hemoptizie	12	0,2	0,1	0,2	6	0,2	0,0	0,3
Înțepătură de insectă	8	0,1	0,0	0,2	4	0,1	0,0	0,2
Intoxicație acută, ocazională **	8	0,1	0,0	0,2	3	0,1	0,0	0,2
Mușcătură de câine*	9	0,1	0,0	0,2	4	0,1	0,0	0,2
Sincopa*	9	0,1	0,0	0,2	3	0,1	0,0	0,2
Sindrom convulsiv *	46	0,6	0,4	0,7	16	0,5	0,2	0,7
Status astmatic	2	0,0	0,0	0,1	-	0,0	0,0	0,0
Șoc anafilactic	2	0,0	0,0	0,1	-	0,0	0,0	0,0
Șoc hemoragic	2	0,0	0,0	0,1	-	0,0	0,0	0,0

*Notă: semnificație statistică: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$*

Conform rezultatelor obținute, am relevat frecvențele mai evidente ale unor urgențe medicale la copiii marcați de migrație: combustie de circa patru ori sau 0,1 episod *per pacient*; corp străin și mușcătură de câine de circa 2,3 ori; epistaxis/hemoptizie și înțepătură de insectă de două ori; intoxicație acută, ocazională de circa 2,7 ori; sindrom convulsiv de 2,9 ori sau 0,3 episoade *per pacient*. Totodată, menționăm că așa nosologii ca - rău astmatic, șoc anafilactic și hemoragic au fost regăsite doar la pacienții lotului I. Configurația datelor primite a fost integrată în Figura 5.21.

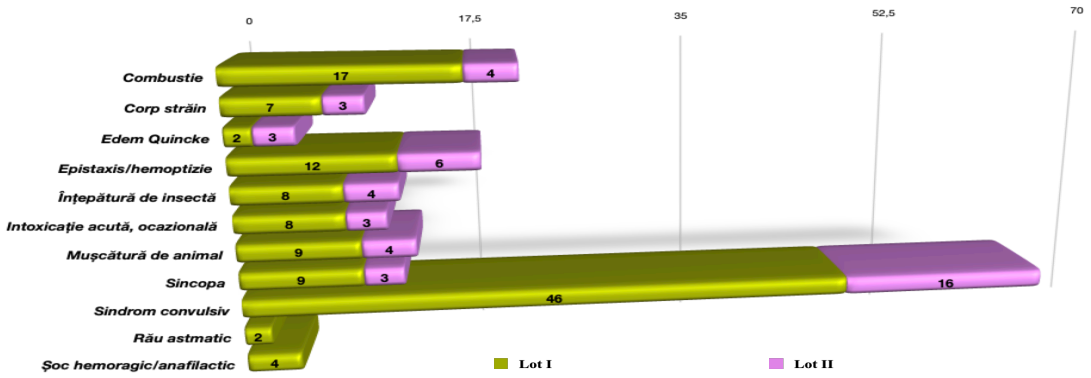


Fig. 5.21. Profilul comparativ al stărilor morbide urgente, episoade

Concluzionăm că prin cele realizate la acest compartiment de investigații, putem afirma că informația despre profilul stărilor morbide chirurgicale, traumatologice, infecțioase și celor urgente necesită a fi mediatizată, adusă la cunoștința specialiștilor din medicina primară și specializată pentru eficientizarea prevenirii traumatismelor și urgențelor medicale la copiii migranților; rezultatele obținute servind drept suport pentru elaborarea unor măsuri și sugestii valide de ameliorare a sănătății acestor copiii.

5.3. Identificarea structurii morbidității generale a copiilor marcați de migrația parentală de muncă și cuantificarea factorilor medico-sociali de risc pentru sănătatea lor

"... Sănătatea copiilor și adolescenților este importantă pentru fiecare societate. Chiar și în societățile bogate, îmbunătățirile în acest domeniu, vizând asigurarea echitabilă a sănătății și bunăstării pentru copii și adolescenți, vor necesita schimbarea, adeseori sistemică, către o abordare comprehensivă, cu implicarea întregului Guvern" ["Strategia OMS EURO. Investiția în copii: Strategia europeană pentru sănătatea copiilor și tinerilor 2015-2020"].

Despre starea sănătății copiilor afectați de migrație putem reflecta prin estimarea structurii morbidității, care este viguros influențată de totalitatea determinanților sănătății: accesibilitatea și calitatea serviciilor medicale; nivelul imunizării, performanța diagnosticului; corectitudinea codificării; adresabilitatea populației. Studierea sănătății copiilor migranților și prezentarea rezultatelor sub formă de structură prezintă importanţă pentru: elaborarea şi implementarea măsurilor de prevenţie; monitorizarea bolilor; planificarea îngrijirilor de sănătate; cercetarea etiologiei şi tabloului clinic al bolii; estimarea impactului social şi economic asociat bolilor.

Pornind de la ipoteza impactului migrației parentale de muncă asupra stării sănătății copiilor și prin prisma celor relatate anterior, am considerat oportun să analizăm structura morbidității generale a copiilor marcați de migrația parentală de muncă (Figura 5.22). După cum rezultă din figura anunțată, cea mai consistentă pondere de 58,5% au avut *tulburările sistemului*

respirator, urmată de *tulburările ochiului, adnexă, urechii și procesului mastoid* și *răni, otrăviri și anumite alte consecințe ale cauzelor externe* cu cotele respective de 5,5 și 4,9%. În continuare, prezentăm în ordine descrescândă celelalte componente ale structurii morbidității: *tulburările sistemului nervos* și *tulburările pielii și țesutului subcutanat* au notat cote de 4,4%; *anumite tulburări infecțioase și parazitice* și *tulburările neoplazice ale sângelui și organelor care formează sângele și anumite tulburări ale mecanismului imunitar* au prentat cote respective de 4,3 și 4,2%; *tulburările sistemului digestiv* au anunțat cota de 3,6%, iar tulburările sistemului musculoscheletic și țesutului conjunctiv, respectiv, de 2,8 %.

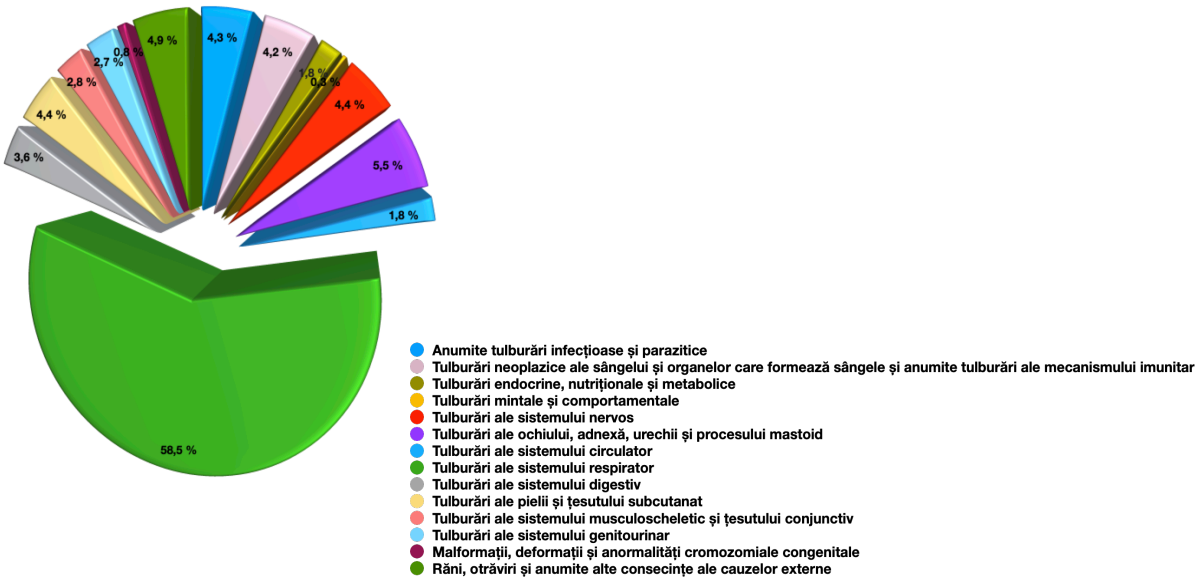


Fig. 5.22. Structura morbidității generale a copiilor marcați de migrația parentală de muncă, pe clase de boli, (%)

Parte componentă a studiului a devenit și evaluarea structurii morbidității pacienților din lotul de control. Studiul comparat al pacientelor din ambele loturi a consemnat valori mai impunătoare, cu mici excepții, ale cotelor pe clase de boli la pacienții lotului I. Totodată, menționăm că am detectat și careva particularități în repartizarea după rang al claselor de maladii (Tabelul 5.18).

Tabelul. 5.18. Baremul comparativ și ierarhizarea în structura morbidității generale a copiilor incluși în studiu

N	Denumirea capitolului CIM X	Lot I (n.165)				Lot II (n.165)			
		%	IÎ	N	Rang	%	IÎ	N	Rang
I	Anumite tulburări infecțioase și parazitice	4,3	3,7 - 4,9	170	6	3,7	3,0 - 4,4	99	8

II	Tulburări neoplazice, ale sângelui și organelor care formează sângele și anumite tulburări ale mecanismului imunitar	4,2	3,6 - 4,8	166	7	4,0	3,3 - 4,7	107	7
III	Tulburări endocrine, nutriționale și metabolice	1,8	1,4 - 2,2	71	11	2,0	1,5 - 2,5	54	12
IV	Tulburări mintale și comportamentale	0,3	0,1 - 0,5	12	14	0,2	0,0 - 0,4	5	14
V	Tulburări ale sistemului nervos	4,4	3,8 - 5,0	174	4	4,3	3,5 - 5,1	115	5
VI	Tulburări ale ochiului, adnexă, urechii și procesului mastoid	5,5	4,8 - 6,2	218	2	5,4	4,5 - 6,3	144	2
VII	Tulburări ale sistemului circulator	1,8	1,4 - 2,2	71	12	2,4	1,8 - 3,0	64	11
VIII	Tulburări ale sistemului respirator	58,5	7,0 - 60,0	2318	1	57,5	,6 - 59,4	1537	1
IX	Tulburări ale sistemului digestiv	3,6	3,0 - 4,2	143	8	3,4	2,7 - 4,1	91	9
X	Tulburări ale pielii și țesutului subcutanat	4,4	3,8 - 5,0	174	5	4,2	3,4 - 5,0	112	6
XI	Tulburări ale sistemului musculoscheletic și țesutului conjunctiv	2,8	2,3 - 3,3	111	9	4,4	3,6 - 5,2	118	4
XII	Tulburări ale sistemului genitourinar	2,7	2,2 - 3,2	107	10	2,4	1,8 - 3,0	64	10
XV	Malformații, deformații și anormalități cromozomiale congenitale	0,8	0,5 - 1,1	32	13	1,6	1,1 - 2,1	43	13
XVII	Răni, otrăviri și anumite alte consecințe ale cauzelor externe	4,9	4,2 - 5,6	194	3	4,5	3,7 - 5,3	120	3
	Total	100,0		3961		100,0		2673	

De exemplu, aranjamentul după rang, în loturile comparate a fost identic doar în cazul a primelor 3 locuri, ulterior atât cotele, cât și orânduirea au fost diferite. La pacienții lotului II locurile 4 - 5 - 6 și 7 erau ocupate de: *tulburările sistemului musculoscheletic și țesutului conjunctiv* cu cota de 4,4%; *tulburările sistemului nervos* cu cota de 4,3%; *tulburările pielii și țesutului subcutanat* și *tulburările neoplazice ale sângelui și organelor care formează sângele și anumite tulburări ale mecanismului imunitar* cu cotele respective de 4,2 și 4,0%. Configurarea rezultatelor obținute au fost prezentate panoramic în Figura 5.23.

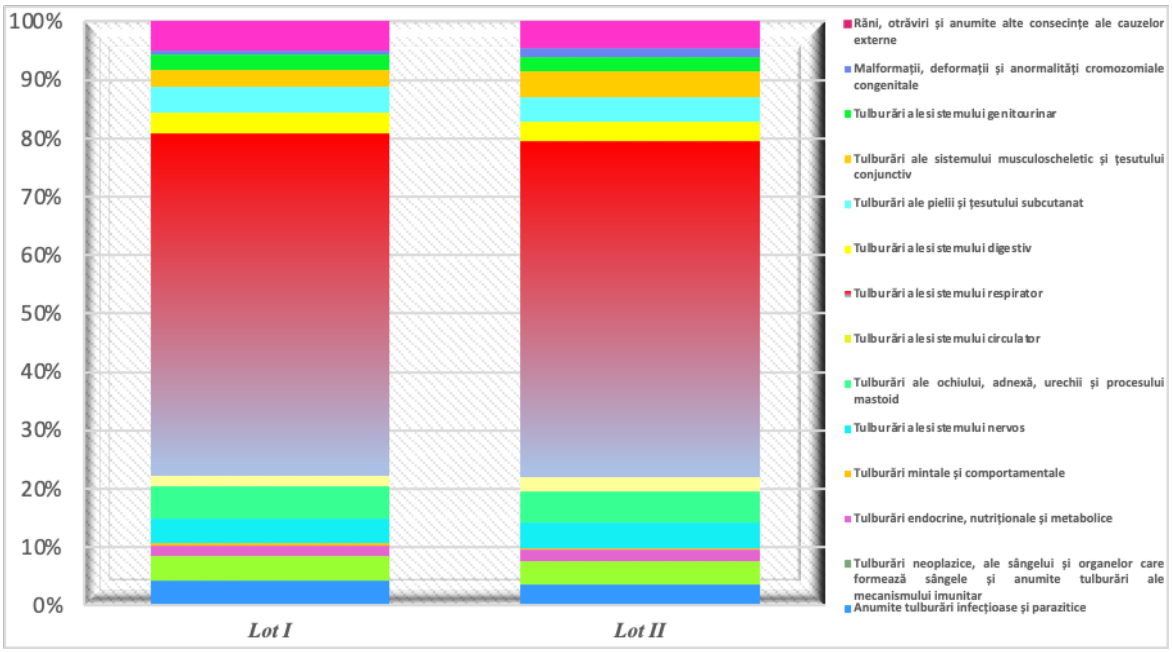


Fig. 5.23. Profilul comparativ al structurii morbidității copiilor incluși în studiu

Este important de notat că în cadrul cercetărilor noastre am elucidat diferențe la compararea cotelor și rangamentului în structura morbidității copiilor migranților cu datele publicațiilor statistice oficiale („Copiii Moldovei", 2020). Conform acestor date, în structura incidenţei pe principalele grupe de boli la copiii în vârstă de 0 -14 ani, pe primul loc se plasează cu o cotă de 71,6% - *Bolile aparatului respirator,* care este de 1,2 ori mai mare versus cota copiilor migranților. Următoarea divergență constă în faptul că, pe locul secund, în structura morbidității pacienților lotului I sunt plasate *tulburările ochiului, adnexă, urechii și procesului mastoid,* iar în statistica oficială - *Bolile infecţioase şi parazitare* cu o cotă de 6,6%, de 1,5 ori mai elevată, decât la copiii migranților. Plasamentul terță, în statistica oficială este ocupat de *Bolile pielii şi ţesutului celular subcutanat* cu o cotă de 4,2%, iar la pacienții lotului I este rezervat de - *răni, otrăviri și anumite alte consecințe ale cauzelor externe* cu o cotă de 4,9%. Acest decalaj de cote poate fi explicat nu prin o morbiditate mai scăzută a copiilor migranților, ci prin o adresabilitate și accesibilitate la instituțiile de asistență medicală mai inferioară a acestor copii, ceea ce este foarte alarmant și totodată invocator pentru elaborarea la nivel național a măsurilor pentru sporirea accesibilității la asistența medicală pentru toți copiii, inclusiv celor rămași temporar fără grija părintească.

Pornind de la raționamentul dependenței morbidității copiilor cu părinții plecați la muncă de prezența numeroșilor factori de risc ambientali, vectorul cercetărilor s-a orientat spre aprecierea factorilor medico-biologici și sociali, conjugați indicelui studiat. Printre factorii de risc pentru creșterea morbidității copiilor migranților, descriși în literatura de specialitate, sunt

enumerați: carența alimentară [54]; condițiile de trai precare și sărăcia [17, 35]; nerespectarea regulilor de igienă [55, 81]; prezența diferitor abuzuri [4, 14, 49, 51]; accesibilitatea limitată la asistența medicală [63, 229]; prezența unor patologii [251, 350, 351, 354].

Pentru determinarea factorilor de risc ce duc la progresarea morbidității copiilor migranților noi am utilizat metoda de analiză canonică. Această metodologie a fost aplicată pentru evidenţierea legăturii ce există între două grupe de variabile, determinând o combinaţie liniară a caracteristicilor primului grup (morbiditatea generală) şi combinaţia liniară a grupului al doilea de caracteristici (factorii de risc), care sunt cele mai strâns corelate. În vederea evaluării factorilor de risc, a fost alcătuit un tabel, care a inclus valorile raportului șanselor (RȘ), intervalul de încredere (95 % IÎ) și semnificația statistică, ceea ce a permis să conturăm succesiunea importanței factorilor de risc apreciați (Tabelul 5.19).

Tabelul 5.19. Ierarhizarea factorilor de risc pentru sănătatea copiilor marcați de migrația parentală de muncă

N	Factorul studiat	Lot I n=165	Lot II n=165	RȘ	95 % IÎ	p	Rangul
1	Prezența TBC/contact/viraj	124	11	42,34	20,9 - 85,8	< 0,0001	I
2	Alimentație neregulată, (mai rar de 2 ori/zi)	38	26	24,39	5,8 - 103,0	< 0,0001	II
3	Insuficiența surselor financiare	109	20	14,11	7,9 - 24,9	< 0,0001	III
4	Prezența anemiei	99	17	13,06	7,1 - 23,6	< 0,0001	IV
5	Igienizare rară (spălatul pe mâini cu săpun mai rar de 1 dată/zi)	62	8	11,81	5,4 - 25,7	< 0,0001	V
6	Prezența abuzului fizic	37	4	11,6	4,0 - 33,5	< 0,0001	VI
7	Nerespectarea planului de vaccinare	103	29	7,79	4,7 - 13,0	< 0,0001	VII
8	Intemporalitatea acordării asistenței medicale	37	6	7,66	3,14 - 18,7	< 0,0001	VIII
9	Familie numeroasă (> 3 persoane)	113	65	7,44	5,23 - 17,4	< 0,0001	IX
10	Lipsa posibilității achiziționării tuturor medicamentelor prescrise	1043	32	7,09	4,3 - 11,7	< 0,0001	X
11	Utilizarea strictă doar a metodelor nemedicamentoase de tratament	100	30	6,92	4,18 - 11,5	< 0,0001	XI
12	Familie dezintegrată	74	18	6,64	3,7 - 11,8	< 0,0001	XII
12	Prezența patologiei ereditare, congenitale	88	29	5,36	3,2 - 8,9	< 0,0001	XIII

13	Igienizare rară (scăldatul mai rar de 1 dată/zi)	84	29	4,86	2,9 - 8,1	< 0,0001	XIV
14	Prezența abuzului psihic	42	11	4,78	2,3 - 9,7	< 0,0001	XV
15	Prezența stărilor grave și de urgență	52	19	3,54	1,98 - 6,3	< 0,0001	XVI
17	Accesibilitatea geografică limitată la asistența medicală	21	11	2,04	1,0 - 4,4	0,07	XVII
18	Prezența patologiei uro-genitale	99	67	2,04	1,3 - 3,2	0,0015	XVIII

Notă: RȘ – raportul șanselor

Conform rezultatelor obţinute, pe locul I, dintre factorii de risc ce duc la o creștere a morbidității copiilor migranților se plasează prezența *tuberculozei, virajului* sau a contactelor cu bolnavii de TBC. Locul II ocupă *alimentația neregulată, rară;* locul III se atribuie *insuficienței surselor financiare*, iar *prezența anemiei* se atestă pe locul IV, urmată de locul V rezervat *igienizării rare*. *Prezența abuzului fizic, nerespectarea planului vaccinărilor* și *intemporalitatea acordării asistenței medicale* sunt trecute pe locurile respective VI-VII și VIII.

Elucidarea factorilor de risc, tangibili stării de sănătate a copiilor separați de părinți, a facilitat elaborarea standardului de supraveghere și profilaxie a efectelor negative asupra sănătății copiilor, condiționate de migrația parentala de muncă (Anexa 6). Regretabil, dar nu a fost posibil să comparăm rezultatele cercetării noastre cu relatările altor autori, deoarece nu am găsit careva date descrise în literatura ştiinţifică de specialitate, cu referire la ierarhizarea factorilor de risc pentru sănătatea copiilor migranților.

Sănătatea populaţiei este una dintre condiţiile de bază pentru dezvoltarea economică şi socială durabilă a oricărei ţări, iar misiunea specialiștilor din sistemul sănătății este de a asigura accesul la serviciile calitative de sănătate pentru toate categoriile de populaţie. Sistemul medical din Republica Moldova trece printr-o perioadă dificilă, iar migrația de muncă a scos la iveală toate lacunele acestui sistem. Este actual să elaborăm viziuni clare cum ameliorăm situația în sectorul sănătății, astfel încât, lucrătorii medicali să aibă condiții de muncă decente și motivare financiară, iar pacienții, inclusiv copiii migranților să aibă acces la servicii medicale oricând și oriunde.

În concluzie, informațiile privind nivelul și determinanții stării de sănătate pentru copiii marcați de migrația parentală de muncă, reprezintă o sursă pentru identificarea priorităților și fundamentarea deciziilor, privind intervențiile viitoare, care ar putea să asigure punerea în aplicare a cerințelor Strategiei Naţionale de Sănătate 2021 - 2030, aria strategică de intervenție pentru domeniul sănătății publice, îmbunătăţirea stării de sănătate şi calității vieții copiilor migranților.

5.4. Concluzii la capitolul 5

1. Conform rezultatelor studiului, copiii marcați de migrația parentală de muncă s-au adresat pentru asistența medicală, în primul rând, pe motiv profilactic, ceea ce a constituit 58,4% (95% IÎ 57,5-59,3) de adresări. Pe locul secund am remarcat adresările motivate de maladiile intercurente acute cu o cotă de 32,1% (95% IÎ 31,3-33,1), iar pe locul terță au fost notate adresările condiționate de complicațiile sau acutizările procesului cronic, prezentând o pondere de 9,5%.
2. Copiii marcați de migrație, la etapa anticipării migrației la muncă a părinților deja prezintă o adresabilitate mai avansată versus cea a copiilor cu părinți non-migranți. Considerăm acest fapt ca fiind datorat unei morbidități mai sporite la copiii din familiile social vulnerabile, asociată cu neglijența și indiferența părinților către sănătatea copiilor proprii, nu excludem, ca factor de acțiune și asistența medicală efectuată insuficient acestui contingent de copii. Raportul frecvenței adresabilității la pacienții din loturile comparate ale studiului a fost următorul: *consult profilactic* - 2,0:1,0; *episod morbid, proces acut* - 1,5:1,0 ; *episod morbid, proces cronic* -13:1,0 ; *episod morbid, proces cronic/acutizare* - 7,9:1,0.
3. Cercetarea a constatat faptul că după plecarea părinților la muncă, posibil din motivul lipsei monitorizării sănătății atât din partea însăși a copiilor, cât și din partea celor în grija cărora ei au rămas, a diminuat cota adresabilității pentru consult profilactic de 1,7 ori, de la 66% (95% IÎ 65,2-66,9) la 38,6% (95% IÎ 34,9-38,4) de cazuri, totodată a crescut cota adresabilității din motivul maladiilor acute intercurente de 2 ori, de la 25,4% (95% IÎ 24,4-26,4) la 49,5% (95 % IÎ 49,0-52,8). A sporit și cota adresabilității cauzată de acutizarea maladiilor cronice de 6 ori, de la 1,1% (95% IÎ 0,9-1,1) la 6,56% (95% IÎ 6,1-7,6) de adresări ($\chi 2$=1173,0; gl=3; p= 0,000)
4. Copiii cu ambii părinți migrați la muncă au notat o pondere a adresabilității *pe motiv de boală* de 74,1% (95% IÎ 72,6-75,7), de altfel, de 4,8 ori mai sporită versus cea a copiilor cu părinți non-migranți - 15,6% (95% IÎ 14,6-16,7). *Examene profilactice* au solicitat 18,4% (95% IÎ 17,1-19,8) de copii cu ambii părinți migrați, ceea ce este de 3,9 ori mai redus, comparativ cu copiii neafectați de migrație - 72,5% (95% IÎ 71,2-73,8). Adresări cu scopul *monitorizării bolii* au efectuat 7,4% (95% IÎ 6,5-8,4) de pacienți cu ambii părinți migranți, ceea ce este de 1,6 ori mai puțin în comparație cu copiii lotului de control - 11,9% (95% IÎ 11,0-12,8).
5. Aprecierea adresabilității pentru asistența medicală în funcție de vârsta pacienților, a identificat o predominanța categorică la toate categoriile de vârstă ale adresabilității

copiilor migranților. Diferențele elucidate cu referire la adresabilitatea pacienților din loturile comparate au deținut semnificații statistice relevante (p=0,000).

6. Analiza nivelului de acoperire vaccinală a constatat că copiii migranților au fost imunizați complet cu toate vaccinele doar în 37,6% de cazuri, ceea ce aste de 2,2 ori mai puțin, comparativ cu cota pacienților cu părinți non-migranți - 82,4% (*χ^2=185,09, gl=2, p=0,000).* Cotele complexității imunizării copiilor afectați de migrație au fost următoarele: cu vaccinul HVB - 85,5%; VPO - 66,7%; DTP - 53,9%; ROR - 47,9%. Copiii marcați de migrație cu nivelul de acoperire vaccinală mai redus au prezentat o adresabilitate mai elevată, condiționată de *episod morbid acut*, comparativ copiilor neafectați de migrație (p=0,000).
7. Rezultatele studiului au relevat că cota cea mai impunătoare de afectare a sistemelor la copiii migranților a fost cea a *sistemului ORL* cu o valoare de 16,0% (95% IÎ 15,4-16,7) de cazuri, urmată de afectarea *sistemului respirator* cu cota respectivă de 9,5% (95% IÎ 9,0-10,0); iar afectarea *sistemului nervos* nota o cotă de 6,2% (95% IÎ 5,8-6,6) de adresări.
8. Copiii migranților au o pondere a adresărilor la medicul de familie de 70,4% (95% IÎ 69,5-71,4) sau de 2,4 ori mai mare, comparativ cu cea a copiilor lotului de control - 29,1% (95% IÎ 27,7-30,4), iar cota adresărilor la medicii specialiști este extrem de mică - 29,6% de cazuri. Raportul adresărilor medic de familie/medic specialist la copiii lotului de bază este de 2,4:1,0.
9. În lotul copiilor marcați de migrație *per pacient* a fost distinsă următoarea ierarhie a *celor mai frecvente nosologii acute*: IRA; anemie carențială; amigdalită acută; pneumonie acută; faringită acută; bronșită acută; DCM; conjunctivită acută; patologia acută a stomacului, duodenului, intestinului; TCC; pielonefrită acută; pancreatită acută. La capitolul *stări morbide cronice* ordonarea incidenței este următoarea: dermatită atopică, acutizare; malnutriția; amigdalită cronică, acutizare; rinită cronică, acutizare; encefalopatie reziduală; retard fizic; patologia cronică a stomacului, duodenului, intestinului, acutizare; retard psiho-motor, verbal; rahitism.
10. Evaluarea adresabilității, condiționate de patologia chirurgicală, a remarcat că circa 54,7% de adresări au necesitat administrarea terapiei antibacteriene, cu monitorizare ulterioară de durată, pe motivul următoarelor nosologii: abces, flegmon, limfadenită și osteomielită acută. Frecvența episoadelor traumatologice a avut valori mai mari la copiii lotului de bază.
11. Conform rezultatelor studiului, au fost notate frecvențe mai evidente ale unor urgențe medicale la copiii marcați de migrație: *combustie* - de circa patru ori sau 0,1 episod per

pacient; *corp străin* și *mușcătură de câine* - de circa 2,3 ori; *epistaxis/hemoptizie* și *înțepătură de insectă* - de două ori; *intoxicație acută, ocazională* - de circa 2,7 ori; *sindrom convulsiv* - de 2,9 ori sau 0,3 episod per pacient.

12. Analiza structurii morbidității generale a copiilor marcați de migrația parentală de muncă a demonstrat, că cea mai consistentă pondere de 58,5% au avut *tulburările sistemului respirator*, urmată *de tulburările ochiului, adnexă, urechii și procesului mastoid* și *răni, otrăviri și anumite alte consecințe ale cauzelor externe* cu cotele respective de 5,5 și 4,9%; *tulburările sistemului nervos* și *tulburările pielii și țesutului subcutanat* au notat cote de 4,4%; *anumite tulburări infecțioase și parazitice și tulburările neoplazice ale sângelui și organelor care formează sângele* și *anumite tulburări ale mecanismului imunitar* au prentat cote respective de 4,3 și 4,2%; *tulburările sistemului digestiv* au anunțat cota de 3,6%, iar *tulburările sistemului musculoscheletic* și *țesutului conjunctiv*, respectiv, de 2,8%.

13. Studierea ierarhiei factorilor de risc pentru sănătatea copiilor afectați de migrație a anunțat că, pe locul I se plasează - *prezența tuberculozei, virajului sau a contactelor cu bolnavii de TBC*. Locul II ocupă - *alimentația neregulată, rară*; locul III se atribuie - *insuficienței surselor financiare*, iar *prezența anemiei* se atestă pe locul IV, urmată de locul V, rezervat *igienizării rare*. Prezența *abuzului fizic, nerespectarea planului vaccinărilor* și *intemporalitatea acordării asistenței medicale* sunt trecute pe locurile respective VI-VII și VIII.

6. CALITATEA VIEȚII COPIILOR MARCAȚI DE MIGRAȚIA DE MUNCĂ A PĂRINȚILOR

6.1. Aspecte descriptive, medico-sociale ale pacienților intervievați prin aplicarea chestionarului PedsQL™ Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 English pentru evaluarea calității vieții

În conformitate cu obiectivele trasate, pentru estimarea calității vieții copiilor marcați de procesul migrațional, a fost efectuat studiul transversal prin aplicarea chestionarului PedsQL™ Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 English.

Copiii incluși în studiu au fost sortați din instituțiile educaționale (gimnazii, licee) ale raionului Orhei. Acest raion a fost selectat pentru a realiza prezentul studiu, deoarece, conform bazei de date electronice a Direcției Politici de Protecție a Drepturilor Copilului și Familiilor cu Copii a MSMPS (Extrasele din Raportul statistic anual de ramură - Formularul statistic nr.103 „Copii rămaşi fără ocrotire părintească"), aici s-a consemnat anual un număr impunător de copii, rămași temporar fără grija părintească pe motivul migrației de muncă, și anume de la 1188 la 3302 copii pentru anii 2016-2019. De notat că în conformitate cu baza de date a Direcției Politici de Protecție a Drepturilor Copilului și Familiilor cu Copii din raionul Orhei, fenomenul „copii rămași temporar fără grija părintească din motivul migrației de muncă a părinților" se detectează la populația pediatrică a localităților raionului cu frecvența de la 4,3% la 9,4%.

Permisiunea de a efectua studiul prin anchetarea copiilor în cadrul instituțiilor educaționale a fost obținută în baza Scrisorii-circulare pentru organele locale de specialitate în domeniul învățământului din raioanele Orhei, Criuleni, Florești, Basarabeasca, *nr. 03/1-09/2225 din 26.04.2019* a Ministerului Educației, Culturii și Cercetării al Republicii Moldova.

Pornind de la faptul că acești copii, rămași temporar fără grija părintească pe motivul migrației de muncă, reprezintă o categorie specială, deosebită, în baza *Legii Parlamentului nr. 140 din 14.06.2013 privind protecţia specială a copiilor aflaţi în situaţie de risc şi a copiilor separaţi de părinţi*, de la toți cei incluși în studiu, după explicarea semnificației cercetării preconizate, am obținut Acordul informat vizat de reprezentantul legal al copilului, de părintele rămas în țară sau de tutorele oficial al acestuia.

La etapa de configurare a lotului de studiu am meditat asupra bazelor de date ale copiilor marcați de migrație din raionul Orhei. Inițial, am fost motivați să analizăm lotul de cercetare, conform criteriilor stricte de includere a acestora în studiul proiectat. Sub acest aspect, cercetarea s-a centrat pe: baza de date electronice despre copiii marcați de migrație și copiii fără experiența migrației parentale de muncă din IPLT „Alexandru Donici", comuna Peresecina, raionul Orhei,

pentru anii 2018-2019; baza de date electronice despre copiii marcați de migrație și copiii fără experiența migrației parentale de muncă din IPG „Grigore Vieru”, orașul Orhei, pentru anii 2018-2019. De consemnat că toți copiii selectați au împlinit cerințele de includere în studiu: copiii au fost marcați de migrația parentală de muncă pe parcursul cel puțin a ultimelor 12 luni; vârsta copiilor s-a încadrat în intervalul de la 5 la 18 ani; a fost obținut acordul reprezentantului legal al copilului (părinte rămas în țară/tutelă) pentru participare în studiu.

Astfel, în studiul realizat au fost înrolați 280 de respondenți, dintre care 140 de copii și, respectiv, 140 de părinți ai copiilor. Copiii incluși în studiu au fost stratificați în două loturi a câte 70 de persoane: lotul copiilor cu părinți migranți - lotul martor și lotul copiilor fără experiența migrației părinților la muncă – lotul de control. Părinții încadrați în studiu au fost și ei, la rândul lor, repartizați în două loturi: părinții rămași în țară ai copiilor marcați de migrație și părinții copiilor fără experiența migrației de muncă. În final, loturile structurate au fost următoarele: lotul I - 70 de copii marcați de migrația parentală de muncă; lotul II - 70 de copii fără experiența migrației de muncă a părinților; lotul III - 70 de părinți/tutori ai copiilor marcați de migrația parentală de muncă; lotul IV - 70 de părinți/tutori ai copiilor fără experiența migrației de muncă a părinților. Ne-am propus să redăm panoramic caracteristica statutară a pacienților din lotul de studiu, rezultatele obținute fiind incluse în Tabelul 6.1.

Tabelul 6.1. Caracteristica generală a pacienților din lotul de studiu

Parametrii evaluați	**Copii marcați de migrație (n=70)**		**Copii neafectați de migrație (n=70)**	
	Abs.	**%**	**Abs.**	**%**
Sex: Fete	29	41,4	35	50
Băieți	41	58,6	35	50
Vârsta: 5-7 ani	20	28,6	20	28,6
8-12 ani	30	42,8	30	42,8
13-18 ani	20	28,6	20	28,6
Mediul de reşedinţă Urban	30	42,8	35	50
Rural	40	57,2	35	50

Din datele prezentate în figură desprindem că la momentul cercetării, mediana de vârstă a pacienților era de 11,5±1,2 ani, cu variații în limite largi între 5 ani 11 luni și 17 ani 11 luni. Conform informației analizate, s-a constatat că cu vârsta de 5-7 ani au fost 40 de copii (28,6%), 8-12 ani - 60 (42,8%), 13-18 ani - 40 (28,6%). Sinteza datelor obținute a pus în evidență că distribuirea pe sexe a subiecţilor a fost reprezentată numeric de 64 de fete (45,7%) şi, respectiv, 76 (54,3%) de băieți. Analizând datele statutului social, și anume repartizarea după locul de

reședință, 65 de copii (46,4%) proveneau din regiunea rurală, iar 75 (53,6%) din regiunea urbană.

Cohorta de pacienți a fost omogenă după criteriul de rasă, iar proporția fete/băieți s-a dovedit a fi de 1,0:1,2. Copiii din studiu prezentau un interval de timp extins al experienței migrației parentale de muncă de la 13 la 130 de luni (10 ani și 10 luni).

6.2. Estimarea fidelității măsurării calității vieții copiilor incluși în studiu prin aplicarea chestionarului PedsQL™ Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 English

În cele ce urmează am considerat oportun să analizăm fidelitatea (consistența internă) a chestionarului PedsQL™ Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 English, aplicat în aprecierea calității vieții copiilor incluși în studiu.

Consistența internă reprezintă gradul de concordanță între răspunsurile la itemii chestionarului. Pentru realizarea sarcinii propuse a fost calculată valoarea coeficientului Cronbach alfa (α). Adesea, coeficientul Cronbach alfa este prezentat ca fiind un indicator al existenței unui construct unic, care înglobează cea mai mare parte a variabilității răspunsurilor la itemii analizați.

Cronbach alfa indică cât de mare este comunitatea itemilor unui test, inclusiv legătura dintre itemi, totodată, și cât de redusă este „unicitatea“ lor. Având un test format din mai mulți itemi, coeficientul Cronbach alfa cuantifică proporția varianței comune a tuturor itemilor care se regăsesc în scorul total.

La interpretarea coeficientului Cronbach alfa și alegerea „ pragului acceptabil “ trebuie să ținem cont de numărul itemilor, de mărimea și variabilitatea corelațiilor inter-itemi, precum și de volumul eșantionului. Valoarea lui Cronbach alfa este influențată atât de numărul itemilor, cât și de volumul eșantionului. Cu cât acesta crește, cu atât coeficientul alfa tinde să crească la rândul lui. În acest sens relevăm faptul că nu există un standard absolut cu privire la mărimea pe care ar trebui să o aibă un coeficient Cronbach alfa pentru a indica o fidelitate corespunzătoare. Totodată, menționăm că valorile mai mari de 0,9 sunt considerate „ excelente “, valorile cuprinse între 0,7 și 0,9 - apreciate ca „ bune “, cele între 0,60 și 0,7 - „ acceptabile “, iar cele mai mici de 0,6 - „ slabe ”.

Ne-am propus să redăm panoramic valorile coeficientului Cronbach alfa obținute în studiu, rezultatele obținute fiind incluse în Tabelul 6.2

Tabelul 6.2. Coeficientul Cronbach alfa (α)

Loturile studiate		Categoriile de vârstă					
		5 - 7 ani		8 - 12 ani		13 - 18 ani	
Copii	Lot I	0,932*	0,746	0,963*	0,868	0,963*	0,868
	Lot II		0,850		0,859		0,859
Părinți	Lot III	0,960*	0,864	0,963*	0,648	0,962*	0,858
	Lot IV		0,813		0,906		0,923

*Notă: *- valoarea coeficientului Cronbach alfa general; Lot I - copii marcați de migrație; Lot II - copii fără experiența migrației parentale; Lot III - părinții copiilor marcați de migrație; Lot IV - părinții copiilor fără experiența migrației parentale la muncă.*

Din datele prezentate în tabel desprindem că, la toți participanții studiului atât copiii, cât și părinții lor, coeficientul Cronbach alfa atestă valori mai mari de 0,6, ceea ce prezintă un coeficient de consistență internă „ *acceptabil* ”. Datele înscrise în tabel denotă faptul că valoarea coeficientului Cronbach alfa la copiii lotului I variază de la 0,746, la cei cu vârsta de 5-7 ani, la 0,868 la copiii cu vârsta de 8-12 și 13-18 ani, iar la copiii lotului II indicele studiat prezintă valori de la 0,850, la cei cu vârsta 5-7 ani, la 0,859 la cei cu vârsta de 8-12 și 13-18 ani, ceea ce reprezintă o consistență internă „*bună*”. Totodată, menționăm că la copiii incluși în studiu, coeficientul Cronbach alfa general avea valori mai mari, și anume: 0,932 la copiii intervievați cu vârsta de 5-7 ani, 0,963 la cei cu vârsta de 8-12 și 13-18 ani, ceea ce identifică un coeficient de consistență internă „ *excelent* ”.

De asemenea, am apreciat valorile coeficientului Cronbach alfa la părinții copiilor incluși în studiu. Potrivit informației analizate, am constatat că acest indice are valori variate în diferite categorii de vârstă, dar toate considerate „ *acceptabile* ”, deoarece aveau valori mai elevate de 0,6. Cea mai mică valoare a coeficientului Cronbach alfa au prezentat-o părinții/tutelele copiilor marcați de migrație - lotul III, care au marcat cifra 0,648. Considerăm că la diminuarea nivelului coeficientului Cronbach alfa, în acest caz, au acționat valorile lui negative, obținute de la părinții copiilor marcați de migrație sau tutelele lor la unele întrebări din chestionarul PedsQL™ Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 English. Itemii relatați au fost: „are copilul anumite acuze, dureri ?”; „se simte periodic înfricoșat, speriat ?”; „se simte frecvent trist, indispus ?”; „are probleme cu somnul ? ”; „este îngrijorat pentru viitorul său ? ”; „are probleme cu atenția și memoria ? ”; „lipsește de la școală pe motiv de boală ? ”. Meditarea asupra rezultatelor obținute ne-a permis să presupunem că părinții rămași în țară sau tutelele copiilor nu cunosc sau sunt indiferenți față de problemele psihologice și cele de sănătate ale copiilor marcați de migrație. Totodată, nu negăm faptul că, în perioada prepubertară, copiii cu vârsta de 8-12 ani devin mai discreți, mai emotivi. În consecință, ei se distanțează psihologic de părinți sau tutele,

provoacă diferite situații conflictuale sau repulsie de apropiați. Cele relatate pot condiționa diminuarea valorii coeficientului consistenței interne pentru itemii relatați din chestionar.

Cât privește celelalte loturi studiate, am obținut valori ale coeficientului Cronbach alfa mai mari de 0,8. Luând în considerare cele relatate, constatăm un coeficient de consistență internă „bun". De notat că la părinții copiilor afectați de migrație (lotul III), coeficientul Cronbach alfa varia de la 0,864, la vârsta de 5-7 ani, la 0,858 la copiii cu vârsta de 13-18 ani. Totodată, menționăm că cel mai mare nivel al coeficientului Cronbach alfa am obținut de la părinții copiilor cu vârsta de 13-18 ani fără experiența migrației de muncă (lotul IV) - 0,923, urmat de valoarea indicelui studiat la părinții copiilor fără experiența migrației de muncă (lotul IV), cu vârsta de 8-12 ani - 0,906 și al copiilor cu vârsta de 5-7 ani - 0,813.

Potrivit datelor prezentate, coeficientul Cronbach alfa general, obținut la studierea părinților acestor copii, atât din lotul III, cât și din lotul IV, avea valori mai mari de 0,9, deci putem conchide despre un coeficient de consistență internă cu valoare „excelentă". Valoarea coeficientului Cronbach alfa general varia de la 0,960, la părinții copiilor cu vârsta de 5-7 ani, la valori 0,962 - la părinții celor cu vârsta de 13-18 ani și 0,963 - la părinții celor cu vârsta de 8-12 ani.

Cu toate acestea, per ansamblu, concluzionăm că, în cadrul studiilor efectuate asupra coeficientului Cronbach alfa, am obținut coeficienți de consistență interni „acceptabili", „buni" și „excelenți". Deci, putem accepta faptul că instrumentul utilizat - *chestionarul PedsQL™ Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 English* - are consistență internă. Chestionarul respectiv este un instrument fidel în aprecierea calității vieții copiilor marcați de migrația parentală de muncă. Odată ce calitatea vieții subiectului rămâne un reper important în aprecierea stării pacientului, putem deduce că rezultatele cercetării noastre, axate pe fiabilitatea instrumentului *PedsQL™ Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 English*, permit facilitarea elaborării unui model de conduită și optimizare a managementului copiilor marcați de migrație, în scopul ameliorării calității vieții lor.

6.3. Calitatea vieții, sănătatea fizică și psiho-socială a copiilor marcați de migrația parentală

Cercetarea prezentă a succedat cu evaluarea calității vieții pacientului. În context am efectuat această etapă a cercetării prin aplicarea instrumentului generic psihometric și modern Pediatric Quality of Life Inventory PedsQL™ 4.0 English. Chestionarul conține 23 de itemi, combinați în module: funcționarea fizică (FF) - opt itemi, funcționarea emoțională (FE) - cinci itemi, funcționarea socială (FS) - cinci itemi, funcționarea școlară (FȘ) - cinci itemi.

Punctajul *Funcționării fizice* determină concomitent și *sănătatea fizică* a pacientului, iar punctajul total al modulelor *Funcționare Emoțională, Funcționare Socială* și *Funcționare Școlară* apreciază sănătatea psiho-socială a pacientului.

Chestionarul este divizat în module pe categoriile de vârstă 5-7, 8-12 și 13-18 ani, care au formulare de completare separate atât pentru copii, cât și pentru părinți. Punctajul total pentru toate modulele a fost calculat după scorul de 100 de puncte. Cu cât este mai mare punctajul total, cu atât este mai înaltă calitatea vieții copilului. Menționăm că, în cadrul cercetărilor, s-a considerat calitatea vieții copiilor cu nivel *înalt* al punctajului - de la 100 la 91 de puncte, *moderat* - de la 90 la 81, *mic* - de la 80 la 71, *foarte mic* - mai puțin de 70 de puncte.

De asemenea, consemnăm faptul că, pe durata completării chestionarului, copiii au fost supravegheaţi de către persoane fără studii medicale, și anume de către pedagogi. Menționăm că prin această procedură a fost exclusă influenţarea răspunsurilor.

La prima etapă a studiului am considerat oportun să evaluăm calitatea vieții copiilor în funcție de prezența experienței de migrație la muncă a părinților. Eșantionul cercetat a reprezentat 140 de persoane. În conformitate cu sarcinile studiului inițiat, lotul de respondenţi a fost stratificat în două loturi: lotul I (martor) - 70 de copii marcați de migrația parentală de muncă; lotul II (cel de control) - 70 de copii fără experiența migrației de muncă a părinților. Repartizarea după vârstă a copiilor în loturile investigate a fost următoarea: 5-7 ani (26,7%); 8-12 ani (40%); 13-18 ani (33,3%).

Următoarea acțiune în cadrul studiului a fost evaluarea calității vieții copiilor în funcție de prezența experienței de migrație la muncă a părinților, conform răspunsurilor obținute la anchetarea părinților. Cu acest scop, părinții au fost și ei stratificați în două loturi: lotul III (martor) - 70 de părinți rămași în țară/tutele ale copiilor marcați de migrație; lotul IV (cel de control) - 70 de părinți ai copiilor fără experiența migrației parentale.

Analiza rezultatelor primite denotă că, pe toate modulele, mediile valorilor CV copiilor din lotul martor sunt semnificativ mai mici, comparativ cu valorile copiilor din lotul de control. Configurația datelor primite au fost integrate în Tabelul 6.3.

Tabelul 6.3. Calitatea vieții copiilor în funcție de vârstă și de experiența migrației parentale de muncă, puncte, (M±σ)

Module	Perioada de vârstă					
	5 - 7 ani		8 - 12 ani		13 - 18 ani	
	Lot martor (n=20)	Lot control (n=20)	Lot martor (n=30)	Lot control (n=30)	Lot martor (n=20)	Lot control (n=20)
Funcționare Fizică(FF)	59,7±17,61*	86,6±12,55	54,6±14,74*	83,3±12,69	48,4±14,44*	82,6±11,75

Funcționare Emoțională (FE)	43,5±19,81*	89,0±13,73	43,7±15,64*	85,8±12,04	42,0±15,00*	85,0±12,67
Funcționare Socială(FS)	64,5±19,86*	84,5±11,91	53,5±19,94*	85,7±13,37	51,4±16,17*	84,6±10,89
Funcționare Școlară(FȘ)	54,0±17,29*	83,2±17,94	52,2±16,12*	81,1±13,95	44,4±9,93*	78,6±15,11
Sănătate Psiho-socială(SPS)	53,9±13,79*	85,6±12,09	49,8±13,10*	84,2±10,68	45,9±10,88*	82,7±10,79
Punctaj Total	56,01±12,75*	85,9±11,46	51,5±10,71*	83,9±10,69	46,77±11,09*	82,7±9,77

*Notă: * **p** = 0,000 - pragul de semnificație al valorilor la copiii cu/fără experiența migrației parentale după statistica Mann-Whitney U în cadrul grupelor de vârste*

Luând în considerare datele obținute în cadrul evaluării *Funcționării Fizice (FF)* a copiilor, am detectat că, în toate categoriile de vârstă ale copiilor lotului martor, valorile scorului CV erau semnificativ (p=0,000) și considerabil mai mici, comparativ cu cele ale copiilor lotului de control. De notat că la copiii din lotul martor, valorile FF prezentau un nivel foarte mic al CV și variau de la 48,4±14,44 puncte, la copiii cu vârsta de 13-18 ani, la 59,7±17,61 de puncte la copiii cu vârsta de 5-7 ani. Totodată, menționăm că copiii lotului de control aveau un nivel moderat al CV la compartimentul FF, care varia de la 82,6±11,77 de puncte, la vârsta de 13-18 ani, la 86,6±12,55 puncte la vârsta de 5-7 ani. Configurația datelor obținute a fost integrată în Figura 6.1.

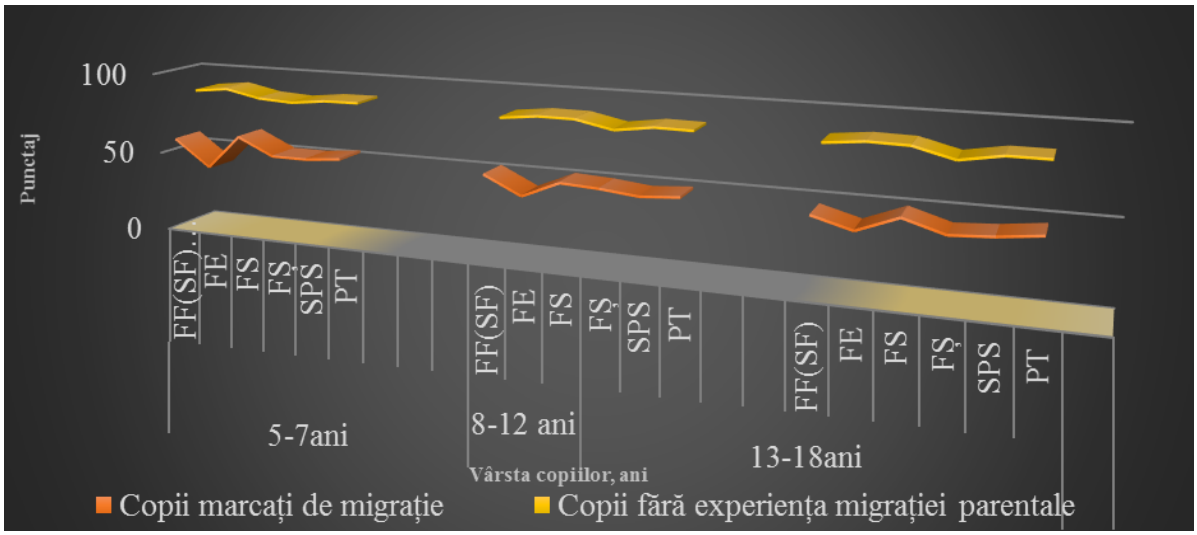


Fig. 6.1. Calitatea vieții copiilor în funcție de vârstă și de prezența experienței migrației parentale

Potrivit datelor prezentate în figură desprindem că plecarea la muncă în străinătate a părinților se răsfrânge accentuat nefast asupra stării de sănătate fizică (*Funcționarea fizică*) a

copilului. Cele relatate pot fi demonstrate prin elucidarea răspunsurilor frecvente, obținute la anchetarea copiilor pe modulul *Funcționarea fizică:„îmi este greu să mă deplasez la o distanță mai mare de un cartier”; „îmi este greu să fug”; „îmi este greu să fac sport”; „nu pot ridica obiecte grele”; „îmi este greu să fac baie de sine stătător”; „deseori simt oboseală”*. Considerăm că prezența părinților în țară, aproape de copiii lor, incontestabil permite depistarea precoce a devierilor aparente în sănătate, facilitează depistarea cauzei maladiei și administrarea medicației necesare și monitorizarea ulterioară a sănătății.

Cât privește CV copiilor pe compartimentul *Funcționarea Emoțională (FE),* am detectat cele mai mici valori ale indicelui din toate compartimentele studiate și la toate categoriile de vârstă ale copiilor lotului martor. Astfel, consemnăm prin rezultatele obținute că calitatea vieții copiilor afectați de migrație era foarte mică, raportată la modulul FE. Valorile deviau de la 42,0±15,0 puncte, la copiii cu vârsta de 13-18 ani, la 43,7±15,64 de puncte, la cei cu vârsta de 8-12 ani, și erau semnificativ diferite de valorile copiilor neafectați de migrație, respectiv, 85,0±12,67 și 89,0±13,73 de puncte (*p=0,000*). Rezultatele cu referire la divizarea pacienților după vârstă și modulele studiate sunt afișate în Figurile 6.2 și 6.3.

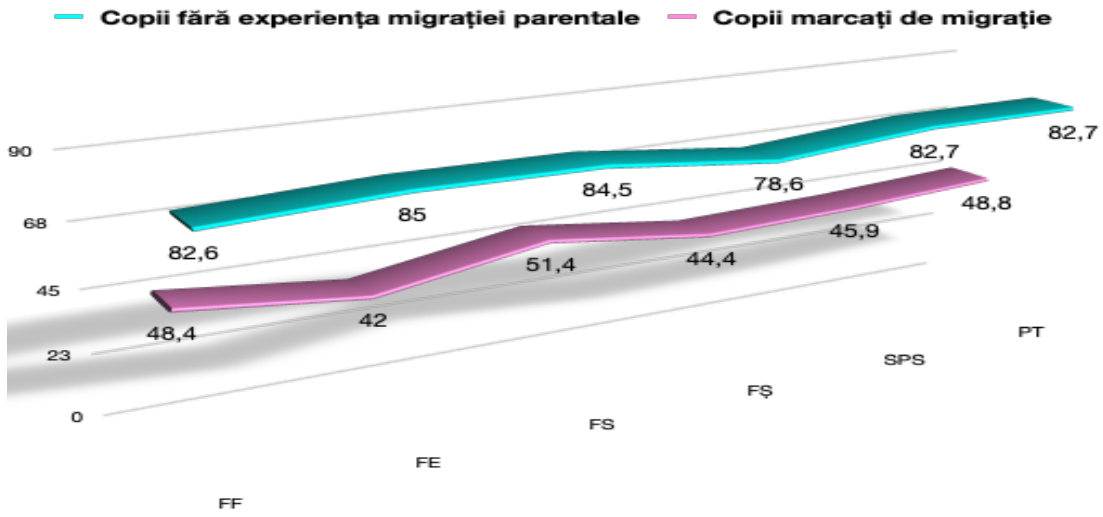


Fig. 6.2. Calitatea vieții copiilor cu vârsta de 13-18 ani în funcție de prezența experienței migrației parentale de muncă, puncte

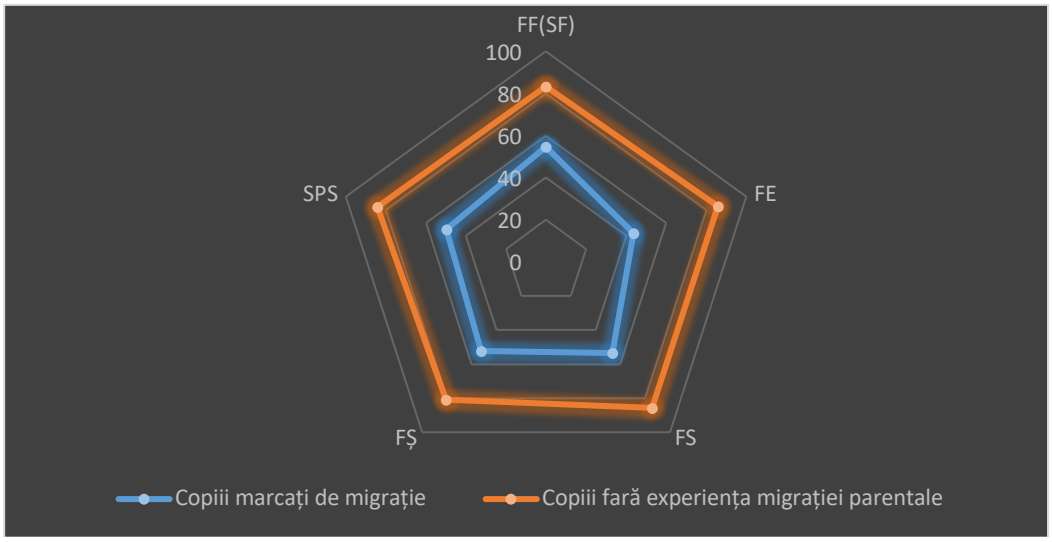


Fig. 6.3. Calitatea vieții copiilor cu vârsta de 8-12 ani în funcție de prezența experienței migrației parentale de muncă, puncte

Datele placardate relevă calitatea vieții joasă a adolescenților afectați de migrație pe acest modul, cea ce poate fi explicat prin faptul că, în adolescență, copiii mai dificil suportă lipsa atenției și grijii părintești, aflându-se într-o stare deosebită de stres psiho-emoțional. Totodată, menționăm: copiii lotului de control manifestau o calitate a vieții moderată, cu valori de la 85,0±12,67 de puncte la 13-18 ani, la 89,0±13,73 de puncte la 5-7 ani. Cele mai mici valori ale CV pe modulul *Funcționare Emoțională* prezentau copiii migranților - 42,0±15,00 de puncte la vârsta de 13-18 ani, iar cele mai mari valori - copiii neafectați de migrație la vârstele de 5-7 ani (89,0±13,73 de puncte), urmată de categoria de vârstă de 8-12 ani (85,8±12,04 puncte). Figura 6.4 reprezintă configurația datelor obținute.

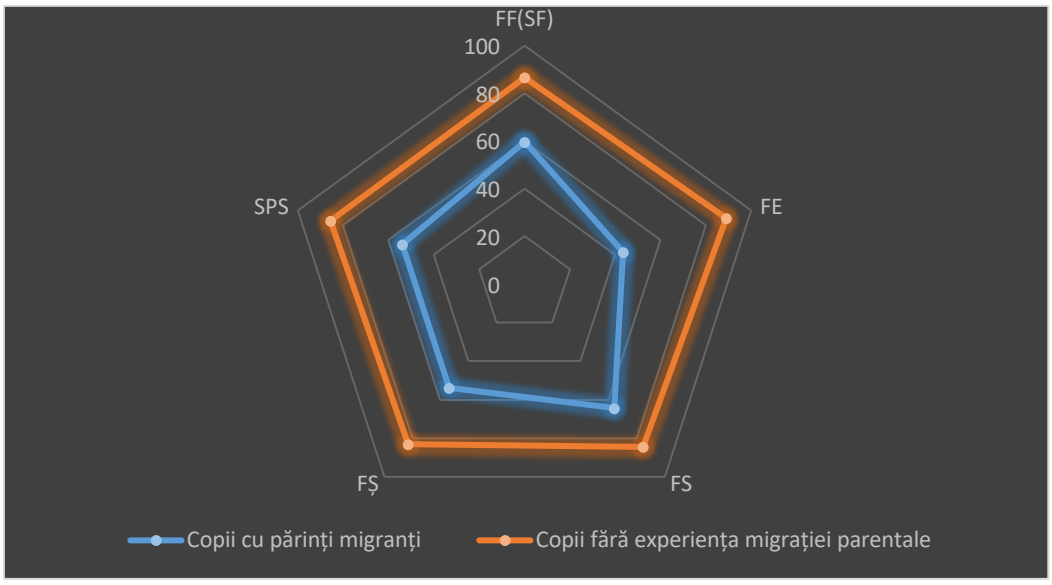


Fig. 6.4. Calitatea vieții copiilor cu vârsta de 5-7 ani în funcție de prezența experienței migrației parentale de muncă, puncte

În continuare, am evaluat punctajul CV pe modulul *Funcționarea socială (FS)*. Potrivit rezultatelor obținute, la toate categoriile de vârstă, copiii lotului martor prezintă valori destul de mici ale CV. Menționăm că valori mai mici ale punctajului au prezentat copiii adolescenți la vârsta de 13-18 ani (51,4±16,17 puncte), iar valori mai mari - cei cu vârsta de 5-7 ani (64,3±19,86 puncte). Totodată, s-a estimat că datele obținute se deosebeau semnificativ de valorile calității vieții copiilor lotului de control (84,5±11,91 de puncte la 5-7 ani și 84,6±10,89 puncte la 13-18 ani; 85,7±13,37 de puncte la vârsta de 8-12 ani). Datele prezentate sugerează ideea despre un impact considerabil nefast multidimensional al migrației la muncă a părinților asupra calității vieții copiilor lor, cu tangențe pe *Funcționarea socială* a acestor copiii, ceea ce necesită o atenție deosebită din partea persoanelor implicate în monitorizarea asistenței copiilor afectați de migrație.

Cercetarea a succedat și cu analiza calității vieții pe modulul *Funcționarea Școlară.* Analiza răspunsurilor desprinse din anchetele copiilor lotului martor a evidențiat următoarele: copiii afectați de migrație au avut valori foarte mici ale calității vieții (mai mici de 70 de puncte) pe modulul *Funcționarea Școlară.* De remarcat, cele mai scăzute valori au fost la copiii cu vârsta de 13-18 ani - 44,4±9,93 de puncte, urmate de 52,2±16,12 de puncte la cei cu vârsta de 8-12 ani și 54,0±17,29 de puncte la cei de 5-7 ani. Concomitent, putem declara că la toate categoriile de vârstă am detectat deosebiri statistic semnificative între valorile foarte mici la copiii marcați de migrație și cei fără experiența migrațională în familie.

În această ordine de idei, putem explica datele relatate prin absența, alături de copii, a părinților sau persoanelor, care ar monitoriza permanent primordial starea de sănătate a copiilor, deoarece frecvent, ca răspuns la chestionar, se evidențiau următoarele cauze ale însușitei nesatisfăcătoare: „*am probleme cu memoria*"; „*îmi este greu să mențin atenția la ore*"; „*lipsesc frecvent de la școală pe motiv de boală*"; „*des am acuze la dureri*". Este important să consemnăm că părinții, fiind alături de copiii lor, ar putea supraveghea procesul de instruire școlară, ar preveni abandonul școlar sau chiar ar stimula procesul educațional al copilului.

Ulterior, cercetarea noastră s-a centrat pe estimarea *Sănătății psiho-sociale* a copiilor marcați de migrație. Valoarea *Sănătății psiho-sociale* a copiilor a fost obținută la înglobarea punctajului pe modulele *Funcționarea emoțională, Funcționarea socială și Funcționarea școlară*. Rezultatele obținute configurează faptul că, pe modul *Sănătatea psiho-socială*, deosebiri statistic semnificative nu au fost detectate doar la copiii migranților cu vârsta de 13-18 ani și a părinții lor (p=0,5) (Tabelul 6.4).

Totodată, menționăm că au fost semnalate deosebiri statistic semnificative considerabile la compararea valorilor copiilor lotului martor și lotului de control și al părinților copiilor marcați de migrație, precum și al celor fără experiența migrației parentale ($p<0,001$).

Potrivit informației analizate, la copiii lotului martor o valoare mai scăzută a *Sănătății psiho-sociale* s-a detectat la cei cu vârsta de 13-18 ani (45,9±10,88 de puncte), iar o valoare mai mare - la cei cu vârsta de 5-7 ani (53,9±17,79 de puncte).

Sinteza datelor obținute permite să presupunem că, odată cu înaintarea în vârstă, copiii migranților simt tot mai mult povara factorilor sociali de existență, ceea ce determină diminuarea *Sănătății lor psiho-sociale.* Consemnăm, prin rezultatele prezentate, că la toate categoriile de vârstă ale copiilor migranților *Sănătatea psiho-socială* a lor prezenta o valoare foarte mică a calității vieții (mai mică de 70 de puncte). Totodată, menționăm că calitatea vieții copiilor neafectați de migrație avea valori moderate (de la 81 la 90 de puncte), spre exemplu, copiii cu vârsta de 13-18 ani prezentau un nivel de 82,7±10,79 de puncte, iar cei cu vârsta de 5-7 ani - o valoare puțin mai mare de 85,6±12,09 de puncte.

Ne-am propus să redăm panoramic *Sănătatea psiho-socială* a copiilor marcați de migrația parentală la perioadele de vârstă 5-7 ani și 13-18 ani, conform intervievării lor, în Figurile 6.5 și 6.6.

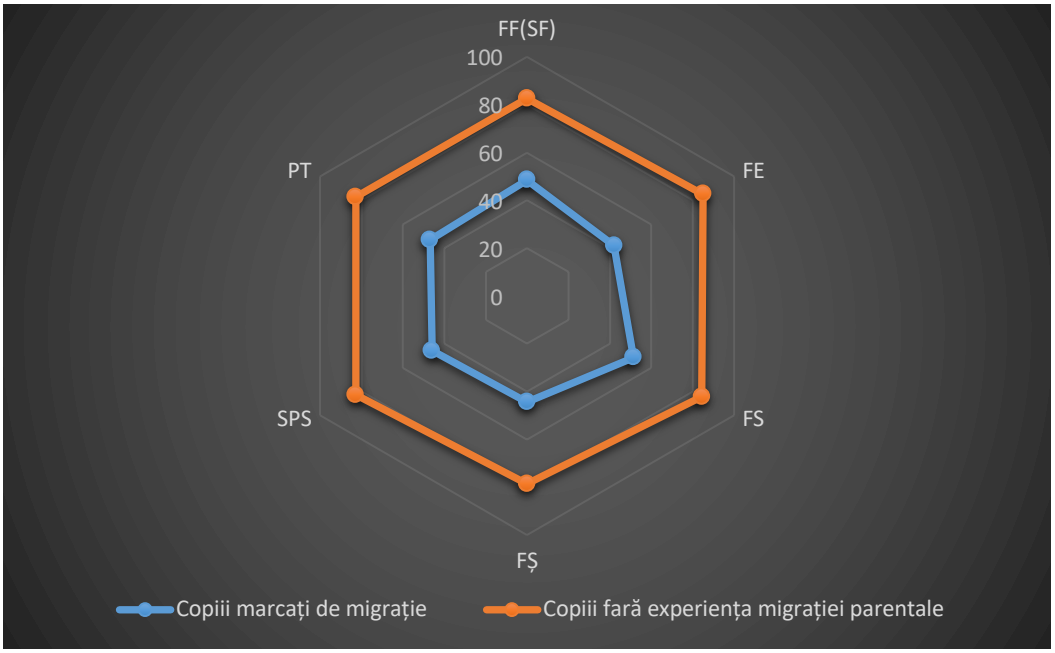


Fig. 6.5 *Sănătatea psiho-socială* a copiilor cu vârsta de 13-18 ani

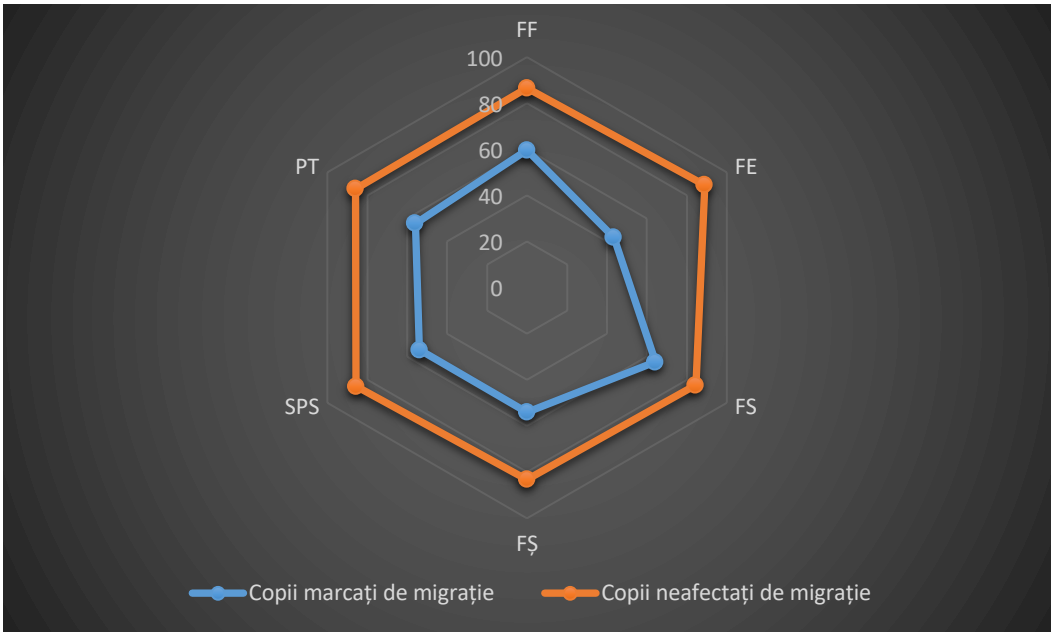


Fig. 6.6. *Sănătatea psiho-socială* a copiilor cu vârsta de 5-7 ani

Următoarea acțiune în cadrul studiului a fost evaluarea calității vieții copiilor migranților, conform rezultatelor obținute la intervievarea părinților acestor copii și compararea lor. Este interesant de relatat că părinții rămași în țară ai copiilor afectați de migrație, la intervievare, au apreciat calitatea vieții copiilor lor cu valori medii mai mici decât înșiși copiii, ceea ce este prezentat ilustrativ în Tabelul 6.4.

Tabelul 6.4. Calitatea vieții copiilor marcați de migrația parentală de muncă, conform interviului copiilor/părinților, puncte, (M ±σ)*

Module	Grupe de vârstă, ani	n	Familii cu experiența migrației				p
			Copii	IÎ 95 %	Părinți/tutele	IÎ 95 %	
Funcționare Fizică(FF)	5-7	20	59,7	18,75-87,50	49,8	25,0-68,8	0,021
	8-12	30	54,6	31,25-84,38	36,8	9,38-65,63	0,000
	13-18	20	48,4	56,25-100,0	43,9	12,5-81,25	0,257
Funcționare Emoțională (FE)	5-7	20	43,5	10,0-90,0	40,3	20,0-70,0	0,315
	8-12	30	43,7	20,0-70,0	42,5	10,0-70,0	0,681
	13-18	20	42,0	10,0-90,0	37,6	15,0-85,0	0,211
Funcționare Socială(FS)	5-7	20	64,5	30,0-100,0	53,1	30,0-95,0	0,004
	8-12	30	53,5	20,0-100,0	46,1	18,75-90,0	0,046
	13-18	20	51,4	10,0-90,0	52,0	15,0-90,0	0,862
Funcționare Școlară(FȘ)	5-7	20	54,0	20,0-80,0	42,3	30,0-75,0	0,008
	8-12	30	52,2	25,0-90,0	38,3	25,0-55,0	0,000
	13-18	20	44,4	25,0-65,0	43,8	25,0-80,0	0,815
	8-12	30	49,8	21,67-75,0	42,4	20,0-56,7	0,001
	13-18	20	45,9	20,0-63,33	44,4	20,0-70,0	0,500
Punctaj	5-7	20	56,0	26,1-79,6	46,8	33,7-72,8	0,000

Total	8-12	30	51,5	27,17-70,65	40,4	18,5-56,5	0,000
	13-18	20	46,8	25,00-66,3	44,3	23,9-68,5	0,318

Nota:- conform anchetării copiilor marcați de migrația parentală și părinților lor; IÎ - calculat prin metoda Wilson pentru frecvențe cu tendințe spre 0% sau 100%, p - calculat prin aplicarea testului Mann-Whitney*

Datele afișate în tabel relevă faptul că atât copiii marcați de migrație, la toate perioadele de vârstă, cât și părinții lor au prezentat valori mici și foarte mici ale nivelului calității vieții pe toate modulele studiate. Rezultatele obținute au reflectat variația valorilor CV la copiii lotului studiat de la 42,0 de puncte (95% IÎ 10,0-90,0) la copiii cu vârsta de 13-18 ani, pe modulul *Funcționarea Emoțională,* până la 64,5 de puncte (95% IÎ 30,0-100,0) la copiii cu vârsta de 5-7 ani, pe modulul *Funcționarea Socială.* Rezultatele cu referire la calitatea vieții copiilor, potrivit intervievării copiilor migranților și părinților lor, sunt afișate în Figurile 6.7 și 6.8.

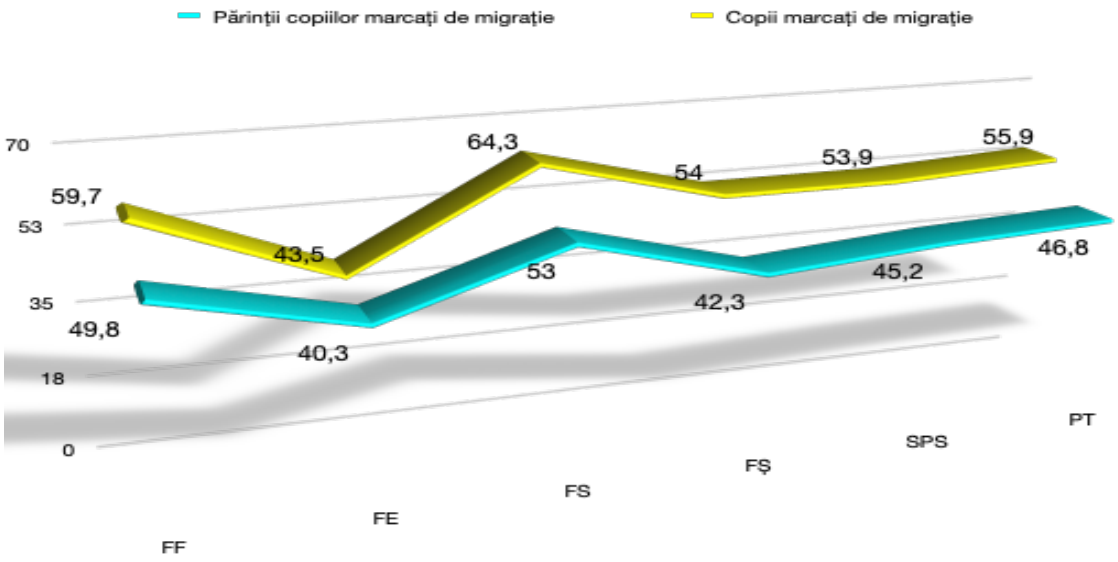


Fig. 6.7. Calitatea vieții copiilor cu vârsta de 5-7 ani marcați de migrația parentală de muncă, puncte

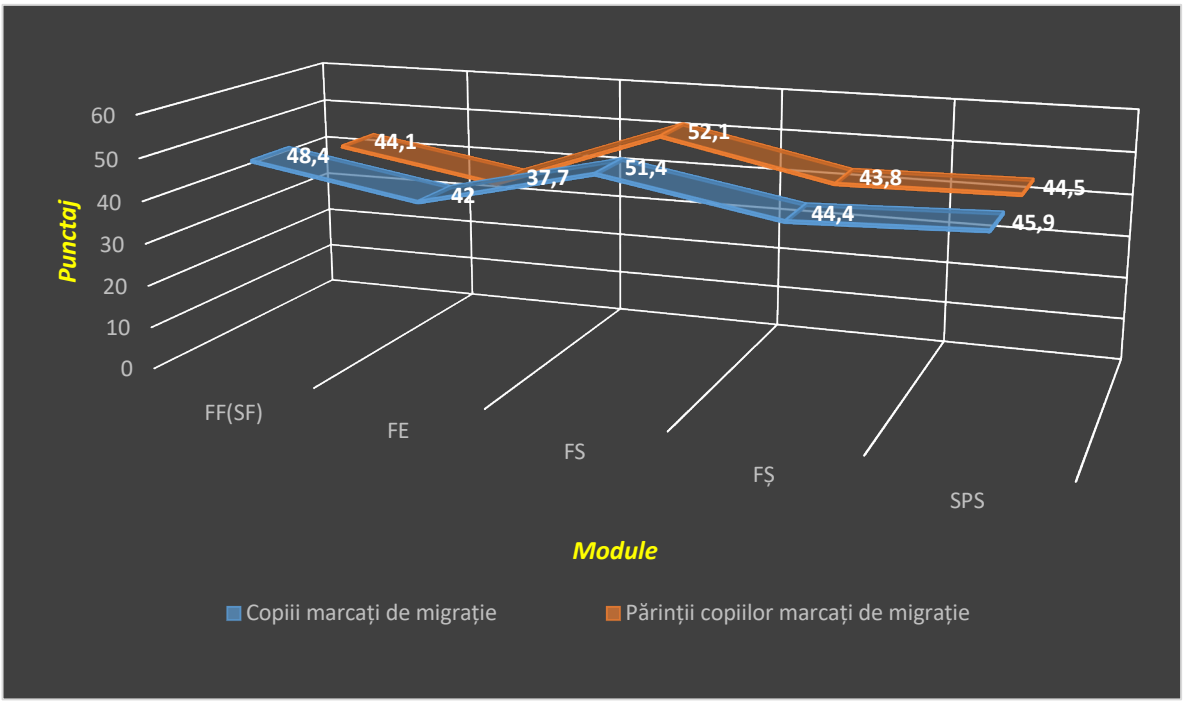


Fig. 6.8. Calitatea vieții copiilor cu vârsta de 13-18 ani marcați de migrația parentală de muncă, puncte

Sinteza datelor obținute a pus în evidență că, părinții copiilor marcați de migrație, în majoritatea cazurilor, au apreciat calitatea vieții copiilor lor cu valori mai mici decât nemijlocit înșiși copiii lor. Spre exemplu, valoarea calității vieții de 36,8 de puncte (95% IÎ 9,38-65,63) au avut părinții copiilor cu vârsta de 8-12 ani pe modulul *Funcționarea Fizică (Sănătatea Fizică)*, iar cea mai mare valoare a indicelui studiat au acumulat părinții copiilor cu vârsta de 5-7 ani pe modulul *Funcționarea Socială* - 53,1 de puncte (95% IÎ 30,0-95,0). Rezultatele cuantificate ale calității vieții copiilor migranților, conform aprecierii părinților lor, evocă un nivel semnificativ de mic, comparativ cu nivelul foarte mic al calității vieții cu valoarea punctajului mai puțin de 70 de puncte.

Așadar, rezultatele prezentate în tabelul 6.4, în majoritatea cazurilor, denotă deosebiri semnificative ale valorilor calității vieții, apreciate la anchetarea copiilor marcați de migrație și părinților lor. Totodată, sunt elucidate unele excepții, și anume: la copiii cu vârsta de 13-18 ani și părinții lor pe modulele *Funcționarea Fizică* (copii - 48,4 de puncte; 95% IÎ 56,25-100,0; părinți - 43,9 de puncte; 95% IÎ 12,5-81,25; p=0,257), *Funcționarea Emoțională* pe toate categoriile de vârstă (p > 0,05), *Funcționarea Socială* (copii - 51,4 de puncte; 95% IÎ 10,0-90,0; părinți - 52,0 de puncte; 95% IÎ 15,0-85,0, p=0,862) *și cea Școlară* la vârsta de 13-18 ani (copii - 44,4 de puncte; 95% IÎ 25,0-65,0; părinți - 43,8 de puncte; 95% IÎ 25,0-80,0; p=0,815).

Așadar, din datele afișate în tabel desprindem că, au fost identificate deosebiri statistic semnificative (p < 0,001) între valorile CV la copiii cu vârsta de 5-7 ani (53,9 de puncte; 95% IÎ

30,0-75,0), 8-12 ani (49,8 de puncte; 95% IÎ 21,67-75,0) și părinții lor (respectiv 45,2 de puncte; 95% IÎ 30,0-75,0 și 42,2 de puncte; 95% IÎ 20,0-56,7) la modulele *Sănătatea psiho-socială* și *Punctaj total* (copii 5-7 ani - 56,0 de puncte; 95% IÎ 26,1-79,6; copii 8-12 ani - 51,5 de puncte; 95% IÎ 17,17-70,65), spre deosebire de valorile CV după opinia copiilor cu vârsta de 13-18 ani (46,8 de puncte; 95% IÎ 25,0-66,3) și părinții lor (44,3 de puncte; 95% IÎ 23,9-68,5; p=0,318), ceea ce este prezentat în Figura 6.8.

Meditând asupra rezultatelor obținute, ne-am explicat acest fenomen prin faptul că, odată cu înaintarea în vârstă a copiilor marcați de migrație, se maturizează conceptul lor despre calitatea vieții, ceea ce se exprimă prin dispariția deosebirilor în aprecierea CV de către copii și părinții lor.

Pornind de la raționamentul diferențierii calității vieții la copiii cu și fără experiența migrației parentale de muncă, în continuare, am fost motivați să analizăm cum își apreciază CV sale copiii fără experiența migrației de muncă parentală și compararea rezultatelor obținute cu valorile CV acestor copii după părerea părinților lor. Rezultatele obținute au fost redate panoramic în Tabelul 6.5.

Tabelul 6.5. Calitatea vieții copiilor fără experiența migrației parentale de muncă, puncte, (M±σ)*

Module	Grupe de vârstă, ani	n	Familii fără experiența migrației				p
			Copii	IÎ 95 %	Părinți/tutele	IÎ 95 %	
Funcționare Fizică(FF)	5-7	20	86,6	62,5-100,0	80,0	62,5-100,0	0,018
	8-12	30	83,2	59,4-100,0	80,2	50,0-100,0	0,158
	13-18	20	82,6	56,25-100,0	81,1	43,8-100,0	0,530
Funcționare Emoțională (FE)	5-7	20	89,0	60,0-100,0	76,8	55,0-90,0	0,001
	8-12	30	85,8	55,0-100,0	82,3	45,0-100,0	0,144
	13-18	20	85,0	55,0-100,0	81,0	50,0-100,0	0,150
Funcționare Socială(FS)	5-7	20	84,5	60,0-100,0	84,8	55,0-100,0	0,944
	8-12	30	85,7	50,0-100,0	81,2	50,0-100,0	0,062
	13-18	20	84,6	65,0-100,0	82,6	50,0-100,0	0,395
Funcționare Școlară(FȘ)	5-7	20	83,2	30,0-100,0	75,5	40,0-100,0	0,016
	8-12	30	81,1	50,0-100,0	75,2	50,0-100,0	0,013
	13-18	20	78,6	45,0-100,0	71,4	45,0-100,0	0,008
Sănătate psiho-socială(SPS)	5-7	20	85,6	63,3-100,0	79,0	55,0-91,7	0,035
	8-12	30	84,2	60,0-100,0	79,6	56,7-100,0	0,012
	13-18	20	82,7	55,0-100,0	78,3	51,7-98,3	0,036
Punctaj Total	5-7	20	85,9	65,2-100,0	79,3	65,2-91,3	0,035
	8-12	30	83,9	61,9-100,0	79,8	56,8-100,0	0,014
	13-18	20	82,7	65,2-100,0	79,2	48,9-98,91	0,033

Nota:- conform anchetării copiilor neafectați de migrația parentală și părinților lor; IÎ - calculat prin metoda Wilson - pentru frecvențe cu tendințe spre 0 % sau 100 %; p - calculat prin aplicarea testului Mann-Whitney*

Datele enunțate în tabelele 6.4 și 6.5 relevă faptul că atât copiii fără experiența migrației parentale la muncă, cât și părinții lor au prezentat un nivel al CV mai înalt, comparativ cu cel al copiilor marcați de migrație.

Reiterăm că, în cadrul studiului, am considerat calitatea vieții copiilor cu nivel înalt al punctajului de la 91 la 100, moderat - de la 81 la 90, mic - de la 71 la 80, foarte mic - mai puțin de 70 de puncte. Consemnăm, prin rezultatele prezentate în Tabelul 6.5, copiii fără experiența migrației parentale au manifestat variate nivele ale calității vieții la diferite module și vârste. Spre confirmarea celor anunțate putem relata un *nivel mic* al CV cu valorile medii de 78,6 (95% IÎ 45,0-100,0) de puncte la copiii cu vârsta de 13-18 ani pe modulul *Funcționarea Școlară.* Totodată, constatăm un *nivel moderat* al calității vieții pentru celelalte module la toate categoriile de vârstă, valorile variind de la 81,1 (95% IÎ 50,0-100,0) la vârsta de 8-12 ani pe modulul *Funcționarea Școlară*, la 89,0 (95% IÎ 60,0-100,0) de puncte la vârsta de 5-7 ani pe modulul *Funcționarea Emoțională*.

Analiza răspunsurilor desprinse din anchetele părinților a evidențiat următoarele: în familiile fără migranți, ca și în cele cu migranți, părinții au apreciat CV copiilor săi cu valori mai mici decât înșiși copiii. Punctajul calculat denotă, în majoritatea cazurilor, un *nivel mic* al CV copiilor, spre exemplu, cea mai mică valoare de 79,6 (95% IÎ 56,7-100,0) de puncte au acumulat părinții copiilor cu vârsta de 8-12 ani pe modulul *Sănătatea psiho-socială*. Cu același *nivel mic* al calității vieții, între 71 și 80 de puncte, au apreciat părinții copiilor de toate vârstele pe modulele: *Funcționarea Școlară, Sănătatea Psiho-socială* și *Punctaj Total*.

În aceeași ordine de idei, am decelat că la toate vârstele, pe modulele *Funcționarea Fizică, Funcționarea Socială* și la vârstele copiilor de 5-7 și 8-12 ani pe modulul *Funcționarea Emoțională,* părinții au apreciat CV copiilor săi cu un *nivel moderat* al CV.

Un interes deosebit am avut pentru compararea nivelului CV, obținut la intervievarea copiilor și părinților lor. Rezultatele analizei au depistat deosebiri statistic semnificative pe modulele *Funcționarea Fizică* și *Emoțională* la vârsta 5-7 ani (respectiv, p=0,018 și p=0,001); la toate vârstele pe modulele *Funcționarea Școlară, Sănătatea Psiho-socială și Punctaj Total (p<0,01; p<0,001).*

De menționat că, la anchetarea membrilor familiilor fără experiența migrației de muncă, atât a copiilor, cât și a părinților lor, nu a fost apreciat nici la o categorie de vârstă și nici la un modul studiat nivelul ridicat al calității vieții, cu valori ale punctajului între 91 și 100 de puncte.

Pornind de la analiza multilaterală a materialului obținut, constatăm că situația economică precară a populației și procesele migraționale din Republica Moldova afectează nu numai calitatea vieții familiilor cu migranți, ci și viziunea despre calitatea vieții celor care nemijlocit nu sunt implicați în procesele migraționale. Presupunem că părinții copiilor, având rigori mai elevate pentru concepția calității vieții, au apreciat nivelul indicelui studiat mai diminuat decât înșiși copiii.

Pentru a evalua situația reală, am recurs la compararea nivelului CV copiilor după părerea atât a părinților din familii cu migranți, cât și a celor din familiile fără migranți. Totalurile sunt placardate în Tabelul 6.6.

Tabelul 6.6. Calitatea vieții copiilor conform anchetării părinților, puncte, (M±σ)*

Module	**Grupe de vârstă, ani**	**n**	**Părinții copiilor marcați de migrație**	**IÎ 95 %**	**Părinții non-migranți**	**IÎ 95%**	**p**
Funcționare Fizică(FF)	5-7	20	49,8	25,0-68,8	80,0	62,5-100,0	0,000
	8-12	30	36,8	9,38-65,63	80,2	50,0-100,0	0,000
	13-18	20	43,9	12,5-81,25	81,1	43,8-100,0	0,000
Funcționare Emoțională (FE)	5-7	20	40,3	20,0-70,0	76,8	55,0-90,0	0,000
	8-12	30	42,5	10,0-70,0	82,3	45,0-100,0	0,000
	13-18	20	37,6	15,0-85,0	81,0	50,0-100,0	0,000
Funcționare Socială(FS)	5-7	20	53,1	30,0-95,0	84,8	55,0-100,0	0,000
	8-12	30	46,1	18,75-90,0	81,2	50,0-100,0	0,000
	13-18	20	52,0	15,0-90,0	82,6	50,0-100,0	0,000
Funcționare Școlară(FȘ)	5-7	20	42,3	30,0-75,0	75,5	40,0-100,0	0,000
	8-12	30	38,3	25,0-55,0	75,2	50,0-100,0	0,000
	13-18	20	43,8	25,0-80,0	71,4	45,0-100,0	0,000
Sănătate psiho-socială(SPS)	5-7	20	45,2	30,0-75,0	79,0	55,0-91,7	0,000
	8-12	30	42,4	20,0-56,7	79,6	56,7-100,0	0,000
	13-18	20	44,4	20,0-70,0	78,3	51,7-98,3	0,000
Punctaj Total	5-7	20	46,8	33,7-72,8	79,3	65,2-91,3	0,000
	8-12	30	40,4	18,5-56,5	79,8	56,8-100,0	0,000
	13-18	20	44,3	23,9-68,5	79,2	48,9-98,91	0,000

Nota: *- conform anchetării copiilor neafectați de migrație parentală și părinților lor; IÎ- calculat prin metoda Wilson - pentru frecvențe cu tendințe spre 0 % sau 100 %; p - calculat prin aplicarea testului Mann-Whitney*

Datele înscrise în tabel denotă faptul că părinții copiilor lotului martor, pe toate categoriile de vârstă și modulele investigate, au apreciat CV copiilor lor cu valori foarte scăzute, mai mici de 70 de puncte, ceea ce se încadrează în nivelul *foarte mic* al calității vieții.

Analizând detaliat rezultatele prezentate de acești părinți, am constatat că diapazonul variației CV, conform anchetării lor, a fost unul mic: de exemplu, de la 36,8 (95% IÎ 9,38-65,63) puncte la copiii cu vârsta de 8-12 ani pe modulul *Funcționarea Fizică*, la 53,1 (95% IÎ 30,0-95,0) de puncte pe modulul *Funcționarea Socială* la copiii cu vârsta de 5-7 ani.

Prin prisma sarcinilor trasate, am evaluat CV copiilor lotului de control în baza aprecierilor părinților lor. Conform informației analizate, am constatat o creștere marcată a nivelului CV, în unele cazuri dublă, contra valorilor calității vieții, obținute la anchetarea părinților copiilor lotului martor. De notat că, diapazonul valorilor CV varia nesemnificativ de la 71,4 (95% IÎ 45,0-100,0) puncte, la părinții copiilor cu vârsta de 13-18 ani pe modulul *Funcționarea Școlară*, la 84,8 (95% IÎ 55,0-100,0) de puncte, la părinții copiilor cu vârsta de 5-7 ani pe modulul *Funcționarea Socială*. Prezentarea panoramică a rezultatelor cu referire la valorile medii ale calității vieții copiilor, conform rezultatelor intervievării părinților, sunt afișate în Figura 6.9.

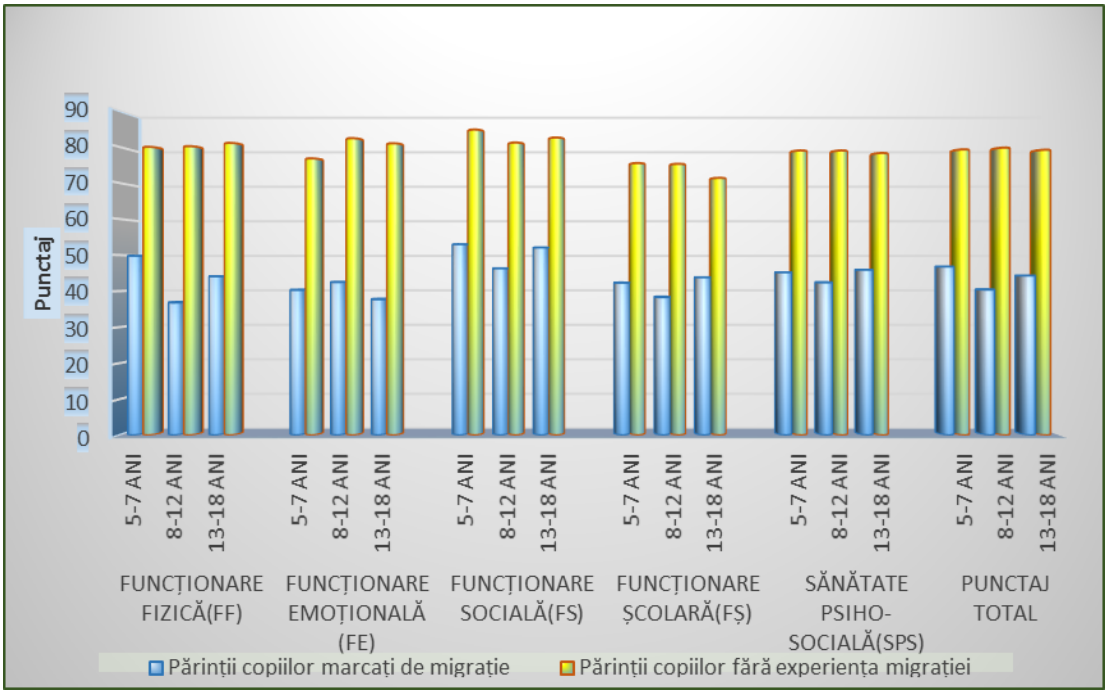


Fig. 6.9. Scorul calității vieții copiilor, pe module și categorii de vârstă, conform intervievării părinților lor

Conform datelor de analiză asupra evidențelor relatate, conchidem că există deosebiri înalt semnificative (p=0,000) între valorile medii ale calității vieții copiilor, obținute la anchetarea părinților copiilor din lotul martor și a celor din lotul de control. Deosebiri semnificative sunt atestate la toate categoriile de vârstă și pe toate modulele investigate.

Cu toate acestea, per ansamblu, rezultatele noastre sugerează concluzia că, migrația parentală la muncă se răsfrânge asupra tuturor activităților copiilor rămași fără grija parentală,

diminuează calitatea vieții lor, provoacă un decalaj masiv în calitatea condițiilor de trai, asistență medicală și socială, comparativ cu cea a copiilor neafectați de migrația părinților la muncă.

Următoarea acțiune în cadrul studiului a fost aprecierea răspunsurilor pe modulul *Punctaj Total*. Modulul instrumentului PedsQL™ Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 - *Punctaj Total* ne permite să conturăm tendințele generale în calitatea vieții copiilor rămași temporar fără grija părintească pe motivul migrației de muncă.

Analiza răspunsurilor, desprinse din anchetele copiilor marcați de migrație pe acest modul a reflectat că, odată cu înaintarea în vârstă, calitatea vieții acestor copii scade de la 56,0±12,75 de puncte, la 5-7 ani, la 46,77±11,09 de puncte, la cei cu vârsta de 13-18 ani, cifrele fiind semnificativ mai joase comparativ cu cele ale copiilor neafectați de migrație: spre exemplu, 85,9±11,46 de puncte la copiii cu vârsta de 5-7 ani și, respectiv, 82,7±9,77 de puncte la cei de 13-18 ani. Rezultatele cu referință la modulul *Punctaj Total* sunt încorporate integral în Tabelul 6.7.

Tabelul 6.7. Calitatea vieții copiilor în funcție de prezența în familie a fenomenului migrației parentale de muncă, puncte, (M±σ)

Module	Grupe de vârstă, ani	Familii cu migranți		Familii fără migranți	
		Copii (n=70)	Părinți (n=70)	Copii (n=70)	Părinți (n=70)
Funcționare Fizică(FF)	5-7	59,7±17,61*	49,8±11,49	86,6±12,55	80,0 ±11,49**
	8-12	54,6±14,74*	36,8±13,01	83,3±12,69	80,2±12,94**
	13-18	48,4±14,44*	43,9±15,71	82,6±11,75	81,0±15,8**
Funcționare Emoțională (FE)	5-7	43,5±19,81*	40,3±14,46	89,0±13,73	76,8±9,77**
	8-12	43,7±15,64*	42,5±13,44	85,8±12,04	82,3 ±16,21**
	13-18	42,0±15,00*	37,7±16,20	85,0±12,67	81,0±15,34**
Funcționare Socială(FS)	5-7	64,5±19,86*	53,1±15,18	84,5±11,09	84,8±13,42**
	8-12	53,5±19,94*	46,13±15,43	85,7±13,37	81,2±15,63**
	13-18	51,4±16,17*	52,0±17,20	84,6±10,89	82,6±13,93**
Funcționare Școlară(FȘ)	5-7	54,0±17,29*	42,3±11,29	83,2±17,94	75,5±17,08**
	8-12	52,2±16,12*	38,33±9,41	81,0±13,95	75,2±15,24**
	13-18	44,4±9,93*	43,8±13,48	78,6±15,11	71,4±15,17**
Sănătate psiho-socială(SPS)	5-7	53,9±13,79*	45,17±11,66	85,6±12,09	79,0±10,91**
	8-12	49,8±13,10*	42,34±8,66	84,2±10,68	79,6±12,76**
	13-18	45,9±10,88*	44,4±12,13	82,7±10,79	78,4±13,09**
Punctaj Total	5-7	56,01±12,75*	46,8±10,27	85,9±11,46	79,4±8,52**
	8-12	51,5±10,71*	40,4±8,12	83,8±10,69	79,8±12,19**
	13-18	46,77±11,09*	44,3±11,59	82,7±9,77	79,3±12,52**

Notă: datele sunt prezentate drept medie și deviere standard;
** – p=0,000 - pragul de semnificație al valorilor la copii cu/fără experiența migrației parentale;*
*** – p=0,000 - pragul de semnificație al valorilor la părinții copiilor cu/fără experiența migrației de muncă*

Analiza datelor prezentate în tabel ne permit să presupunem că adolescenții cu vârsta de 13-18 ani, marcați de migrația parentală de muncă, conform relatărilor părinților săi, prezintă un punctaj total specific unui nivel al calității vieții *foarte mic (*46,8±10,27*)*, posibil pe motivul interferenței mai multor factori medicali sau sociali, și anume: a insuficienței grijii parentale și particularităților fiziologice de vârstă în adolescență.

Totodată, menționăm că părinții copiilor afectați de migrație au apreciat CV copiilor săi cu valori mai mici și statistic semnificativ deosebite de cele ale copiilor lor ($p < 0,001$), cu excepția părinților adolescenților de 13-18 ani, unde deosebirile erau nesemnificative ($p=0,318$). Punctajul total înglobat de acești părinți denotă un *nivel foarte mic* al calității vieții copiilor lor.

De asemenea am notat și meditat asupra *Punctajului Total* al calității vieții copiilor neafectați de migrație la aprecierea părinților lor. Conform datelor de analiză a relatărilor parentale, punctajul total al copiilor lotului de control denotă în *nivel mic* al CV, deoarece părinții au prezentat, ca și în cazul precedent, valori mai mici decât înșiși copiii lor la toate categoriile de vârstă.

Următorul pas, am fost tentați să analizăm valorile modulului *Punctaj total* la copiii lotului de control, care variau nesemnificativ de la 82,7 (95% IÎ 65,2-100,0) de puncte, la vârsta de 13-18 ani, la 85,9 (95% IÎ 65,2-100,0) de puncte la vârsta de 5-7 ani, dar, totodată, se deosebeau considerabil de valorile prezentate de părinții lor: 79,2 (95% IÎ 48,9-98,91; $p=0,033$) și, respectiv, 79,3 (95% IÎ 65,2-91,3; $p=0,035$) de puncte.

În conformitate cu rezultatele prezentei investigații, concluzionam: pe modulul *Punctaj Total,* calitatea vieții copiilor marcați de migrație, după intervievarea atât a copiilor, cât și a părinților lor, este la un nivel *foarte mic*, atestând valori mai mici de 70 de puncte. Totodată, menționăm că copiii fără experiența migrației parentale, posedând valori pe modulul *Punctaj Total* în limitele 81-90 de puncte, au avut un *nivel moderat* al calității vieții, iar părinții acestor copii au conturat un *nivel mic* al CV copiilor săi, obținând un *punctaj total* cu valori mai mici de 80 de puncte. Rezultatele cercetării cu referință la valorile medii pe modulul Punctajul total al calității vieții copiilor sunt exprimate grafic în Figura 6.10.

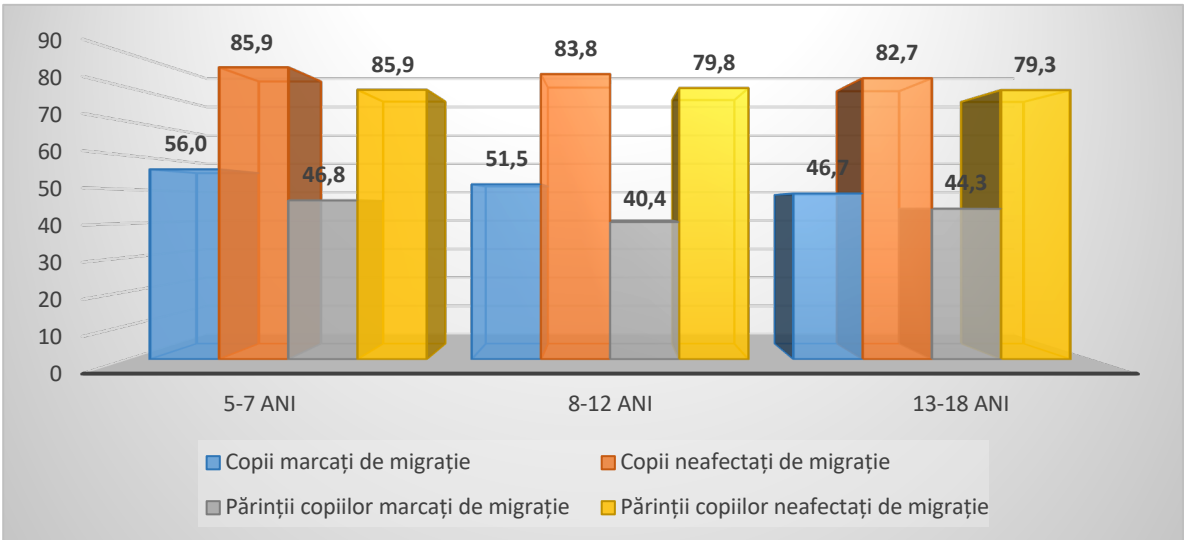


Fig. 6.10. Scorul punctajului total al calității vieții copiilor, integral pe toate vârstele, în funcție de prezența experienței migrației parentale de muncă

Am continuat cercetarea, fiind tentați să analizăm la care compartiment, modul al calității vieții, copiii din studiu suferă mai mult sau au un punctaj mai diminuat. Am presupus că detectarea modulului cu cele mai mici valori ar permite elaborarea unui algoritm eficient de management și supraveghere a copiilor rămași temporar fără grija și atenția parentală. Pentru a realiza sarcina propusă, am însumat valorile medii la toate categoriile de vârstă pe modulele studiate. Deci, luând în considerare datele prezentate anterior (Tabelul 6.3; Figura 6.1), deducem că *Funcționarea emoțională* a fost acel modulul care a avut valori medii cele mai diminuate (43,07 de puncte), urmat de modulele *Sănătatea psiho-socială* (49,87) și *Funcționarea școlară* (50,2 de puncte). Configurația datelor obținute a fost integrată în Figura 6.11.

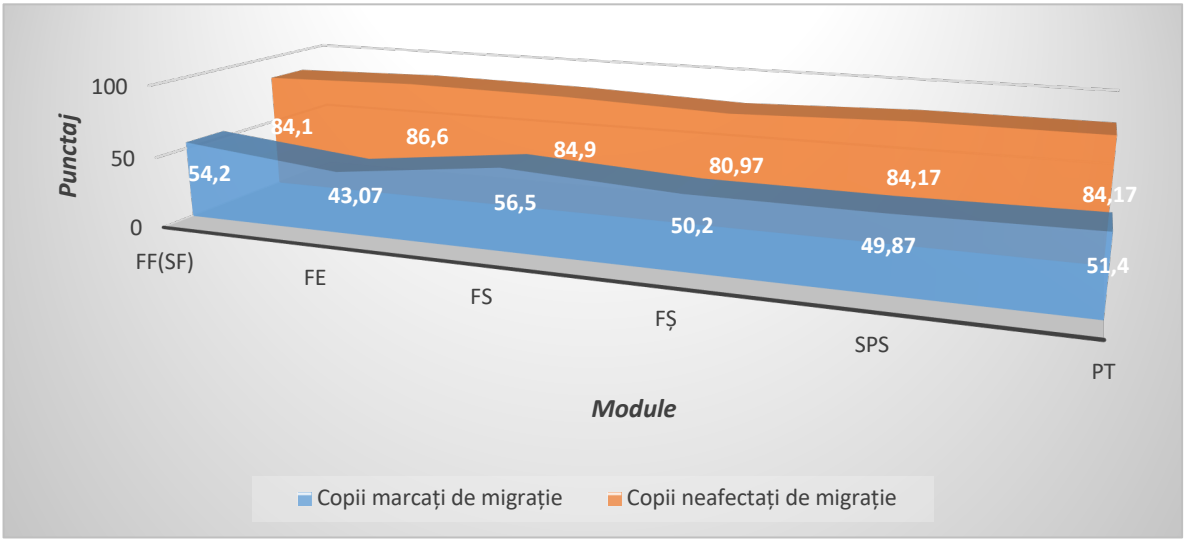


Fig. 6.11. Calitatea vieții copiilor, integral, pe modulele evaluate

Totodată, menționăm că valorile medii pe modulul *Funcționarea socială* erau cele mai elevate (56,5 de puncte), urmate de valorile modulului *Funcționarea fizică/Sănătatea fizică* (54,2 de puncte). Analizând cele relatate, putem presupune că plecarea părinților la muncă, aflarea lor la distanță, lăsarea copiilor, în majoritatea cazurilor, fără persoanele apropiate cu care ar putea să discute diferite probleme, inclusiv cele de sănătate, afectează primordial sfera emoțională a copiilor, sănătatea lor psiho-socială, precum și reușita școlară.

Valorile mai sporite pe modulul *Funcționarea socială*, posibil, sunt determinate de faptul că, odată ce copiii au rămas singuri, ei încearcă să-și completeze golul lipsei părintești prin comunicarea cu semenii, cu colegii de clasă, cu profesorii.

Pornind de la ipoteza decelării unor particularități în evoluția calității vieții copiilor din studiu, odată cu înaintarea în vârstă, am ținut să analizăm dinamica S*ănătății Fizice* și a *Sănătății psiho-sociale* a copiilor migranților. Rezultatele obținute sunt redate panoramic în Figura 6.12.

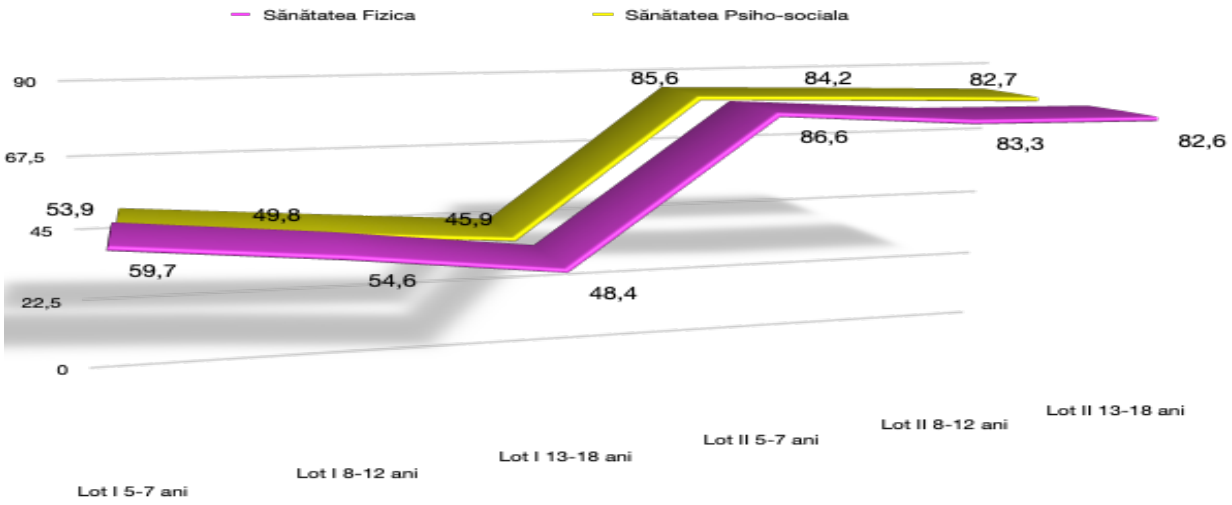


Fig. 6.12. Evoluția *Sănătății Fizice* și a celei *Psiho-sociale* a pacienților studiului, conform anchetării copiilor

Cu regret, datele afișate în figură relevă faptul că, la copiii migranților (Lot I), odată cu înaintarea în vârstă, se depistează o diminuare, înrăutățire atât a *Sănătății Fizice,* cât și a *Sănătății Psiho-sociale*. Considerăm acest fapt ca fiind datorat asistenței medicale insuficiente, acordate și de părinți, și de persoanele nemijlocit antrenate în misiunea asistenței medicale primare și a celei specializate.

Totodată, menționăm că datele desprinse din figură anunță dinamica diminuării nesemnificative a *Sănătății Fizice* și a celei *Psiho-sociale,* odată cu înaintarea în vârstă a copiilor fără experiența migrației parentale (Lot II).

Pe de altă parte, am fost curioși să analizăm și dinamica indicilor raportată prin chestionarea părinților migranți și a celor fără experiența migrației la muncă. Configurația datelor obținute a fost integrată în Figura 6.13.

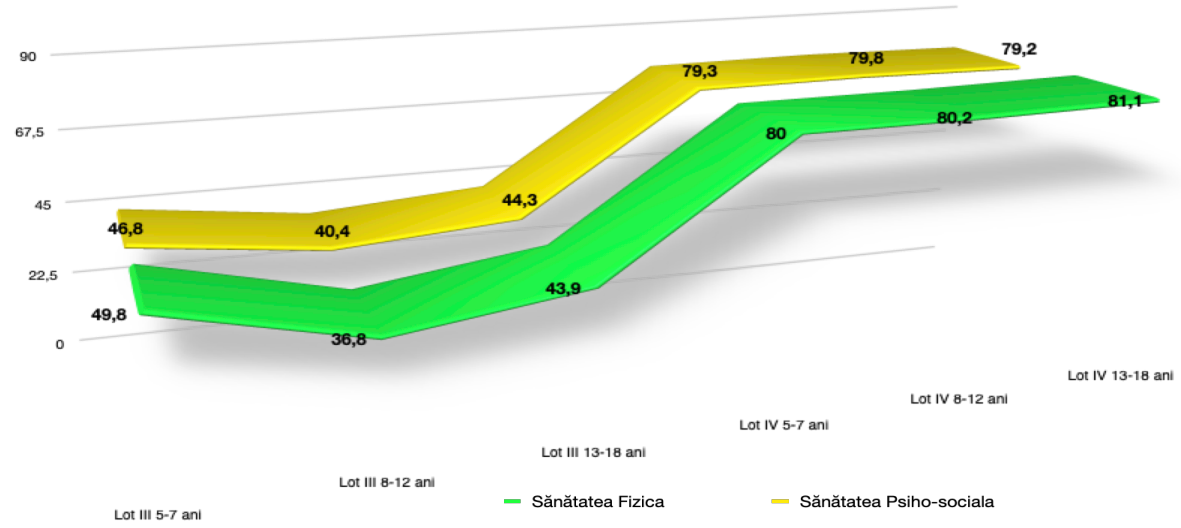


Fig. 6.13. Evoluția *Sănătății Fizice* și a celei *Psiho-Sociale* a pacienților studiului, conform anchetării părinților

Datele din tabel au redat panoramic rezultatele desprinse din anchetarea părinților. Materialul prezentat în Figura 6.12 evocă tendința de diminuare atât a *Sănătății Fizice*, cât și a *Sănătății Psiho-sociale* a copiilor migranților, odată cu înaintarea în vârstă. Această tendintă nu este uniformă, de exemplu, *Sănătatea Fizică,* conform relatărilor părinților (Lot III) diminuează brusc la 8-12 ani, apoi revine treptat, aproape de nivelul inițial, la vârsta de 13-18 ani.

Este important să consemnăm că părinții copiilor neafectați de migrație (Lot IV), spre deosebire de cei care au migrat la muncă, au relatat o evoluție lentă pozitivă, deși neînsemnată, a *Sănătății Fizice* și *Sănătății psiho-sociale* a copiilor săi. Sinteza datelor obținute ne permite să interpretăm decalajul dintre evaluarea de către părinți a sănătății copiilor săi prin existența disparităților în accesarea serviciilor medicale.

Pentru a acoperi și cele puține cazuri de comparație cu varianta inegală s-au aplicat testele neparametrice (*Mann-Whitney și Kruskal-Wallis*). Testele aplicate la comparația scorurilor pe loturi, în cadrul grupelor de vârstă, au indicat că medianele scorurilor calculate pentru indicatorii aplicați la copiii din lotul II sunt semnificativ mai mari (p=0,000) decât medianele scorurilor aplicabile copiilor din lotul I atât la chestionarea copiilor, cât și la chestionarea părinților. În cazul comparatiilor multiple pentru toate testele efectuate au fost efectuate corecții prin metoda Bonferroni.

6.4. Concluzii la capitolul 6

1. Pentru practica medicală sunt deosebit de necesare și foarte utile studiile axate pe evaluarea calităţii vieţii. Instrumentele moderne pentru evaluarea calităţii vieţii pacienţilor beneficiază alegerea de către personalul medical al diferitor metode terapeutice eficiente, informarea pacienţilor asupra efectelor posibile ale diferitelor proceduri medicale, monitorizarea dinamicii medicației utilizate, permite personalului medical să elaboreze programe de supraveghere eficiente.
2. În cadrul studiilor efectuate asupra coeficientului Cronbach alfa, am obținut coeficienți de consistență interni „acceptabili", „buni" și „excelenți", ce ne-a permis să concluzionăm că, instrumentul utilizat *Chestionarul PedsQL™ Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 English* are consistență internă, este un instrument fidel în aprecierea calității vieții copiilor marcați de migrația parentală de muncă.
3. Valorile calității vieții copiilor marcați de migrație pe modulul *Funcționarea Fizică* au variat de la 48,4 (95% IÎ 56,25-52,1), la cei cu vârsta de 13-18 ani, la 59,7 de puncte (95% IÎ 18,75-87,5) la copiii cu vârsta de 5-7 ani, erau semnificativ și considerabil mai mici, comparativ cu cele ale copiilor lotului de control (p=0,000). Din toate modulele studiate, la modulul *Funcționarea Emoțională* pentru toate categoriile de vârstă, calitatea vieții copiilor afectați de migrație prezenta cele mai mici valori, care variau de la 42,0 (95% IÎ 10,0-90,0), la copiii cu vârsta de 13-18 ani, la 43,7 (95% IÎ 20,0-70,0) de puncte la cei cu vârsta de 8-12 ani și erau semnificativ diferite de valorile copiilor neafectați de migrație (p=0,000).
4. Valorile calității vieții pe modulul *Funcționarea socială* la copiii lotului martor deviau de la mai mici, la vârsta de 13-18 ani - 51,4 (95% IÎ 10,0-90,0) de puncte, la mai mari, la vârsta de 5-7 ani - 64,5 (95% IÎ 30,0-100,0) de puncte. Copiii afectați de migrație au avut valori foarte mici ale calității vieții și pe modulul *Funcționarea Școlară.* Cele mai scăzute valori au fost atestate la copiii adolescenți de 13-18 ani - 44,4 (95% IÎ 25,0-65,0), urmate de 52,2 (95% IÎ 25,0-90,0) de puncte la cei de 8-12 ani și, respectiv, 54,0 (95% IÎ 20,0-80,0) de puncte la 5-7 ani.
5. Odată cu înaintarea în vârstă, copiii migranților simt tot mai mult povara factorilor sociali de existență, ceea ce determină diminuarea *Sănătății psiho-sociale* a lor. La copiii lotului martor, o valoare mai scăzută a *Sănătății psiho-sociale* s-a detectat la cei cu vârsta de 13-18 ani - 45,9 puncte (95% IÎ 20,0-63,33), iar o valoare mai mare la cei cu vârsta de 5-7 ani - 53,9 de puncte (95% IÎ 30,0-75,0).

6. Părinții copiilor afectați de migrație, rămași în țară, au apreciat calitatea vieții copiilor săi cu valori mai mici decât înșiși copiii. Ca exemplu, valoarea calității vieții de 36,8 puncte (95% IÎ 9,38-65,63) au prezentat părinții copiilor cu vârsta de 8-12 ani pe modulul *Funcționarea Fizică /Sănătatea Fizică*, iar cea mai mare valoare a indicelui studiat au obținut părinții copiilor cu vârsta de 5-7 ani pe modulul *Funcționarea Socială* - 53,1 (95% IÎ 30,0-95,0) de puncte.
7. Copiii fără experiența migrației parentale la muncă, precum și părinții lor, au prezentat un nivel al calității vieții mai înalt, comparativ cu cel al copiilor marcați de migrație, variind de la 78,6 (95% IÎ 45,0-100,0) puncte la cei cu vârsta de 13-18 ani pe modulul *Funcționarea Școlară*, ceea ce denotă un *nivel mic* al calității vieții, la 89,0 de puncte (95% IÎ 60,0-100,0) la vârsta de 5-7 ani pe modulul *Funcționarea Emoțională* - un *nivel moderat* al calității vieții.
8. În familiile fără migranți, părinții au apreciat CV copiilor lor cu valori mai mici decât înșiși copiii. Punctajul calculat, în majoritatea cazurilor, indică un *nivel mic* al calității vieții copiilor. Cea mai mică valoare de 79,6 de puncte (95% IÎ 56,7-100,0) au prezentat părinții copiilor cu vârsta de 8-12 ani pe modulul *Sănătatea psiho-socială*. Cu același *nivel mic* al CV, mai diminuat de 80 de puncte, au apreciat părinții copiilor de toate vârstele pe modulele *Funcționarea Școlară, Sănătatea psiho-socială și Punctaj Total*. La toate vârstele pe modulele *Funcționarea Fizică, Funcționarea Socială* și la copiii de 8-12 și 13-18 ani pe modulul *Funcționarea Emoțională*, părinții au apreciat CV copiilor săi cu un *nivel moderat* al CV.
9. Pe modulul *Punctaj total,* copiii marcați de migrație au un *nivel foarte mic* al calității vieții, conform intervievării atât a copiilor, cât și a părinților lor, mai mic de 70 de puncte. Copiii fără experiența migrației parentale, posedând valori ale CV în limitele 81-90 de puncte, au avut un *nivel moderat* al calității vieții, iar părinții acestora au apreciat cu un *nivel mic* calitatea vieții copiilor săi, însumând valori mai mici de 80 de puncte.
10. *Funcționarea emoțională* a fost modulul care a avut valori medii cele mai diminuate (42,0 de puncte), urmat de modulele *Funcționarea școlară* (44,4 de puncte) și *Sănătatea psiho-socială* (45,9 de puncte). Valorile mai sporite pe modulul *Funcționarea socială*, posibil, sunt determinate de faptul că acei copii, care rămân singuri, încearcă să-și completeze golul lipsei părintești prin comunicarea cu semenii, cu colegii de clasă, cu profesorii.

CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI PRACTICE

CONCLUZII GENERALE

1. Rezultatele analizei retrospective a fenomenului migrației parentale de muncă în Republica Moldova pentru anii 2009-2019 au relevat că numărul copiilor separați de părinți, pe motivul migrației de muncă, a sporit de 2,14 ori, de la 17656 de copii în anul 2009 la 37866 de copii în anul 2019. În cadrul analizei incidenței copiilor marcați de migrație la 10 000 din populația pediatrică, s-a conturat o tendință stabilă a elevării incidenței, de la 526,81 de copii în anul 2016 la 649,18 de copii în anul 2019, cu un spor de 23,2%.
2. Rezultatele cercetării au pus în evidență prezența suferințelor psihologice, declanșate după plecarea părinților la 97,75% de copii. Cota celor dezaprobați de cei din jur a alcătuit 30,0% (95% IÎ 26,0-35,3); tristețe, inutilitate, depresie pe parcursul a ultimelor 12 luni au fost atestate la 16% (95% IÎ 12,4-19,3), iar anxietate și insomnie la 14,25% (95% IÎ 10,8-17,6) de copii; totodată, s-a identificat că în 0,75% (95% IÎ 0,1-1,6) de cazuri copiii au exprimat intenția suicidului. Rezultatele obținute au estimat prezența deprinderilor nocive la 7,3% de copii ai migranților: despre practicarea fumatului au menționat - 4% (95% IÎ 2,1-5,9), iar consumul alcoolului - 3% (95% IÎ 1,3-4,7) de copii; utilizarea substanțelor interzise sau a drogurilor au declarat - 0,3% (95% IÎ 0,25-0,7) de copii ai migranților.
3. În cadrul studiului de estimare a impactului migrației de muncă asupra sănătății copiilor s-a identificat tendința de neglijare în executarea zilnică a deprinderilor igienice, ceea ce poate perturba sănătatea lor sau favoriza apariția maladiilor infecțioase și parazitare. Copiii migranților versus celor neafectați de migrație au atestat diferențe de semnificație statistică înaltă, în funcție de deprinderile igienice evaluate: *spălatul pe dinți* (χ^2=32,65; gl=4; p=0,000)*; spălatul pe mâini cu săpun* (χ^2=34,517; gl=2; p=0,000)*; scăldatul* (χ^2=23,219; gl=5; p=0,000). Sinteza datelor, la subiectul frecvenței utilizării produselor alimentare necesare, a contestat că copiii marcați de migrație au un meniu mai puțin variat, cu cote mai inferioare de utilizare a produselor de carne, ouă, lactate, brânzeturi, supe, terciuri, fructe și legume.
4. Analiza structurii morbidității generale a copiilor marcați de migrația parentală de muncă a demonstrat că cea mai consistentă pondere de 58,5% au notat *tulburările sistemului respirator*, urmată *de tulburările ochiului, adnexă, urechii și procesului mastoid* și *răni, otrăviri și anumite alte consecințe ale cauzelor externe* cu cotele respective de 5,5% și 4,9%; *tulburările sistemului nervos* și *tulburările pielii și țesutului subcutanat* au atestat cote de 4,4%; *anumite tulburări infecțioase și parazitice și tulburările neoplazice ale*

sângelui și organelor care formează sângele și *anumite tulburări ale mecanismului imunitar* au prentat cote respective de 4,3% și 4,2%; *tulburările sistemului digestiv* au anunțat cota de 3,6%, iar *tulburările sistemului musculoscheletic* și *țesutului conjunctiv*, respectiv, de 2,8 %.

5. Adresabilitatea copiilor marcați de migrația parentală de muncă pentru asistența medicală este condiționată, în primul rând, de motive profilactice în 58,4% (95% IÎ 57,5-59,3) de cazuri. Pe locul secund, au fost remarcate adresările motivate de maladiile intercurente acute cu o cotă de 32,1% (95% IÎ 31,3-33,1), iar, pe locul terță, au fost notate adresările condiționate de complicațiile sau acutizările procesului cronic, prezentând o pondere integrală de 9,5%.

6 Aprecierea adresabilității copiilor marcați de migrația parentală de muncă pentru asistența medicală a constatat faptul că după plecarea părinților la muncă a diminuat cota adresabilității pentru consult profilactic de 1,7 ori, de la 66% (95% IÎ 65,2-66,9) la 38,6% (95% IÎ 34,9-38,4) de cazuri, totodată, au crescut cotele adresabilității din motivul maladiilor acute intercurente de 2 ori, de la 25,4% (95% IÎ 24,4-26,4) la 49,5% (95% IÎ 49,0-52,8) de cazuri și din motivul acutizării maladiilor cronice de 6 ori, de la 1,1% (95% IÎ 0,9-1,1) la 6,56% (95% IÎ 6,1-7,6) de cazuri, (p=0,000). Copiii cu ambii părinți migrați la muncă au notat o pondere a adresabilității, pe motiv de boală, de 74,1% (95% IÎ 72,6-75,7), de altfel, de 4,8 ori mai sporită versus cea a copiilor cu părinți non-migranți (p=0,000).

7. Copiii migranților au o pondere a adresărilor la medicul de familie de 70,4% (95% IÎ 69,5-71,4), iar cota adresărilor la medicii specialiști este extrem de mică - 29,6% de cazuri. Evaluarea adresabilității, condiționate de patologia chirurgicală și traumatologică a remarcat frecvențe mai consistente la pacienții lotului de bază. Copiii migranților, conform rezultatelor studiului, au notat frecvențe mai evidente a unor urgențe medicale versus copiii lotului de control: *combustie* de circa patru ori sau 0,1 episod *per pacient*; *corp străin* și *mușcătură de câine* de circa 2,3 ori; *epistaxis/hemoptizie* și *înțepătură de insectă* de două ori; *intoxicație acută, ocazională* de circa 2,7 ori; *sindrom convulsiv* de 2,9 ori sau 0,3 episoade *per pacient*.

8. Studierea ierarhiei factorilor de risc pentru sănătatea copiilor afectați de migrație a anunțat că pe locul I se plasează *prezența tuberculozei, virajului sau a contactelor cu bolnavii de TBC*. Locul II ocupă *alimentația neregulată, rară*; locul III se atribuie *insuficienței surselor financiare*, iar *prezența anemiei* se atestă pe locul IV, urmată de locul V, rezervat *igienizării rare*. Prezența *abuzului fizic, nerespectarea planului vaccinărilor* și

intemporalitatea acordării asistenței medicale sunt trecute pe locurile respective VI-VII și VIII.

9. În prezentul studiu s-au adus argumente științifice pentru informativitatea unei metodologii novatoare de evaluare a calităţii vieţii copiilor - a chestionarului *Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL™4.0)*, care a facilitat aprecierea și evaluarea sănătății pacienților marcați de migrația de muncă a părinților. Studiul *Punctajului Total* al calitătății vieții acestor pacienți a demonstrat valori variabile de la 56,01±12,75 de puncte, la vârsta de 5-7 ani la 46,77±11,09 de puncte la cei cu vârsta de 13-18 ani, cifrele fiind semnificativ mai joase, comparativ cu cele ale pacienților neafectați de migrație (p=0,000). Copiii marcați de migrația parentală de muncă au prezentat valori foarte mici pe toate modulele și caracteristicele integrale ale calității vieții, ceea ce a permis de ai clasa ca *copii cu un nivel foarte mic al calității vieții*.
10. Problema științifică soluționată în studiu este cea prin care a reușit să elucideze impactul migrației parentale de muncă asupra sănătății și calității vieții copiilor; să aprecieze situația reală privind asistența medicală oferită copiilor marcați de migrație; să puncteze argumentat factorii de risc socio-medicali, care se regăsesc la originea creșterii morbidității, rezultatele obținute servind drept suport pentru elaborarea unor sugestii valide de ameliorare a sănătății. Soluționarea problemei științifice aplicative a fost posibilă prin elaborarea în format propriu a *Standardului de supraveghere și profilaxie a efectelor negative provocate de migrația parentală de muncă*, care este inițiat pentru supravegherea sistematică și continue a factorilor de risc și direcționat spre elevarea capacității funcționale a sistemului național de supraveghere prin sporirea evidențierii, promptitudinii și complexității măsurilor.

RECOMANDĂRI PRACTICE:

La nivelul factorilor de decizie:

1. Elaborarea şi aprobarea *Strategiei Naţionale de monitorizare a sănătății copiilor separați de părinți pe motivul migrației parentale de muncă.*
2. Elaborarea indicatorilor de performanță, în cadrul Serviciului de asistență medicală, privind supravegherea stării de sănătate a copiilor marcați de migrație, centrată pe direcția prevenției primare a stărilor morbide acute sau cronicizării lor și acoperirea vaccinală maximală.

La nivelul administrării sistemului național de supraveghere:

1. Crearea *Registrului Național de Stat de evidență a copiilor marcați de migrația parentală de muncă.*
2. Crearea *Bazei de Date Naționale a stării de sănătate a copiilor marcați de migrația parentală de muncă.*
3. Pregătirea ghidurilor de conduită şi protocoalelor clinice naționale pentru specialiștii din domeniul Serviciului de asistenţă medicală, în vederea formării unui sistem de monitorizare medicală eficientă a copiilor marcați de migrația parentală de muncă.
4. Valorificarea practică a „*Chestionarului pentru intervievarea copilului marcat de migrația parentală de muncă*” și a „*Standardului de supraveghere a efectelor negative provocate de migrația parentală de muncă asupra sănătății copiilor*” ca pe modalități moderne de identificare și supraveghere medicală eficientă a copiilor separați de părinți, pe motivul migrației de muncă.

La nivelul Serviciului de asistență medicală (primară și specializată):

1. Perfecţionarea asistenței medicale primare și specializate pentru a ameliora calitatea și accesibilitatea serviciilor medicale prestate copiilor marcați de migrația parentală de muncă.
2. Abordarea medicală personalizată a copilului marcat de migrație, prin prisma statutului social-economic și reducerea disparităților în domeniul prestării serviciilor medicale.
3. Aplicarea în practica clinică a instrumentelor elaborate în cadrul cercetării („*Chestionarului pentru intervievarea copilului marcat de migrația parentală de muncă*” și a „*Standardului de supraveghere a efectelor negative provocate de migrația parentală de muncă asupra sănătății copiilor*”) pentru monitorizarea eficientă a copiilor marcați de migrația parentală de muncă.

4. Crearea unui nucleu multidisciplinar de competenţă în investigare, diagnostic și reabilitare a copiilor marcați de migrație, scopul căruia este de a facilita administrarea tratamentului, conform principiilor medicinei personalizate.

La nivelul domeniilor de instruire:

1. Integrarea obligatorie în cadrul Curriculumui disciplinei opționale "Educație pentru sănătate" a formării competențelor de comunicare despre riscurile pentru sănătatea copiilor marcați de migrația parentală de muncă și comportamentele sănătoase de prevenție.
2. Metodele aplicate și rezultatele obținute pot fi utilizate în procesul de instruire medicală universitară și postuniversitară, în cadrul disciplinelor catedrelor și departamentelor clinice.
3. Perfectarea abilităților practice ale specialiştilor din Serviciul de asistență medicală, în conformitate cu datele cercetării: identificarea timpurie a copiilor marcați de migrația de muncă a părinților, aprecierea factorilor de risc pentru sănătate; monitorizarea sănătății și acoperirea vaccinală maximală.

Pentru specialişti din alte domenii:

1. Lansarea campaniilor de informare şi conştientizare, adresate părinţilor-candidați la migrația de muncă și dezvoltarea serviciilor de consiliere pentru persoanele care au în îngrijire copii cu părinţi plecaţi la muncă.
2. Desfăşurarea, în parteneriat cu organizaţiile mass-media şi a societăţii civile, a campaniilor de sensibilizare a opiniei publice, privind problemele copiilor rămaşi fără îngrijirea părinţilor în urma migraţiei.
3. Inițierea, multiplicarea și extinderea centrelor de zi, destinate copiilor marcați de migrație, cu scopul de a oferi acestora modalităţi benefice de petrecere a timpului liber.
4. Sensibilizarea APL-lor, în vederea alocării de fonduri de la bugetele locale pentru protecţia copiilor aflați în dificultate, implicit a copiilor cu părinţi plecaţi la muncă.
5. Dezvoltarea unui parteneriat multidisciplinar constructiv, cu implicarea specialiștilor medicinişti, cadrelor didactice, specialiștilor în psihologie, în vederea prevenirii intrării în situaţii de dificultate ai copiilor migranților și prestării lor unui suport complex cu calificare profesională, pe perioada plecării părinților la muncă.

La nivelul cercetărilor ştiinţifice de perspectivă:

1. În contextual European al strategiilor de protecție a sănătății copiilor, se necesită inițierea cercetărilor multidisciplinare prin aplicarea instrumentelor utilizate în cadrul studiului şi în alte domenii mediciniste, pentru analiza complexă a tendinţelor naționale, regionale în problema protecției medicale a copiilor marcați de migrația parentală de muncă.

REFERINTE BIBLIOGRAFICE

1. ABRAHAM, D. Situaţia adolescenţilor din România. Bucureşti: UNICEF România, 2013. 123 p.
2. Accesul populației la serviciile de sănătate. Rezultatele studiului în gospodării. Raportul de sinteză elaborat de către Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. 2017. [citat 07.07.2020]. Disponibil: http://statistica.gov.md/public/files/publicatii_electronice/acces_servicii_sanatate/Acces_servicii_sanatate_2016.pdf.
3. ANDREI, L. Metode şi tehnici statistice de analiză a calităţii vieţii. Bucureşti: Expert, 2003. pp. 5-6.
4. ANTONOV, V., GAMANJI, T. Abandonul copilului în Republica Moldova: actori, soluţii şi lacune. În: *Monitor social*, 2010, nr.6, pp.14-16.
5. Anuar statistic 2018. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. 2018. [citat 13.02.2020]. Disponibil: http://statistica.gov.md/public/files/publicatii_electronice/Anuar_Statistic/2018/8AS.pdf.
6. Anuarul statistic al Sistemului de sănătate din Moldova. 2017. Resursele ocrotirii sănătății. Chișinău: Centrul Național de Management în Sănătate, 2018, pp. 42-43.
7. Asigurarea Asistenței Medicale Primare cu personal medical [online]. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Chișinău: Centrul Național de Management în Sănătate, 2015. 26 p. [citat 23.08.2016].
8. Aspecte privind nivelul de trai al populației în 2016. Rezultatele Cercetării Bugetelor Gospodăriilor Casnice. Chișinău: Biroul Naţional de Statistică al Republicii Moldova, 2017. 138 p. [citat 15.02.2018]. Disponibil: http://statistica.gov.md/public/files/publicatii_electronice/aspecte_nivelul_trai/Aspecte_nivelul_trai_2016.pdf.
9. Aspecte privind nivelul de trai al populației în 2017. Rezultatele Cercetării Bugetelor Gospodăriilor Casnice. Chișinău: Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova, 2018, 135 p. [citat 17.03.2018]. Disponibil: http://statistica.gov.md/public/files/publicatii_electronice/aspecte_nivelul_trai/Aspecte_nivelul_trai_2017.pdf.
10. BĂLȚĂTESCU, S. Abordări psihosociale ale satisfacţiei şi fericirii. În: *Revista Calitatea Vieţii.* 2003*,* vol. XIV, nr. 2, p.14.
11. BĂLȚĂTESCU, S. Modele ale percepției calității vieții. În: *Revista Calitatea Vieţii.* 2000, vol. XI, nr. 1-4, pp. 3-9.
12. BĂLȚĂTESCU, S., ZAMFIR, C., STĂNESCU, S. Enciclopedia dezvoltării sociale. Iaşi: POLIROM, 2007, pp. 56-57.
13. BANCIU, D., RĂDULESCU, S. Evoluţii ale delincvenţei juvenile în România. Bucureşti: Lumina Lex, 2002. 271 p.
14. BATOG, M. Modalități de intervenție psihologică în cazul tulburării posttraumatice de stres la copii și adolescenți. Chișinău: AȘM, 2015.126 p. ISBN 978-9975-48-082-6.
15. BODERSOVA, L. Aspectele medico-sociale ale sarcinii şi naşterii la adolescente în Republica Moldova: tz. de doct. în medicină. Chișinău, 2005, 242 p.
16. BOLOGANU-VIERU, O., BALAN,V. Traficul de fiinţe umane şi egalitatea genurilor în Moldova: acte normative actualizate. Chișinău: „Elena-V.I.” SRL, 2011. 341 p. ISBN 978-9975-106-64-1.
17. BUCIUCEANU-VRABIE, M. Copiii rămaşi singuri acasă în urma migraţiei părinţilor: Riscuri şi Realităţi. Institutul Integrare Europeană şi Ştiinţe Politice. În: *Revista de Filozofie, Sociologie şi Ştiinţe Politice.* Chișinău, 2011, nr. 1(155), pp. 169-177. ISSN 1957-2294.

18. BUCIUCEANU-VRABIE, M., PAHOMI, I. Situația tinerilor în Republica Moldova: de la deziderate la oportunități. În: *Barometrul demografic*. Institutul Naţional de Cercetări Economice. Chișinău, 2015, pp. 4-5. [citat 09.03.2017]. Disponibil: http://ccd.ucoz.com/_ld/0/31_barometru_nr_3.pdf.
19. BULAI, T. Fenomenul migraţiei şi criza familială. Iaşi: Lumen, 2006. 120 p. ISBN: 973-1703-22-5.
20. Bunăstarea copilului în Republica Moldova (Indicatori disponibili). Biroul de cercetare UNICEF Moldova. Chișinău, 2012, 21 p. [citat 26.09.2018].
21. BURDELNÎI, E. Politici migraţionale de muncă în relaţiile Republicii Moldova cu Uniunea Europeană: tz. de doct. în șt. politice. Chişinău, 2016.189 p.
22. BURDELNÎI, E., TERZI-BARBĂROȘIE, D. Migrația și dezvoltarea. UNDP - Moldova. Programul Pilot Comun ”Integrarea Migraţiei în Strategia Naţională de Dezvoltare„ (MOMID). Chișinău: OIM, 2013. pp. 21-22.
23. BURUIAN, C. Fenomenul migraţiei şi statutul juridic al străinului în dreptul internaţional public. Institutul de Istorie, Stat şi Drept al AŞM. Chișinău: CEP USM, 2010. pp. 190-192.
24. BURUIAN, C. Apariţia şi evoluţia fenomenului migraţiei şi reglementarea juridică a acestuia în dreptul internaţional public. În: *Materialele Conferinţei ştiinţifice internaţionale anuale a tinerilor cercetători „Edificarea statului de drept şi punerea în valoare a patrimoniului cultural şi istoric al Moldovei în contextul Integrării Europene”, ed. a V-a, 29 martie 2011.* Chișinău: CEP USM, 2011, vol. III. 192 p.
25. Buletin statistic [online]. Chișinău: Biroul Naţional de Statistică al Republicii Moldova, 2019, pp. 77-82. [citat 10.09.2019]. Disponibil: http://statistica.gov.md/public/files/publicatii_electronice/Buletin_trimestrial/Buletin_trim_I_2019.pdf.
26. BUTOI, T., IFTENIE, V., BOROI, A., BUTOI, A. Sinuciderea un paradox. București: Pro Universitaria, 2012. 138 p.
27. CANTARJI, V. Impactul socio-economic al crizei economice asupra migraţiei şi remitenţelor în Republica Moldova. Primii indicatori. Organizația Internațională pentru Migrație. Chișinău: OIM, 2009. 28 p.
28. CARAGANGIU, A. Remitenţi şi remitenţe în contextul creşterii economice. Sinteza experienţei internaţionale. Chişinău: Complexul Ed. INCE, 2006. 68 p.
29. CARAMAN, I., BUCIUCEANU-VRABIE, M. Unele consideraţii privind devianța juvenilă. În: *Revista de Filozofie, Sociologie şi Ştiinţe Politice.* 2008, nr. 2(147), pp. 63-67. SSN 1957-2294.
30. CASIADI, O., PORCESCU, S. Migraţia: subiecte şi subiecţi. Chişinău: Tipografia AŞM, 2008. pp. 337-338.
31. CEBAN, L., BUTNARU, V. Migraţia internaţională a forţei de muncă şi impactul ei asupra dezvoltării socio-economice a Republicii Moldova. În: *Materiale conferinţei ştiinţifico-practice „Academia de Administrare Publică - 15 ani de modernizare a serviciului public din Republica Moldova”, 21 mai 2008.* Chişinău: AAP, 2008, vol. 2. 291 p. ISBN 978-9975-9960-3-7.
32. CEBAN, O. Interacțiunea domeniilor de sănătate și educație pentru protejarea sănătății reproductive a tinerilor: tz. de doct. în medicină. Chișinău, 2018. 148 p.
33. CHEIANU-ANDREI, D. Analiza lacunelor în domeniul managementului migraţiei. Chişinău: GraficDesing, 2015. 88 p.
34. CHEIANU-ANDREI, D. Migraţia capitalului uman înalt calificat din Republica Moldova: Realităţi şi Provocări. În: *Materialele Conferinţei ştiinţifice cu participare internaţională “Sociologia: Interferenţe naţionale şi internaţionale”, 14-15 noiembrie, 2012.* Chişinău: CEP USM, 2012. 170 p. ISBN 978-9975-71-311-5.

35. CHEIANU-ANDREI, D., GRAMMA, R., MILICENCO, S., PRIȚCAN, V., RUSNAC, V. et al. Necesitățile specifice ale copiilor și vârstnicilor lăsați fără îngrijirea membrilor de familie, plecați la muncă peste hotare. Chișinău: CEP USM, 2011. 251 p. ISBN 978-9975-71-124-1.
36. CHEIANU-ANDREI, D. Migrația cadrelor didactice din Moldova: brain gain sau brain waste? În: *Monitor Social*. Chișinău, 2012, nr.15. pp. 15-25.
37. CHEIANU-ANDREI, D. Necesităţile prestatorilor de servicii sociale în relaţionarea cu copiii separaţi de părinţi și copiii în situaţii de risc. Centrul de Investigaţii și Consultanţă „SocioPolis". Chișinău: CEP „Bons Offices", 2015. 122 p. ISBN 978-9975-80-978-8.
38. CHIRA, A. Climatul psihosocial în familia migrantului. În: *Materialele Conferinţei ştiinţifice cu participare internaţională „Interferenţe universitare - Integrare prin cercetare şi inovare", 25-26 septembrie, 2012.* Chișinău: CEP USM, pp. 123-134. ISBN 978-9975-71-268-2.
39. CIUMAC, S., CUȘNIR, A. Tendinţe actuale ale învăţământului superior şi preocupări pentru Republica Moldova în contextul Integrării Europene. În: *Brain Drain. Cazul Republicii Moldova.* Chișinău, 2011. pp. 251-259.
40. Codul civil al Republicii Moldova, adoptat prin Legea nr. 1107/06.06.2009. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova,* 2002, *nr. 82-86, art. nr. 661.*
41. Codul de procedură civilă al Republicii Moldova nr. 225/30.05.2003. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova,* 2013, nr. 130-134, art. nr. 415.
42. Codul Familiei al Republicii Moldova. nr. 1316/26.10.2000. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova,* 2001, nr. 47-48, art. nr. 210.
43. Codul Global de Practici al OMS privind recrutarea internaţională a personalului medical. A şaizeci şi treia Asamblee Mondială a Sănătăţii. WHA 63.16, mai 2010, Geneva. pp. 2-9.
44. Codul penal al Republicii Moldova, adoptat prin Legea nr. 1985/18.04.2002. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova,* 2009, nr. 72-74, art. nr. 195.
45. COJOCARU, M. Migraţia şi efectele ei în plan familial. Iași: CEP OIM România, 2006. 107 p.
46. Compendiul Statistic al Profilului Migrațional Extins al Republicii Moldova pentru anii 2014-2016 [online]. Ministerul Afacerilor Interne al Republicii Moldova. Chișinău: CEP Biroul Migrație și Azil, 2017. 134 p. [citat 26.02.2018]. Disponibil: http://bma.gov.md/sites/default/files/media/cs_pme_2017.pdf.
47. Consolidarea legăturii dintre migraţie şi dezvoltare în Moldova [online]. Centrul de analiza si investigaţii sociologice, politologice şi psihologice. Chişinău: CEP CIVIS, 2010, pp. 32-37. [citat 08.08.2019]. Disponibil: http://siteresources. Worldbank. org/INTMOLDOVA/Resources/ConsolidareaLegaturiiDintreMigratieDezvoltare.pdf.
48. CONSTANTIN, D., NICOLESCU, L. Perspective europene de abordare a azilului şi migraţiei. Bucureşti: Institutul european din România, 2008, pp. 6-8. ISBN: 978-973-7736-87-1.
49. CONSTANTIN, M. Maltratarea copilului - între cunoaştere şi intervenţie. Iaşi: Lumen, 2004, pp. 210-257. ISBN: 978-973-7766-24-5.
50. Constituţia Republicii Moldova. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova,* 1994, nr. 1.
51. Consumul de alcool, droguri și tutun în rândul elevilor din clasele a 8-a și a 9-a din R. Moldova, anul 2015 [online]. Chișinău: Centrul European de Monitorizare a Drogurilor şi Dependenţei de Droguri, 2016. 66 p. [citat 16.02.2019].
52. Copii în conflict cu legea. Evaluarea necesităților pentru serviciile primare, secundare și terțiare de prevenire pentru copiii aflați în conflict cu legea în Republica Moldova. Chișinău: UNICEF Moldova, 2015, pp. 10-25.

53. Copiii Moldovei 2016 [online]. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. Chișinău: UNICEF Moldova, 2017. 254 p. [citat 27.08.2018]. Disponibil: http://statistica.gov.md/public/files/publicatii_electronice/Copiii_Moldovei/Copii_Moldovei_2016.pdf.
54. Copiii în situații de stradă în Republica Moldova. Raport de studiu calitativ [online]. Terre des hommes. Chișinău: UNICEF Moldova, 2018. 62 p. [citat 14.02.2019]. Disponibil: https://tdh-moldova.md/media/files/files/__copiii_in_situatie_de_strada_ro_compressed_1609411.pdf.
55. Copiii rămași fără îngrijire părintească. Evaluarea tutelei oficiale şi neoficiale în cadrul sistemului de îngrijire şi protecţie a copilului în Republica Moldova [online]. Chișinău: UNICEF Moldova, 2015. 89 p. [citat 24.06.2017]. Disponibil: https://www.unicef.org/moldova/media/841/file/Copii-ramasi-fara-ingrijire-parinteasca.pdf.
56. COSTANDACHI, G. Republica Moldova la un sfert de secol de independență [online]. Chișinău: IDIS „Viitorul", 2016, pp. 44-49. [citat 13.02.2018].
57. Creștem mari în Republica Moldova. Chișinău: UNICEF Moldova, 2008, pp. 26-27.
58. CRISTENCO, T. Analiza sistemului de protecție a copiilor în situații de risc și a celor rămași fără ocrotire părintească. Chișinău: Centrul Pentru Drepturile Omului Din Moldova, 2013. 45 p.
59. CRISTEI, A. Abordări conceptuale ale migraţiei forţei de muncă. În: *Materialele Conferinţei ştiinţifice cu participare internaţională „Interferenţe universitare - Integrare prin cercetare şi inovare", 25-26 septembrie 2012.* Chişinău: CEP USM, 2012. 270 p. ISBN 978-9-97571-2682-9975-7126-81.
60. CRISTEI, A. Orientările valorice ale tinerilor afectaţi de fenomenul migraţiei. În: *Sociologia: interferenţe naţionale şi internaţionale.* Chişinău: CEP USM, 2012. 170 p.
61. Cum putem preveni separarea copilului de părinţi. Ghid pentru profesionişti [online]. Chișinău: UNICEF Moldova, 2006. 17 p.
62. CUȘNIR, A. Migraţia şi mobilitatea oamenilor de ştiinţă în contextul globalizării. În: *Brain Drain. Cazul Republicii Moldova.* Chișinău, 2011. 259 p.
63. CUZNEȚOV, L. Situaţia copiilor rămaşi fără îngrijire părintească în urma migraţiei. Raport de studiu. Chișinău: UNICEF Moldova, 2006, pp. 4-5.
64. Date statistice din Registrul de stat al populaţiei referitor la cetăţenii RM plecaţi peste hotare la loc permanent de trai [online], 2019. [citat 18.12.2020]. Disponibil: http://date.gov.md/ro/system/files/resources/2019-04/RSP_LPT.xlsx.
65. DELEU, E. Generaţii secunde de migraţie: cazul Republicii Moldova. Chișinău: ICJP AȘM, 2017. 344 p.
66. DIACONESCU, D. Tipuri de migraţie - cauze, efecte asupra componentelor securităţii statului. Sibiu: Editura Universității „ Lucian Blaga", 2010. 269 p.
67. DORAȘ, V. Fenomenul migraţiei: Considerente conceptuale. În: *Brain Drain. Cazul Republicii Moldova*. Chișinău: IIESP, 2011, pp.11-18.
68. DRĂGUȚ, A. Migraţia internaţională şi problemele dezvoltării. Bucureşti: Politica, 1981, pp. 86-88.
69. Efectele migraţiei: copiii rămaşi acasă. Bucureşti: Fundaţia Soros, 2007. 59 p.
70. EȚCO, C., FERDOHLEB, A. Copii sub 5 ani: Aspecte demografice, sociale şi medicale. În: *Materialele Conferinţei Internaţionale „Transformările demografice şi socio-economice ale populaţiei. Actualitate şi viitor", 5-6 decembrie 2006.* Chișinău: A.S.E.M., 2007. 80 p. ISBN 978-9975-75-128-5.
71. Evaluarea sistemului de îngrijire a copilului în Republica Moldova. Chișinău: „Bons Offices", 2012, pp. 23-29.

72. Evaluarea sistemului de referire a victimelor traficului din Republica Moldova [online]. Chișinău, 2017. 68 p. [citat 12.12.2019]. Disponibil: http://antitrafic.gov.md/public/files/Evaluarea_SNR_ISMPD.pdf.
73. Evaluarea strategică a sistemului de protecţie a copiilor în Republica Moldova. Chișinău: „Bons Offices", 2014. 220 p.
74. Familii fără hotare: 20 Întrebări și Răspunsuri despre copii, pentru părinții care pleacă peste hotare. Terre des hommes Moldova. Chișinău: „Bons Offices", 2016. 64 p.
75. Familii fără hotare: Copii rămași acasă? Părinți plecați în străinătate? Răspunsuri pentru profesioniști. Terre des hommes Moldova. Chișinău: „Bons Offices", 2014, pp. 11-17.
76. Forţa de muncă în Moldova: Ocupare şi şomaj în anul 2015 [online]. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. Chișinău, 2016. [citat 22.03.2018]. Disponibil: http://statistica.gov.md/public/files/publicatii_electronice/AFM_2016_rom.pdf.
77. Forţa de muncă în Republica Moldova: Ocupare şi şomaj în anul 2016. Biroul Naţional de Statistică al Republicii Moldova. Chișinău, 2017. [citat 22.03.2018]. Disponibil: https://statistica.gov.md/newsview.php?l=ro&id=5585&idc=168.
78. FRAGULEA, S. Impactul globalizării asupra fenomenului migraţiei internaţionale. În: *Materialele Conferinţei Internaţionale ştiinţifico-practice „Teoria şi practica Administraţiei publice", 21 mai 2010.* Chişinău: CEP USM, 2010, pp. 135-143. ISSN 1813-8489.
79. GAGAUZ, O. Impactul migraţiei forţei de muncă asupra relaţiilor familiale. În: *Materialele Conferinţei Internaţionale: „Transformările demografice şi socio-economice ale populaţiei. Actualitate şi viitor", 5-6 decembrie 2006.* Chișinău: A.S.E.M., 2007. 175 p. ISBN 978-9975-75-128-5.
80. GAGAUZ, O. Sarcina în vârsta adolescenței. Centrul de Cercetări Demografice. UNFRA. Chișinău: Complexul Editorial INCE, 2015. 93 p.
81. GAGAUZ, O. Situaţia copiilor rămaşi fără îngrijire părintească în urma migraţiei. Raport de studiu. Chişinău: UNICEF Moldova, 2006. 97 p.
82. Gagauz, O., Buciuceanu-Vrabie, M., Pahomii, I. Factorii determinanți ai excluziunii ocupaționale a tinerilor. Institutul Naţional de Cercetări Economice al AŞM. În: *Revista de Filozofie, Sociologie şi Ştiinţe Politice.* 2017, nr. 2(174), pp. 137-146. ISSN 1957-2294.
83. GAGAUZ, O., BUCIUCEANU-VRABIE, M., PAHOMII, I. Părăsirea timpurie a sistemului educațional: factori și grupuri de risc. Institutul Naţional de Cercetări Economice al AŞM. În: *Revista de Ştiinţă, Inovare, Cultură şi Artă „Akademos"*. 2017, nr. 2(45), pp. 98-104. ISSN 1857-0461.
84. GALBUR, O., JELAMSCHI, N. Fenomenul migraţiei cadrelor medicale în Republica Moldova. În: *Anale ştiinţifice ale USMF „Nicolae Testemiţanu". Zilele Universităţii.* 2012, 2(13), pp. 272-281. ISBN 978-9975-113-46-5.
85. GAŞPER, L. Aspecte socio-psihologice ale preferinţelor valorice la migranţii de muncă. În: *Revista de Filosofie, Sociologie şi Ştiinţe Politice*. 2009, 1(149), pp. 59-65. ISSN 1957-2294.
86. GHENCEA, B., GUDUMAC, I. Migraţia de muncă şi remitenţele în Republica Moldova. Chişinău: OIM, 2005. 120 p. ISBN 978-92-2-818321-4.
87. Ghidul pentru profesioniştii care lucrează cu copiii migranţilor. Centrul de informare şi documentare privind drepturile copilului (CIDDC), Organizaţia suedeză „Salvaţi copiii", Organizaţia pentru Securitate şi Cooperare în Europa (OSCE), Organizaţia Internaţională pentru migraţie (OIM). Chişinău: „Foxtrot", 2014. 183 p.
88. GONȚA, V. Aspecte şi probleme ale migraţiei externe în perioada de tranziţie a Republicii Moldova. În: *Materialele Simpozionului Internaţional „Probleme demografice*

ale populaţiei în contextul Integrării Europene", 14-15 aprilie, 2005. Chişinău: A.S.E.M., 2005. 323 p. ISBN 9975-75-290-X.
89. GONȚA, V. Impactul migraţiei populaţiei asupra structurii demografice în spaţiul urban. În: *Materialele Conferinţei Internaţionale „Transformările demografice şi socio-economice ale populaţiei. Actualitate şi viitor", 5-6 decembrie 2006.* Chișinău: A.S.E.M., 2007. 342 p. ISBN 978-9975-128-5.
90. GORBAN, A., MORARU, V. Emigrarea ca parte a orientărilor migraţioniste ale studenţilor. În: *Brain Drain. Cazul Republicii Moldova.* Chişinău: Sirius, 2011, pp. 237-257 p. ISBN 978-9975-57-015-2.
91. GORBAN, A. Migraţia potenţială a studenţilor: Aspecte socio-economice. În: *Brain Drain. Cazul Republicii Moldova*. Chişinău: Sirius, 2011, pp.185-220. ISBN 978-9975-57-015-2.
92. GORBAN, A. Intenţiile migraţioniste ale studenţilor în contextul „ exodului creierilor": factorul socio-economic. În: *Moldoscopie.* Chişinău: CEP USM, 2009, nr.4 (XLVII), pp. 59-69. ISSN 1812-2566.
93. GORBAN, A. Orientările migraţioniste ale studenţilor: aspectul Gender. În: *Moldoscopie.* Chişinău: CEP USM, 2009, nr.3 (XLVI), pp.79-90. ISSN 1812-2566.
94. GORBAN, A., RUSNAC, Gh. Migraţia şi învăţământul superior. În: *Brain Drain. Cazul Republicii Moldova.* Chişinău: Sirius, 2011, pp. 155-169. ISBN 978-9975-57-015-2.
95. **GORBUNOV, G.** Impactul migrației asupra sănătății copiilor. În: *Buletin de Perinatologie.* 2016, 3(71), pp. 67-68. ISSN 1810-5289.
96. **GORBUNOV, G.** Nivelul vaccinării copiilor marcați de migrația parentală de muncă. În: *Buletin de Perinatologie.* 2019, 2(83), pp. 38-42. ISSN 1810-5289.
97. GOROBIEVSCHI, S. Evoluția conceptui și metodelor de evaluare a calității vieții. În: *Economica.* 2013, 1(83), pp. 7-24. ISSN 1810-9136.
98. GOROBIEVSCHI, S. Concepte manageriale pe marginea calităţii vieţii. În: *Analele ULIM. Seria Economie.* Chişinău, 2009, nr. 9, pp. 56-66. ISBN 978-9975-9747-5-2.
99. GOROBIEVSCHI, S. Libertatea economică - condiţie primordială de realizare a nevoilor umane. În: *Analele ULIM. Seria Economie.* Chişinău, 2009, nr.9, pp. 110-121. ISBN 978-9975-9747-5-2.
100. GRIBINCEA, A., NEGRUȚĂ, A. Problemele actuale ale migraţiei. Republica Moldova - provocările migraţiei. Academia de Științe a Moldovei. Chişinău: ÎEP Ştiinţa, 2010, pp. 5-9.
101. GROSSU, D. Spre un acces liber pe piaţa pentru ţările slab dezvoltate. În: *Buletin de informare privind OMC în RM*. 2001, nr. 10(34), pp. 33-34.
102. GROZA-JOSANU, D. Migraţia părinţilor în scop de muncă: o soluţie pentru sărăcie sau un eşec al copilăriei? În: *Procese migraționale contemporane: situația curentă și formele de bază. Culegere de articole de la seminarul științific internațional, 17 decembrie 2015.* Tiraspol: OIM, 2016, pp. 281-282.
103. Hotărârea Guvernului Nr. 290 din 15 aprilie 2009 cu privire la regulile de eliberare al certificatului de luare în evidenţă a copilului, care rămâne în ţară, al cărui părinte/tutore (curator), cetăţean al Republicii Moldova, se angajează provizoriu în muncă, în străinătate. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2009, nr. 80-81, art. nr. 341.
104. Hotărârea Guvernului Nr. 1356 din 03.12.2008 cu privire la aprobarea Sistemului Informaţional Automatizat „Asistenţa Socială". În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova,* 2008, nr. 221-222, art nr. 1378.
105. Hotărârea Guvernului Nr. 784 din 09.07.2007 pentru aprobarea Strategiei naţionale şi a Planului de acţiuni privind reforma sistemului rezidenţial de îngrijire a copilului pe anii 2007-2012. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2007, nr. 103-106, art nr. 823.

106. Hotărârea Guvernului Nr. 450 din 29.04.2004 despre aprobarea Regulamentului privind orientarea profesională şi susţinerea psihologică a populaţiei în problemele ce ţin de carieră. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova,* 2004, nr.77-79/607.
107. Hotărârea Guvernului Nr. 1005 din 10.12.2014 privind aprobarea Strategiei naţionale de management integrat al frontierei de stat pentru perioada 2015-2017 şi a Planului de implementare a acesteia. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova,* 2014, nr. 372-384.
108. Hotărârea Guvernului Nr. 1167 din 16.10.2008 pentru aprobarea Regulamentului cu privire la modul de stabilire şi plată a ajutorului social. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova,* 2008, nr. 189, art. nr. 1173.
109. Hotărârea Guvernului Nr. 1177 din 31 octombrie 2007 cu privire la instituirea Comisiei pentru protecţia copilului aflat în dificultate şi aprobarea Regulamentului-cadru de activitate a acesteia. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2016, nr. 13-19, art. nr. 19.
110. Hotărârea Guvernului Nr. 1361 din 07 decembrie 2007 pentru aprobarea Regulamentului-cadru cu privire la serviciul de asistență parental - profesionistă. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova,* 2007, nr. 198-202, art. nr. 1436.
111. Hotărârea Guvernului Nr. 1472 din 30.12.2016 cu privire la aprobarea Planului naţional de acţiuni pentru implementarea Acordului de Asociere Republica Moldova - Uniunea Europeană în perioada 2017-2019. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova,* 2017, nr. 103-108, art. nr. 271.
112. Hotărârea Guvernului Nr. 288 din 15.03.2005 cu privire la aprobarea Obiectivelor de Dezvoltare ale Mileniului în Republica Moldova până în 2015 şi a Primului Raport Naţional "Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului în Republica Moldova". În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova,* 2005, nr. 46-50, art. nr. 340.
113. Hotărârea Guvernului Nr. 452 din 15.04.2016 cu privire la aprobarea Strategiei de dezvoltare a resurselor umane din sistemul sănătăţii pentru anii 2016-2025. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova,* 2016, nr. 106-113, art. nr. 506.
114. Hotărârea Guvernului Nr. 523 din 11.07.2011 cu privire la aprobarea Programului de dezvoltare a educaţiei incluzive în Republica Moldova pentru anii 2011-2020. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova,* 2011, nr.114-116, art. nr. 589.
115. Hotărârea Guvernului Nr. 339 din 20.05.2014 cu privire la Planul de Acțiuni privind susținerea reintegrării cetățenilor reîntorși de peste hotare pentru anii 2014-2016. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova,* 2014, nr. 134-141.
116. Hotărârea Guvernului Nr. 270 din 08.04.2014 cu privire la aprobarea Instrucţiunilor privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistenţa şi monitorizarea copiilor victime şi potenţiale victime a violenţei, neglijării, exploatării şi traficului. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova,* 2014, nr. 92-98, art. nr. 297.
117. Ianachevici, M. Lipsa de supraveghere parentală: migraţia părinţilor şi suferinţele copiilor. Chișinău: Didactica - pro, 2007. 46 p.
118. Iliadi-Tulbure, C., Jubirca, S. Influența vârstei ginecologice asupra dezvoltării complicațiilor materno-fetale la adolescentele gravide. In: *Buletinul AȘM.* 2017, 2(54), pp. 291-298.
119. Impactul decăderii din drepturile părintești asupra dezvoltării copiilor rămași fără îngrijire părintească în urma migrației [online]. Chișinău: UNICEF Moldova, 2008. 85 p. [citat 16.09.2018]. Disponibil: https://www.unicef.org/socialpolicy/files/The_Impact_of_Parental_Deprivation_on_the_Development_of_Children.pdf.
120. Impactul migraţiei asupra copiilor din Republica Moldova [online]. Chișinău: UNICEF Moldova, 2008. 46 p. [citat 11.02.2018]. Disponibil: https://www.unicef.org/The_Impacts_of_Migration_on_Children_in_Moldova(1).pdf.

121. Indicatori preliminari privind sănătatea populației și activitatea instituțiilor medico-sanitare pe anii 2016-2017 [online]. Chișinău: Centrul Național de Management în Sănătate, 2018, pp. 11-12. [citat 22.02.2018].
122. Infracţionalitatea în Republica Moldova [online]. Chişinău: Biroul Naţional de Statistică al Republicii Moldova, 2010, pp. 58-60. [citat 22.02.2018]. Disponibil: http://statistica.gov.md/public/files/publicatii_electronice/Infractionalitatea/Criminalitatea_editia_2010.pdf.
123. Infracționalitate, siguranța și drepturile victimelor [online]. Chișinău: Agenția pentru Drepturi Fundamentale a UE, 2021. 26 p. [citat 22.03.2022]. ISBN 978-92-9461-179-6.
124. JUBÎRCĂ, S. Rezultatele materne şi fetale ale evoluţiei sarcinii şi naşterii la adolescente. În: *Buletin de perinatologie.* Chişinău, 2014, nr. 4(64), pp. 49-57. ISSN 1810-5289.
125. JUBÎRCĂ, S. Unele aspecte medico-sociale ale sarcinilor şi naşterilor juvenile în Republica Moldova, 2008-2012. În: *Buletin de perinatologie*. 2014, nr. 1(61), pp. 26-34. ISSN 1810-5289.
126. JUBÎRCĂ, S., VOZEAC, V. Particularităţile naşterii premature la vârsta juvenilă. În: *Buletinul Academiei de Ştiinţe a Moldovei. Ştiinţe medicale.* 2014, nr.1, pp. 113-119. ISSN 1857-0011.
127. JUCOV, A., SPINEI, L. Impactul migraţiei asupra sănătăţii copiilor. În: *Materialele Conferinţei ştiinţifico-practice naţionale cu participare internaţională „Sănătatea copiilor şi factorii exogeni de risc", 4-5 mai 2012.* Chişinău: UASM, 2012, pp. 58-63. ISBN 978-9975-64-223-1.
128. JUCOV, A., SPINEI, L. Impactul migraţiei de muncă asupra sănătăţii migranţilor. In: *Buletinul Academiei de Ştiinţe a Moldovei. Ştiinţe medicale*. 2013, nr.3(39), pp. 15-18. ISSN 1857-0011.
129. JUCOV, A., SPINEI, L. Evaluarea opiniilor lucrătorilor medicali privind atitudinea migranţilor de muncă faţă de serviciile de sănătate. În: *Anale ştiinţifice ale IP USMF „Nicolae Testemiţanu". Zilele Universităţii.* Chişinău: CEP Medicină, 2013, 2(14), pp. 250-255. ISBN 978-9975-118-06-4.
130. JUCOV, A. Accesibilitatea serviciilor medicale pentru migranții de muncă din Republica Moldova. In: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină.* 2013, nr.3(48), pp. 49-53.
131. JUCOV, A., SPINEI, L. Unele aspecte ale sănătăţii migranţilor In: *Anale ştiinţifice ale USMF „Nicolae Testemiţanu". Zilele Universităţii.* Chişinău: CEP Medicină, 2011, 2(12), pp. 239-245. ISSN 1857-1719.
132. Lăsaţi în urma migraţiei: persoane în etate şi copii din Moldova. HelpAge International. UNICEF Moldova. Chișinău: Pontos, 2014, pp. 21-24.
133. LAZĂR, L. Fenomenul migraţionist contemporan: probleme şi provocări etnice. În: *Materialele Conferinţei Ştiinţifice Internaţionale „Filosofia în contextul ştiinţei contemporane", 23 octombrie 2009.* Chişinău: Editura ASEM, 2010, pp. 254-255. ISBN 978-9975-75-505-4.
134. Legea Nr. 207 pentru ratificarea Convenţiei Organizaţiei Internaţionale a Muncii Nr. 97 privind migraţia în scop de angajare, adoptată la Geneva la 1 iulie 1949 nr. 209-XVI din 29.07.2005. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova,* 2005, nr. 107-109, art. nr. 579.
135. Legea cu privire la ieşirea şi intrarea în Republica Moldova Nr. 269-XIII din 09.11.94. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova,* 1995, nr. 6, art. nr. 54.
136. Legea cu privire la migraţia de muncă Nr. 180-XVI din 10.07.2008. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova,* 2008, nr. 162-164, art. nr. 598.
137. Legea cu privire la migraţie Nr. 1518-XV din 06.12.2002. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova,* 2003, nr. 1-2 , art. nr. 2.

138. Legea învăţământului Nr. 547/21.07.1995. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova,* 1995, nr. 62-63, art. nr. 692.
139. Legea Nr. 123 din 18.06.2010 privind serviciile sociale. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova,* 2010, nr. 155-158, art. nr. 541.
140. Legea Nr. 129 din 08.06.2012 privind acreditarea prestatorilor de servicii sociale. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova,* 2012, nr. 181-184, art. nr. 593.
141. Legea Nr. 133-XVI din 13.06.2008 cu privire la ajutorul social. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova,* 2008, nr. 179, art. nr. 625.
142. Legea Nr. 249 din 02.11.2012 privind bugetul de stat pe anul 2013. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova,* 2012, nr. 263-269, art nr. 853.
143. Legea Nr. 338-XIII din 15.12.1994 privind drepturile copilului. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova,* 1995, nr. 13, art. nr. 127.
144. Legea Nr. 45-XVI din 01.03.2007 cu privire la prevenirea și combaterea violenţei în familie. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova,* 2008, nr. 55-56, art. nr. 178.
145. Legea Nr. 547-XV din 25.12.2003 privind asistenţa socială. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova,* 2004, nr. 42-44, art. nr. 249.
146. Legea Nr. 140 din 14.06.2013 privind protecţia specială a copiilor aflaţi în situaţie de risc şi a copiilor separaţi de părinţi. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova,* 2013, nr. 167-172, art. nr. 534.
147. Legea Nr. 338-xiii din 15.12.1994 privind drepturile copilului. În: *Monitorul oficial al Republicii Moldova,* 1995, nr.13/127.
148. Liniile Directoare ONU cu privire la îngrijirea alternativă a copiilor [online]. Asociația SOS - Satele Copiilor. New York: ONU, 2017. 19 p. [citat 21.05.2018]. Disponibil: https://www.sos-satelecopiilor.ro/wp-content/uploads/2017/12/Liniile-directoare-privind-ingrijirea-alternativa-a-copiilor.pdf.
149. Lucrătorii medicali din Republica Moldova care au migrat în Italia și alte țări ale Uniunii Europene. În: *OMS. Republica Moldova*. *Seria de lucrări în domeniul politicilor de sănătate* [online]. 2014, nr. 17, pp. 167-169. [citat 16.12.2016]. Disponibil: http://www.old2.ms.gov.md/sites/default/files/lucratorii_medicali_din_r._moldova_care_au_migrat_spre_italia_si_alte_tari_ale_ue.pdf.
150. LUCUȚ, G., RĂDULESCU, S. Calitatea vieţii şi indicatorii sociali. Bucureşti: Babel, 2000. 59 p.
151. LUȚIC, A., FURTUNĂ, P. Politica migraţionistă a Republicii Moldova în contextul integrării europene. În: *Materialele Conferinţei ştiinţifice studenţeşti, consacrate aniversării a 8-a de la fondarea IRIM „Procese integraţioniste europene: aspecte politice, economice, juridice şi lingvistice", 24 martie, 2011.* Chişinău: IRIM, 2011. 220 p. ISBN 978-9975-4226-5-9.
152. MĂRGINEAN, I. Modelul social românesc din perspectivele calităţii vieţii populaţiei. În: *Calitatea Vieţii*. 2004, vol. XV, nr. 3-4, pp. 215-216. ISSN 1844-5292.
153. MĂRGINEAN, I. Quality of Life in Romania. București: Expert, 2004, pp. 14-15. ISSN 1844-5292.
154. MATEI, C., PALADI, G., SAINSUS,V. Cartea Verde a populaţiei Republicii Moldova. Comisia Naţională pentru Populaţie şi Dezvoltare. Chişinău: *„Nova-Imprim" SRL,* 2009. 56 p. ISBN 978-9975-4034-9-8.
155. Memorandum de înțelegere între Ministerul Sănătății Republicii Moldova şi Agenția Elvețiană pentru dezvoltare și cooperare cu privire la Proiectul „Generaţie sănătoasă. Servicii de sănătate prietenoase tinerilor în Republica Moldova". Faza a doua: 01.11.2014 - 31.10.2018. Chișinău: MS RM, 2013, pp. 65-66.

156. Migrația populației în cadrul țării și din alte țări [online]. Chișinău: Biroul Naţional de Statistică al Republicii Moldova. 2017. [citat 21.07.2018]. Disponibil: http://statistica.gov.md/print.php?l=ro&idc=168&id=5676.
157. Migrația prin ochii părinților moldoveni [online]. Magenta Consulting. Cercetări, Consultanță și Strategie Marketing. 2016. [citat 19.09.2017]. Disponibil: http://consulting.md/rom/statistici-si-publicatii/migratia-prin-ochii-parintilor-moldoveni.
158. Modelul familiei în tranziţie şi răspunsul politicilor publice la schimbările de valori şi structuri sociale în Republica Moldova. Raport de cercetare IDIS „Viitorul" şi Reprezentanţa UNICEF în Republica Moldova. Chişinău: UNICEF Moldova, 2007. 58 p.
159. Moldova în cifre [online]. Breviar statistic 2017. Chișinău: Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. 2017. [citat 24.04.2018]. Disponibil: http://statistica.gov.md/public/files/publicatii_electronice/Moldova_in_cifre/2017/Moldova_in_cifre_2017.pdf.
160. Moldova în cifre [online]. Breviar statistic 2018. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. Chișinău, 2018. [citat 29.08.2019]. Disponibil: http://statistica.gov.md/public/files/publicatii_electronice/Moldova_in_cifre/2018/Breviar_ro_2018.pdf.
161. Moldova în cifre [online]. Breviar statistic 2019. Chișinău: Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. 2019. [citat 25.07.2019]. Disponibil: http://statistica.gov.md/public/files/publicatii_electronice/Moldova_in_cifre/2019/Breviar_ro_2019.pdf.
162. MOLDOVANU, I., JUBÎRCĂ, S., ILIADI-TULBURE, C. Influența statutului psihologic asupra evoluției sarcinii la adolescente. În: *A X-a ediție a conferinței „Zilele Neonatologiei Moldave"cu participare internațională,* 2017, Murighiol, România, pp. 172-177.
163. Monitorizarea situației femeilor și copiilor din Republica Moldova. Studiul de Indicatori Multipli în Cuiburi (MICS) 2012. Chișinău: UNICEF Moldova, 2014. 25 p. [citat 27.07.2018]. Disponibil: https://www.unicef.org/moldova/media/871/file/Moldova-MICS-Summary-Report-FINAL-RO.pdf.
164. MOROZAN, C. Procedura de monitorizare a modului de creştere şi îngrijire a copilului cu părinţi plecaţi la muncă în străinătate. Chișinău: Pontos, 2016, pp. 12-18.
165. MOȘNEAGA, V. Migraţia de muncă din Republica Moldova: factorii de propensiune ai procesului. Chișinău: CEP USM, 2015. 150 p.
166. MOȘNEAGA, V. Politica migraţionistă a Republicii Moldova: etapa actuală. În: *Brain Drain. Cazul Republicii Moldova.* Chişinău: Sirius, 2011, pp. 257-259. ISBN 978-9975-57-015-2.
167. MOȘNEAGA, V. Politici și practici ale reglementării migraţiei în contextul provocărilor moderne. În: *Materialele Conferinţei ştiinţifice internaţionale,* Tiraspol, 27 ianuarie 2017. Chișinău: OIM, 2017, pp. 284-285.
168. Munca copiilor în Republica Moldova: Rezultatele cercetării din 2009 privind activităţile copiilor. Sinteză. Chișinău: Biroul Naţional de Statistică al Republicii Moldova, 2010, pp. 24-31. ISBN 978-9975-4131-0-7.
169. NEMERENCO, A. Activitatea medicului de familie în echipă-instrument de îmbunătăţire a calităţii serviciilor primare de sănătate. În: *Materialele Conferinţei internaţionale de medicină de familie „Medicina de familie în epoca tehnologiilor-oportunităţi şi limite"*, 13 octombrie 2009, Iaşi: Printco, pp. 46-47.
170. Nimeni nu e singur pe pământ. 11 întrebări și răspunsuri. Chișinău: OIM Moldova, 2012, pp. 3-7.
171. Agendă europeană privind migrația. Comunicare a comisiei către Parlamentul European, 13.5.2015 COM(2015) 240 final [online]. Bruxelles. 2015 [citat 11.06.2017]. Disponibil: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/PDF/?uri=CELEX:52015DC0240&from=EN.

172. OCERETNÎI, A. Cartografierea situaţiei cu privire la victimizarea copilului prin abuz şi exploatare sexuală în Republica Moldova. Chişinău; UNICEF Moldova, 2012. 68 p.
173. Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale Nr. 144/a din 28.08.2013 Cu privire la Sistemul Informaţional Automatizat „Asistenţa Socială" [online]. [citat 27.01.2019].
174. PERU-BALAN, A., BĂHNEANU, V. Gestionarea fenomenului migraţiei în contextul liberalizării regimului de vize între Republica Moldova și Uniunea Europeană. În: *Moldoscopie.* 2011, nr. 2, pp. 94-54. ISSN 1812-2566.
175. PETROV, A., CIUREA, I. Indexul de Tineret 2015 [online]. Consiliul Național al Tineretului din Moldova. Chișinău: UNFPA, 2017. 30 p. [citat 28.03.2019]. Disponibil: https://moldova.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Policy%20brief_Youth%20Index_%20Ro.pdf.
176. POALELUNGI, O. Aspecte ale migraţiei intelectuale din Republica Moldova. În: *Brain Drain. Cazul Republicii Moldova.* Chişinău: Sirius, 2011, pp. 59-64. ISBN 978-9975-57-015-2.
177. POALELUNGI, O. Migraţia şi aspecte ale securităţii sociale a lucrătorilor migranţi din Republica Moldova. În: *Revista de Filosofie, Sociologie şi Ştiinţe Politice.* 2011, 2 (156), pp. 155-158.
178. Politici educaționale pentru elevii de risc și cei cu dizabilități din țările Europei de Sud-Est [online]. Organizaţia de Cooperare şi Dezvoltare Economică (OCDE). Paris: OCDE, 2007. 39 p. [citat 22.03.2019]. Disponibil: https://www.oecd.org/countries/ moldova/38614255.pdf.
179. POSTOLACHI, V., CHIRIAC, P. Republica Moldova - problemele migraţiei. Chişinău: CRIO, 2007. 381 p.
180. Politica în domeniul imigrației [online]. [citat 17.08.2020]. Disponibil: https://www.europarl.europa.eu/factsheets/ro/sheet/152/politica-in-domeniul-imigratiei.
181. Prevenirea discriminării, exploatării si abuzului femeilor lucrătoare migrante: Ghid informaţional. Cartea 3. Recrutarea și călătoria pentru angajarea peste hotare. Chișinău: OIM, 2006. 72 p. ISBN: 978-92-2-819511-8.
182. Profilul migraţional extins al Republicii Moldova, 2008–2013 [online]. Raport analitic. Ministerul Afacerilor Interne al Republicii Moldova. Biroul Migrație și Azil. Chișinău: Biroul Migrație și Azil, 2014. 101 p. [citat 14.01.2020]. Disponibil: https://mai.gov.md/sites/default/files/document/attachments/raportul_analitic_al_pme_2008-2013.pdf.
183. Profilul migrațional extins al Republicii Moldova, 2010-2015 [online]. Retrospectiva tendințelor migratorii pentru perioada 2005-2015. Raport analitic. Biroul Migrație și Azil. Ministerul Afacerilor Interne al Republicii Moldova. Chișinău: Biroul Migrație și Azil, 2017, pp. 51-55. [citat 11.06.2020].
184. Profilul sociodemografic al Republicii Moldova la 20 de ani după adoptarea Programului de Acțiune de la Cairo [online]. Chișinău: Centrul de Cercetări Demografice al INCE al AŞM. 2014. 144 p. [citat 18.09.2019]. Disponibil: https://ince.md/uploads/files/1405586689_raport.cor-2.pdf.
185. Programul de activitate al Guvernului Republicii Moldova (2015-2018) [online]. Chișinău, 2015. 155 p. [citat 22.03.2020]. Disponibil: https://gov.md/sites/default/files/document/attachments/program-guvernare-strelet-2015-2018.pdf.
186. Programul de dezvoltare al învăţământului medical şi farmaceutic în Republica Moldova pe anii 2011-2020, aprobat prin HG nr. 1006 din 27 octombrie 2010 [online]. Chișinău, 2010. [citat 11.05.2020]. Disponibil: http://lex.justice.md/index.php?action= view& view=doc&lang=1&id=336567.

187. PROHINIȚCHI, V., LUPUȘOR, A. Opțiuni privind valorificarea remitențelor și economiilor emigranților pentru dezvoltarea Republicii Moldova. Chișinău: UNDP, 2013. 18 p.
188. Raport de monitorizare a procesului de implementare a Strategiei Sistemului Naţional de Referire pentru protecţia şi asistenţa victimelor şi potenţialelor victime ale traficului de fiinţe umane pe perioada anului 2016 [online]. Chișinău, 2016. [citat 22.01.2019]. Disponibil: https://msmps.gov.md/sites/default/files/document/attachments/ raport_ snr_2016_ final.pdf.
189. Raport de evaluare ex-post de impact a legii Nr. 140 cu privire la protecția specială a copiilor aflați în situație de risc și a copiilor separați de părinți [online]. Parlamentul Republicii Moldova. 2018. [citat 07.12.2019]. Disponibil: http://www.parliament.md/Controlparlamentar/Audieri%c3%aencomisie/tabid/263/ContentId/5033/Page/0/language/en-US/Default.aspx.
190. Raport privind evaluarea necesităților pentru serviciile primare, secundare și terțiare de prevenire pentru copiii aflați în conflict cu legea în Republica Moldova [online]. Chișinău: UNICEF Moldova, 2015, 80 p. [citat 22.03.2018]. Disponibil: https://www.unicef.org/moldova/media/1301/file/Copiii-in-conflict-cu-legea-2015.pdf.
191. Raport Special al Naţiunilor Unite privind Drepturile Migranţilor [online]. Parlamentul European. Comisia pentru afaceri externe. 2016. [citat 09.06.2018]. Disponibil: http://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-8-2016-0245_RO.pdf.
192. Reforma sistemului de îngrijire a copilului în Moldova: Realizări și provocări [online]. Raportul Ministrului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale. Londra, 12 septembrie, 2017. [citat 22.05.2019]. Disponibil: https://www.slideshare.net/ measureevaluation/reforma-sistemului-de-ngrijire-a-copilului-n-moldova-realizri-i-provocri.
193. Respectarea drepturilor copilului 2016 [online]. Raportul copiilor din Moldova pentru Comitetul ONU privind Drepturile Copilului. Chișinău: CIDDC, 2017. 64 p. [citat 19.06.2018]. Disponibil: https://drepturilecopilului.md/files/Raport_DC_ONU_FINAL_ for%20WEB. pdf.
194. RIZA, R. Repere istorice ale fenomenului migrațional. In: *Revista de Ştiinţe Politice.* 2010, nr. 27, pp. 30-31.
195. RUSANOVSCHI, S. Situația copiilor în contact cu sistemul de justiție din Republica Moldova. Chișinău: UNICEF Moldova, 2015, pp. 12-13.
196. SAINCIUC, S. Noi tendinţe în migraţie - aspecte demografice. În: *Seminarul internaţional organizat în contextul şedinţei de lucru a Biroului Comisiei ONU pentru Populaţie şi Dezvoltare,* 17 ianuarie 2013. Chişinău: Biroului Comisiei ONU, 2013, pp. 45–46.
197. Sănătatea migranţilor moldoveni: Impactul situaţiei social-economice. Centrul de Investigaţii Sociologice şi Marketing „ CBS-Axa". Chișinău: OIM, 2010. 59 p.
198. SAVA, T. Copiii migranţilor: provocări şi probleme. În: *Материалы международного научно-исследовательского семинара "Современные миграционные процессы: состояние и основные формы"*, 17 decembrie 2015. Tiraspol: OIM, 2015, pp. 282-283.
199. SÎMBOTEANU, D., CHEIANU-ANDREI, D. Corelația dintre abuzul sexual în copilărie și comportamentul sexual riscant ulterior. Raport de studiu. Centrul de Investigații și Consultanță „SocioPolis". Centrul Național de Prevenire a Abuzului față de Copii. Chișinău: CNPAC, 2016, pp. 42-50. ISBN 978-9975-89-014-4.
200. Situaţia copiilor în Republica Moldova în anul 2012 [online]. Chișinău: Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. [citat 22.07.2019]. Disponibil: http://statistica.gov.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=4096.

201. Situaţia copiilor în Moldova în anul 2015 [online]. Chișinău: Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. [citat 08.03.2019]. Disponibil: http://statistica.gov.md/newsview.php?l=ro&id=5221&idc=168.
202. Situaţia copiilor în Republica Moldova în anul 2016 [online]. Chișinău: Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. [citat 11.03.2018]. Disponibil: http://statistica.gov.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=5638.
203. Situaţia copiilor în Moldova în anul 2017 [online]. Chișinău: Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. [citat 19.07.2019]. Disponibil: http://statistica.gov.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=6017.
204. Situaţia copiilor rămaşi fără îngrijire părintească în urma migraţiei [online]. Raport de studiu. Chișinău: UNICEF Moldova, 2006, pp.19-68. [citat 22.09.2019]. Disponibil: https://drepturilecopilului.md/files/publications/raport_studiu_rom_2006.pdf.
205. SPINEI, L., JUCOV, A. Atitudinea migranţilor faţă de sănătate. In: *Anale ştiinţifice ale Universităţii de Stat de Medicină şi Farmacie "Nicolae Testemiţanu"*. Chişinău: Medicina, 2013, vol. II, pp. 241-244.
206. Srategia pentru protecţia copilului pe anii 2014-2020, aprobată prin Hotărârea Guvernului Nr. 434 din 10 iunie 2014 [online]. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova.* 2014, nr. 160-166, art. nr. 481. [citat 18.10.2020]. Disponibil: https://www.slideshare.Net/ghenador/strategia-de-protecie-a-copilului-i-familiei-3-prioriti-cheie-pentru-anii-20132020.
207. Statistici privind migrația și populația migrantă [online]. Eurostat 2017. [citat 10.02.2020]. Disponibil: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migration_and_migrant_population_statistics/ro.
208. Strategia de protecţie a copilului şi familiei: 3 priorităţi cheie pentru anii 2013-2020 [online]. [citat 17.08.2020]. Disponibil: https://www.slideshare.net/ghenador/strategia-de-protecie-a-copilului-i-familiei-3-prioriti-cheie-pentru-anii-20132020.
209. Strategia de dezvoltare a Universităţii de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu" din Republica Moldova în perioada 2011-2020. Chișinău: Medicina, 2016. 82 p.
210. Strategia Sănătatea, dezvoltarea şi bunăstarea copiilor si adolescenţilor în perioada 2015-2020 [online]. [citat 20.02.2019]. Disponibil: https://particip.gov.md/ru/document/stages/proiectul-hotararii-de-guvern-pentru-aprobarea-strategiei-sanatatea-dezvoltarea-si-bunastarea-copiilor-si-adolescentilor-in-perioada-2015-2020/2410.
211. Studiul fenomenului trafic de copii în Republica Moldova [online]. Centrul Internaţional pentru Protecţia și Promovarea Drepturilor Femeii „La Strada". Chișinău: IMAGO, 2010. 76 p. [citat 07.12.2019]. Disponibil: http://lastrada.md/publicatii/ ebook /Child Traffick_Ro_corr4.pdf.
212. Studiul naţional privind situaţia copiilor aflaţi în dificultate şi a copiilor ai căror părinţi sunt plecaţi peste hotare. Raport de studiu [online]. Chișinău: MSMPS, 2012. 32 p. [citat 17.12.2020]. Disponibil: https://brd.gov.md/sites/default/files/ document/attachments/studiu_privind_situatia_copiilor_in_dificultate_si_cu_parinti_plecati_rm_2012_date_profil_teritorial.pdf.
213. Tendinţe şi politici ale migraţiei în Regiunea Mării Negre: Cazurile Moldovei, României şi Ucrainei [online]. Institutul pentru Politici Publice (Bucureşti). Institutul pentru Dezvoltare şi Iniţiative Sociale - „Viitorul" (Chişinău). Centrul Internaţional pentru Studii Politice (Kiev). Chișinău: IDIS „Viitorul", 2008. 75 p. ISBN 978-9975-9922-3-7.
214. TENTIUC, T., DRAGHICI, E. Monitorizarea respectării drepturilor copilului în procesul de acordare a asistenței medicale de urgență prespitalicească. Avocatul poporului pentru protecția drepturilor copilului. Chișinău: Oficiul Avocatului Poporului, 2016, pp. 7-8.

215. TILMAN, F. Manual multiprofesional pentru prevenirea abuzului sexual al copilului. Management integrat, terapie şi intervenţie legală. Timişoara: Waldpress, 2004, pp. 23-30.
216. ŢURCAN, V. Tineretul studios şi experienţa migraţionistă. În: *Brain Drain. Cazul Republicii Moldova.* Chişinău: Sirius, 2011, pp.170-183. ISBN 978-9975-57-015-2.
217. VACULOVSCHI, D. Migraţia şi dezvoltare: aspecte socio-economice. Chişinău: OIM, 2017. 228 p. ISBN 978-9975-89-074-8.
218. VÎLCU, C. Migraţia părinţilor la muncă în străinătate şi efectele ei asupra copiilor rămaşi în ţară: tz.de doct. în sociologie. Craiova, 2015. 146 p.
219. VREMIȘ, M., TOARTĂ, V., ROJCO, A., CHEIANU-ANDREI, D. Abordări ale excluziunii sociale în Republica Moldova. Aspecte metodologice şi analitice. BNS. UNIFEM. UNDP. Chişinău: „Nova Imprim", 2010, pp. 96-131.
220. ZAMFIR, C. Determinanţi ai calităţii vieţii. În: *Calitatea vieţii.* 1992, vol. III, nr. 2-4. pp. 219-230.
221. AKHTAR, S. *High Level Expert Policy Dialogue on Migration in the Post 2015 Development Agenda.* 26th February, Stockholm, 2013 [online]. [citat 23.01.2017]. Disponibil: https://www.un.org/development/desa/statements/asg/2013/02/high-level-expert-policy-dialogue-on-migration-in-the-post-2015-development-agenda.html.
222. ANTIA, K., BOUCSEIN, J., DECKERT, A., DAMBACH, P. Effects of International Labour Migration on the Mental Health and Well-Being of Left-Behind Children: A Systematic Literature Review. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2020, nr. 12, p. 4335. [citat 25.10.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.3390/ijerph17124335.
223. ARMITAGE, A., HEYS, M., LUT, I., HARDELID, P. Health outcomes in international migrant children: protocol for a systematic review. In : *BMJ open.* vol. 11, nr. 5, e041173. [citat 25.10.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041173.
224. Assessment and recommendations to improve the resilience of the social protection system for a timely and flexible response to the needs of all vulnerable children and families facing shocks, disasters, and crises in Moldova [online]. Chisinau: UNICEF Moldova. 2016. [citat 05.11.2021]. Disponibil: http://www.merit.unu. edu/ publications /uploads/1472459213.pdf.
225. BATRA, A. Round table theme 1: Labour immigration. In: *Labour Migration and its Development Potential in the Age of Mobility*. 15-16 Oct. 2009 [online], Malmö, Sweden, 2009, pp. 6. [citat 21.03.2019]. Disponibil: http://Mobilitate/Malmo/Malmo_imigratia _fortei_de_munca.pdf.
226. Being young in Europe today [online]. EUROSTAT. Statistical books. Luxembourg, 2015. 210 p. ISBN 978-92-79-43243-9. [citat 15.5.2019]. Disponibil: https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/6776245/KS-05-14-031-EN-N.pdf.
227. BENEDETTI, E. EU migration policy and its relations with third countries: Russia, Ukraine, Belorussia and Moldova. In: *EU Migration Policy and its Reflection in Third Countries: Belarus, Moldova, Russia, Ukraine*. Maribor: Iscomet, Institute for Ethnic and Regional Studies. Maribor, Slovenia, 2012, pp. 7-75. ISBN 978-961-6602-08-2.
228. BENTON, M., PETROVIC, M. How free is free movement? Dynamics and drivers of mobility within the European Union. Brussels: Migration Policy Institute Europe. 2013, pp. 10-12.
229. BIVOL, S., TURCANU, G., MOȘNEAGA, A., SOLTAN, V., DOMENTE, S. et al. Barriers and facilitating factors in access to health services in the Republic of Moldova [online]. In: *Republic of Moldova. Health Policy Paper*, Series Nr. 9. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, Denmark. 2012, pp. 10-17. [citat 17.03.2019]. Disponibil: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0018/183510/e96775-final. pdf.

230. BOSWELL, C. Migration in Europe [online]. In: *A paper prepared for the Policy Analysis and Research Programme of the Global Commission on International Migration*. Migration Research Group. Hamburg: Institute of International Economics, 2005. 28 p. [citat 11.02.2019]. Disponibil: https://pdfs.semanticscholar.org/a443/31ac850766c64699e604b72482b4875bf22f.pdf.
231. BUTTERIS, S., LEYENAAR, J., LESLIE, L., TURNER, A., BATRA, M. International Experience of US Pediatricians and Level of Comfort Caring for Immigrant Children and Children Traveling Internationally. In: *The Journal of pediatrics.* 2020, vol. 225, pp. 124-131. e.1. [citat 25.10.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.06.026.
232. CARR, A., HIGGINSON, I., ROBINSON, P. Quality of life. In: *BMJ Books.* London, 2003. 133 p. ISBN0-7279-1544-4. [citat 25.08.2019]. Disponibil: https://doi.org/10.1093/eurpub/cki178.
233. CASTLES, S., MILLER, M. The Age of Migration: International Population Movements in the Modern World. Palgrave MacMillan: UK and Guildford Press, 2009. 219 p.
234. CEBOTARI, V., SIEGEL, M., MAZZUCATO, V. Migration and the education of children who stay behind in Moldova and Georgia [online]. In: *International Journal of Educational Development*. 2016, pp. 96–107. [citat 10.11.2019]. Disponibil: https://doi.org/10.1016/j.ijedudev.
235. CHAN, K., LO, R. Effect of Generational Status on Child Well-Being: Mediating Effects of Social Support and Residential Instability. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019, vol. 16, nr. 3, p. 435. [citat 25.10.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.3390/ijerph16030435.
236. CHEN, M., SUN, X., CHEN, Q., CHAN, K. Parental Migration, Children's Safety and Psychological Adjustment in Rural China: A Meta-Analysis. In: *Trauma Violence Abuse*. 2020, vol. 21, nr. 1, pp. 113-122. [citat 25.10.2021]. Disponibil: https://doi.Org/:10.1177/1524838017744768.
237. CLARK, H., COLL-SECK, A., BANERGEE, A., PETERSON, S. et al. A future for the world's children? A WHO-UNICEF-Lancet Commission. In: *Lancet.* 2020, vol. 395, issue 10224, pp. 605–658. [citat 25.10.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32540-1.
238. COM-Communication from the Commission to the Council and the European Parliament [online]. Integrating Migration Issues in the European Union's Relations with Third Countries, Brussels, 2018. [citat 21.12.2019]. Disponibil: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX%3A52002DC0703.
239. CORONA, M., BHABHA, J., WICKRAMAGE, K. et al. International migration of unaccompanied minors: trends, health risks, and legal protection. In: *Lancet Child Adolesc Health*. 2021, S2352-4642(21)00194-2. [citat 25.10.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1016/s2352-4642(21)00194-2.
240. CURTIS, P., THOMPSON, J., FAIRBROTHER, H. Migrant children within Europe: a systematic review of children's perspectives on their health experiences. In: *Public Health*. 2018, vol.158, pp.71-85. [citat 25.10.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.01.038.
241. DAWSON-HAHN, E., KOCEJA, L., STEIN, E. et al. Perspectives of Caregivers on the Effects of Migration on the Nutrition, Health and Physical Activity of their Young Children: A Qualitative Study with Immigrant and Refugee Families. In: *Journal of immigrant and minority health* . 2020, vol. 22, nr. 2, pp. 274-281. [citat 25.10.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1007/s10903-019-00905-6.
242. DAWSON-HAHN, E., PIDAPARTI, V., HAHN, W., STAUFFER, W. Global mobility, travel and migration health: clinical and public health implications for children

and families. In: *Paediatrics and international child health.* 2021, vol. 41, nr. 1, pp. 3-11. [citat 02.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1080/20469047.2021.1876821.

243. DESAI, A., ZHOU, C., STANFORD, S., HAALAND, W., VARNI, J. Validity and responsiveness of the Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) 4.0 Generic Core Scales in the pediatric inpatient setting. In: *JAMA Pediatrics.* 2014, vol. 68, pp. 1114-1121.
244. DONATH, C., BERGMANN, M., KLIEM, S., HILLEMACHER, T. et al. Epidemiology of suicidal ideation, suicide attempts, and direct self-injurious behavior in adolescents with a migration background: a representative study. In: *BMC pediatrics*. 2019, vol. 19, nr. 1, p. 45. [citat 25.10.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1186/s12887-019-1404-z.
245. DONDI, A., PICCINNO, V., MORIGI, F., SURESHKUMAR, S., GORI, D. et al. Food Insecurity and Major Diet-Related Morbidities in Migrating Children: A Systematic Review. In: *Nutrients*. 2020, vol. 12, nr. 2, pp. 379. [citat 25.10.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.3390/nu12020379.
246. European Commission. Communication from the Commission: „Policy Plan on Legal Migration" {SEC(2005)1680}, Exploring the diversity of NEETs. Bruxelles, Luxembourg, 2016. 63 p.
247. FELLMETH, G., ROSE-CLARKE, K., ZHAO, C. et al. Health impacts of parental migration on left-behind children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. In: *Lancet*. 2018, vol. 392(10164), pp. 2567-2582. [citat 02.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32558-3.
248. FELLMETH, G., ROSE-CLARKE, K., ZHAO, C. et al. Parental migration for labour and health in children and adolescents left-behind children: a systematic review and meta- analysis. In: *Archives of Disease in Childhood.* 2019, 104(2), pp. 110. [citat 02.11.2021]. Disponibil: http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2019-rcpch.263.
249. FLORIAN, S., ICHOU, M., PANICO, L. Parental migrant status and health inequalities at birth: The role of immigrant educational selectivity. In: *Social science & medicine.* 2021, vol. 278:113915. [citat 02.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113915.
250. FRANK, L., SCHENK, L., ROMMEL, A. et al. Inanspruchnahme ambulant ärztlicher Leistungen und Zufriedenheit mit der Versorgung bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund - Ergebnisse der KiGGS-Studie. In: *Bundesgesundheitsbl.* 2020, vol. 63, pp. 103-112. [citat 02.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1007/s00103-019-03069-8.
251. GAO, Y., LI, L., KIM, J., CONDON, N., LAU, J. et al. The impact of parental migration on health status and health behaviours among left behind adolescent school children in China. In: *BMC Public Health.* 2010, 10 (56). [citat 12.11.2019]. Disponibil: https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-56.
252. GARSON, J., LOIZILLON, A. Changes and Challenges. Europe and Migration from 1950 to Present. In: *The Economic and Social Aspects of Migration*. Conference Jointly Organised by The European Commission and the OECD, 21-22, January, 2003, Brussels, Luxembourg, pp. 3-4. [citat 27.01.2019].
253. GLOPP. Migration Networks and the Concept of Social Capital. In: *Adapted from: Susan Thieme. Social Networks and Migration: Far West Nepalese Labour Migrants in Delhi.* Münster. 2006, pp. 49-56. [citat 18.08.2018]. Disponibil: http://www.glopp.ch/C1/en/multimedia/C1_pdf3.pdf.
254. GONZALEZ-RABAGO, Y., LA PARRA, D., PUIGPINOS-RIERA, R., PONS-VIGUES, M. Cómo medir el estatus migratorio de la población infantil y juvenile ? Estudios sobre salud y desigualdades en salud en Europa [How to measure the migration status of the child and young population? Studies on health and inequalities in health in

Europe]. In: *Gaceta sanitaria.* 2021, vol. 35, nr. 1, pp. 81-90. [citat 02.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.003.
255. **GORBUNOV, G**. Impact of labour migration of parents on children`s health in the republic of moldova. In: *BMJ Journals. Archives of Disease in Childhood* [online]. Jun, 2017, 102 (Suppl 2), A26. [citat 22.02.2019]. Disponibil: https://doi.org/10.1136/archdischild-2017-313273.67.
256. GUSHULAC, B., MACPHERSON, D. Health aspects of the pre-departure phase of migration. In: *PLOS Med* [online]. 2011, 8(5), pp.14-16. [citat 09.08.2019]. Disponibil: https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001035.
257. GUTMANN, M., AYSEL, M., ÖZLU-ERKILIC, Z. et al. Mental health problems of children and adolescents, with and without migration background, living in Vienna, Austria. In: *Child and adolescent psychiatry and mental health.* 2019, vol. 13, p. 35. [citat 02.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1186/s13034-019-0295-y.
258. HANSON, G. The Economic Consequences of the International Migration of Labor. In: *Annual Review of Economics* [online]. 2009, nr. 1, pp. 179-207. ISSN 1941-1383. [citat 23.01.2018]. Disponibil: https://doi.org/10.1146/annurev.economics.050708.143247.
259. Health of refugee and migrant children. Technical guidance [online]. WHO Regional Office for Europe Copenhagen. Denmark, 2018, pp. 3-13. ISBN 978-92890-5379-2. [citat 13.03.2018]. Disponibil: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/388361/tc-health-children-eng.pdf?ua=1.
260. HJERN, A., JEPPSON, O. Mental health care for refugee children. In: *Ingleby D, editor. Forced migration and mental health; rethinking the care of refugees and displaced persons*. Copenhagen, Denmark. 2018. ISBN 978- 92- 890- 5379-2.
261. HUANG, Y., Song, Q., Tao, R., Liang, Z. Migration, Family Arrangement, and Children's Health in China. In: *Child development.* 2018, vol. 89, nr. 2, pp. e74-e90. [citat 02.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1111/cdev.12699.
262. Indicators of Immigrant Integration 2015 [online]. Paris: OECD Publishing, 2015. 344 p. [citat 15.06.2018]. Disponibil: https://doi.org/10.1787/9789264234024-en.
263. Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015–2020 [online]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2014. [citat 13.08.2019]. Disponibil: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/253768/64wd12g_InvestCAHstrategy_140440.pdf?ua=1.
264. Issop Migration Working Group. ISSOP position statement on migrant child health. In: *Child Care Health Dev.* 2018, 44(1), pp. 161-170.
265. JAEGER, F., HOSSAIN, M., KISS, L., ZIMMERMAN, C. The health of migrant children in Switzerland. In: *Int J Public Health* [online]. 2012, 57(4), pp. 659–671. [citat 22.05.2018]. Disponibil: http://dx.doi.org/10.1007/s00038-012-0375-8.
266. JAMES, W., VARNI, P. PedsQL Pediatric Quality of Life Inventory. Lion, France, 2019. 122 p.
267. KHAREL, M., AKIRA, S., KIRIYA, J., ONG, K., JIMBA, M. Parental migration and psychological well-being of left-behind adolescents in Western Nepal. In: *PloS One.* 2021, vol. 16, nr.1, pp. e0245873. [citat 02.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245873.
268. KNIPE, D., LAMBERT, H., PEARSON, M., EDDLESTON, M. et.al. Are left-behind families of migrant workers at increased risk of attempted suicide? - a cohort study of 178,000+ individuals in Sri Lanka. In: *BMC psychiatry.* 2019, vol. 19, p. 25. [citat 02.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1186/s12888-018-2000-8.
269. KOBEL, S., KETTNER, S., HERMELING, L., DREYHAUPT, J., STEINACKER, J., Objectively assessed physical activity and weight status of primary school children in

Germany with and without migration backgrounds. In: *Public Health*. 2019, vol. 173, pp. 75-82. [citat 03.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.05.009.

270. KULU, H., GONZALEZ-FERRER, A. Family dynamics among immigrants and their descendants in Europe: Current research and opportunities. In: *European Journal of Population* [online]. 2014, 30(4), pp. 411–435. [citat 12.07.2018]. Disponibil: https://doi.org/10.1007/s10680-014-9322-0.
271. KUNWAR, R., LAMICHHANE, P., VAJDIC, C., MUSCATELLO, D. Effect of overseas parental employment migration on healthcare seeking for common childhood illnesses and nutritional status among left-behind young children: A systematic review. In: *Journal of child health care: for professionals working with children in the hospital and community.* 2020, vol. 24, nr. 3, pp. 351-364. [citat 03.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1177/1367493518787326.
272. KUNWAR, R., VAJDUC, C., MUSCATELLO, D. Parental international migration is not associated with improved health care seeking for common childhood illnesses and nutritional status of young children left-behind in Nepal. In: *Public health.* 2020, vol.186, pp. 137–143. [citat 03.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.06.049.
273. LI, M., ZHU, N., ZENG, L., WANG, D., DANG, S. et al. Effect of Parental Migration on the Intellectual and Physical Development of Early School-Aged Children in Rural China. In: *International journal of environmental research and public health.* 2020, vol. 17, nr. 1, p. 339. [citat 03.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.3390/ijerph17010339.
274. LI, P. World Migration in the Age of Globalization: Policy Implications and Challenges. In: *New Zealand Population Review.* 2008, 33/34, pp. 18-22.
275. LI, K., GUANG, Y., REN, L. et al. Network analysis of the relationship between negative life events and depressive symptoms in the left-behind children. In: *BMC Psychiatry*. 2021, vol. 21, nr. 1, p. 429. [citat 03.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1186/s 12888-021-03445-2.
276. LINTON, J., NAGDA, J., FALUSI, O. Advocating for Immigration Policies that Promote Children's Health. In: *Pediatric clinics of North America.* 2019, vol. 66, nr. 3, pp. 619-640. [citat 03.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1016/j.pcl.2019.02.009.
277. MATTINGLY, T., KISER, L., HILL, S., BRIGGS, E., TRUNZO, C. et al. Unseen Costs: The Direct and Indirect Impact of U.S. Immigration Policies on Child and Adolescent Health and Well-Being. In: *Journal of traumatic stress.* 2020, vol. 33, nr. 6, pp. 873–881. [citat 03.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1002/jts.22576.
278. MICHAUD, P, WEBER, M., NAMAZOVA-BARANOVA, L., AMBRESIN, A. Improving the quality of care delivered to adolescents in Europe: a time to invest. In: *Archives of Disease in Childhood* [online]. 2018. [citat 11.09.2018]. Disponibil: https://doi.org:10.1136/archdischild-2017-314429.
279. Migration and child health in Moldova and Georgia. In: *Comparative Migration Studies*. 2018, 6(1). [citat 11.02.2019]. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/323024569_Migration_and_child_health_in_Moldova_and_Georgia.
280. Migration and Globalization [online]. In: *The Levin Institute. The State University of New York.* 2010. [citat 11.02.2019]. Disponibil: http://www.globalization101.org/uploads/File/Migration/migration 2010.pdf.
281. MISHRA, P., CHOUDHARY, P., ANAND, A. Migration and child health: Understanding the coverage of child immunization among migrants across different socio-economic groups in India. In: *Children and Youth Services Review.* 2020, vol. 119, nr.11, pp. 2-25. [citat 03.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105684.

282. MOHAN, G. The influence of caregiver's migration status on child's use of healthcare services: evidence from Ireland. In: *Sociology of health & illness.* 2021, vol. 43, nr. 3, pp. 557-574. [citat 03.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/ 10.1111/1467-9566.13239.
283. MORINAGA, M., HOLLANDER, A., HEUVELMAN, H., LUNDBERG, M., DALMAM, C. Migration and risk of intellectual disability with and without autism: A population-based cohort study. In: *Acta psychiatrica Scandinavica.* 2021, vol. 144, nr. 5, pp. 487-500. [citat 03.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1111/acps.13350.
284. MOȘNEAGA, V., CÎRLIG, V. Migration Movements between Moldova and the the EU: Policies and Numbers. In: *Research Papers drafted within the framework of the "Building Training and Analytical Capacities on Migration in Moldova and Georgia (GOVAC)" project.* International Centre for Migration Policy Development (ICMPD). 2011, pp. 58 - 59.
285. OBERG, C. The Arc of Migration and the Impact on Children's Health and Well-Being Forward to the Special Issue-Children on the Move. In: *Children.* 2019, vol. 6, nr. 9, p. 100. [citat 03.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.3390/children6090100.
286. Over 1200 migrant children deaths recorded since 2014, true number likely "much higher". Assessment report: borders, health situation at EU's southern borders: migrant, occupational, and public health [online]. Geneva: International Organization for Migration. 2015. [citat 02.12.2019]. Disponibil: https://www.iom.int/news/un-migration agency-over-1200-migrant-children-deaths-recorded-2014-true-numberlikely-much.
287. PINNA, C., KAEWKUNGWAL, J., HATTASINGH, W., SWADDIWUDHIPONG, W., METHAKULCHART, R. et. al. Evaluation of Immunization Services for Children of Migrant Workers Along Thailand-Myanmar Border: Compliance with Global Vaccine Action Plan (2011-2020). In: *Vaccines.* 2020, nr. *8*, p. 68. [citat 04.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.3390/vaccines8010068.
288. RACAITE, J. Parent emigration and physical health of children left behind: systematic review of the literature. In: *European journal of public health.* 2019, vol 29, nr. 4, p. 392. [citat 04.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz186.024.
289. RACAITE, J., LINDERT, J., ANTIA, K., WINKLER, V., SKETERSKIENE, R. et.al. Parent Emigration, Physical Health and Related Risk and Preventive Factors of Children Left Behind: A Systematic Review of Literature. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021, vol.18, nr. 3, p. 1167. [citat 04.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.3390/ijerph18031167.
290. Report on Migration and Children: Child Migration Research Network. [citat 22.03.2019]. Disponibil: http://www.childmigration.net/files/Rosalia_Cortes_07.pdf.
291. Resolution 2020. The alternatives to immigration detention of children [online]. Strasbourg: Council of Europe, 2014. [citat 12.02.2018]. Disponibil: http://assembly. coe.int/nw/xml/XRef/ Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=21295&lang=en.
292. RIZA, E., KALKMAN, S., CORITSIDIS, A. et al. Community-Based Healthcare for Migrants and Refugees: A Scoping Literature Review of Best Practices. In: *Healthcare*. 2020, vol. 8, nr. 2, p.15. [citat 04.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.3390 /healthcare8020115.
293. ROBILA, M. The impact of migration on children's psychological and academic functioning in the Republic of Moldova. In: *International Migration*. 2012, 52(3), pp. 221-235.
294. RUEDL, G., EWALD, P., NIEDERMEIER, M. et al. Long-term effect of migration background on the development of physical fitness among primary school children. In: *Scandinavian Journal of Medicine & Sports*. 2019, vol. 29,nr. 1, pp. 124-131. [citat 04.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1111/sms.13316.

295. RUSSELL, E., TSAI, C., LINTON, J. Children in Immigrant Families: Advocacy Within and Beyond the Pediatric Emergency Department. In: *Clinical pediatric emergency medicine.* 2020, vol. 21, nr. 2, pp.1-12. [citat 04.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1016/j.cpem.2020.100779.
296. SANTAS, G., ERYURT, M. Distribution of child health indicators according to internal migration and various social variables in Turkey. In: *Rural Remote Health*. 2020, vol. 20, nr. 1, p. 5214. [citat 03.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.22605/RRH5214.
297. SANTOS-HOVENER, C., KUNTZ, B., FRANK, L. et al. Zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland: Ergebnisse aus KiGGS Welle 2" [The health status of children and adolescents with migration background in Germany: Results from KiGGS Wave 2]. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*. 2019, vol. 62, nr. 10, pp. 1253-1262. [citat 03.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1007/s00103-019-03012-x.
298. SAPKOTA, N., GAUTAM, N., LIM, A., UERANANTASUN, A. Estimation of under-5 child mortality rates in 52 low-migration countries. In: *Child Health Nursing Research.* 2020, vol.26, nr. 4, pp. 463-469. [citat 03.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.4094/chnr.2020.26.4.463.
299. SELTEN, J., VAN DER VEN, E., TERMORSHUIZEN, F. Migration and psychosis: a meta-analysis of incidence studies. In: *Psychological medicine.* 2020, vol. 50, nr. 2, pp. 303-313. [citat 03.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1017/S0033291719000035.
300. SEMENZA, J., ROCKLOV, J., PENTTINEN, P., LINDGREN, E. Observed and projected drivers of emerging infectious diseases in Europe. In: *Ann N Y Acad Sci*. 2016, 1382(1), pp.73-83.
301. STELL, Z., LIDDELL, B., BATEMAN-STELL, C., ZWI, A. Global protection and the health impact of migration interception. In: *PLOS Med* [online]. 2011, 8(6). [citat 14.01.2019]. Disponibil: https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001038.
302. STILLMAN, S., McKENZIE, D. The impact of immigration on child health: Experimental evidence from a migration lottery program. In: *Economic Inquiry*. 2012, 50(1), pp. 62-81.
303. STUBBE-OSTERGAARD, L., NORREDAM, M., MOCK-MUNOZ DE Luna, C., BLAIR, M. Restricted health care entitlements for child migrants in Europe and Australia. In: *Eur J Public Health* [online]. 2017, 27(5), pp. 869-873. [citat 01.12.2019]. Disponibil: https://doi: 10.1093/eurpub/ckx083.
304. SVINTRADZE, I., UBIRIA, G. How poverty separates families: Impact of international labour migration on families and children in Georgia Tbilisi. Caucasus Research Resource Centre (CRRC): Georgia. Tbilisi, Georgia, 2007, pp. 9-12.
305. The impacts of migration on children in Moldova. Division of Policy and Practice Working Paper [online]. UNICEF. 2008. [citat 23.04.2018]. Disponibil: http://www.unicef.org/The_Impacts_of_Migration_on_Children_in_Moldova%281%29.pdf.
306. THI, T., HEIBENHUBER, A., SCHNEIDER, T., SCHULZ, R., HERR, C. et al. Impact of Migration Background on the Health Outcomes of Preschool Children: Linking a Cross-Sectional Survey to the School Entrance Health Examination Database in Bavaria, Germany. In: *Gesundheitswesen.* 2019, vol. 81, nr. 3, pp. e34-e42. [citat 05.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1055/s-0043-119081.
307. TREVEAVEN, E. Migration and investments in the health of children left behind: the role of remittances in children's healthcare utilization in Cambodia. In: *Health policy and planning*vol. 2019, vol. 34, nr. 9, pp. 684-693. [citat 04.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1093/heapol/czz076.

308. TREVEAVEN, E., NGIN, C. When parents are not present: Decision-making dynamics for young children's health and illness in migrant-sending households in rural Cambodia. In: *Social Science and Medicine.* 2021, vol. 287, 114327. [citat 04.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114327.
309. UDDIN, RHILIPSBORN, R., SMITH, D., MUTUC, A., THOMPSON, L. A global child health perspective on climate change, migration and human rights. In: *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*. 2021, vol. 51, nr. 6, 101029. [citat 05.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2021.101029.
310. UNICEF Moldova. TERMS OF REFERENCE. Specialist in Adolescents health communication (consultancy) [online]. Chişinău. 2016. [citat 04.12.2019]. Disponibil: https://uncareer.net/vacancy/specialist-adolescents-health-communication-consultancy-94697.
311. Uprooted. The growing crisis for refugee and migrant children [online]. New York: United Nations Children's Fund. 2016. [citat 09.06.2018]. Disponibil: https://www.unicef.org/videoaudio/PDFs/Uprooted.pdf.
312. VANORE, M. Family-member migration and the psychosocial health outcomes of children in Moldova and Georgia: abstracts of doct. in sociology [online]. Maastricht University, 2015. 57 p. [citat 22.03.2019]. Disponibil: http://digitalarchive.Maastrichtuniversity.nl/fedora/get/guid:67fa2a26-bac5-49ff-adbe-cef3c0d0b74d/ASSET1.
313. VILAR-COMPTE, M., BUSTAMANTE, A., LOPEZ-OLNEDO, N., GAITAN-ROSSI, P., TORRES, J. Migration as a determinant of childhood obesity in the United States and Latin America. In: *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity.* 2021, vol. 22, nr. 3, e13240. [citat 05.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1111/obr.13240.
314. VOS, S., CLARK-GINSBERG, A., PUENTE-DURAN, S., SALAS-WRIGHT, C., CUQUE, M. The family crisis migration stress framework: A framework to understand the mental health effects of crisis migration on children and families caused by disasters. In: *New directions for child and adolescent development.* 2021, vol. 176, pp. 41-59. [citat 05.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1002/cad.20397.
315. WALLACE, C., ABBOTT, P. From quality of life to social quality: Relevance for work and care in Europe. In: *Revista Calitatea Vieţii*. 2007, vol. XVIII, nr. 1-2, pp. 109-110.
316. WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC64/R6 on investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015-2020 and the European child maltreatment prevention action plan 2015-2020 [online]. Copenhagen: WHO Regional Oce for Europe. 2014. [citat 13.03.2017]. Disponibil: http://www.euro.who. int/__data/assets/pdf_file/0019/259210/64rs06e_InvestChildren_140731.pdf?ua=1.
317. WICKRAMAGE, K., SIRIWARDHANA, C., VIDANAPATHIRANA, P. et al. Risk of mental health and nutritional problems for left-behind children of international labor migrants. In: *BMC Psychiatry*. 2015, vol. 15, nr. 39. pp.21-23. [citat 05.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1186/s12888-015-0412-2.
318. YALEW, B., DAWSON-HAHN, E., CHOLERA, R., FALUSI, O., HARO, T. et. al. The Health of Children in Immigrant Families: Key Drivers and Research Gaps Through an Equity Lens. In: *Academic pediatrics.* 2021, vol. 21, nr. 5, pp. 777-792. [citat 05.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1016/j.acap.2021.01.008.
319. YUE, A., BAI, Y., SHI, Y., LUO, R., ROZELLE, S. et. al. Parental Migration and Early Childhood Development in Rural China. In: *Demography.* 2020, vol. 57, nr. 2, pp. 403-422. [citat 05.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1007/s13524-019-00849-4.
320. ZHANG, H., CHI, P., LONG, H., REN, X. Bullying victimization and depression among left-behind children in rural China: Roles of self-compassion and hope. In: *Child abuse &*

neglect. 2019, vol. 96, 104072. [citat 05.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104072.

321. ZHAO, C., EGGER, H. Cognitive impact of early separation from migrant parents: A spectrum of risk and key mechanisms in child development contexts. A commentary on Hou et al. In: *Social Science and Medicine*. 2020, vol. 266, 113427. [citat 05.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113427.
322. ZHOU, M., SUN, X., HUANG, L. et al. Parental migration and left-behind children's depressive symptoms: estimation based on a nationally-representative panel dataset. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018, vol. 15,nr. 6, p. 1069. [citat 05.11.2021]. Disponibil: https://doi.org/10.3390/ijerph15061069.
323. ZIMMERMAN, C., KISS, L., HOSSAIN, M. Migration and health: a framework for 21st century policy-making. In: *PLOS Med* [online]. 2011, 8(5), pp. 27-29. [citat 11.08.2019]. Disponibil: https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed. 1001034.
324. АЛЕШКОВСКИЙ, И., ИОНЦЕВ, В. Тенденции международной миграции в глобализирующемся мире. В: *Век Глобализации.* 2007, вып. 2, с. 80-81.
325. АЛЬБИЦКИЙ, В., ОДИНАЕВА, Н ., НЕЧАЕВА, Н. Состояние здоровья детей первого года жизни из семей мигрантов. В: *Вопросы современной педиатрии*. 2006, вып. 5(4), с. 5-7.
326. БУРДЕЛЬНЫЙ, Е. Международная миграция в эпоху глобализации. В: *Procesul de globalizare: provocări şi soluţii*. Chișinău: USM, CEPO, 2004, с. 54.
327. ВИНЯРСКАЯ, И. Показатели качества жизни детей раннего возраста из семей мигрантов. В: *Казанский медицинский журнал. Приложение. III Региональная научно-практическая конференция Приволжского федерального округа «Педиатрия и детская хирургия в Приволжском федеральном округе»*, Казань, 2006, с. 178.
328. Воздействие трудовой миграции на детей мигрантов, оставшихся в Таджикистане. Дети мигрантов [online]. UNICEF Tajikistan. 2011. 184 с. [citat 12.02.2019]. Disponibil: http://www.unicef.org/tajikistan/resources_18660.html.
329. Глобальный обзор политики в области питания. Европейский портал информации здравоохранения [online]. Женева: Всемирная организация здравоохранения. 2018. [citat 23.04.2019]. Disponibil: https://gateway.euro.who.int/ru/datasets/gnpr-survey/.
330. **ГОРБУНОВА, Г**. Трудовая миграция родителей и состояние здоровья детей Молдовы. В: *Материалы II Всероссийской научно-практической конференции "Роль первичной медицинской профилактики в укреплении общественного здоровья"*, 26 мая 2017. Новосибирск: Сибмедиздат, 2017, с. 27-30. УДК 616-084: 614.2.
331. **ГОРБУНОВА, Г**. Влияние трудовой миграции родителей на состояние здоровья детей Молдовы. В: *Материалы III Всероссийской научно-практической конференции "Роль первичной медицинской профилактики в укреплении общественного здоровья"*, 26 октября 2018. Новосибирск: Сибмедиздат, 2018, с. 49-51. УДК 616-084: 614.2.
332. **ГОРБУНОВА, Г**. Дети как социально-уязвимый слой населения и трудовые миграционные процессы в Республике Молдова. В: *Материалы III Всероссийской научно-практической конференции " Роль первичной медицинской профилактики в укреплении общественного здоровья"*, 26 октября 2018. Новосибирск: Сибмедиздат, 2018, с. 47-49. УДК 616-084: 614.2.
333. **ГОРБУНОВА, Г**. Дети Молдавии и трудовая миграция родителей. В: *Матеріали Української науково-практичної конференції лікарів-педіатрів з міжнародною участю „Проблемні питання діагностики та лікування дітей з соматичною*

патологією”, 14-15 марта 2017. Харків: ХНМУ, 2017, с. 69-71. УДК: 616-053.2:616.89-07-08.

334. **ГОРБУНОВА, Г.** Социально-медицинские аспекты здоровья детей-миграции в Республике Молдова. В: *Материалы II Всероссийской научно-практической конференции „Основные аспекты охраны репродуктивного здоровья подростков”,* 23 ноября 2018. Новосибирск: Сибмедиздат, 2018, с.16-19. УДК 614.2.
335. **ГОРБУНОВА, Г.** Трудовые миграционные процессы в Республике Молдова и их влияние на здоровье детей. В: *Материалы II Всероссийской научно-практической конференции „Роль первичной медицинской профилактики в укреплении общественного здоровья ”,* 26 мая 2017. Новосибирск: Сибмедиздат, 2017, с. 25-27. УДК 616-084: 614.2.
336. **ГОРБУНОВА, Г**., ЕЦКО, К. Влияние трудовой миграции родителей на состояние здоровья детей Молдовы. В: *Бюллетень Национального Научно-Исследовательского Института Общественного Здоровья имени Н.А. Семашко* [online]. Москва, 2017, вып.1, с. 30-35. ISSN 2415-8429. [citat 13.01.2019]. Disponibil: http://nriph.ru/index.php/byulleten/arkhiv-vypuskov.html.
337. **ГОРБУНОВА, Г**., ЕЦКО, К. Трудовая миграция в Республике Молдова. В: *Бюллетень Национального Научно-Исследовательского Института Общественного Здоровья имени Н.А. Семашко* [online]. Москва, 2017, вып. 1, с. 95-98. ISSN 2415-8429. [citat 22.04.2019]. Disponibil: http://nriph.ru/index.php/byulleten/arkhiv-vypuskov.html.
338. Данные Глобальной обсерватории здравоохранения (ГОЗ) [online]. Всемирная организация здравоохранения. Женева. 2018. [citat 22.01.2019]. Disponibil: https://www.who.int/gho/ru/.
339. Детская бедность в Европе и Центральной Азии: определения, оценка масштабов, тенденции и рекомендации [online]. ЮНИСЕФ. Декабрь 2017, Женева, Швейцария. 80 с. [citat 21.03.2020]. Disponibil: https://www.unicef.org/eca/media/3401/file/Child-poverty-regional-report-russian.pdf.
340. ЗАВТУР, К., ТУРКО, Т. Трудовая миграция и конфликт [online]. В: *Население Молдовы и трудовая миграция: состояние и современные формы*. Кишинёв. 2000, с. 83-96. ISBN: 9975-9551-7-7. [citat 21.04.2019]. Disponibil: http://www. demoscope. ru/acrobat/book.pdf.
341. Здоровье беженцев и мигрантов–неотъемлемая часть общественного здоровья [online]. Доклад о здоровье беженцев и мигрантов в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ. 2018, 140 с. ISBN 978-92-890-5396-9. [citat 13.03.2019]. Disponibil: https://apps.who.int/iris/handle/10665/311368.
342. Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015-2020 [online]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ. 2014. [citat 03.12.2019]. Disponibil: https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file /0003/253776/64wd12_Rus_InvestCAHstrategy_140440.pdf.
343. Кыргызстан. Женщины и дети из Кыргызстана, вовлеченные в миграцию, наиболее уязвимые группы [online]. Отчет FIDH (Fédération Internationale des Ligues des droits de l’Homme). Париж, Франция. 2016, 76 с. [citat 11.09.2019]. Disponibil: https://www.osce.org/ru/odihr/343821?download=true.
344. МОШНЯГА, В. Проблемы реинтеграции и возвращения трудовых мигрантов из Европейского Союза в страны Пограничья. Вильнюс: ЕГУ, 2012, 126 с.
345. МОШНЯГА, В. Регулирование трудовой миграции в Республике Молдова: основные этапы и их специфика. В: *Moldoscopie*. 2007, вып.1 (XXXVI). с. 33-48.
346. МОШНЯГА, В., ЕВДОКИМОВА, Л. Трудовая миграция в лицах: люди и судьбы. Кишинёв: „CAPTES”, 2000, с. 200-201.

347. МОШНЯГА, В., РУСНАК, Г. Мы строим Европу и не только. Кишинёв: CEPUSM, 2005, с. 30-31.
348. МОШНЯГА, В., РУСНАК, Г., ЦУРКАН, В., ЗАВТУР, А. Эффекты трудовой миграции молдавского населения в европейском контексте. В: *Cooperare regională şi integrare europeană în sud-estul Europei: studii de caz*. Кишинев: CE USM, 2006, с. 31-35.
349. НЕЧАЕВА, Н., ОДИНАЕВА, Н. Социально-гигиенические показатели состояния здоровья детей раннего возраста семей мигрантов. В: *Справочник педиатра*. Москва. 2006, вып. 10, с. 9-14.
350. ОДИНАЕВА, Н., НЕЧАЕВА, Н. Особенности условий и образа жизни детей из семей мигрантов. В: *Вопросы современной педиатрии*. 2006, вып. 2(5), с. 416.
351. ОДИНАЕВА, Н., НЕЧАЕВА, Н., ДОМАРЕВА, Т. Показатели состояния здоровья детей раннего возраста из семей мигрантов. В: *Вопросы современной педиатрии.* 2006, вып. 2(5), с. 431.
352. План действий по охране сексуального и репродуктивного здоровья в поддержку выполнения Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г [online]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ. 2016. [citat 22.12.2017]. Disponibil: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/323210/Action-plan-sexual-reproductive-health-ru.pdf.
353. Семейство баз данных ЕРБ ВОЗ „Здоровье для всех" [online]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ. 2018. [citat 15.04.2019]. Disponibil: https://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-family-of-databases-hfa-db.
354. Состояние здоровья детей и подростков в Европе. Доклад Секретариата ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2018, с. 104-119. ISBN 978-92-8-905385-3. [citat 25.06.2019]. Disponibil: https://apps.who.int/iris/handle/10665/325071.
355. Социальный мониторинг. Социальная защита прав и благополучия детей в странах Центральной и Восточной Европы, Кавказа и Центральной Азии [online]. Доклад по правозащитной деятельности. Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ). Женева, Швейцария, 2015, с. 4-8. [citat15.05.2019]. Disponibil: http://transmonee.org/wp-content/uploads/2016/11/Social_Monitor_Advocacy_Brief_RUSSIAN_Final.pdf.
356. СОШНЕВ, А. Социальные факторы определяющие динамику миграционных процессов. В: *Вестник Межпарламентской Ассамблеи.* Санкт-Петербург, 2000, вып. 2 (25), с. 230-237.
357. ХОДЖИЕВ, М., ИЗМЕРОВ, Н., БУХТИЯРОВ, И. Изучение социально-психологических факторов формирования профессионального стресса у трудовых мигрантов. В: *Анализ риска здоровью* [online]. 2017, вып. 3, с. 109-117. [citat 23.12.2018]. Disponibil: https://doi.org/10.21668/health.risk/2017.3.13.
358. ЦВЯТКОВ, Н. Миграционные процессы в Республике Молдова: основные этапы. В: *Современные миграционные процессы: состояние и основные формы. Материалы международного научно-исследовательского семинара,* 17 декабря 2015, Тирасполь. Кишинев: МОМ, 2016, с. 70-76.
359. ЦУРКАН, В., РУСНАК, Г. Мотивы трудовой миграции: этнический аспект. В: *Население Молдовы и трудовая миграция: состояние и современные формы*. Кишинев: „CAPTES", 2000, с. 158-170.
360. ЧЕЛИДЗЕ, Н., БУРДЕЛЬНЫЙ, Е. Международная трудовая миграция в контексте глобальных трансформаций. В: *Труды Тбилисского Государственного Университета*. *Экономика.* Тбилиси: Типография Государственного Университета, 2005, с. 151-160.

ANEXE

Anexa 1. Tabele şi figuri la capitolul 1

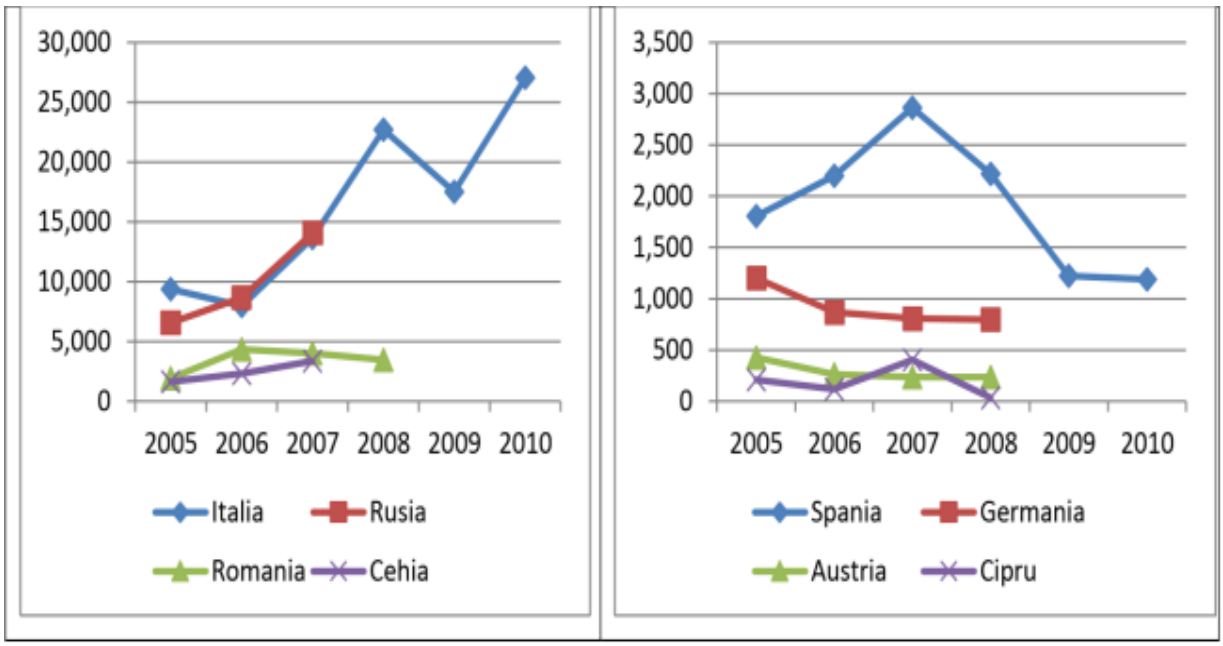


Fig. A1.1. Evoluţia emigrării din Moldova în funcţie de ţările de destinaţie [182]

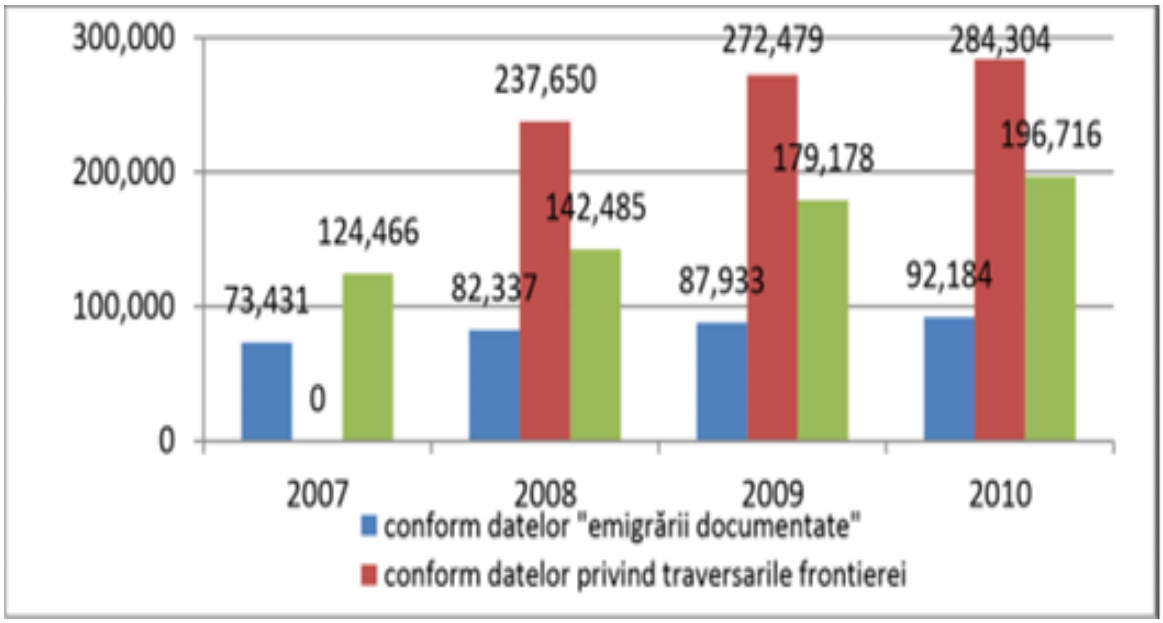


Fig. A1.2. Evoluția numărului de cetățeni moldoveni care locuiesc peste hotare, persoane [182]

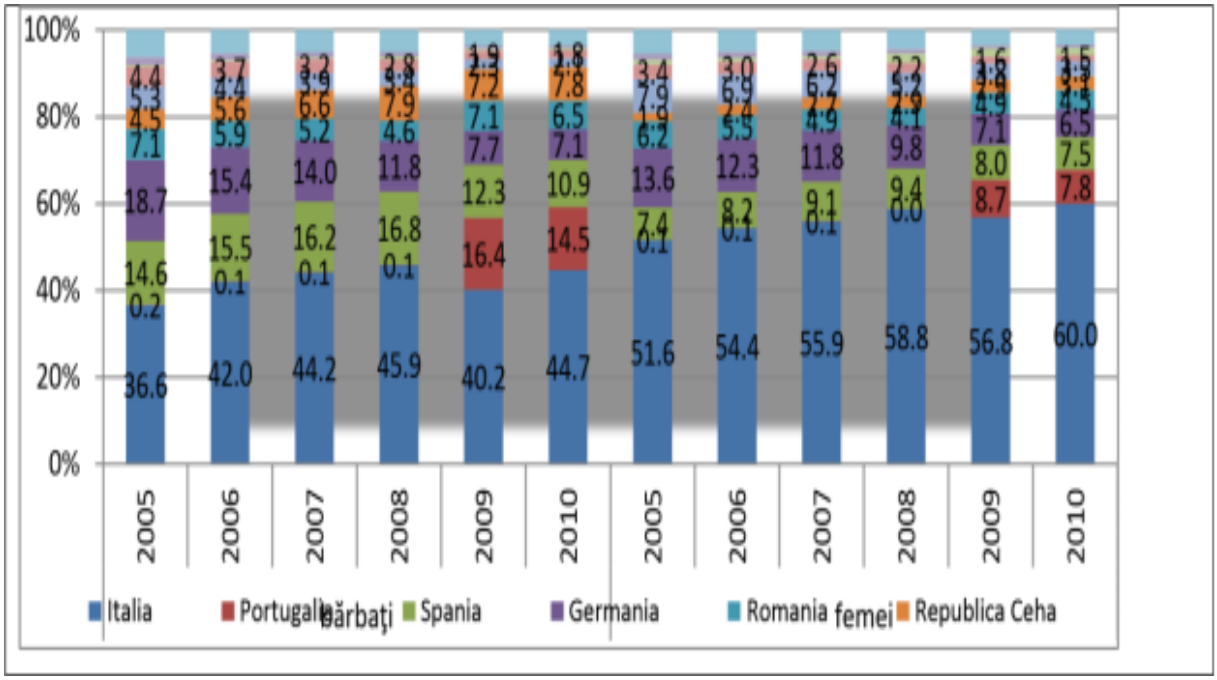


Fig. A1.3. Distribuţia numărului cetăţenilor moldoveni care locuiesc peste hotare, conform datelor ţărilor gazde, % [182]

Tabelul A1.1. Emigranţi conform ţării de destinaţie, (persoane)

.

Anii:	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Plecaţi din Republica Moldova – total	2 236	2 507	2 111	2 243
Выехало из Республики Молдова – всего				
din care, în:				
из них в:				
Belarus	64	28	35	59
Беларусь				
Federaţia Rusă	961	857	825	1 081
Российскую Федерацию				
Germania	253	285	342	350
Германию				
Israel	174	181	164	156
Израиль				
Turcia	26	25	21	11
Турцию				
România	8	14	10	13
Румынию				
Statele Unite ale Americii	287	623	290	207
Соединенные Штаты Америки				
Ucraina	312	375	289	233
Украину				
Alte ţări	151	119	135	133
Другие страны				

Sursa: Agenţia Servicii Publice, 2019, [25]

Tabelul A1.2. Distribuția migranților temporari/circulari după nivelul de instruire și sex, mii persoane

Nivel de instruire		2014			2015			2016	
	Total	Barbați	Femei	Total	Bărbaţi	Femei	Total	Bărbaţi	Femei
Total	341,9	219,1	122,8	325,4	210,8	114,6	319,0	212,3	106,7
Superior	37,7	19,9	17,8	42,9	24,3	18,6	42,4	25,3	17,1
Mediu de specialitate	40,8	20,5	20,3	35,1	16,6	18,5	34,3	16,2	18,1
Secundar profesional	90,9	67,0	23,9	84,6	62,0	22,6	76,4	57,0	19,4
Liceal, mediu general	80,8	47,1	33,8	78,9	49,2	29,7	77,8	49,7	28,1
Gimnazial	90,3	63,6	26,7	83,4	58,3	25,1	87,7	63,9	23,9
Primar sau fără școală	1,4	1,0	0,4	0,5	0,4	0,1	0,3	0,1	0,2

Sursa: BNS, AFM, [77]

Tabelul A1.3. Gradul de asigurare a populaţiei cu medici pe unele specialităţi

Specialitate	Număr medici (abs)	Număr medici (abs)	Număr medici la 10 mii populație	
Anul	2013	2017	2013	2017
Profil terapeutic	2417	1844	6,8	5,2
Neurologi	401	281	1,1	0,8
Ftiziopneumologi	219	189	0,6	0,5
Imagiști/ radiologi	288	224	0,8	0,6
Medici de urgență	496	394	1,4	1,1
Stomatologii	1775	774	5,0	2,2

Sursa: BNS, AFM, [121]

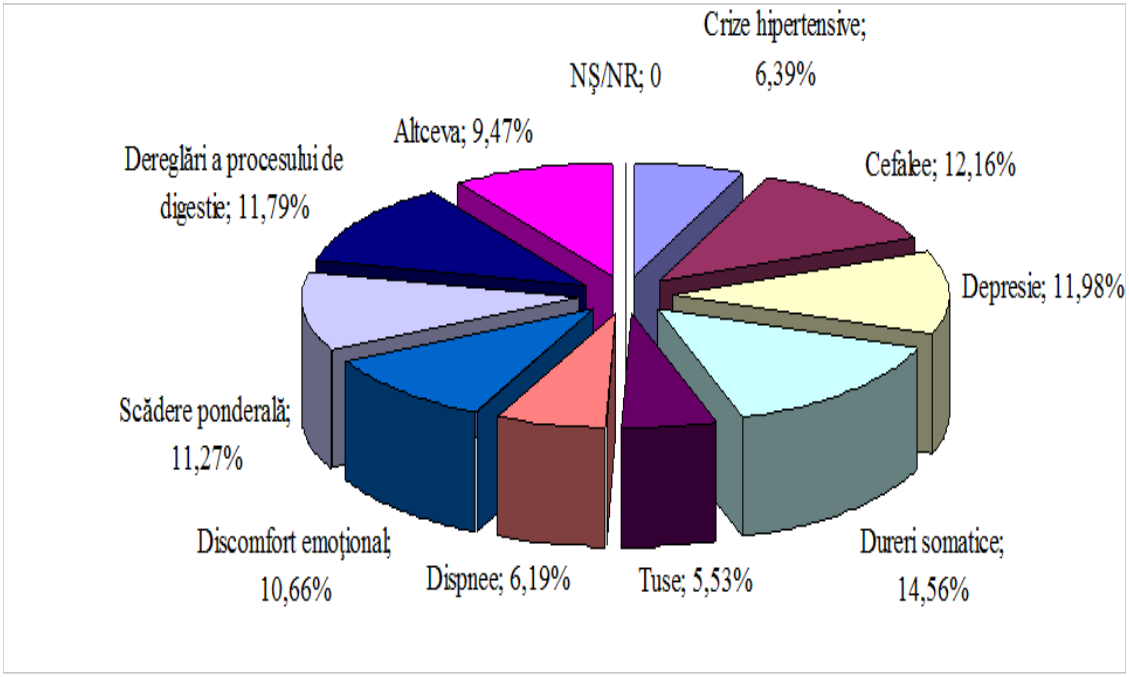


Fig. A1.4. Problemele de sănătate, suferite de migranţii de muncă peste hotare, (%)

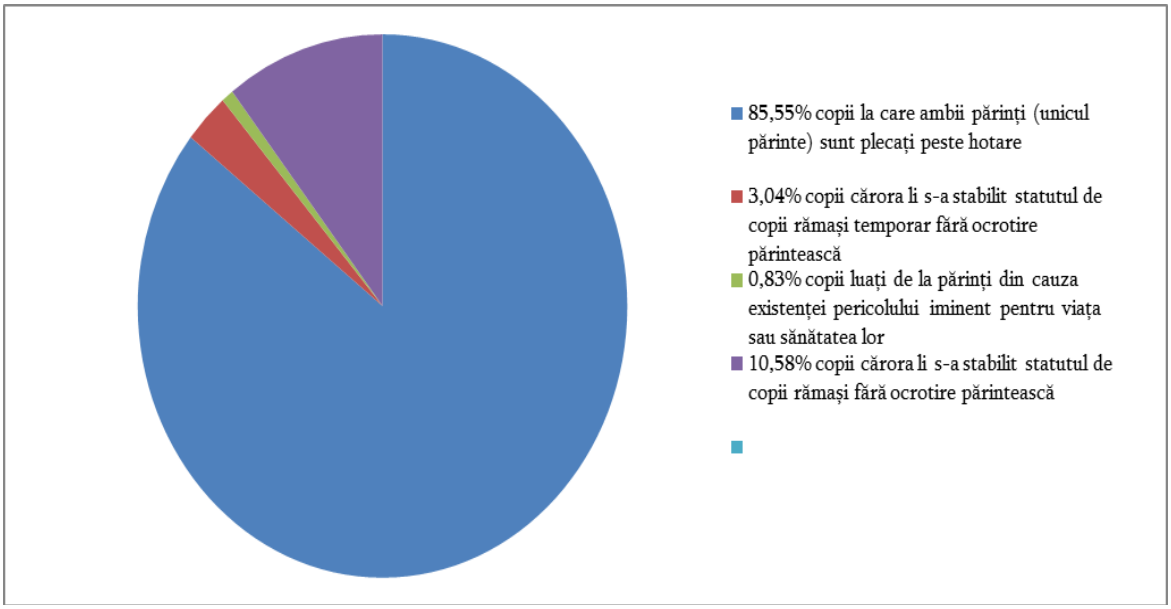


Fig. A1.5. Copii separați de părinți la sfârșitul anului 2017, [189]

Tabelul A1.4. Distribuţia gospodăriilor cu copii după prezenţa migranţilor în gospodărie, aa. 2012-2016

	2014		2015		2016	
	cu migranți	fără migranți	cu migranți	fără migranți	cu migranți	fără migranți
Mediul de reședință						
Urban	28,2	49,3	30,0	49,2	30,1	48,6
Rural	71,8	50,7	70,0	50,8	69,9	51,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nr. de copii în gospodărie						
1 copil	51,8	57,1	57,7	52,9	54,1	54,8
2 copii	37,1	33,4	34,2	36,7	35,8	34,7
3 și mai mulți copii	11,0	9,5	8,1	10,4	10,2	10,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Tipul gospodăriei						
Cuplu familial cu copii	35,5	50,3	35,2	57,0	47,1	51,8
Părinte singur cu copii	1,2	7,9	0,3	6,4	-	8,7
Alte gospodării cu copii	63,4	41,8	64,5	36,5	52,9	39,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Sursa: Studiul MICS, 2012, [163]

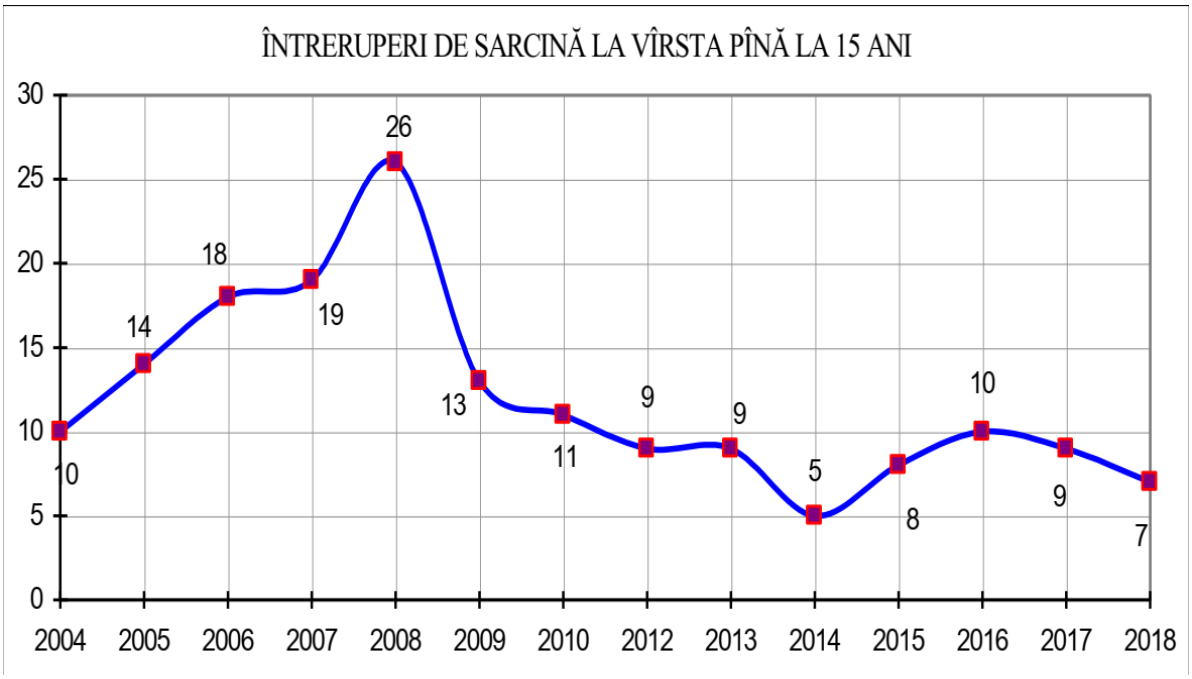


Fig. A1.6. Întreruperi de sarcină la vârsta de până la 15 ani, [6]

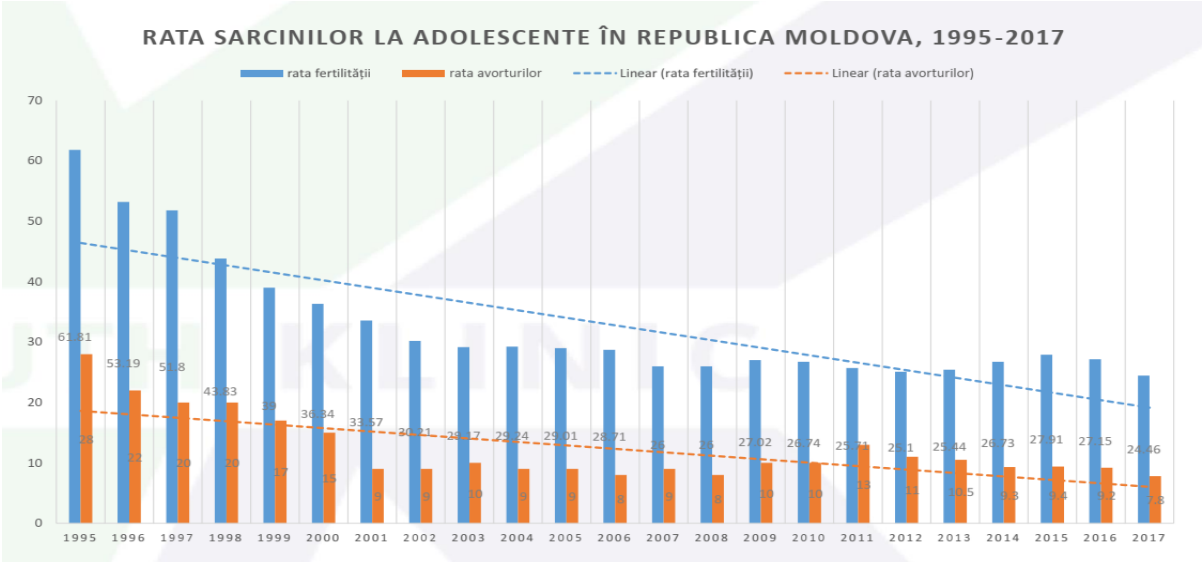


Fig. A1.7. Rata sarcinilor la adolescente în Republica Moldova, 1995-2017, [5]

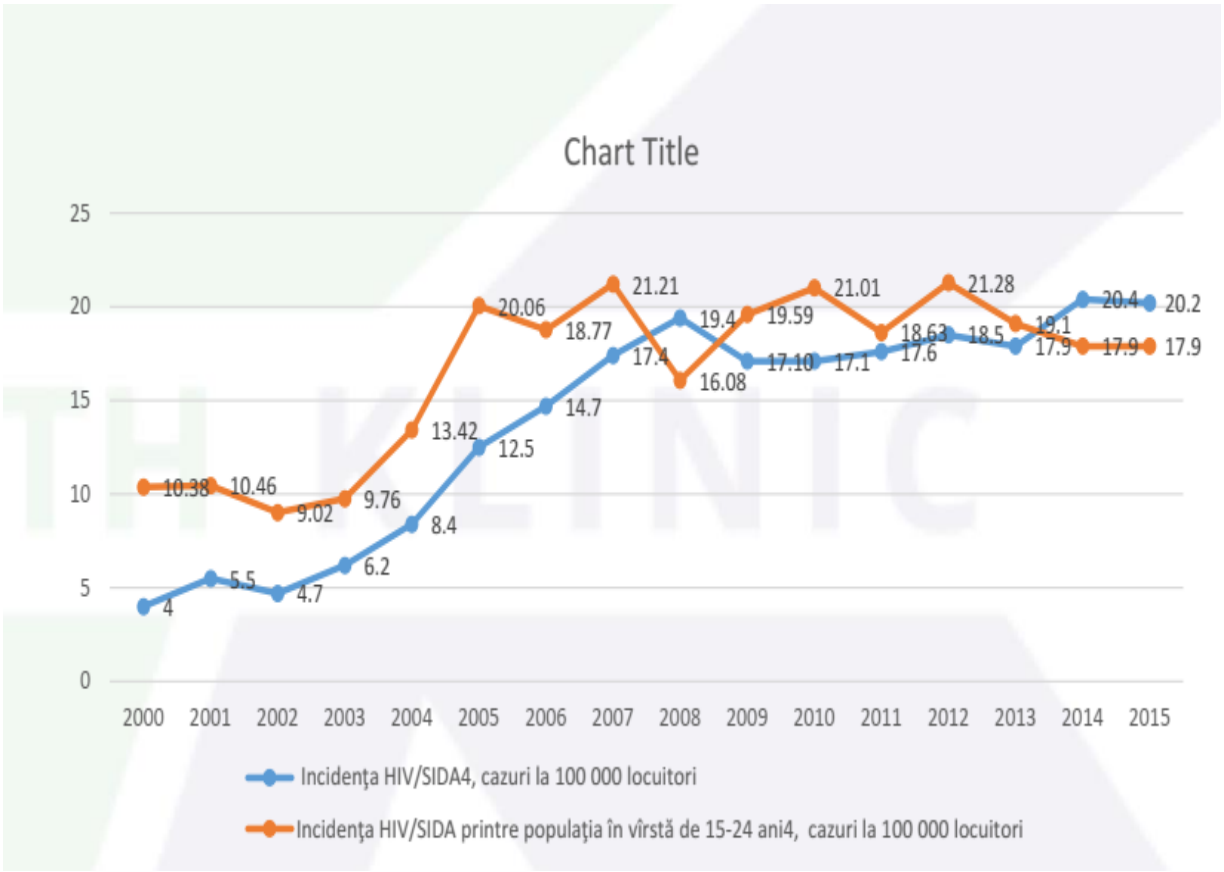


Fig. A1.8. Incidența cu HIV printre tineri, [53, 201]

Anexa 2. Chestionare utilizate pentru intervievarea respondenților incluși în studiu

Chestionarele Nr. 1-2 pentru intervievarea copilului marcat/neafectat de migrația parentală de muncă

1. Date despre copilul marcat de migrația parentală de muncă
1.1 Nume
1.2 Prenume
1.3 localitatea (adresa)
1.4 vârsta (actuală)
1.5. Vârsta la plecarea 1 părinte
1.5.1 0-1 ani
1.5.2 1.1-3 ani
1.5.3 3.1-7 ani
1.5.4 7.1-11 ani
1.5.5 11.1-14 ani
1.5.6 14.1-16 ani
1.5.7 16.1-18 ani
1.6. Vârsta la plecarea ambilor părinți
1.6.1 0-1 ani
1.6.2 1.1-3 ani
1.6.3 3.1-7 ani
1.6.4 7.1-11 ani
1.6.5 11.1-14 ani
1.6.6 14.1-16 ani
1.6.7 16.1-18 ani
2. Sexul copilului
2.1 fem
2.2 masc
3. Numărul membrilor în familie:
3.1. total
3.2. real după plecare
4. Care din părinte este plecat:
4.1 tata
4.2 mama
4.3 ambii
5. Copilul a rămas cu:
5.1 tutela
5.2 părinte
5.3 bunel/ei
5.4 alte rude (unchi, tanti)
5.5 vecini
5.6 străini
5.7 părinti vitregi (tata, mama)
5.8 cadru didactic
5.9 asistent social
6 . Copilul locuiește după migrația parentală:
6.1 în locuința sa
6.2 la bunei
6.3 la vecini

6.4 la alte rude
6.5 în locuința tutelei
6.6 în plasament de stat (cămin, internat)

7. Copilul este monitorizat de tutelă

7.1.1 da
7.1.2 nu
7.2 *Tutela este:*
7.2.1 părintele rămas
7.2.2 bunei
7.2.3 vecini
7.2.4 alte rude
7.2.5 P*ărinte vitreg (tata, mama)*
7.2.5.1 părinte vitreg (tata)
7.2.5.2 părinte vitreg (mama)
7.2.6 asistent social
7.2.7 nu are tutelă
7.3 *Tutela are grijă de copil:*
7.3.1 nu
7.3.2 foarte rar (mai rar de 1/lună)
7.3.3 rar (lunar)
7.3.4 frecvent (2/săptămână)
7.3.5 permanent (zilnic)

8. Părerea copilului despre migrația părinților:

8.1.1 pozitivă
8.1.2 negativă
8.1.3 neutră
8.2. *Copilul ar dori să se întoarcă părinții? (în detrimentul succesului financiar)*
8.2.1 da
8.2.2 nu

9. Remitențele financiare

9.1 sunt suficiente
9.2 nu sunt suficiente

10. **Accesul la serviciile medicale**

10.1 suficient bani pentru servicii medicale (%)
10.2 insuficient bani pentru servicii medicale
10.3 *Pentru servicii medicale sunt folosite sursele:*
10.3.1 banii tutelelor
10.3.2 remitențele părinților
10.3.3 banii câștigați de sine stătător (muncă proprie)
10.4 *Când se îmbolnăvește, se tratează cu metode:*
10.4.1 *tradiționale (nemedicamentoase)*
10.4.1.1 cauze - eficiență mai mare
10.4.1.2 cauze - nu are bani pentru procurarea medicației prescrise de medic
10.4.1.3 cauze - nu știe alte metode
10.4.2 *metode medicamentoase*
10.4.3 *Nivel permis financiar la un episod de boală:*
10.4.3.1 toate medicamentele își permite a procura
10.4.3.2 parțial procură medicamente (50%)
10.4.3.3 mai puțin de 50 % medicamente își poate procura
10.4.3.4 doar cele mai necesare medicamente își poate procura (1-2 preparate)

10.5 *Posibilitatea îngrijitorilor copilului de împrumut al surselor financiare, pentru servicii medicale*

10.5.1 imposibil
10.5.2 foarte dificil
10.5.3 dificil
10.5.4 ușor
10.5.5 nu a avut necesitate

10.6 *Acordarea serviciilor medicale, ultimele 12 luni, cu implicarea îngrijitorilor/tutelelor*

10.6.1 1 dată
10.6.2 2-4 ori
10.6.3 4-6 ori
10.6.4 mai mult de 6 ori
10.6.5 nu a avut posibilitate (locuiește departe de copil)
10.6.6 nu a avut posibilitate (nu a avut bani)
10.6.7 nu a avut posibilitate (indiferent față de sănătatea copilului tutelat)
10.6.8 nu a avut posibilitate (nu a știut de problema copilului)

10.7 *Frecvența necesității acordării serviciilor medicale (episoade de maladie, intoxicații, traumatisme)*

10.7.1 săptămânal
10.7.2 1dată/2săptămâni
10.7.3 1 dată/lună
10.7.4 1 dată/3 luni
10.7.5 1 dată/6 luni
10.7.6 1 dată/an

10.8 *Adresabilitatea copiilor din motiv de necesitate a acordării serviciilor medicale (episoade de maladii, intoxicații, traumatisme)*

10.8.1 săptămânal
10.8.2 1dată/2săptămâni
10.8.3 1 dată/lună
10.8.4 1 dată/3 luni
10.8.5 1 dată/6 luni
10.8.6 1 dată/an

10.9 *Cheltuielile pentru serviciile medicale, pe parcursul ultimelor 12 luni*

10.9.1 mai puțin de 100 lei
10.9.2 101-500 lei
10.9.3 501-1000 lei
10.9.4 mai mult de 1000 lei

11. Alimentația copilului după plecarea părintelui

11.1.1 s-a ameliorat
11.1.2 nu s-a schimbat
11.1.3 s-a înrăutățit
11.1.4 simte foame periodic (lipsa alimentației 1-2 zile)
11.1.5 utilizează produse cu termen expirat
11.1.6 utilizează produse alterate
11.1.7 nu simte foame

11.2 *Se alimentează cu frecvența zilnică:*

11.2.1 mai puțin de 1 dată/zi
11.2.2 1-2ori/zi
11.2.3 3 ori/zi
11.2.4 mai mult de 3 ori/zi

11.3 *Se alimentează cu următoarele produse:*
a. săptămânal
b. lunar
c. 1 dată/3 luni
d. 1 dată/6 luni
e. 1 dată/12 luni:
11.3.1 carne
11.3.2 pește
11.3.3 ouă
11.3.4 brânză
11.3.5 smântână
11.3.6 unt
11.3.7 lapte
11.3.8 cartofi
11.3.9 supe
11.3.10 terci
11.3.11 legume tocate
11.3.12 compot
11.3.13 pâine
11.3.14 paste făinoase
11.3.15 dulciuri
11.3.16 doar 2-3 din produse (cartofi+paste făinoase+terciuri)
11.3.17 fructe/legume (sezonier - regulat)
11.4 *Diversificarea alimentației (produse administrate timp de ultimele 7 zile)*
11.4.1 porumb
11.4.2 orez
11.4.3 pâine
11.4.4 cereale
11.4.5 cartofi
11.4.6 boboase
11.4.7 carne albă
11.4.8 carne roșie
11.4.9 fructe
11.4.10 legume
11.4.11 pește
11.4.12 lactate
11.4.13 ouă
11.4.14 zahar

Practicile utilizării serviciilor medicale (alegerea stilului de viață, măsuri profilactice)

12 Vaccinarea copilului afectat de migrație:
12.1 se efectuează (la termen/nu la termen)
12.2 nu se efectuează, motiv:
12.2.1 nu se efectuează din motiv de contraindicații
12.2.2 nu se efectuează din considerentele inutilității
12.2.3 nu se efectuează, departe punctul de vaccinare
12.3. *Deprinderi sanitare (igienice)*
12.3.1 *Spălatul pe dinți*
12.3.2 lipsa
12.3.3 regulat
12.3.4 neregulat

12.3.5 1-2ori/zi
12.3.6 1dată/zi
12.3.7 1dată/săptămână
12.3.8 nici o dată
12.4 *Scăldatul*
12.4.1 lipsa
12.4.2 regulat (zilnic)
12.4.3 neregulat
12.4.3 1dată/zi
12.4.4 1-2ori/zi
12.4.5 1dată/zi
12.4.6 1dată/săptămână
12.4.7 1 dată/2 săptămâni
12.4.8 1 dată/lună
12.4.9 mai rar de 1dată/lună
12.5 *Spălatul pe mâni cu săpun*
12.5.1. 1-2ori/zi
12.5.2 1dată/zi
12.5.3 1dată/săptămână
12.5.4 mai rar de 1dată/săptămână

13. Deprinderi nocive

13.1 *Motivația deprinderilor nocive*
13.1.1 lipsește
13.1.2 dorește să atragă atenția părinților plecați
13.1.3 dorește să pară mai matur
13.2 *Fumatul*
13.2.1 Vârsta debutării fumatului
13.2.1.1 până la vârsta de 7 ani
13.2.1.2 7-10 ani
13.2.1.3 10-14 ani
13.2.1.4 14-18 ani
13.3 *A început fumatul după plecarea părintelui, peste:*
13.3.1 1 lună
13.3.2 1.1-3 luni
13.3.3 3.1-6 luni
13.3.4 6.1-12 luni
13.3.5 1-2 ani
13.3.6 2-3 ani
13.3.7 după 3 ani
13.4 *Frecvența fumatului*
13.4.1 1dată/zi
13.4.2 1-2ori/zi
13.4.3 mai mult de 2ori/zi
13.4.4 1-2ori/săptămână
13.4.5 1-2ori/lună
13.4.6 mai rar de 1-2ori/lună
13.5 *Pe banii cui se procură țigările:*
13.5.1 obținuți prin munca proprie
13.5.2 remitențele părinților
13.5.3 împrumut de la prieteni

13.5.4 banii tutelei
13.5.5 nu spun
13.6 *Cine a propus fumatul*
13.6.1 din propria inițiativă
13.6.2 prietenii
13.6.3 vecinii
13.6.4 părintele
13.6.5 nu țin minte
13.7 *Atitudinea proprie despre fumat*
13.7.1 negativă (știu că dăunează sănătății - am să mă refuz)
13.7.2 pozitivă (sunt matur - fac ce vreau, sunt ca alții)
13.7.3 neutră (nu am o părere oarecare)
13.7.4 *Atitudinea rudelor, colegilor, profesorilor, prietenilor despre fumatul copilului*
13.7.4.1 neutră
13.7.4.2 pozitivă
13.7.4.3 negativă

14. Utilizarea băuturilor alcoolice

14.1 *Vârsta debutării utilizării băuturilor alcoolice*
14.1.1 până la vârsta de 7 ani
14.1.2 7-10 ani
14.1.3 10-14 ani
14.1.4 14-18 ani
14.2 *A început fumatul după plecarea părintelui, peste*
14.2.1 1 lună
14.2.2 1.1-3 luni
14.2.3 3.1-6 luni
14.2.4 6.1-12 luni
14.2.5 1-2 ani
14.2.6 2-3 ani
14.2.7 după 3 ani
14.3. *Frecvența utilizării băuturilor alcoolice*
14.3.1 1dată/zi
14.3.2 1-2 ori/zi
14.3.3 mai des de 2ori/zi
14.3.4 1-2ori/săptămână
14.3.5 1-2ori/lună
14.3.6 mai rar de 1-2ori/lună.
14.4 *Pe banii cui se procură băuturile alcoolice*
14.4.1 proprii
14.4.2 remitențele părinților
14.4.3 împrumut de la prieteni
14.4.4 banii tutelei
14.4.5 nu spun.
14.5 *Cine a propus utilizarea băuturilor alcoolice*
14.5.1 din propria inițiativă
14.5.2 prietenii
14.5.3 vecinii
14.5.4 părintele
14.5.5 persoanele care îl remunerau pentru muncă (sau alte servicii)
14.5.6 nu țin minte

14.6 *Atitudinea proprie despre utilizarea băuturilor alcoolice*
14.6.1 negativă
14.6.2 pozitivă (sunt matur - fac ce vreau, sunt ca alții)
14.6.3 negativă (știu că dăunează sănătății - am să mă refuz)
14.6.4 neutră
14.7 *Atitudinea rudelor, colegilor, profesorilor, prietenilor despre fumatul copilului*
14.7.1 neutră
14.7.2 pozitivă
14.7.3 negativă
15. Utilizarea drogurilor
15.1 *Vârsta debutării drogării*
15.1.1 până la vârsta de 7 ani
15.1.2 7-10 ani
15.1.3 10-14 ani
15.1.4 14-18 ani
15.2 *A început să se drogheze după plecarea părintelui, peste*
15.2.1 1 lună
15.2.2 1.1-3 luni
15.2.3 3.1-6 luni
15.2.4 6.1-12 luni
15.2.5 1-2 ani
15.2.6 2-3 ani
15.2.7 după 3 ani
15.3 *Frecvența drogării*
15.3.1 1dată/zi
15.3.2 1-2 ori /zi
15.3.3 mai mult de 2ori/zi
15.3.4 1-2ori/săptămână
15.3.5 1-2ori/lună
15.3.6 mai rar de 1-2ori/lună.
15.4 *Pe banii cui se procură droguri*
15.4.1 proprii (obținuți prin munca proprie)
15.4.2 remitențele părinților
15.4.3 împrumut de la prieteni
15.4.4 banii tutelei
15.4.5 nu spun
15.5. *Cine a propus utilizarea drogurilor*
15.5.1 din propria inițiativă
15.5.2 prietenii
15.5.3 vecinii
15.5.4 părintele
15.5.5 persoanele care îl remunerau pentru muncă (sau alte servicii)
15.5.6 nu țin minte
15.6 *Atitudinea proprie despre utilizarea drogurilor*
15.6.1 negativă
15.6.2 pozitivă (sunt matur - fac ce vreau, sunt ca alții)
15.6.3 negativă (știu că dăunează sănătății - am să mă refuz)
15.6.4 neutră (nu am o părere oarecare)
15.6.5 vreau să mă refuz, dar sunt dependent (este foarte dificil)
15.7 *Atitudinea rudelor, colegilor, profesorilor, prietenilor despre drogarea copilului*

15.7.1 neutră
15.7.2 pozitivă
15.7.3 negativă

16. Relații sexuale precoce

16.1 *Vârsta debutării relațiilor sexuale precoce (A-viol, B-benevol, C-condiționat)*
16.1.1 până la vârsta de 7 ani
16.1.2 7-10 ani
16.1.3 10-14 ani
16.1.4 14-18 ani
16.2 *A început relațiile sexuale precoce după plecarea părintelui, peste*
16.2.1 1 lună
16.2.2 1.1-3 luni
16.2.3 3.1-6 luni
16.2.4 6.1-12 luni
16.2.5 1-2 ani
16.2.6 2-3 ani
16.2.7 după 3 ani
16.3. *Frecvența relațiilor sexuale*
16.3.1 1ori/zi
16.3.2. 1-2 ori/zi
16.3.3 mai mult de 2ori/zi
16.3.4 1-2ori/săptămână
16.3.5 1-2ori/lună
16.3.6 mai rar de 1-2ori/lună
16.3.7 a fost o singură dată
16.4.0 *Cine a propus debutul relațiilor sexuale*
16.4.1 din propria inițiativă
16.4.2 prietenii
16.4.3 alții (prietenii părintelui vitreg, vecinii, nu cunosc persoana-viol)
16.4.4 părintele vitreg
16.4.5 nu țin minte
16.5 *Atitudinea proprie despre relațiile sexuale precoce proprii*
16.5.1 negativă
16.5.2 pozitivă (sunt matur - fac ce vreau, sunt ca alții)
16.5.3 negativă
16.5.4 neutră
16.5.5 vreau să mă refuz, dar sunt condiționată
16.6 *Atitudinea rudelor, colegilor, profesorilor, prietenilor despre relațiile sexuale precoce ale copilului*
16.6.1 neutră
16.6.2 pozitivă
16.6.3 negativă
16.7 *Efectele relațiilor sexuale precoce ale copilului*
16.7.1 maladii sexual-transmisibile
16.7.2 sarcină nedorită
16.7.3 copil născut viu
16.7.4 stres (depresie - cu/fără tratament medicamentos)
16.7.5 fără efecte nedorite

17. Nu au apărut deprinderi nocive, motive

17.1 motive de educație religioasă

17.2 cunoaște efectele negative ale deprinderilor
17.3 nu dorește să streseze părinții

18. Morbiditatea copilului

18.1 *Starea sănătății copilului (după părerea copilului)*
18.1.1 bună
18.1.2 foarte bună
18.1.3 insuficientă
18.1.4 deplorabilă (extrem de rea)
18.2 *Câte episoade de boală pe an făcea copilul înainte de migrațiunea părinților*
18.2.1 1-4
18.2.2 4-6
18.2.3 mai rar de 4 ori/an
18.2.4 mai des de 6 ori/an
18.2.5 fiecare 2 săptămâni
18.2.6 fiecare lună
18.3 indicele morbidității

19. Care sistem este afectat mai des

19.1 tegumente/mucoase
19.2 dentar
19.3 văzul
19.4 *Patologie alergică:*
19.4.1 urticarie acută
19.4.2 toxicodermie
19.4.3 astm bronșic
19.4.4 rinită alergică
19.4.5 conjunctivită alergică
19.4.6 dermatită atopică
19.5 *Sistemu locomotor:*
19.5.1 dereglări de mers
19.5.2 PCI
19.6 *Sistemul respirator:*
19.6.1 rinita
19.6.2 otita
19.6.3 sinuzită cronică
19.6.4 faringita
19.6.5 laringotraheita
19.6.6 bronșita obstructivă
19.6.7 bronșita simplă
19.6.8 tuse cronică
19.6.9 pneumonii, caracter acut
19.6.10 pneumonii, caracter trenant
19.6.11 TBC
19.6.12 maladii ereditare sau congenitale
19.7 *Sistemul cardio-vascular:*
19.7.1 cardialgii, zilnic
19.7.2 cardialgii la emoții
19.7.3 cardialgii la efort fizic
19.7.4 MCC
19.7.5 stări sincopale
19.7.6 crize cianogene

19.7.7 dispnee
19.7.8 palpitații
19.7.9 vertijuri
19.8. *Sistemul digestiv:*
19.8.1 dureri abdominale
19.8.2 vome
19.8.3 grețuri
19.8.4 eructații
19.8.5 diaree
19.8.6 constipație
19.8.7 pirozis
19.8.8 stomatita
19.8.9 gastrita
19.8.10 boala ulceroasă
19.8.11 pancreatita
19.8.12 colecistita
19.8.13 hepatita
19.8.14 cr. hepatic
19.8.15 colita
19.8.16 colon iritabil
19.9 *Sistemul renourinar:*
19.9.1 cistita
19.9.2 pielonefrita
19.9.3 glomerulonefrita
19.9.4 urolitiaza
19.9.5 IR
19.9.6 enurezis
19.10 *Sistemul reproductiv*
19.10.1 vulvita
19.10.2 vulvovaginita
19.10.3 sarcini
19.10.4 avorturi
19.11 *Sistemul hematopoietic*
19.11.1 anemie
19.11.2 vasculita
19.11.3 limfoadenopatie
19.11.4 splenomegalie
19.11.5 hepatomegalie
19.11.6 trombocitopatie
19.11.7 epistaxis
19.12 *Sistemul nervos*
19.12.1 RPMV
19.12.2 retard verbal
19.12.3 retard motor
19.12.4 sindrom convulsiv
19.12.5 microcefalie
19.12.6 patologie ereditară a sistemului nervos
19.12.7 PCI
19.12.8 nevralgie
19.12.9 dereglări de tonus muscular

19.13 *Dereglări metabolice*
19.13.1 obezitate
19.13.2 malnutriție
19.14 stări carențiale
19.14.1 rahitism
19.15 *Stări de urgență:*
19.15.1 hemoragii
19.15.2 urticării acute
19.15.3 edem Quincke
19.15.4 șoc anafilactic
19.15.5 convulsii
19.15.6 stop respirator
19.15.7 stop cardiac
19.15.8 sincopa
19.15.9 abdomen acut
19.15.10 traumatism
19.15.10.1 ocazional
19.15.10.2 accidente
19.16 *Abuzuri:*
19.16.1 fizic
19.16.2 psihic
19.16.3 sexual

20. Adresabilitatea din motiv de boală

20.1 *nu s-a adresat după ajutor, motiv*
20.1.1 a trece fără tratament
20.1.2 este departe medicul
20.1.3 nu are bani
20.1.4 nu-l va ajuta nimeni
20.2 *s-a adresat după ajutor:*
20.2.1 părintelui rămas
20.2.2 tutelei
20.2.3 rudelor
20.2.4 profesorului
20.2.5 medicului
20.3 *după adresare nu a fost ajutat, motiv*
20.3.1 stare ușoară
20.3.2 a fost neglijat
20.3.3 a fost intimidat
20.4 *după adresare a fost ajutat, cum*
20.4.1 tratament de urgență
20.4.2 internare în staționar
20.4.3 tratament cu monitorizare ulterioară
20.4.4 profilaxie ulterioară și regulată
20.5 *Remunerarea tratamentului*
20.5.1 tratament gratis
20.5.2 cu plată
20.5.2.1 din banii, câștigați prin munca proprie
20.5.2.2 remitențele părintelui migrat la muncă
20.5.2.3 împrumut
20.5.2.4 banii tutelelor

20.5.2.5 altor persoane
20.6 *Satisfacerea de serviciul medical acordat*
20.6.1 asistență medicală satisfăcătoare
20.6.2 nesatisfăcătoare, motiv
20.6.2.1 intimidare
20.6.2.2 tardiv
20.6.2.3 neglijență
20.6.2.4 medicamente ieftine, neeficiente
20.7 *Punctul de asistență medicală este plasat*
20.7.1 aproape (în localitatea de trai)
20.7.2 departe (comuna vecină)
20.7.3 foarte departe (spitalul raional)
20.8 *Ajunge la centrul de asistență medicală*
20.8.1 pe jos
20.8.2 cu transport
20.8.2.1 propriu
20.8.2.2 rudelor
20.8.2.3 tutelei
20.8.2.4 ocazional

21. Școlarizarea copilului marcat de migrație

21.1 *Debutul instituționalizării/școlarizării (grădiniță, școală)*
21.1.1 până la 3 ani
21.1.2 3.1-6 ani
21.1.3 6.1-7 ani
21.1.4 7.1-8 ani
21.1.5 după vârsta de 8 ani
21.2 *Vârsta abandonului școlar*
21.2.1 după clasa 1-3
21.2.2 după clasa 4-7
21.2.3 după clasa 8-9
21.2.4 după clasa 10
21.3 *Lipsește la școală (zile)*
21.3.1 1/zi săptămână
21.3.1.2 1-2 /zile în săptămână
21.3.1.3 2-3/zile în săptămână
21.3.1.4 mai mult de 3 zile/săptămână
21.4 *Reușita școlară (nota medie)*
21.4.1 mai mică de 5
21.4.2 6-7
21.4.3 7-8
21.4.4 9-10
21.5 *A plecat în clasa I*
21.5.1 la termen
21.5.2 cu întârziere, motiv
21.5.2.1 de sănătate
21.5.2.2 nu s-a preocupat de copil nimeni pentru înmatricularea la școală la termen
21.6 *Continuă să frecventeze școala*
21.6.1 regulat
21.6.2 neregulat, motiv:
21.6.2.1 boală

21.6.2.2 a lucrat pentru a se întreține
21.7 *Abandon școlar, motiv:*
21.7.1 insistența părintelui
21.7.2 insistența rudelor
21.7.3 insistența tutelei
21.7.4 nu are surse financiare,
21.7.5 s-a căsătorit
21.7.6 îngrijește de frații mai mici
21.7.7 s-a angajat la serviciu
21.7.8 departe de casă
21.7.9 a plecat temporar la părintele migrat
21.8 *Peste câți ani după plecarea părintelui a abandonat școala*
21.8.1 până la 6 luni
21.8.2 6.1-12 luni
21.8.3 1-2 ani
21.8.4 2-4 ani
21.8.5 după 4 ani
21.9 *Regrete pentru abandonul școlar*
21.9.1 are
21.9.2 nu are
21.10 *Viziunea copilului despre reuşita sa:*
21.10.1 învață ca de obicei
21.10.2 mai prost, motiv
21.10.2.1 are multe lipse, motiv boală
21.10.2.2 nu-l ajută nimeni
21.10.2.3 a devenit necontrolabil
21.10.2.4 are multe lipse, nu vede necesarul școlarizării
21.10.3 mai bine, motiv
21.10.3.1 dorește să bucure părintii
21.10.3.2 are condiții mai bune de trai și existență după migrația părintelui la muncă
21.10.3.3 dorește un viitor frumos
21.11 *Cheltuieli pentru scoală*
21.11.1 *Cheltuieli pe lună/an, lei:*
21.11.1.1 mai puțin de 50 lei
21.11.1.2 51-100 lei
21.11.1.3 101-300 lei
21.11.1.4 301-500 lei
21.11.1.5 mai mult de 500 lei
21.11.2. *Necesarele pentru școală:*
21.11.2.1 rechizite
21.11.2.2 haine
21.11.2.3 reparații la școală
21.11.2.4 alimentarea
21.11.2.5 repetitori

22. Activitatea economică

22.1 *Activitatea în afara gospodăriei proprii*
22.1.1 contra plată
22.1.2 barter
22.1.3 ore pe zi, zilnic
22.1.4 zile în săptămână

22.1.5 câteva ori pe lună
22.1.6 mai rar de 1 dată/lună
22.2 *Activitatea în gospodăria proprie*
22.2.1 zilnic
22.2.2 2-3/săptămână
22.2.3 1-2ori/lună
22.2.4 mai rar de 1 dată/lună
22.3 *Copilul nu lucrează contra plată*
22.3.1 copilul lucrează contra plată:
22.3.2. frecvență zilnică
22.3.3 2-3/săptămână
22.3.4 2-3/lună
22.3.5 lunar (1dată/lună)
22.4 *Copilul lucrează pentru mâncare*
22.4.1 zilnic
22.4.2 2ori/săptămână
22.5 *Copilul lucrează pentru remunerare financiară*
22.5.1 ocazional
22.5.2 regulat (contract, înțelegere verbală)
22. 6. *Suma remunerării*
22.6.1 50-100 lei/lună
22.6.2 101-300 lei/lună
22.6.3 301-500 lei/lună
22.6.4 mai mult de 500 lei/lună
22.7 *Are satisfacție de la activitatea economică*
22.7.1 da
22.7.2 nu (lucrează mult)
22.7.3 nu (remunerare insuficientă)
22.8 *Influențează activitatea economică asupra nivelului reușitei școlare, după părerea copilului*
22.8.1 influență negativă
22.8.2 fără influență negativă
22.8.3 pozitivă
22.9 *Pentru ce folosește remunerarea*
22.9.1 procurarea alimentelor
22.9.2 procurarea medicamentelor
22.9.3 procurarea hainelor
22.9.4 procurarea rechizitelor școlare
22.9.5 plata serviciilor comunale
22.10 *Activitatea în gospodăria proprie*
22.10.1 frecvență zilnică
22.10.2 frecvență săptămânală
22.10.3 frecvență lunară
22.10.4 *Lucrează în gospodărie:*
22.10.4.1 de sine stătător
22.10.4.2 cu ajutor (părinte rămas, rude, tutore, prieteni)
22.10.5 *Lucrul prin gospodărie include*
22.10.5.1 prepararea mâncării
22.10.5.2 curățenie
22.10.5.3 aduce apă (de la fântână, izvor)

22.10.5.4 are grijă de animalele domestice
22.10.5.5 lucrează în grădină
22.10.5.6 îngrijește de frații mai mici

23. Efecte social-psihologice

23.1 *Probleme apărute pe parcursul ultimei luni (după părerea proprie a copiilor)*
23.1.1 agresivitate
23.1.2 depresie
23.1.3 izolare
23.1.4 nedisciplinare
23.2 *Comportament deprivant*
23.2.1 drogare
23.2.2 alcoolism
23.2.3 tabagism
23.2.4 relații sexuale
23.3 *Trolling (colegii de şcoală, rude, vecini, tutelă)*
23.3.1 da.
23.3.2 nu
23.4 *Copilul simte după plecarea părinților*
23.4.1 tristețe și depresie pe parcursul ultimei săptămâni
23.4.2 tristețe, inutilitate, depresie pe parcursul a 2 săptămâni încontinuu
23.4.3 tristețe, inutilitate, depresie pe parcursul a 2 săptămâni încontinuu (ultimele 12 luni)
23.4.4 a meditat despre suicid
23.4.5 uneori simte anxietate și are insomnie
23.4.6 nu a simțit tristețe, depresie, inutilitate ultimele 6 luni
23.4.7 s-a simțit dezaprobat de cei din jur
23.4.8 a suferit din motiv de agresiune și intimidare cel puțin 1 dată/ultima lună
23.5 *Supus abuzului*
23.5.1 *Abuz psihic din partea:*
23.5.1.1 rude
23.5.1.2 părinte propriu
23.5.1.3 mama/tata-vitreg
23.5.1.4 prieteni
23.5.1.5 vecini,
23.5.1.6 profesori
23.5.1.7 colegi de școală
23.5.1.8 persoane străine
23.5.1.9 *Vârsta de debut al abuzului*
23.5.1.9.1 5-7 ani
23.5.1.9.2 7.1-10 ani
23.5.1.9.3 10.1-12 ani
23.5.1.9.4 12.1-15 ani
23.5.1.9.5 15.1-18 ani
23.5.1.10 *Frecvența abuzului psihic*
23.5.1.10.1 zilnic
23.5.1.10.2 2ori/săptămână
23.5.1.10.3 lunar
23.5.1.10.4 1 dată/3 luni
23.5.1.10.5 1 dată/6 luni
23.5.1.10.6 mai rar de 1dată/6 luni
23.5.2 *Abuz fizic efectuat de:*

23.5.2.1 rude
23.5.2.2 părinte propriu
23.5.2.3 mama/tata-vitreg
23.5.2.4 prieteni
23.5.2.5 vecini
23.5.2.6 profesor
23.5.2.7 colegi de școală
23.5.2.8 persoane străine
23.5.2.9 *Vârsta de debut al abuzului*
23.5.2.9.1 5-7 ani
23.5.2.9.2 7-10 ani
23.5.2.9.3 10-12 ani
23.5.2.9.4 12-15 ani
23.5.2.9.5 15-18ani
23.5.2.10 *Frecvența abuzului fizic*
23.5.2.10.1 zilnic
23.5.2.10.2 2ori/săptămână
23.5.2.10.3 lunar
23.5.2.10.4 1 dată/3 luni
23.5.2.10.5 1 dată/6 luni
23.5.2.10.6 mai rar de 1dată/6 luni
23.5.3 *Abuzul sexual al copilului abandonat, de către*
23.5.3.1 rude
23.5.3.2 părinte vitreg
23.5.3.3 prieteni
23.5.3.4 vecini
23.5.3.5 profesori
23.5.3.6 colegi de școală
23.5.3.7 persoane străine
23.5.3.8 *Vârsta de debut al abuzului*
23.5.3.8.1 5-7 ani
23.5.3.8.2 7.1-10 ani
23.5.3.8.3 10.1-12 ani
23.5.3.8.4 12.1-15 ani
23.5.3.8.5 15.1-18 ani
23.5.4 *Frecvența abuzului sexual*
23.5.4.1 zilnic
23.5.4.2 2ori/săptămână
23.5.4.3 lunar
23.5.4.4 1 dată/3 luni
23.5.4.5 1 dată/6 luni
23.5.4.6 mai rar de 1dată/6 luni

24. Părerea copilului despre migrație

24.1 este bine că ambii părinți sunt migrați
24.2 este bine că tata a migrat
24.3 este bine că mama a migrat
24.4 aș dori părinții să fie acasă
24.5 aș dori mama să fie acasă
24.6 aș dori tata să fie acasă

25. Informație despre persoana îngrijitoare

25.1 părinte (tata, mama)
25.2 grad de rudenie
25.2.1 frate/soră
25.2.2 moș/tanti/unchi
25.2.3 bunel/bunică
25.2.4 verișor/verișoară
25.3 nerude, membru al familiei (tatăl vitreg, mama vitregă)
25.4 nerude/străini
25.4.1 prieteni de familie
25.4.2 vecini
25.4.3 profesor
25.5 *Vârsta îngrijitorului*
25.5.1 18-30 ani
25.5.2 31-40 ani
25.5.3 41-50 ani
25.5.4 mult de 50 ani
25.6. *Serviciul permanent al tutelei*
25.6.1 are
25.6.2 nu are
25.7 *Se întreține din remitențele părinților copilului*
25.7.1 da
25.7.2 nu
25.8 *Durata îngrijiriii*
25.8.1 până la 1 an
25.8.2 1-2 ani
25.8.3 2-3ani
25.8.4 3-5ani
25.8.5 mai mult de 5ani
25.9 *Relațiile între copil și tutelă*
25.9.1 neutre
25.9.2 satisfăcătoare
25.9.3 nesatisfăcătoare
25.10 *Îngrijitorii despre relațiile cu copii*
25.10.1 au devenit mai bune
25.10.2 au devenit mai tensionate
25.10.3 nu s-au modificat
25.11 *Vizitează copilul*
25.11.1 des, zilnic
25.11.2 rar,1 dată/săptămână
25.11.3 foarte rar, 1 dată/lună
25.11.4 extrem de rar, 1-2 ori/an
25.11.5 nu vizitează, copilul îl vizitează singur

26. Particularitățile condițiilor de trai ale copilului

26.6.1 satisfăcătoare
26.6.2 nesatisfăcătoare
26.7 A*partament:*
26.7.1 nou
26.7.2 vechi
26.7.3 curat
26.7.4 luminos

26.7.5 uscat
26.7.6 mucegai
26.8 G*arsonieră în cămin:*
26.8.1 nou
26.8.2 vechi
26.8.3 curat
26.8.4 luminos
26.8.5 uscat
26.8.6 mucegai
26.9 C*asă pe pământ:*
26.9.1 nou
26.9.2 vechi
26.9.3 curat
26.9.4 luminos
26.9.5 uscat
26.9.6 mucegai
26.10 *La gazdă:*
26.10.1 nou
26.10.2 vechi
26.10.3 curat
26.10.4 luminos
26.10.5 uscat
26.10.6 mucegai
26.11 fără loc stabil de trai
26.12 *Locuința (cu câte camere)*
26.12.1 1 cameră
26.12.2 2 camere
26.12.3 3 camere
26.12.4 mai mult de 3 camere
26.13 *Are copilul cameră separată*
26.13.1 da
26.13.2 nu
26.14 *Are copilul patul său*
26.14.1 da
26.14.2 nu
26.15 *Sunt într-o cameră:*
26.15.1 2 persoane
26.15.2 3 persoane
26.15.3 mai mult de 3 persoane
26.16 *Este satisfăcut de condițiile de trai*
26.16.1 da
26.16.2 nu
26.17 *Locul de trai dotat cu:*
26.17.1 lumină
26.17.1.1 permanentă
26.17.1.2 nu
26.17.1.3 deconectată
26.18 TV
26.19 telefon staționar
26.20 telefon mobil

26.21 calculator (tabletă)
26.22 radiou
26.23 frigider
26.24 *veceu:*
26.25 în casă
26.25.1 afară
26.26 cameră de baie/duș
26.27 *apă:*
26.27.1 rece
26.27.2 rece și caldă
26.28 apă din fântână
26.29 gaz centralizat
26.30 *focul se face:*
26.30.1 la cuptor
26.30.2 sobă
26.30.3 se încălzesc cu căminul
26.31 *mașină de spălat:*
26.32 cuptor cu microunde
26.33 cuptor electric
26.34 *Prezența lotului de pământ pentru creșterea legumelor/fructelor*
26.34.1 prezența lotului de pământ pentru creșterea legumelor/fructelor - este utilizat
26.34.2 prezența lotului de pământ pentru creșterea legumelor/fructelor-nu este utilizat
26.34.3 lipsa lotului de pământ

27. Informația despre părinți

27.1 *Despre mama*
27.1.1 naționalitatea
27.1.2 *vârsta actuală:*
27.1.2.1 20-30 ani
27.1.2.2 31-40 ani
27.1.2.3 41-50ani
27.1.2.4 mai mult de 50 ani
27.1.3 *vârsta la momentul migrației:*
27.1.3.1 20-30 ani
27.1.3.2 31-40 ani
27.1.3.3 41-50 ani
27.1.3.4 mai mult de 50ani
27.1.4 *starea sănătății*
27.1.4.1 satisfăcătoare
27.1.4.2 nesatisfăcătoare
27.1.5 *studii:*
27.1.5.1 medii finalizate
27.1.5.2 medii nefinalizate
27.1.5.3 medii-speciale
27.1.5.4 superioare finalizate
27.1.5.5 superioare nefinalizate
27.2 *Despre tata*
27.2.1 naționalitatea
27.2.2 *vârsta actuală:*
27.2.2.1 20-30 ani
27.2.2.2 31-40 ani

27.2.2.3 41-50 ani
27.2.2.4 mai mult de 50 ani
27.2.3. *vârsta la debutul migrației*
27.2.3.1 20-30 ani
27.2.3.2. 31-40 ani
27.2.3.3 41-50 ani
27.2.3.4 mai mult de 50 ani
27.2.4 *starea sănătății*
27.2.4.1 satisfăcătoare
27.2.4.2 nesatisfăcătoare
27.2.5. *studii*
27.2.5.1 medii finalizate
27.2.5.2 nefinalizate
27.2.5.3 medii-speciale
27.2.5.4 superioare finalizate
27.2.5.5 nefinalizate
27.3 *Părintele migrant se reîntoarce acasă cu frecvența*
27.3.1 lunar
27.3.2 1dată/3 luni
27.3.3 1 dată/6 luni
27.3.4 1dată pe an
27.3.5 1 dată la 2-3 ani
27.3.6 mai rar de 1 dată la 2-3 ani
27.4 *Timpul petrecut de migrant acasă*
27.4.1 mai puțin de 1 săptămână
27.4.2 1 săptămână
27.4.3 2-4 săptămâni
27.4.4 1-2 luni
27.4.5 2-4 luni
27.4.6 4-6 luni
27.4.7 mai mult de 6 luni
27.5. *Contactele părinților cu copii rămaşi prin:*
27.5.1 telefon
27.5.2 skype
27.5.3 zilnic
27.6 *Frecvența contactelor cu părinții*
27.6.1 1 dată la 2/săptămâni
27.6.2 lunar
27.6.3 mai rar de 1dată/lună
27.6.4 nu sunt contacte

28. Efectele pozitive ale migrației (relatate de respondenți)

28.1 mai multe surse financiare pentru asigurarea medicală
28.2 mai multe surse pentru școlarizare
28.3 alimentație mai diversificată și calitativă
28.4 mai multe surse pentru ameliorarea condițiilor de trai
28.5 un comportament mai bun față de copil

29. Poate copilul în caz de necesitate a ajutorului medical, psihologic, financiar să se adreseze la persoane competente

29.1 nu
29.1.1 nu are încredere

29.1.2 nu știe la cine
29.2 da, la cine:
29.2.1 părintele rămas
29.2.2 alte rude
29.2.3 tutelă
29.2.4 prieteni
29.2.5 vecini
29.2.6 profesor
29.2.7 medic
29.2.8 administrația locală
29.2.9 organe de protecție socială a copiilor
29.2.10 Centrul prietenos al copiilor

30. Cunoaște copilul informația despre efectele negative ale migrației

30.1 nu
30.2 *da, de unde:*
30.3 din școală
30.4 de la prieteni
30.5 de la părinți
30.6 de la rude
30.7 de la tutelă
30.8 de la medic
30.9 din Centrul prietenos copiilor
30.10 de la psihologul școlar
30.11 de la reprezentanții organelor de poliție
30.12 de la organele de protecție a drepturilor copiilor

31. Se simte copilul protejat (social, financiar, medical, psihologic) după plecarea părinților

31.1 nu
31.2 da

32. Dorește o atenție mai mare (după plecarea părintelui) de la:

32.1 părinții plecați
32.2 părintele rămas
32.3 prieteni
32.4 rude
32.5 profesori
32.6 medic
32.7 organele de protecție socială
32.8 organele de drept
32.9 vecini
32.10 are suficientă atenție
32.11 consideră că este prea tutelat

33. *Integritatea familiei după migrație*
33.1 Familie integră
33.2 Familie dezintegrată

Chestionarele Nr. 3 - 4 pentru intervievarea părintelui/tutelei copilului marcat/neafectat de migrația parentală de muncă

1. Respondentul
1.1 părinte
1.2 tutore
2. Studiile părinților
2.1 *Tata:*
2.1.1 medii nefinisate
2.1.2 medii-speciale
2.1.3 superioare
2.2 *Mama:*
2.2.1 medii nefinisate
2.2.2 medii-speciale
2.2.3 superioare
3. Numărul membrilor familiei apți de muncă
3.1 1
3.2 2
3.3 3
3.4 mai mult de 3
4. Posibilitățile de împrumut financiar, la necesitate, de la rude, prieteni, vecini, asistenți sociali, administrația locală.
4.1 sunt
4.2 nu sunt
5. Care sunt veniturile în familie
5.1 salariul persoanelor rămase în țară
5.2 bunuri materiale, produse de membrii familiei rămași în țară
5.3 produsele din gospodăriile proprii
5.4 remitențele părinților
5.5 salariul primit de părintele rămas în țară, rude
5.6 cadouri de la prieteni
5.7 ajutorul social
5.8 ajutorul ONG
5.9 ajutorul bisericii
6. Relațiile instalate în familia cu migranți
6.1 cu părintele rămas
6.2 bunei
6.3 persoana în grija căreia a rămas
7. Particularitățile migrației
7.1 *Plecați în migrație*
7.1.1 tata
7.1.2 mama
7.1.3 ambii
7.2 *Unde sunt plecați*
7.2.1 tata
7.2.2 mama
7.3 *Pe care termen au fost plecați*
7.3.1 1/2 an
7.3.2 1 an
7.3.3 2 ani

7.3.4 3 ani
7.3.5 mai mult de 3 ani
7.4 *Părintele migrat în prezent*
7.4.1 tata
7.4.2 mama
8. De la ce vârstă a copilului a migrat părintele:
8.1 *Tata*
8.1.1 până la 1 an
8.1.2 1-2 ani
8.1.3 2.1-3 ani
8.1.4 3.1-5 ani
8.1.5 5.1-7 ani
8.1.6 7.1-10 ani
8.1.7 10.1-14 ani
8.1.8 14.1-18 ani
8.2 *Mama*
8.2.1 până la 1 an
8.2.2 1-2 ani
8.2.3 2.1-3 ani
8.2.4 3.1-5 ani
8.2.5 5.1-7 ani
8.2.6 7.1-10 ani
8.2.7 10.1-14 ani
8.2.8 14.1-18 ani
9. Cum contactează copilul cu părintele migrat:
9.1 *Frecvența*
9.1.1 zilnic
9.1.2 2-3ori/săptămână
9.1.3 1 dată/lună
9.1.4 1 dată/3 luni
9.1.5 1 dată/6 luni
9.1.6 1 dată/an
9.1.7 mai rar de 1 dată/an
9.1.8 nu ține minte când a comunicat
9.1.9 nu comunică
9.2 *Modalitatea contactului*
9.2.1 telefon
9.2.2 skype
9.2.3 vizite
9.2.4 colete
10. Remitențe
10.1. *Volumul remitențelor lunare/anuale (lei/lună, dolari, euro)*
10.1.1 până la 300 $ (euro)
10.1.2 301-500 $ (euro)
10.1.3 mai mult de 500 $ (euro)
10.2 *Sunt remitențele*
10.2.1 regulate
10.2.2 neregulate
10.3 *Frecvența remitențelor*
10.3.1 lunar

10.3.2 1 dată/3 luni
10.3.3 1 dată/6 luni
10.3.4 1 dată/12 luni
10.3.5 mai rar de 1 dată/an
10.4 *Utilizarea remitențelor (%)*
10.4.1 pentru ameliorarea condițiilor de trai
10.4.2 pentru procurarea alimentelor
10.4.3 pentru procurarea medicamentelor
10.4.4 pentru plata studiilor, rechizitelor școlare
10.4.5 pentru procurarea hainelor
10.4.6 pentru întreținerea rudelor bătrâne/bolnave
10.5 *Suficiența remitențelor*
10.5.1 sunt suficiente
10.5.2 nu sunt suficiente

11. Accesul la serviciile medicale

11.1 satisfăcător
11.2 nesatisfăcător
11.2.1 locuiește departe de centrele de acordare a asistenței medicale
11.2.2 nu este transport (propriu, transport obștesc neregulat)
11.2.3 nu sunt bani pentru procurarea medicației prescrise
11.2.4 tratamentul prescris este de obicei neeficient
11.2.5 neatenția, neglijarea copilului în CMF

12. Starea sănătății copilului (după părerea părintelui rămas/tutelei)

12.1 bună
12.2 foarte bună
12.3 insuficientă
12.4 deplorabilă

13. Când se îmbolnăvește se tratează cu metode

13.1 *nemedicamentoase, motiv*
13.1.1 eficiență mai mare
13.1.2 nu are surse financiare
13.2 medicamentoase
13.2.1 *Nivel permis financiar la un episod de boală*
13.2.1.1 până la 100 lei
13.2.1.2 101-200 lei
13.2.1.3 201-500 lei
13.2.1.4 mai mult de 500 lei

14. Posibilitatea îngrijitorilor de a împrumuta surse financiare pentru servicii medicale acordate copiilor

14.1 imposibil
14.2 foarte dificil
14.3 dificil
14.4 ușor
14.5 nu a avut necesitate

15. Utilizarea de către tutelă/îngrijitor a remitențelor pentru serviciile medicale acordate copilului

15.1 da
15.2 nu

16. Acordarea asistenței medicale de către îngrijitor, pe parcursul ultimelor 12 luni

16.1 1 dată

16.2 2-4 ori
16.3 4-6 ori
16.4 mai mult de 6 ori
16.5 nu a acordat

17. Frecvența necesității acordării asistenței medicale în episoadele de maladie, intoxicații, traumatisme

17.1 săptămânal
17.2 1dată/2săptămâni
17.3 1 dată/lună
17.4 1 dată/3 luni
17.5 1 dată/6 luni
17.6 1 dată/an

18. Adresabilitatea copiilor pentru accesarea serviciilor medicale

18.1 săptămânal
18.2 1dată/2săptămâni
18.3 1 dată/lună
18.3 1 dată/3 luni
18.4 1 dată/6 luni
18.5 1 dată/an

19. Cheltuieli pentru serviciile medicale suportate pe parcursul ultimelor 12 luni

19.1 mai puțin de 100 lei
19.2 100-500 lei
19.3 501-1000 lei
19.4 mai mult de 1000 lei

20. Alimentația după migrarea părintelui la muncă

20.1 s-a ameliorat
20.2 nu s-a modificat
20.3 s-a înrăutățit
20.3.1 simte foame periodic
20.3.2 utilizează produse cu termen eșuat
20.3.3 utilizează produse alterate

21. Se alimentează cu frecvența zilnică

21.1 mai puțin de 1 dată/zi
21.2 1-2 ori/zi
21.3 3 ori/zi
21.4 mai des de 3 ori/ zi

22. Primește: A- săptămânal, B- lunar, C-1 dată/3 luni, D-1 dată/6 luni, E-1 dată/12 luni

22.1 carne
22.2 pește
22.3 ouă
22.4 brânză
22.5 smântână
22.6 unt
22.7 lapte
22.8 cartofi
22.9 supe
22.10 terci
22.11 legume tocate
22.12 compot
22.13 pâine

22.14 paste făinoase
22.15 dulciuri
22.16 doar 2-3 din produse (cartofi+paste făinoase+terciuri)
22.17 fructe/legume

23. Diversificarea alimentației timp de ultimele 7 zile

23.1 porumb
23.2 orez
23.3 pâine
23.4 cereale
23.5 cartofi
23.6 boboase
23.7 carne albă
23.8 carne roșie
23.9 fructe
23.10 legume
23.11 pește
23.12 lactate
23.13 ouă
23.14 zahăr

24. Practicile serviciilor medicale (alegerea stilului de viață, măsuri profilactice)

24.1 *Vaccinarea:*
24.1.1 se efectuează la termen
24.1.2 nu se efectuează la termen
24.1.3 nu se efectuează
24.2 *Deprinderi igienice*
24.2.1 *Spălatul pe dinți:*
24.2.2 nu se spală pe dinți
24.2.3 se spală regulat (1-2 ori/zi)
24.2.4. *neregulat:*
24.2.4.1 1/zi
24.2.4.2 1-2 ori/săptămână
24.2.4.3 mai rar de 1dată/săptămână
24.2.5 *Scăldatul:*
24.2.5.1 regulat (zilnic)
24.2.5.2 neregulat
24.2.5.3 *Frecvența*
24.2.5.3.1 1 dată/1zi
24.2.5.3.2 1-2ori/săptămână
24.2.5.3.3 1 dată/săptămână
24.2.5.3.4 mai rar de 1 dată/săptămână
24.2.6 *Spălatul pe mâni cu săpun*
24.2.6.1 1-2 ori/zi
24.2.6.2 1dată/zi
24.2.6.3 mai rar de 1 dată/zi

25. Deprinderi nocive

25.1 nu are
25.2 are, motivația
25.2.1 lipsește
25.2.2 vrea să atragă atenția părinților plecați
25.2.3 dorește să pară mai matur

25.3 *Ce deprinderi nocive are:*
25.3.1 fumatul
25.3.2 folosirea băuturilor alcoolice
25.3.3 folosirea drogurilor
25.3.4 relații sexuale precoce:
25.3.4.1 *cu efecte nedorite*
25.3.4.1.1 maladii sexual-transmisibile
25.3.4.1.2 sarcină nedorită
25.3.4.1.3 stres
25.3.4.1.4 depresie
25.3.4.2 fără efecte nedorite
25.4 *nu au apărut deprinderi nocive:*
25.4.1 din motive de educație
25.4.2 din motive religioase
25.4.3 cunoaște efectele nocive
25.4.4 nu dorește să-i streseze pe părinti

26. Morbiditatea copiilor marcați de migrație

26.1 *Frecvența episoadelor de boală/pe an înainte de migrația parentală de muncă*
26.1.1 câte 1-4 ori/an
26.1.2 câte 4-6 ori/an
26.1.3 mai mult de 6 ori/an
26.1.4 fiecare 2 săptămâni
26.1.5 fiecare lună
26.2 *Frecvența episoadelor de boală/pe an după migrația parentală de muncă*
26.2.1 1-4 ori/an
26.2.2 4-6 ori/an
26.2.3 mai mult de 6 ori/an
26.2.4 fiecare 2 săptămâni
26.2.5 fiecare lună

27. Care sistem este afectat mai des

27.1 Tegumente/mucoase
27.2 Dentar
27.3 Văzul
27.4 *Patologie alergică:*
27.4.1 urticarie acută
27.4.2 toxicodermie
27.4.3 astm bronșic
27.4.4 rinită alergică
27.4.5 conjunctivită alergică
27.4.6 dermatită atopică
27.5 *Locomotor:*
27.5.1 dereglări de mers
27.5.2 PCI
27.6 *Sistemul respirator:*
27.6.1 rinita
27.6.2 otita
27.6.3 sinuzita cronică
27.6.4 faringita
27.6.5 laringotraheita
27.6.6 bronșita obstructivă

27.6.7 bronșita simplă
27.6.8 tuse cronică
27.6.9 pneumonii, evoluție acută
27.6.10 pneumonii, evoluție trenantă
27.6.11 TBC
27.6.12 maladii ereditare sau congenitale
27.7 *Sistemul cardio-vascular*
27.7.1 cardialgii, zilnic
27.7.2 cardialgii la emoții
27.7.3 cardialgii la efort fizic
27.7.4 MCC
27.7.5 stări sincopale
27.7.6 crize cianogene
27.7.7 dispnee
27.7.8 palpitații
27.7.9 vertijuri
27.8. *Sistemul digestiv*
27.8.1 dureri abdominale
27.8.2 vome
27.8.3 grețuri
27.8.4 eructații
27.8.5 diaree
27.8.6 constipație
27.8.7 pirozis
27.8.8 stomatita
27.8.9 gastrite
27.8.10 boala ulceroasă
27.8.11 pancreatita
27.8.12 colecistita
27.8.13 hepatita
27.8.14 cr. hepatic
27.8.15 colita
27.8.16 colon iritabil
27.9 *Sistemul renourinar*
27.9.1 cistita
27.9.2 pielonefrita
27.9.3 glomerulonefrita
27.9.4 urolitiaza
27.9.5 IR
27.9.6 enurezis
27.10 *Sistemul reproductiv*
27.10.1 vulvita
27.10.2 vulvovaginita
27.10.3 sarcini
27.10.4 avorturi
27.11 *Sistemul hematopoietic*
27.11.1 anemie
27.11.2 vasculita
27.11.3 limfoadenopatie
27.11.4 splenomegalie

27.11.5 hepatomegalie
27.11.6 trombocitopatie
27.11.7 epistaxis
27.12 *Sistemul nervos*
27.12.1 *RPMV*
27.12.2 retard verbal
27.12.3 retard motor
27.12.4 sindrom convulsiv
27.12.5 microcefalie
27.12.6 patologie ereditară a sistemului nervos
27.12.7 PCI
27.12.8 nevralgii
27.12.9 dereglări de tonus muscular
27.13 *Dereglări metabolice*
27.13.1 obezitate
27.13.2 malnutriție
27.14 *Stări carențiale*
27.14.1 rahitism
27.15 *Stări de urgență:*
27.15.1 hemoragii
27.15.2 urticării acute
27.15.3 edem Quincke
27.15.4 șoc anafilactic
27.15.5 convulsii
27.15.6 stop respirator
27.15.7 stop cardiac
27.15.8 sincopa
27.15.9 abdomen acut
27.15.10 traumatism:
27.15.10.1 ocazional
27.15.10.2 accidente
27.16 *Abuzuri:*
27.16.1 fizic
27.16.2 psihic
27.16.3 sexual

28. Adresabilitatea copiilor pentru asistență medicală pe motiv de boală

28.1 *nu s-a adresat după ajutor, motiv*
28.1.1 a trece fără tratament
28.1.2 este departe medicul
28.1.3 nu are bani
28.1.4 nu-l va ajuta nimeni
28.2 *s-a adresat după ajutor, cui*
28.2.1 părintelui rămas
28.2.2 tutelei
28.2.3 rudelor
28.2.4 profesorului
28.2.5 medicului
28.3 *după adresare nu a fost ajutat, motiv*
28.3.1 stare ușoară
28.3.2 l-au neglijat

28.3.3 l-au intimidat
28.4 *după adresare l-au ajutat, cum*
28.4.1 tratament de urgență
28.4.2 internare în staționar
28.4.3 tratament cu monitorizare ulterioară
28.4.4 profilaxie ulterioară și regulată
28.5 *Remunerarea tratamentului*
28.5.1 tratament gratis
28.5.2 *cu plată*
28.5.2.1 din banii proprii
28.5.2.2 din banii câștigați prin munca proprie a copilului
28.5.2.3 împrumut
28.5.2.4 banii părinților
28.5.2.5 altor persoane
28.6 *Satisfacerea de serviciul medical acordat*
28.6.1 asistență medicală satisfăcătoare
28.6.2 *nesatisfăcătoare, motiv*
28.6.2.1 intimidare
28.6.2.2 tardiv
28.6.2.3 neglijență
28.6.2.4 medicamente ieftine, neeficiente
28.7 *Punctul de asistență medicală este plasat*
28.7.1 aproape (în localitatea de trai)
28.7.2 departe (comuna vecină)
28.7.3 foarte departe (spitalul raional)
28.8 *Ajunge la centrul de asistență medicală*
28.8.1 pe jos
28.8.2 *cu transport:*
28.8.2. propriu
28.8.2.2 rudelor
28.8.2.3 tutelei
28.8.2.4 ocazional

29. Ajunge la centrul de asistență medical (CMF):

29.1 pe jos
29.2 cu transport:
29.2.1 propriu
29.2.2 rudelor
29.2.3 tutelei
29.2.4 ocazional

30. Școlarizarea copilului

30.1 *Debutul instituționalizării/școlarizării (grădiniță, școală)*
30.1.1 până la 3 ani
30.1.2 3.1-6 ani
30.1.3 6.1-7 ani
30.1.4 7.1-8 ani
30.1.5 după vârsta de 8 ani
30.2 *Vârsta abandonului școlar*
30.2.1 după clasa 1-3
30.2.2 după clasa 4-7
30.2.3 după clasa 8-9

30.2.4 după clasa 10
30.3 *Lipsește la școală (zile)*
30.3.1 1/zi săptămână
30.3.2 1-2/zile în săptămână
30.3.3 2-3/zile în săptămână
30.3.4 mai mult de 3 zile/săptămână
30.4 *Reușita școlară (nota medie)*
30.4.1 mai mică de 5
30.4.2 6-7
30.4.3 7-8
30.4.4 9-10
30.5 *A plecat în clasa 1*
30.5.1 la termen
30.5.2 *cu întârziere, motiv:*
30.5.2.1 de sănătate
30.5.2.2 nu s-a preocupat de copil nimeni pentru înmatricularea la școală la termen
30.6 *continuă să frecventeze școala:*
30.6.1 regulat
30.6.2 *neregulat, motiv:*
30.6.2.1 boală
30.6.2.2 a lucrat pentru a se întreține
30.7 *Abandon școlar, motiv:*
30.7.1 insistența părintelui
30.7.2 insistența rudelor
30.7.3 insistența tutelei
30.7.4 nu are surse financiare,
30.7.5 s-a căsătorit
30.7.6 îngrijește de frații mai mici
30.7.7 s-a angajat la serviciu
30.7.8 departe de casă

31. Viziunea îngrijitorilor/profesorilor despre reușita școlară a copilului:

31.1 învață ca de obicei
31.2 *mai prost, motiv:*
31.2.1 are multe lipse, motiv boală
31.2.2 nu-l ajută nimeni
31.2.3 a devenit necontrolabil
31.2.4 are multe lipse, nu vede necesarul școlarizării
31.*3* *mai bine, motiv:*
31.3.1 dorește să bucure părintii
31.3.2 are condiții mai bune de trai și existență, după migrația părintelui la muncă
31.3.3 dorește un viitor frumos
31.4 *Cheltuieli pentru școală*
31.4.1 *Cheltuieli pe lună/an, lei:*
31.4.1.1 mai puțin de 50 lei
31.4.1.2 51-100 lei
31.4.1.3 101-300 lei
31.4.1.4 301-500 lei
31.4.1.5 mai mult de 500 lei
31.4.2. *Cheltuieli necesarele pentru școală:*
31.4.2.1 rechizite

31.4.2.2 haine
31.4.2.3 reparații la școală
31.4.2.4 alimentare
31.4.2.5 repetitori

32. Activitatea economică

32.1 *Activitatea în afara gospodăriei proprii*
32.1.1 contra plată
32.1.2 barter
32.1.3 ore pe zi, zilnic
32.1.4 zile în săptămână
32.1.5 câteva ori pe lună
32.1.6 mai rar de 1 dată/lună
32.2 *Activitatea în gospodăria proprie*
32.2.1 zilnic
32.2.2 2-3/săptămână
32.2.3 1-2ori/lună
32.2.4 mai rar de 1 dată/lună
32.3 *Copilul nu lucrează contra plată*
32.3.1 copilul lucrează contra plată:
32.3.2. frecvența zilnică
32.3.3 2-3 ori/săptămână
32.3.4 2-3 ori/lună
32.3.5 lunar (1dată/lună)
32.4 *Copilul lucrează pentru mâncare*
32.4.1 zilnic
32.4.2 2 ori/săptămână
32.5 *Copilul lucrează pentru remunerare financiară*
32.5.1 ocazional
32.5.2 regulat (contract, înțelegere verbală)
32. 6. *Suma remunerării*
32.6.1 50-100 lei/lună
32.6.2 101-300 lei/lună
32.6.3 301-500 lei/lună
32.6.4 mai mult de 500 lei/lună
32.7 *Are satisfacție de activitatea economică*
32.7.1 da
32.7.2 nu (mult lucrează)
32.7.3 nu (remunerarea mică)
32.8 *Influențează activitatea economică asupra nivelului reuşitei școlare (după părerea copilului)*
32.8.1 influență negativă
32.8.2 fără influență negativă
32.8.3 pozitivă
32.9 *Pentru ce folosește remunerarea*
32.9.1 procurarea alimentelor
32.9.2 procurarea medicamentelor
32.9.3 procurarea hainelor
32.9.4 procurarea rechizitelor școlare
32.9.5 plata serviciilor comunale
32.10 *Activitatea în gospodăria proprie (a familiei)*

32.10.1 frecvența zilnică
32.10.2 frecvență săptămânală
32.10.3 frecvență lunară
32.10.4 *Lucrează în gospodărie:*
32.10.4.1 de sine stătător
32.10.4.2 cu ajutor (părinte rămas, rude, tutore, prieteni)
32.10.5 *Lucrul în gospodărie include:*
32.10.5.1 prepararea mâncării
32.10.5.2 curățenie
32.10.5.3 aduce apă (de la fântână, izvor)
32.10.5.4 are grijă de animalele domestice
32.10.5.5 lucrează în grădină
32.10.5.6 îngrijește de frații mai mici

Efecte social-psihologice:

33. Problemele comportamentale apărute pe parcursul ultimei luni, conform relatărilor îngrijitorilor/rudelor copiilor
33.1 nu au apărut probleme
33.2 *au apărut:*
33.2.1 agresivitate
33.2.2 depresie
33.2.3 izolare
33.2.4 nedisciplinare
33.3. *Copilul a devenit după plecarea părintelui:*
33.3.1 nu s-a schimbat
33.3.2 depresiv
33.3.3 trist
33.3.4 închis în sine
34. Supus abuzului
34.1 *Abuz psihic din partea:*
34.1.1 rude
34.1.2 părinte propriu
34.1.3 mama/tata-vitreg
34.1.4 prieteni
34.1.5 vecini
34.1.6 profesori
34.1.7 colegi de școală
34.1.8 persoane străine
34.1.9 *Vârsta de debut al abuzului*
34.1.9.1 5-7 ani
34.1.9.2 7.1-10 ani
34.1.9.3 10.1-12 ani
34.1.9.4 12.1-15 ani
34.1.9.5 15.1-18 ani
34.1.10 *Frecvența abuzului psihic*
34.1.10.1 zilnic
34.1.10.2 2ori/săptămână
34.1.10.3 lunar
34.1.10.4 1dată/3 luni
34.1.10.5 1 dată/6 luni

34.1.10.6 mai rar de 1dată/6 luni
34.2 *Abuz fizic*
34.2.1 rude
34.2.2 părinte propriu
34.2.3 mama/tata-vitreg
34.2.4 prieteni
34.2.5 vecini
34.2.6 profesor
34.2.7 colegi de școală
34.2.8 persoane străine
34.2.9 *Vârsta de debut al abuzului*
34.2.9.1 5-7 ani
34.2.9.2 7.1-10 ani
34.2.9.3 10.1-12 ani
34.2.9.4 12.1-15 ani
34.2.9.5 15.1-18ani
34.2.10 *Frecvența abuzului fizic*
34.2.10.1 zilnic
34.2.10.2 2ori/săptămână
34.2.10.3 lunar
34.2.10.4 1 dată/3 luni
34.2.10.5 1 dată/6 luni
34.2.10.6 mai rar de 1dată/6 luni
34.3 *Abuzul sexual al copilului abandonat, de către:*
34.3.1 rude
34.3.2 părinte vitreg
34.3.3 prieteni
34.3.4 vecini
34.3.5 profesori
34.3.6 colegi de școală
34.3.7 persoane străine
34.3.8 *Vârsta de debut al abuzului*
34.3.8.1 5-7 ani
34.3.8.2 7.1-10 ani
34.3.8.3 10.1-12 ani
34.3.8.4 12.1-15 ani
34.3.8.5 15.1-18 ani
34.3.9 *Frecvența abuzului sexual*
34.3.9.1 zilnic
34.3.9.2 2ori/săptămână
34.3.9.3 lunar
34.3.9.4 1 dată/3 luni
34.3.9.5 1 dată/6 luni
34.3.9.6 mai rar de 1dată/6 luni

35. Informație despre persoana îngrijitoare

35.1 părinte (tata, mama)
35.2 grad de rudenie
35.2.1 frate/soră
35.2.2 moș/tanti/unchi
35.2.3 bunel/bunică

35.2.4 verișor/verișoară
35.3 nerude, membru al familiei (tatăl vitreg, mama vitregă)
35.4 nerude
35.4.1 prieteni de familie
35.4.2 vecini
35.4.3 profesor
35.5 *Vârsta îngrijitorului*
35.5.1 18-30 ani
35.5.2 31-40 ani
35.5.3 41-50 ani
35.5.4 mai mult de 50 ani
35.6. *Serviciul permanent al tutelei*
35.6.1 are
35.6.2 nu are
35.7 *Se întreține din remitențele părinților copilului*
35.7.1 da
35.7.2 nu
35.8 *Durata îngrijirii*
35.8.1 până la 1 an
35.8.2 1-2 ani
35.8.3 2-3ani
35.8.4 3-5ani
35.8.5 mai mult de 5ani
35.9 *Relațiile între copil și tutelă*
35.9.1 neutre
35.9.2 satisfăcătoare
35.9.3 nesatisfăcătoare
35.10 *Îngrijitorii despre modificarea relațiilor cu copiii*
35.10.1 au devenit mai bune
35.10.2 au devenit mai tensionate
35.10.3 nu s-au modificat
35.11 *Îngrijitorul vizitează copilul:*
35.11.1 des, zilnic
35.11.2 rar, 1 dată/săptămână
35.11.3 foarte rar, 1 dată/lună
35.11.4 extrem de rar, 1-2 ori/an
35.11.5 nu vizitează, copilul îl vizitează singur

36. Particularitățile condițiilor de trai ale copilului

36.1 satisfăcătoare
36.2 nesatisfăcătoare
36.3 *apartament:*
36.3.1 nou
36.3.2 vechi
36.3.3 curat
36.3.4 luminos
36.3.5 uscat
36.3.6 mucegai
36.4 *garsonieră în cămin:*
36.4.1 nou
36.4.2 vechi

36.4.3 curat
36.4.4 luminos
36.4.5 uscat
36.4.6 mucegai
36.5 *casă pe pământ:*
36.5.1 nou
36.5.2 vechi
36.5.3 curat
36.5.4 luminos
36.5.5 uscat
36.5.6 mucegai
36.6 *apartament în chirie:*
36.6.1 nou
36.6.2 vechi
36.6.3 curat
36.6.4 luminos
36.6.5 uscat
36.6.6 mucegai
36.7 fără loc stabil de trai
36.8 *locuința (numărul de camere):*
36.8.1 1 cameră
36.8.2 2 camere
36.8.3 3 camere
36.8.4 mai mult de 3 camere
36.9 *Are copilul cameră separată*
36.9.1 da
36.9.2 nu
36.10. *Are copilul patul său*
36.10.1 da
36.10.2 nu
36.11 *Locuiesc într-o cameră:*
36.11.1 2 persoane
36.11.2 3 persoane
36.11.3 mai mult de 3 persoane
36.12 *Este satisfăcut de condițiile de trai*
36.12.1 da
36.12.2 nu
36.17 *Locul de trai dotat cu:*
36.17.1 lumină:
36.17.1.1 permanentă
36.17.1.2 deconectată
36.18 TV
36.19 telefon staționar
36.20 telefon mobil
36.21 calculator (planșet, tabletă)
36.22 radiou
36.23 frigider
36.24 *veceu:*
36.24.1 în casă
36.24.2 afară

36.25 cameră de baie/duș
36.26 *apă:*
36.26.1 rece
36.26.2 rece și caldă
36.26.3 apă din fântână
36.27 gaz centralizat
36.28 *focul se face:*
36.28.1 la cuptor
36.28.2 sobă
36.29 se încălzesc cu căminul
36.30 mașină de spălat
36.31 cuptor cu microunde
36.32 cuptor electric
36.33 *Lotul de pământ pentru creșterea legumelor/fructelor este utilizat:*
36.33.1 da
26.33.2 nu

27. Informația despre părinți

27.1 *Despre mama*
27.1.1 naționalitatea
27.1.2 vârsta actuală:
27.1.2.1 20-30 ani
27.1.2.2 31-40 ani
27.1.2.3 41-50 ani
27.1.2.4 mai mult de 50 ani
27.1.3 *Vârsta la momentul migrației*
27.1.3.1 20-30 ani
27.1.3.2 31-40 ani
27.1.3.3 41-50 ani
27.1.3.4 mai mult de 50 ani
27.1.4 *Starea sănătății*
27.1.4.1 satisfăcătoare
27.1.4.2 nesatisfăcătoare
27.1.5 *Studii*
27.1.5.1 medii finalizate
27.1.5.2 medii nefinalizate
27.1.5.3 medii-speciale
27.1.5.4 superioare finalizate
27.1.5.5 superioare nefinalizate
27.2 *Despre tata*
27.2.1 naționalitatea
27.2.2 *Vârsta actuală:*
27.2.2.1 20-30 ani
27.2.2.2 31-40 ani
27.2.2.3 41-50 ani
27.2.2.4 mai mult de 50 ani
27.2.3 *Vârsta la debutul migrației*
27.2.3.1 20-30 ani
27.2.3.2 31-40 ani
27.2.3.3 41-50 ani
27.2.3.4 mai mult de 50 ani

27.3 *Starea sănătății*
27.3.1 satisfăcătoare
27.3.2 nesatisfăcătoare
27.4 *Studii*
27.4.1 medii finalizate
27.4.2 nefinalizate
27.4.3 medii-speciale
27.4.4 superioare finalizate
27.4.5 nefinalizate

28. Reîntoarcerea părintelui migrant acasă

28.1 *Frecvența reîntoarcerii:*
28.1.1 lunar
28.1.2 1 dată la 3 luni
28.1.3 1 dată la 6 luni
28.1.4 1dată pe an
28.1.5 1 dată la 2-3 ani
28.1.6 mai rar de 1 dată la 2-3 ani
28.2 *Timpul petrecut de migrant acasă*
28.2.1 mai puțin de 1 săptămână
28.2.2 1 săptămână
28.2.3 2-4 săptămâni
28.2.4 1-2 luni
28.2.5 2-4 luni
28.2.6 4-6 luni
28.2.7 mai mult de 6 luni
28.3 *Contactele părinților cu copiii rămași prin:*
28.3.1 telefon
28.3.2 skype
28.3.3 colete
28.4 *Frecvența contactelor cu părinții*
28.4.1 1 dată la 2/săptămâni
28.4.2 lunar
28.4.3 mai rar de 1dată/lună
28.4.4 nu sunt contacte

29. Efectele negative ale migrației, conform părerii părintelui rămas/ îngrijitorului/ tutelei

29.1 copii au devenit mai agresivi, nedisciplinați
29.2 copii au devenit mai închiși în sine, indispuși
29.3 sunt lipsiți de control parental și model de exemplu
29.4 sunt mai supuși intimidării

30. Efectele pozitive ale migrației, relatate de respondenți

30.1 mai multe surse financiare pentru asigurarea medicală
30.2 mai multe surse pentru școlarizarea copiilor
30.3 alimentație mai diversificată și calitativă
30.4 mai multe surse pentru ameliorarea condițiilor de trai
30.5 un comportament mai bun față de copil

31. Integritatea familiei după migrație

31.1 Familie integră
31.2 Familie dezintegrată

Chestionar

pentru aprecierea calității vieții copiilor marcați/neafectați de migrația parentală de muncă
(Peds QL™ Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 - English version)

RAPORTUL COPILULUI MIC (vârsta 5-7 ani)

Arătați copilului această tabelă și demonstrați răspunsurile care le citiți:
"- Dacă aceasta nu reprezintă deloc o problemă pentru tine, arată mutrișoara care zâmbește."
"- Daca aceasta uneori reprezintă o problemă pentru tine, arată mutrișoara din mijloc, însă dacă aceasta este o problemă mare, arata mutrișoara încruntată".

Problema	Absolut nu	Uneori	Frecvent
Îmi este dificil sa fac "*clic* " cu degetele	☺	😑	☹

"- Gândește-te despre ceea ce ai făcut în ultimele câteva săptămâni."
"- Te rog, sa asculți atent fiecare propoziție si sa-mi spui în ce măsură aceasta este o problemă pentru tine ?"

Funcționare Fizică	Absolut nu	Uneori	Frecvent
Îți este dificil să mergi	0	2	4
Îți este dificil să fugi	0	2	4
Îți este dificil să faci sport sau exerciții	0	2	4
Îți este dificil să ridici ceva greu	0	2	4
Îți este dificil să faci duș sau baie	0	2	4
Îți este dificil să faci ordine prin casă	0	2	4
Tu ai dureri (unde?...)	0	2	4
Nu te poți juca, fiind obosit	0	2	4

"- Spune-mi, în ce măsură aceasta reprezintă o problemă pentru tine în ultimele câteva săptămâni ?"

Funcționare Emoțională	Absolut nu	Uneori	Frecvent
Te simți înfricoșat	0	2	4
Te simți trist	0	2	4
Te simți furios	0	2	4
Ai probleme cu somnul	0	2	4
Îți faci griji pentru viitorul tău	0	2	4

Funcționare Socială	Absolut nu	Uneori	Frecvent
Îți este dificil să comunici cu alți copii	0	2	4
Alți copii nu vor să se joace cu tine	0	2	4

Alți copii de zădără/tachinează	0	2	4
Nu poți face activități care alți copii de vârsta ta efectuează (ex: exerciții fizice)	0	2	4
Îți este dificil sa susții jocul, când te joci cu alți copii	0	2	4

Funcționare Școlară	Absolut nu	Uneori	Frecvent
Îți este dificil să menții atenția la scoală	0	2	4
Ai probleme cu memoria (uiți materialul citit)	0	2	4
Îți este dificil să ai o reușită satisfăcătoare la școală	0	2	4
Lipsești de la școală din motiv de sănătate	0	2	4
Lipsești de la scoală din motivul necesității de a merge la medic	0	2	4

RAPORTUL PARINTELUI COPILULUI MIC (vârsta 5-7 ani)

"In ultima lună, copilul Dvs s-a confruntat cu problema ..."

Funcționare Fizică (probleme cu…)	Niciodată	Practic niciodată	Uneori	Deseori	Practic permanent
Dificil a merge mai mult decât un cartier	0	1	2	4	4
Dificil a fugi	0	1	2	3	4
Dificil a participa în activități sportive sau exerciții	0	1	2	3	4
Dificil a ridica ceva greu	0	1	2	3	4
Dificil a face duș sau baie de sine stătător	0	1	2	3	4
Dificil a lucra împrejurul casei	0	1	2	3	4
Are dureri, maladii	0	1	2	3	4
Simte un nivel scăzut de energie (oboseală, extenuare)	0	1	2	3	4

Funcționare Emoțională (probleme cu…)	Niciodată	Practic niciodată	Uneori	Deseori	Practic permanent
Se simte înfricoșat sau speriat	0	1	2	3	4
Se simte trist sau indispus	0	1	2	3	4
Se simte furios	0	1	2	3	4
Are probleme cu somnul	0	1	2	3	4
Retrăiește pentru viitorul său	0	1	2	3	4

Funcționare Socială (probleme cu…)	Niciodată	Practic niciodată	Uneori	Deseori	Practic permanent
Dificil comunică cu alți adolescenți	0	1	2	3	4

Alți copii nu doresc să comunice cu el	0	1	2	3	4
Este tachinat/zădărât de alți copii	0	1	2	3	4
Nu este în stare sa îndeplinească activități, care alți copii de vârsta ei/lui efectuează	0	1	2	3	4
Dificil a susține relații de prietenie cu alți adolescenți	0	1	2	3	4

Funcționare Școlară (probleme cu…)	**Niciodată**	**Practic niciodată**	**Uneori**	**Deseori**	**Practic permanent**
Dificil a menține atenția la ore	0	1	2	3	4
Are probleme de memorie	0	1	2	3	4
Dificil se isprăvește cu activitățile școlare	0	1	2	3	4
Lipsește de la școală din motiv de sănătate	0	1	2	3	4
Lipsește de la școală din motiv că merge la medic	0	1	2	3	4

Chestionar

pentru aprecierea calității vieții copiilor marcați/neafectați de migrația parentală de muncă *(Peds QL™ Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 - English version)*

RAPORTUL COPILULUI (vârsta 8-12 ani)

"- În ultima lună, a fost pentru tine o problemă..? "

Funcționare Emoțională (problemă cu…)	**Niciodată**	**Practic niciodată**	**Uneori**	**Deseori**	**Practic permanent**
Sunt speriat sau înfricoșat	0	1	2	3	4
Mă simt trist sau indispus	0	1	2	3	4
Mă simt furios	0	1	2	3	4
Am probleme de somn	0	1	2	3	4
Sunt îngrijorat de viitorul meu	0	1	2	3	4

Funcționare Socială (probleme cu…)	**Niciodată**	**Practic niciodată**	**Uneori**	**Deseori**	**Practic permanent**
Îmi este dificil a interacționa cu alți adolescenți	0	1	2	3	4
Alți adolescenți nu vor să prietenească cu mine	0	0	2	3	4
Alți adolescenți mă zădără/tachinează	0	1	2	3	4

Eu nu pot face unele activități pe care alți adolescenți de vârsta mea le efectuează	0	0	1	3	4
Imi este greu sa întrețin relații cu alți adolescenți de vârsta mea	0	1	2	3	4

Funcționare Școlară (probleme cu…)	**Niciodată**	**Practic niciodată**	**Uneori**	**Deseori**	**Practic permanent**
Îmi este dificil să mențin atenția la ore	0	1	2	3	4
Am probleme de memorie	0	1	2	3	4
Îmi este dificil să mă isprăvesc cu activitățile școlare	0	1	2	3	4
Lipsesc de la scoală din motiv de boală	0	1	2	3	4
Lipsesc de la scoală din motivul necesității să merg la medic	0	1	2	3	4

RAPORTUL PĂRINȚILOR COPIILOR (8-12 ani)

"- În ultima lună, în ce măsură aceasta a fost o problemă pentru copilul Dvs ?"

Funcționare Fizică (problemă cu…)	**Niciodată**	**Practic niciodată**	**Uneori**	**Deseori**	**Practic permanent**
A merge mai mult decât un cartier	0	1	2	2	4
A fugi	0	1	2	3	4
A participa în activități sportive sau exerciții	0	1	2	3	4
A ridica ceva greu	0	1	2	4	4
A face duș sau baie de sine stătător	0	1	2	4	4
A lucra împrejurul casei	0	1	2	4	4
A avea dureri, maladii	0	1	2	3	4
A simți un nivel scăzut de energie (oboseală)	0	1	2	3	4

Funcționare Emoțională (problemă cu…)	**Niciodată**	**Practic niciodată**	**Uneori**	**Deseori**	**Practic permanent**
Se simte înfricoșat sau speriat	0	1	2	4	4
Se simte trist sau indispus	0	1	2	4	4
Se simte furios	0	1	2	4	4
Are probleme cu somnul	0	1	2	3	4
Se îngrijorează pentru viitorul său	0	1	2	3	4

Funcționare Socială (problemă cu…)	Niciodată	Practic niciodată	Uneori	Deseori	Practic permanent
Dificultăți de comunicare cu alți adolescenți	0	1	2	3	4
Alți adolescenți nu doresc să prietenească	0	1	2	3	4
Este zădărât/tachinat de alți adolescenți	0	1	2	3	4
Nu este în stare sa îndeplinească unele activități, pe care alți adolescenți de vârsta ei/lui efectuează	0	1	2	3	4
Dificil susține relații cu alți adolescenți	0	1	2	3	4

Funcționare Școlară (problemă cu…)	Niciodată	Practic niciodată	Uneori	Deseori	Practic permanent
Dificil menține atenția la ore	0	1	2	3	4
Are probleme de memorie	0	1	2	3	4
Dificil se isprăvește cu activitățile școlare	0	1	2	3	4
Lipsește de la școală din motiv de boală	0	1	2	3	4
Lipsește de la școală din motivul necesității a merge la medic	0	1	2	3	4

Chestionar
pentru aprecierea calității vieții copiilor marcați/neafectați de migrația parentală de muncă *(Peds QL™ Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 - English version)*

RAPORTUL ADOLESCENTULUI (vârsta 13-18 ani)

”- In ultima lună, ar fi aceasta o problemă pentru tine ? “

Funcționare Fizică (probleme cu…)	Niciodată	Practic niciodată	Uneori	Deseori	Practic permanent
Îmi este dificil să merg mai mult decât un cartier	0	1	2	3	4
Îmi este dificil să fug	0	1	2	3	4
Îmi este dificil să fac sport sau exerciții	0	1	2	3	4
Îmi este dificil să ridic ceva greu	0	1	2	3	4
Îmi este dificil să fac dus sau baie de sine stătător	0	1	2	3	4
Îmi este dificil să îndeplinesc activități împrejurul casei	0	1	2	3	4

Deseori am dureri	0	1	2	3	4
Deseori simt oboseală	0	1	2	3	4

Funcționare Emoțională (probleme cu…)	**Niciodată**	**Practic niciodată**	**Uneori**	**Deseori**	**Practic permanent**
Frecvent sunt speriat sau înfricoșat	0	1	2	3	4
Frecvent simt tristețea, sunt indispus	0	1	2	3	4
Frecvent mă simt furios	0	1	2	3	4
Am probleme cu somnul	0	1	2	3	4
Ma îngrijorează viitorul propriu	0	1	2	3	4

Funcționare Socială (probleme cu…)	**Niciodată**	**Practic niciodată**	**Uneori**	**Deseori**	**Practic permanent**
Îmi este dificil să interacționez cu alți adolescenți	0	1	2	3	4
Alți adolescenți nu doresc să prietenească cu mine	0	1	2	3	4
Alți adolescenți mă zădără/tachinează	0	1	2	3	4
Nu pot face activități care alți adolescenți de vârsta mea efectuează	0	1	2	3	4
Îmi este dificil să susțin relații cu alți adolescenți de vârsta mea	0	1	2	3	4

Funcționare Școlară (probleme cu…)	**Niciodată**	**Practic niciodată**	**Uneori**	**Deseori**	**Practic permanent**
Îmi este dificil să mențin atenția la ore	0	1	2	3	4
Am probleme de memorie	0	1	2	3	4
Dificil să mă isprăvesc cu activitățile școlare	0	1	2	3	4
Lipsesc de la scoală din motiv de boală	0	1	2	3	4
Lipsesc de la scoală din motivul necesității a merge la medic	0	1	2	3	4

RAPORTUL PARINȚILOR DESPRE ADOLESCENT (vârsta 13 - 18 ani)

"- In ultima luna, adolescentul Dvs s-a confruntat cu probleme în…?"

Funcționare Fizică	**Niciodată**	**Practic niciodată**	**Uneori**	**Deseori**	**Practic permanent**

A merge mai mult decât un cartier	0	1	2	3	4
A fugi	0	1	2	3	4
A participa în activități sportive sau exerciții	0	1	2	3	4
A ridica ceva greu	0	1	2	3	4
A face dus sau baie de sine stătător	0	1	2	3	4
A lucra împrejurul casei	0	1	2	3	4
A avea dureri, maladii	0	1	2	3	4
Simte un nivel scăzut de energie (oboseală)	0	1	2	3	4

Funcționare Emoțională (problemă cu…)	**Niciodată**	**Practic niciodată**	**Uneori**	**Deseori**	**Practic permanent**
Se simte înfricoșat sau speriat	0	1	2	3	4
Se simte trist sau indispus	0	1	2	3	4
Se simte furios	0	1	2	3	4
Are probleme cu somnul	0	1	2	3	4
Se îngrijorează pentru viitorul său	0	1	2	3	4

Funcționare Socială (probleme cu…)	**Niciodată**	**Practic niciodată**	**Uneori**	**Deseori**	**Practic permanent**
Are dificultăți de comunicarea cu alți adolescenți	0	1	2	3	4
Alți adolescenți nu doresc să prietenească	0	1	2	3	4
Este zădărât/tachinat de alți adolescenți	0	1	2	3	4
Nu este în stare sa îndeplinească activități, pe care alți adolescenți de vârsta ei/lui efectuează	0	1	2	3	4
Dificil susține relații cu alți adolescenți	0	1	2	3	4

Funcționare Școlară (probleme cu…)	**Niciodată**	**Practic niciodată**	**Uneori**	**Deseori**	**Practic permanent**
Dificil menține atenția la ore	0	1	2	3	4
Are probleme de memorie	0	1	2	3	4
Dificil se isprăvește cu activitățile școlare	0	1	2	3	4
Lipsește de la scoală din motiv de boală	0	1	2	3	4
Lipsește de la scoală din motivul necesității de a merge la medic	0	1	2	3	4

Anexa 3. Tabele și figuri la capitolul 3

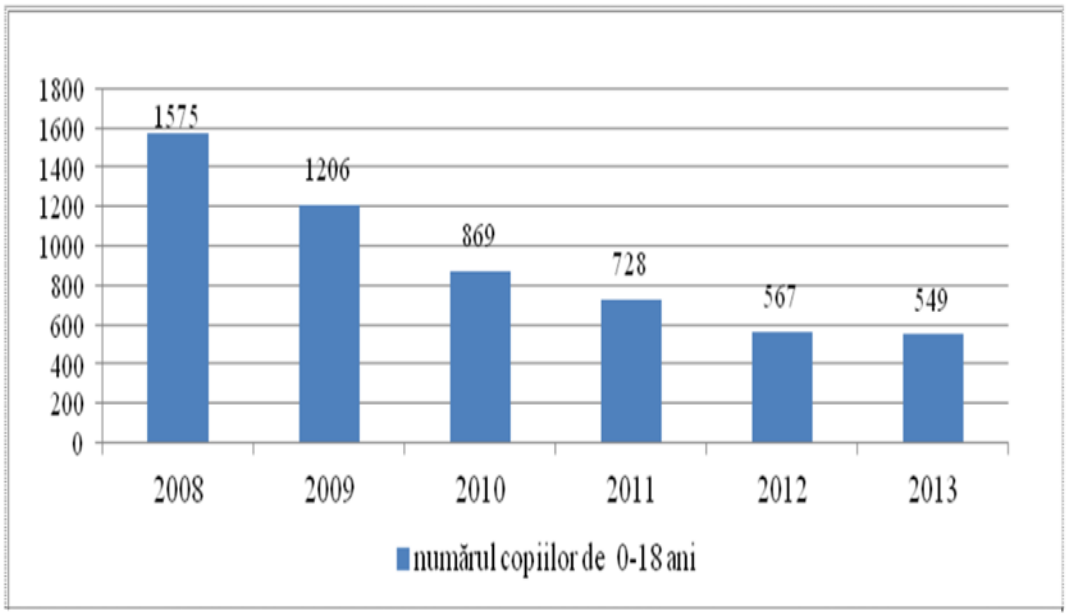


Fig. A3.1. Numărul copiilor luați peste hotare de către părinți, în perioada anilor 2008 - 2013, persoane, [182]

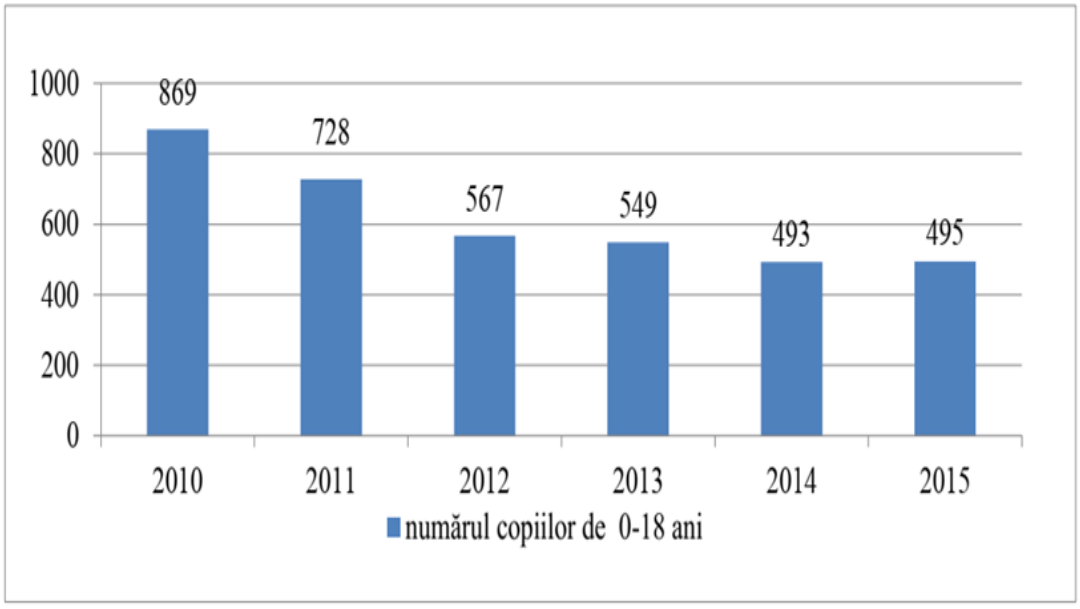


Fig. A3.2. Numărul anual de copii plecați peste hotare împreună cu părinții, în perioada anilor 2010 - 2015, persoane, [183]

Anexa 4. Tabele și figuri la capitolul 4

Tabelul A4.1. Integritatea familiilor incluse în studiu

Integritatea familiei	Lot I			Lot II		
	Abs.	%	IÎ 95 %	Abs.	%	IÎ 95 %
Familie integră	87	52,7	45,1 - 60,3	145	87,9	82,9 - 92,9
Familie dezintegrată	74	44,9	37,3 - 52,4	18	10,9	6,2 - 15,7
Familie monoparentală (decesul unui părinte)	4	2,4	0,1 - 4,8	2	1,2	0,5 - 2,9

Notă: Lot I - copii marcați de migrație; Lot II - copii fără experiența migrației parentale de muncă; $\chi 2=303,14$; gl=3; p=0,000

Tabelul A4.2. Particularitățile modificării alimentației pe parcursul ultimelor 12 luni

Alimentația copiilor pe parcursul ultimelor 12 luni	Lot I			Lot II		
	Abs.	%	IÎ 95 %	Abs.	%	IÎ 95 %
Nu s-a modificat	123	74,6	67,9 - 81,2	165	100	-
S-a ameliorat	36	21,8	15,5 - 28,1	-	-	
S-a înrăutățit	6	3,6	0,8 - 6,5	-	-	

Notă: $\chi 2=303,9$; gl=6; p=0,000

Tabelul A4.3. Frecvența alimentației zilnice

Frecvența alimentației zilnice	Lot I			Lot II		
	Abs.	%	IÎ 95 %	Abs.	%	IÎ 95 %
1 - 2 ori/zi	38	23,0	3,28 - 29,5	2	1,2	0,85 - 2,9
3 ori/zi	117	70,9	3,54 - 77,8	139	84,2	2,84 - 89,8
Mai mult de 3 ori/zi	10	6,1	1,86 - 9,7	24	14,6	2,71 - 20,1

Notă: $\chi 2=58,2$; gl=2; p = 0,000

Tabelul A4.4. Frecvența utilizării produselor alimentare

Frecvența utilizării produselor alimentare	Lot I			Lot II			χ^2 gl	p
	Abs.	%	IÎ 95 %	Abs.	%	IÎ 95 %		
Carne								
. săptămânal	126	84,6	78,8 - 90,4	160	97,0	94,4 - 99,6	15,112	0,002
. lunar	21	14,1	8,5 - 19,7	5	3,0	0,4 - 5,6	gl=3	
. 1 dată/3 luni	1	0,7	0,0 - 2,0	-	-	-		
. 1 dată/6 luni	1	0,7	0,0 - 2,0	-	-	-		
Pește								
. săptămânal	64	44,5	36,9 - 52,1	73	50,4	41,7 - 59,1	1,951	0,583
. lunar	60	47,2	38,6 - 55,9	83	50,6	43,0 - 58,3	gl=3	
. 1 dată/3 luni	2	1,6	0,0 - 3,7	6	3,7	0,8 - 6,5		
. 1 dată/6 luni	1	0,8	0,0 - 2,3	2	1,2	0,0 - 2,9		
Ouă								
. săptămânal	121	80,7	74,3 - 87,0	159	96,4	93,5 - 99,2	25,440	0,000
. lunar	29	19,3	13,0 - 25,7	4	2,4	0,1 - 4,8	gl=3	
. 1 dată/3 luni	-	-	-	1	0,6	0,0 - 1,8		
. 1 dată/6 luni	-	-	-	1	0,6	0,0 - 1,8		
Brânză								
. săptămânal	112	78,3	71,6 - 85,1	117	71,3	64,4 - 78,3	5,075	0,166
. lunar	28	19,6	13,1 - 26,1	46	28,0	21,2 - 34,9	gl=3	
. 1 dată/3 luni	1	0,7	0,0 - 2,1	1	0,6	0,0 - 1,8		
. 1 dată/6 luni	2	1,4	0,0 - 3,3	-	-	-		
Smântână								
.săptămânal	93	68,9	61,1 - 76,7	160	97,0	94,4 - 99,6	45,654	0,000
.lunar	40	29,6	21,9 - 37,3	4	2,4	0,1 - 4,8	gl=3	
.1 dată/3 luni	1	0,7	0,0 - 2,2	1	0,6	0,0 - 1,8		
.1 dată/6 luni	1	0,7	0,0 - 2,2	-	-	-		
Unt								
. săptămânal	131	90,3	85,8 - 95,2	160	97,0	94,4 - 99,6	6,627	0,085
. lunar	12	8,3	3,8 - 12,8	4	2,4	0,1 - 4,8	gl=3	
. 1 dată/3 luni	1	0,7	0,0 - 2,0	1	0,6	0,0 - 1,8		
. 1 dată/6 luni	1	0,7	0,0 - 2,0	-	-	-		
Lapte								
. săptămânal	122	84,7	78,8 - 90,6	161	97,6	95,2 - 99,9	16,808	0,002
. lunar	19	13,2	7,7 - 18,7	4	2,4	0,1 - 4,8	gl=4	
. 1 dată/3 luni	1	0,7	0,0 - 2,1	-	-	-		
. 1 dată/6 luni	1	0,7	0,0 - 2,1	-	-	-		
. 1 dată/12 luni	1	0,7	0,0 - 2,1	-	-	-		

Cartofi								
.săptămânal	141	94,0	90,2 - 97,8	163	98,8	97,1 - 100,5	5,490	0,064
.lunar	8	5,3	1,7 - 8,9	2	1,2	0,0 - 2,9	gl=2	
.1 dată/3 luni	1	0,7	0,0 - 2,0	-	-	-		
.1 dată/6 luni	-	-	-	-	-	-		
Supe								
.săptămânal	136	92,5	88,3 - 96,8	163	98,8	97,1 - 100,5	7,656	0,006
.lunar	11	7,5	3,2 - 11,7	2	1,2	0,0 - 2,9	gl=1	
.1 dată/3 luni	-	-	-	-	-	-		
.1 dată/6 luni	-	-	-	-	-	-		
Terci								
.săptămânal	114	87,0	81,3 - 92,8	163	98,8	97,1 - 100,5	16,874	
.lunar	16	12,2	6,6 - 17,8	2	1,2	0,0 - 2,9	gl=2	0,000
.1 dată/3 luni	-	-	-	-	-	-		
.1 dată/6 luni	1	0,8	0,0 - 2,3	-	-	-		
Legume								
. săptămânal	86	76,8	69,0 - 84,6	151	93,8	90,1 - 97,5		
. lunar	23	20,5	13,1 - 28,0	10	6,2	2,5 - 9,9	17,724	0,000
. 1 dată/3 luni	-	-	-	-	-	-	gl=4	
. 1 dată/6 luni	3	2,7	0,0 - 5,7	-	-	-		
Fructe								
. săptămânal	91	87,5	81,1 - 93,9	165	100,0	100,0	21,672	0,000
. lunar	8	7,7	2,61 - 12,8	-	-	-	gl=3	
. 1 dată/3 luni	1	1,0	0,0 - 2,8	-	-	-		
. 1 dată/6 luni	4	3,8	0,2 - 7,5					
Pâine								
. săptămânal	145	91,2	86,8 - 95,6	163	98,8	97,1 - 100,5	10,175	0,017
. lunar	11	6,9	3,0 - 10,9	2	1,2	0,0 - 2,9	gl=3	
. 1 dată/3 luni	1	0,6	0,0 - 1,9	-	-	-		
. 1 dată/6 luni	2	1,3	0,0 - 3,0	-	-	-		
Paste făinoase								
. săptămânal	128	94,1	90,2 - 98,1	162	98,8	97,1 - 100,5	5,196	0,074
. lunar	7	5,1	1,4 - 8,9	2	1,2	0,0 - 2,9	gl=2	
. 1 dată/3 luni	-	-	-	-	-	-		
. 1 dată/6 luni	1	0,7	0,0 - 2,2	-	-	-		
Compot								
. săptămânal	102	82,3	75,5 - 89,0	150	91,5	87,2 - 95,7	7,539	0,110
. lunar	18	14,5	8,3 - 20,7	13	7,9	3,8 - 12,1	gl=4	
. 1 dată/3 luni	1	0,8	0,0 - 2,4	1	0,6	0,0 - 1,8		
. 1 dată/6luni	2	1,6	0,0 - 3,8	-	-	-		
. 1dată/12luni	1	0,8	0,0 - 2,4	-	-	-		
Dulciuri								
. săptămânal	125	82,8	76,8 - 88,8	129	79,1,	72,9 - 85,4	2,727	
. lunar	23	15,2	9,5 - 21,0	33	20,2,	14,1 - 26,4	gl=3	0,436
. 1 dată/3 luni	2	1,3	0,0 - 3,1	1	0,6	0,0 - 1,8		
. 1 dată/6 luni	1	0,7	0,0 - 2,0	-	-	-		

Tabelul A4.5. Reușita școlară a copiilor incluși în studiu, nota medie

Nota medie	Lot I			Lot II		
	Abs.	%	IÎ 95 %	Abs.	%	IÎ 95 %
< 5	6	3,6	0,8 - 6,5	-	-	-
6 -7	64	38,8	31,4 - 46,2	14	8,5	4,2 - 12,7
7 - 8	63	38,2	30,8 - 45,6	90	54,5	53,9 - 61,5
9 - 10	32	19,4	13,4 - 25,4	61	37,0	29,6 - 44,3

Notă: $\chi 2=30,898$; gl=7; p=0,000

Tabelul A4.6. Activitate în gospodăria proprie

Frecvența activității în gospodăria proprie	Lot I			Lot II		
	Abs.	%	IÎ 95 %	Abs.	%	IÎ 95 %
Zilnic	114	69,2	62,0 - 76,1	41	24,8	18,3 - 31,4
2-3 ori/ săptămână	40	24,2	17,7 - 30,8	95	57,6	50,2 - 64,7
1-2 ori/lună	6	3,6	0,8 - 6,5	27	16,4	10,7 - 22,0
Mai rar de 1 dată/lună	5	3,0	0,4 - 5,6	2	1,2	0,5 - 2,9

Notă: $\chi 2=20,686$; gl=5; p=0,001

Tabelul A4.7. Particularitățile comportamentale ale copiilor incluși în studiu

Manifestări de comportament	Lot I			Lot II			$\chi 2$	gl	p
	Abs.	%	IÎ 95 %	Abs.	%	IÎ 95 %			
Agresivitate	15	9,1	4,7 - 13,5	11	6,7	2,9 - 10,5	74,154	11	0,000
Depresie	37	22,4	16,1 - 28,8	5	3,0	0,4 - 5,6			
Izolare	12	7,3	3,3 - 11,2	2	1,2	0,5 - 2,9			
Nedisciplinare	19	11,5	6,6 - 16,4	1	0,6	0,6 - 1,8			
Comportament deprivat (drogare, alcoolism, tabagism)	13	7,9	3,8 - 12,0	7	4,2	1,2 - 7,3	4,516	5	0,478
Trolling	16	9,7	5,2 - 14,2	3	1,8	0,2 - 3,9	28,805	1	0,000

Tabelul A4.8. Abuzurile suportate de copiii incluși în studiu

Tipul abuzului	Lot I			Lot II		
	Abs.	%	IÎ 95 %	Abs.	%	IÎ 95 %
Abuz psihic	42	25,5	18,8 - 32,1	11	6,7	2,9 - 10,5
Abuz fizic	37	22,4	16,1 - 28,8	4	2,4	0,1 - 4,8
Abuz sexual	2	1,2	0,5 - 2,9	2	1,2	0,5 - 2,9

Notă: $\chi 2=299,48$; gl=8; p=0,000

Tabelul A4.9. Volumul permis de medicamente procurate la un episod de boală, (%)

Volumul permis de medicamente procurate la un episod de boală	Lot I			Lot II		
	Abs.	%	IÎ 95 %	Abs.	%	IÎ 95 %
Își permit toate medicamentele prescrise	61	37,0	26,9 - 44,3	134	81,2	75,6 - 86,7
Își permit doar 50 % de medicamente prescrise	46	27,9	21,0 - 34,7	19	11,5	6,6 - 16,4
Își permit mai puțin de 50 % de medicamente prescrise	13	7,9	3,8 - 12,0	9	5,5	2,0 - 8,9
Își permit doar cele mai necesare medicamente prescrise	45	27,2	20,5 - 34,1	3	1,8	0,2 - 3,9

Notă: $\chi 2=101,4$; gl=7; p=0,000

Tabelul A4.10. Volumul cheltuielilor acordate pentru serviciile medicale pe parcursul ultimelor 12 luni, (lei)

Volumul cheltuielilor	Lot I			Lot II		
	Abs.	%	IÎ 95 %	Abs.	%	IÎ 95 %
Mai puțin de 100 lei	17	10,3	5,7 - 14,9	-	-	-
101 - 500 lei	87	52,7	45,1 - 60,3	32	19,4	13,48 - 25,4
501 - 1000 lei	37	22,4	16,1 - 28,8	91	55,2	47,6 - 62,7
Mai mult de 1000 lei	24	14,5	9,2 - 19,9	42	25,5	18,8 - 32,1

Notă: $\chi 2=61,95$; gl=3; p=0,000.

Tabelul A4.11. Metodele de tratament preferate de către copiii incluși în studiu

Metode de tratament	Lot I			Lot II		
	Abs	%	IÎ 95 %	Abs	%	IÎ 95 %
Nemedicamentoase (motivul utilizării):	100	60,6	3,5 - 77,3	30	18,2	3,0 - 24,1
- mai eficiente	34	20,6	3,1 - 26,8	14	8,5	2,17 -12,7
- nu are surse financiare	66	40,0	3,8 - 46,9	16	9,7	2,30 - 14,2
Medicamentoase	49	29,7	3,6 - 36,7	90	54,5	3,77 - 61,7
Ambele metode	16	9,7	2,3 -14,2	45	27,3	3,47 - 34,1

Notă: $\chi 2=27,5$; gl=3; $p < 0,000$

Anexa 5. Tabele și figuri la capitolul 5

Tabelul A5.1. Paleta comparativă a sistemelor afectate la pacienții incluși în studiu, (solitar/combinat)

Sistemul afectat, dereglări funcționale/ organice	Lot I				Lot II			
	Abs.	%	IÎ 95 %		Abs.	%	IÎ 95 %	
			inf	sup			inf	sup
Cardiovascular	39	0,5	0,3	0,7	24	0,5	0,3	0,7
Dentar	34	0,3	0,2	0,4	6	0,1	0,0	0,2
Dereglări cronice de nutriție	34	0,3	0,2	0,4	1	0,0	0,0	0,1
Dereglările dezvoltării psihice	7	0,1	0,0	0,1	1	0,0	0,0	0,1
Dereglările dezvoltării fizice	173	1,4	1,2	1,6	4	0,1	0,0	0,2
Endocrin	22	0,2	0,1	0,2	1	0,0	0,0	0,1
Ereditar	24	0,2	0,1	0,3	0	0,0	0,0	0,0
Gastroduodenal	371	3,0	2,7	3,3	137	3,0	2,5	3,5
Gastroduodenal/ Hematologic	9	0,1	0,0	0,1	6	0,1	0,0	0,2
Gastroduodenal/ Maladie infecțioasă	7	0,1	0,0	0,1	1	0,0	0,0	0,1
Gastroduodenal/ ORL	9	0,1	0,0	0,1	0	0,0	0,0	0,0
Gastroduodenal/ Tegumente	1	0,0	0,0	0,0	2	0,0	0,0	0,1
Gastroduodenal/ Urogenital	1	0,0	0,0	0,0	1	0,0	0,0	0,1
Hematologic	506	4,0	3,7	4,4	150	3,3	2,8	3,8
Hematologic/ORL/ Gastroduodenal	5	0,0	0,0	0,1	0	0,0	0,0	0,0
Hematologic/SNC	10	0,1	0,0	0,1	8	0,2	0,1	0,3
Hematologic/ Tegumente	9	0,1	0,0	0,1	1	0,0	0,0	0,1
Hematologic/ Urogenital	2	0,0	0,0	0,0	4	0,1	0,0	0,2
Imunologic	5	0,0	0,0	0,1	0	0,0	0,0	0,0
Intoxicație ocazională	8	0,1	0,0	0,1	0	0,0	0,0	0,0
Maladie infecțioasă	114	0,9	0,7	1,1	101	2,2	1,8	2,6
Patologie oncologică/ Osos	14	0,1	0,1	0,2	0	0,0	0,0	0,0
ORL	2011	16,0	15,4	16,7	819	17,9	16,8	19,0
ORL/ Hematologic	4	0,0	0,0	0,1	1	0,0	0,0	0,1
ORL/Cardiovascular/Hematologic	11	0,1	0,0	0,1	0	0,0	0,0	0,0
ORL/Tegumente	8	0,1	0,0	0,1	0	0,0	0,0	0,0
ORL/Urogenital	5	0,0	0,0	0,1	0	0,0	0,0	0,0
Osos	196	1,6	1,3	1,8	107	2,3	1,9	2,8

Osos/Hematologic	2	0,0	0,0	0,0	3	0,1	0,0	0,1
Osos/ Cardiovascular	2	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Osos/Tegumente	2	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Osos/Urogenital	3	0,0	0,0	0,1	1	0,0	0,0	0,1
Respirator	1193	9,5	9,0	10,0	316	6,9	6,2	7,6
Respirator/contact TBC	38	0,3	0,2	0,4	0	0,0	0,0	0,0
Respirator/ Gastroduodenal	15	0,1	0,1	0,2	5	0,1	0,0	0,2
Respirator/ Hematologic	18	0,1	0,1	0,2	0	0,0	0,0	0,0
Respirator/ Hematologic/ Gastroduodenal	5	0,0	0,0	0,1	0	0,0	0,0	0,0
Respirator/ORL/ Hematologic	0	0,0	0,0	0,0	2	0,0	0,0	0,1
Respirator/Osos	2	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Respirator/SNC	8	0,1	0,0	0,1	4	0,1	0,0	0,2
Respirator/SNC/ Hematologic	4	0,0	0,0	0,1	2	0,0	0,0	0,1
Respirator/SNC/ Tegumente	2	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Respirator/ viraj TBC	13	0,1	0,0	0,2	0	0,0	0,0	0,0
Respirator/ Tegumente	5	0,0	0,0	0,1	5	0,1	0,0	0,2
Respirator/ Urogenital	10	0,1	0,0	0,1	0	0,0	0,0	0,0
Respirator/Urogenital/ Cardiovascular	2	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Respirator/Văzul	0	0,0	0,0	0,0	4	0,1	0,0	0,2
Țesutul conjunctiv (colagenoze)	6	0,0	0,0	0,1	0	0,0	0,0	0,0
SNC	780	6,2	5,8	6,6	553	12,1	11,1	13,0
SNC/ Cardiovascular	3	0,0	0,0	0,1	0	0,0	0,0	0,0
SNC/Dereglările dezvoltării fizice	5	0,0	0,0	0,1	0	0,0	0,0	0,0
SNC/ Gastroduodenal	2	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
SNC/ORL	1	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
SNC/ORL/ Gastroduodenal	2	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
SNC/ORL/Osos	2	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
SNC/Osos	5	0,0	0,0	0,1	0	0,0	0,0	0,0
SNC/Respirator/ Cardiovascular	6	0,0	0,0	0,1	0	0,0	0,0	0,0
SNC/Respirator/ Văzul	1	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
SNC/Tegumente	9	0,1	0,1	0,1	2	0,0	0,0	0,1
SNC/Urogenital	14	0,1	0,1	0,2	0	0,0	0,0	0,0
SNC/Urinar /Gastroduodenal	1	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0

SNC/Urinar/ Hematologic	1	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
SNC/Văzul	1	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Tegumente	511	4,1	3,7	4,4	225	4,9	4,3	5,5
Tegumente/viraj TBC	10	0,1	0,0	0,1	0	0,0	0,0	0,0
Urogenital	245	2,0	1,7	2,2	54	1,2	0,9	1,5
Urogenital /Cardiovascular	1	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Urogenital/ Gastroduodenal	8	0,1	0,0	0,1	2	0,0	0,0	0,1
Urogenital/Gastroduod/ Hematologic	1	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Urinar/Tegumente	1	0,0	0,0	0,0	1	0,0	0,0	0,1
Urinar/Tegumente/ Hematologic	2	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Văzul	128	1,0	0,8	1,2	74	1,6	1,3	2,0
Văzul/Hematologic	1	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Văzul/Osos	2	0,0	0,0	0,0	1	0,0	0,0	0,1

Notă: - semnificaţii statistice: $\chi 2=418,829$; gl=95; p=0,000

Tabelul A5.2. Baremul comparativ al consultaţiilor efectuate de specialiştii din medicina specializată

Specialiştii consultanţi	**Lot I (n=165)**				**Lot II (n=165)**			
	Abs.	%	IÎ 95 %		Abs.	%	IÎ 95 %	
			inf	sup			inf	sup
med/familie	8828	70,4	69,5	71,4	1332	29,1	27,7	30,4
alergolog	23	0,2	0,1	0,3	3	0,1	0,0	0,1
audiolog	4	0,0	0,0	0,1	0	-	-	-
cardiolog	38	0,3	0,2	0,4	10	0,2	0,1	0,3
chirurg	327	2,6	2,2	2,8	314	6,9	6,1	7,4
dermatolog	120	1,0	0,8	1,1	119	2,6	2,2	3,2
endocrinolog	11	0,1	0,0	0,1	2	0,0	0,0	0,1
ftiziatru	39	0,3	0,2	0,4	2	0,0	0,0	0,1
gastrolog	29	0,2	0,1	0,3	12	0,1	0,1	0,4
genetician	1	0,0	0,0	0,0	0	-	-	-
ginecolog	7	0,1	0,0	0,1	4	0,0	0,0	0,1
hematolog	3	0,0	0,0	0,1	2	0,0	0,0	0,1
infecţionist	55	0,4	0,3	0,6	31	0,7	0,4	0,8
logoped	14	0,1	0,1	0,2	10	0,2	0,1	0,4
nefrolog	2	0,0	0,0	0,0	7	0,2	0,0	0,3
neurolog	728	5,8	5,3	6,1	618	13,5	12,3	14,3
oftalmolog	486	3,9	3,5	4,2	528	11,4	10,5	12,5
oncolog	11	0,1	0,0	0,1	0	-	-	0
otolaringolog	503	4,0	3,6	4,5	408	8,9	7,6	9,7
pediatru	483	3,8	3,5	4,2	606	13,2	12,2	14,0
pneumolog	30	0,2	0,2	0,3	0	-	-	-
psihiatru	121	0,9	0,7	1,1	16	0,3	0,2	0,5
psiholog	0	-	-	-	4	0,1	0,0	0,2
reabilitolog	6	0,0	0,0	0,1	13	0,2	0,1	0,4

reumatolog	5	0,0	0,0	0,1	1	0,0	0,0	0,1
stomatolog	288	2,3	2,0	2,7	146	3,2	2,7	3,6
traumatolog	330	2,6	2,3	2,9	378	8,0	7,2	8,8
urolog	52	0,4	0,3	0,5	12	0,3	0,1	0,4
Total	12545	100,0	100,0	100,0	4578	100,0	100,0	100,0

Notă: semnificații statistice: $\chi 2=2812,56$; gl=42; p=0,000

Tabelul A5.3. Profilul stărilor morbide acute

Stări morbide acute	Lot I				Lot II			
	Abs.	%	IÎ 95 %		Abs.	%	IÎ 95 %	
			inf	sup			inf	sup
Sistemul ORL								
Adenoidită acută	48	0,6	0,4	0,8	28	0,8	0,0	1,1
Amigdalită acută***	435	5,5	5,0	6,0	107	3,0	2,5	3,6
Faringită acută	209	2,6	2,3	3,0	107	3,0	2,5	3,6
Otită acută**	134	1,7	1,4	2,0	90	2,6	2,0	3,1
Laringită acută	25	0,3	0,2	0,4	14	0,4	0,2	0,6
Rinofaringită acută ***	169	2,1	1,8	2,5	159	4,5	3,8	5,2
Sistemul hematologic								
Anemie carențială***	605	7,6	7,1	8,2	205	5,8	5,1	6,6
Purpură trombocitopenică	8	0,1	0,0	0,2	5	0,1	0,0	0,3
SNC								
Arahnoidită acută	3	0,0	0,0	0,1	-	0,0	0,0	0,0
DCM	221	2,8	2,4	3,2	170	4,8	4,1	5,6
Defecte de vorbire	16	0,2	0,1	0,3	4	0,1	0,0	0,2
DVV	35	0,4	0,3	0,6	18	0,5	0,3	0,7
TCC *	109	1,4	1,1	1,6	33	0,9	0,6	1,3
Nevroză/ nevralgie	45	0,6	0,4	0,7	25	0,7	0,4	1,0
Sistemul uro-genital								
Adnexită acută**	4	0,1	0,0	0,1	7	0,2	0,1	0,3
Balanopostită	16	0,2	0,1	0,3	10	0,3	0,1	0,5
Chist ovarian *	2	0,0	0,0	0,1	6	0,2	0,0	0,3
Dismenoree	4	0,1	0,0	0,1	7	0,2	0,1	0,3
Enureză	24	0,3	0,2	0,4	8	0,2	0,1	0,4
Fimoză	16	0,2	0,1	0,3	6	0,2	0,0	0,3
Hidrocel	15	0,2	0,1	0,3	11	0,3	0,1	0,5
Orhită acută	3	0,0	0,0	0,1	1	0,0	0,0	0,1
Reflux vezico-renal	7	0,1	0,0	0,2	1	0,0	0,0	0,1
Vulvită acută	8	0,1	0,0	0,2	3	0,1	0,0	0,2
Sistemul tegumentar								
Alopecie areată	4	0,1	0,0	0,1	1	0,0	0,0	0,1
Acnee acută*	4	0,1	0,0	0,1	10	0,3	0,1	0,5
Aterom	1	0,0	0,0	0,0	1	0,0	0,0	0,1

Eczem	3	0,0	0,0	0,1	3	0,1	0,0	0,2
Furunculoză***	19	0,2	0,1	0,3	1	0,0	0,0	0,1
Miozită acută *	6	0,1	0,0	0,1	-	0,0	0,0	0,0
Papilom	3	0,0	0,0	0,1	-	0,0	0,0	0,0
Rozeolă	1	0,0	0,0	0,0	1	0,0	0,0	0,1
Streptodermie	37	0,5	0,3	0,6	17	0,5	0,3	0,7
Strofulus	3	0,0	0,0	0,1		0,0	0,0	0,0
Xeroză*	1	0,0	0,0	0,0	5	0,1	0,0	0,3
Patologie articulară								
Artrită reactivă	9	0,1	0,0	0,2	1	0,0	0,0	0,1
Gonartroză acută**	10	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0
Patologia văzului								
Cataractă acută ***	14	0,2	0,1	0,3	-	0,0	0,0	0,0
Conjunctivită acută	149	1,9	1,6	2,2	58	1,7	1,2	2,1
Cheratită acută	2	0,0	0,0	0,1	-	0,0	0,0	0,0
Chalazion	4	0,1	0,0	0,1	5	0,1	0,0	0,3
Patologie alergică								
Astm bronșic acut***	12	0,2	0,1	0,2	-	0,0	0,0	0,0
Sistemul respirator								
Bronșită acută***	219	2,8	2,4	3,1	186	5,3	4,6	6,0
Pneumonie acută	228	2,9	2,5	3,2	81	2,3	1,8	2,8
Traheită acută	117	1,5	1,2	1,7	57	1,6	1,2	2,0
Traheobronșită acută	88	1,1	0,9	1,3	54	1,5	1,1	1,9
IRA***	1418	17,9	17,1	18,7	465	13,2	12,1	14,4
Laringotraheită acută	81	1,0	0,8	1,2	51	1,5	1,1	1,8
Sistemul digestiv								
Boala de reflux**	27	0,3	0,2	0,5	3	0,1	0,0	0,2
DCB *	53	0,7	0,5	0,8	39	1,1	0,8	1,5
Patologia acută a stomacului, duodenului, intestinului ***	126	1,6	1,3	1,9	98	2,8	2,2	3,3
Patologia hepato-biliara acută	45	0,6	0,4	0,7	20	0,6	0,3	0,8
Intestin iritabil**	22	0,3	0,2	0,4	28	0,8	0,5	1,1
Malabsorbție	23	0,3	0,2	0,4	11	0,3	0,1	0,5
Pancreatită acută*	76	1,0	0,7	1,2	19	0,5	0,3	0,8
Patologie dentară								
Carie dentară	86	1,1	0,9	1,3	42	1,2	0,8	1,6
Stomatită acută	29	0,4	0,2	0,5	18	0,5	0,3	0,7
Patologie nefrologică								
Cistită acută ***	15	0,2	0,1	0,3	25	0,7	0,4	1,0
Infecția cailor urinare	64	0,8	0,6	1,0	40	1,1	0,8	1,5
Pielonefrită acută	92	1,2	0,9	1,4	53	1,5	1,1	1,9
Patologie oncologică								
Tumor***	27	0,3	0,2	0,5	2	0,1	0,0	0,1
Sistemul endocrin								

Tiroidită acută	3	0,0	0,0	0,1	1	0,0	0,0	0,1
Hiperplazia glandei tiroide	19	0,2	0,1	0,3	8	0,2	0,1	0,4
Obezitate ***	2	0,0	0,0	0,1	19	0,5	0,3	0,8

*Notă: - semnificație statistică: * - p < 0,05; ** - p < 0,01; *** - p < 0,001.*

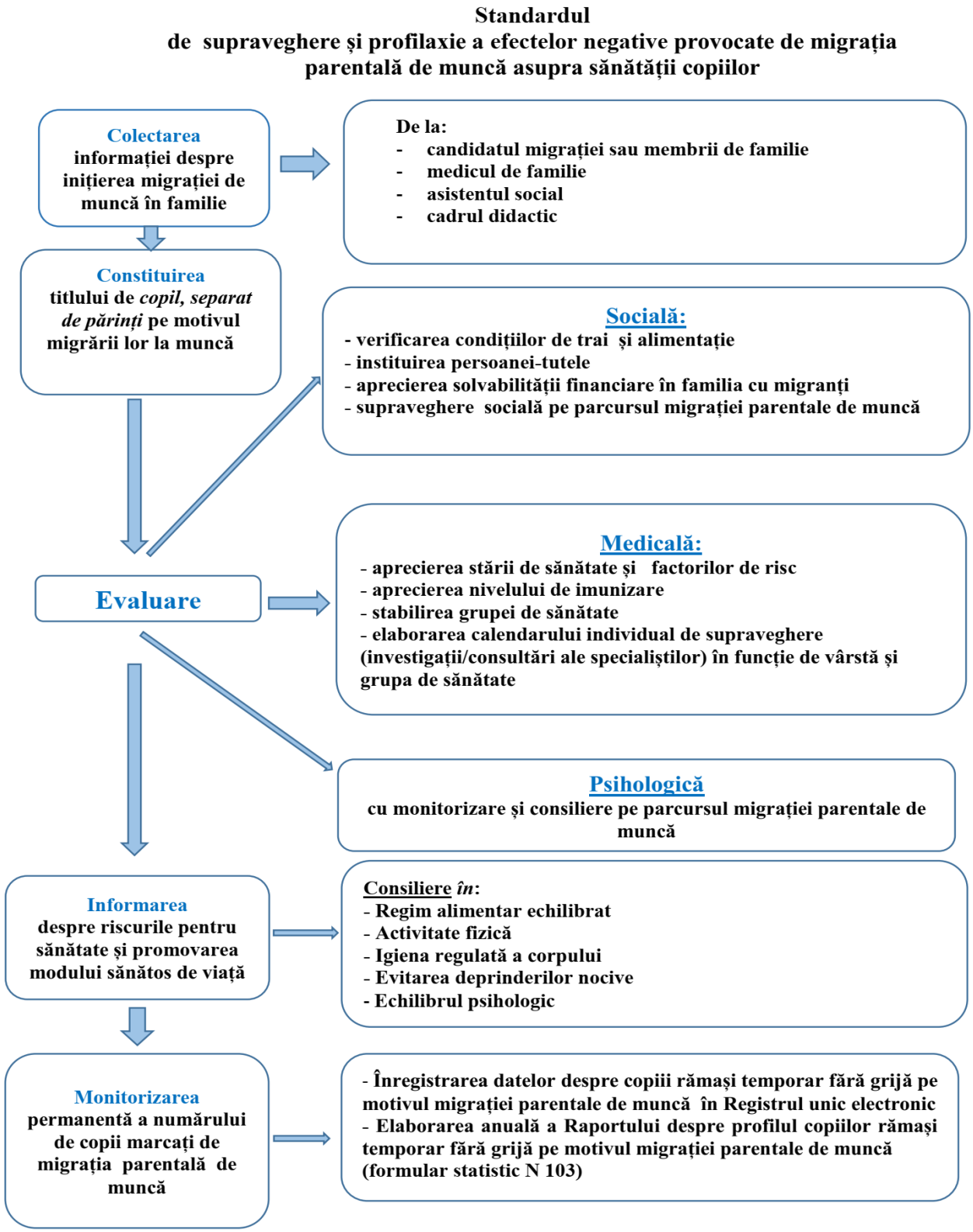
Tabelul A5.4. Profilul stărilor morbide cronice

Stări morbide cronice	Lot I				Lot II			
	Abs.	%	IÎ 95 %		Abs.	%	IÎ 95 %	
			inf	sup			inf	sup
Patologie congenitală								
Malformații congenitale	88	1,1	0,9	1,3	29	0,8	0,5	1,1
Sistemul ORL								
Adenoidită cronică acutizare	28	0,4	0,2	0,5	10	0,3	0,1	0,5
Amigdalită cronică acutizare***	180	2,3	1,9	2,6	26	0,7	0,5	1,0
Sinuzită cronică acutizare **	79	1,0	0,8	1,2	26	0,7	0,5	1,0
Rinita cronică acutizare	130	1,6	1,4	1,9	69	2,0	1,5	2,4
Hipoacuzie**	20	0,3	0,1	0,4	2	0,1	0,0	0,1
Vegetații adenoide	58	0,7	0,5	0,9	33	0,9	0,6	1,3
SNC								
Encefalopatie reziduală	114	1,4	1,2	1,7	105	3,0	2,4	3,6
Consecințele TCC*	57	0,7	0,5	0,9	14	0,4	0,2	0,6
Sistemul uro-genital								
Reflux vezico-renal	7	0,1	0,0	0,2	1	0,0	0,0	0,1
Patologie articulară								
Artrită ideopatică juvenilă*	6	0,1	0,0	0,1	-	0,0	0,0	0,0
Patologia văzului								
Astigmatism	12	1,0	0,8	1,3	2	0,1	0,0	0,1
Glaucom	1	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0
Hipermetropie	4	0,1	0,0	0,1	1	0,0	0,0	0,1
Leucom cornean	3	0,0	0,0	0,1	-	0,0	0,0	0,0
Miopie **	35	0,4	0,3	0,6	6	0,2	0,0	0,3
Strabism***	13	0,2	0,1	0,3	24	0,7	0,4	1,0
Patologie alergică								
Astm bronșic acutizare***	50	0,6	0,5	0,8	-	0,0	0,0	0,0
Dermatită atopică	209	2,6	2,3	3,0	107	3,0	2,5	3,6
Polinoză	5	0,1	0,0	0,1	2	0,1	0,0	0,1
Sistemul respirator								
Bronșită cronică acutizare	20	0,3	0,1	0,4	18	0,5	0,3	0,7
Boala bronșiectatică	15	0,2	0,1	0,3	-	0,0	0,0	0,0

***								
Proces cronic bonhopulmonar ***	27	0,3	0,2	0,5	1	0,0	0,0	0,1
Sistemul digestiv								
Patologia stomacului, duodenului, intestinului cronică/acutizare	102	1,3	1,0	1,5	38	1,1	0,7	1,4
Patologia hepato-biliara cronică, acutizare	16	0,2	0,1	0,3	8	0,2	0,1	0,4
Pancreatită cronică acutizare	13	0,2	0,1	0,3	6	0,2	0,0	0,3
Sistemul cardio-vascular								
Cardiopatie	12	0,2	0,1	0,2	4	0,1	0,0	0,2
Patologie nefrologică								
Cistită cronică acutizare**	17	0,2	0,1	0,3	20	0,6	0,3	0,6
Hidronefroză***	17	0,2	0,1	0,3	-	0,0	0,0	0,0
Nefropatie dismetabolică	1	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0
Pielonefrită cronică acutizare	45	0,6	0,4	0,7	21	0,6	0,3	0,9
Dezvoltarea fizică, psiho-motorie								
Malnutriție	193	2,4	2,1	2,8	32	0,9	0,6	1,2
Retard fizic	122	1,5	1,3	1,8	20	0,6	0,3	0,8
Retard psihic/motor/ verbal	64	0,8	0,6	1,0	12	0,3	0,1	0,5
Altele								
Scolioză	27	0,3	0,2	0,5	9	0,3	0,1	0,4
Rahitism	58	0,7	0,5	0,9	54	1,5	1,1	1,9

*Notă: - semnificație statistică: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$*

Anexa 6. Standardul de supraveghere și profilaxie a efectelor negative provocate de migrația parentală de muncă asupra sănătății copiilor



Anexa 7. Certificat de înregistrare a obiectelor Dreptului de Autor și drepturilor conexe

REPUBLICA MOLDOVA

Agenția de Stat pentru
Proprietatea Intelectuală

CERTIFICAT

DE ÎNREGISTRARE A OBIECTELOR DREPTULUI DE AUTOR ŞI DREPTURILOR CONEXE

SERIA OŞ NR. 5741

DIN 25.10.2017

Eliberat în temeiul Legii nr.139/2010 privind dreptul de autor şi drepturile conexe, obiectul de pe verso a fost înregistrat în Registrul de Stat al obiectelor protejate de dreptul de autor şi drepturile conexe

AGENȚIA DE STAT PENTRU PROPRIETATEA INTELECTUALĂ * REPUBLICA MOLDOVA *

Director General

CHIŞINĂU

Anexa 8. Certificate de inovator

Republica Moldova
Ministerul Sănătății,
Muncii şi Protecției Sociale

CERTIFICAT DE INOVATOR

Nr. 5856

Pentru inovația cu titlul

Aplicarea Chestionarului PedsQL Pediatric Quality Of Life Inventory Version 4.0 English (Canada) pentru aprecierea calității vieții copiilor marcați de migrația parentală de muncă

Inovația a fost înregistrată pe data de **10 iunie 2021**
la Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie
"Nicolae Testemițanu"

Se recunoaşte calitatea de autor(i)

Gorbunov Galina, Revenco Ninel

Data eliberării
10 iunie 2021

L.Ş.

(Semnătura autorizată)

Republica Moldova
Ministerul Sănătății,
Muncii şi Protecției Sociale

CERTIFICAT DE INOVATOR

Nr. 5793

Pentru inovația cu titlul

Aplicarea Fișei de Evaluare pentru aprecierea stării sănătății copiilor, rămași fără grija parentală din motivul migrației de muncă a părinților

Inovația a fost înregistrată pe data de **28 octombrie 2020**
la Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie
"Nicolae Testemițanu"

Se recunoaşte calitatea de autor(i)

Gorbunov Galina, Revenco Ninel

Data eliberării **28 octombrie 2020**

L.Ş.

(Semnătura autorizată)

Republica Moldova
Ministerul Sănătății,
Muncii şi Protecției Sociale

CERTIFICAT DE INOVATOR

Nr. 5855

Pentru inovația cu titlul

Aplicarea Standardului de supraveghere și profilaxie a efectelor negative provocate de migrația parentală de muncă asupra sănătății copiilor

Inovația a fost înregistrată pe data de **10 iunie 2021**
la Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie
"Nicolae Testemițanu"

Se recunoaşte calitatea de autor(i)

Gorbunov Galina, Revenco Ninel

Data eliberării **10 iunie 2021**

L.Ş.

(Semnătura autorizată)

Anexa 9. Implementări în practică

INSTITUȚIA PUBLICĂ
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
"NICOLAE TESTEMIȚANU" DIN REPUBLICA MOLDOVA
Institutul Național de Cercetare în Medicină și Sănătate

APROB
Prorector pentru activitatea de cercetare,
IP USMF „Nicolae Testemițanu" din RM
Academician al AȘM,
prof. univ., dr. hab. șt. med.
Stanislav GROPPA
"____" _____ 2021

ACTUL nr. 39
DE IMPLEMENTARE A INOVAȚIEI
(în procesul științifico-practic)

1. **Denumirea ofertei pentru implementare:** ***„Aplicarea Standardului de supraveghere și profilaxie a efectelor negative provocate de migrația parentală de muncă asupra sănătății copiilor."***
2. **Autori:** GORBUNOV Galina, dr. șt. med., conf. univ., Departamentul Pediatrie USMF "Nicolae Testemițanu" din RM, postdoctorand; REVENCO Ninel, dr. hab. șt. med., prof. univ.
3. **Numărul inovației:** ***Nr. 5855 din 10 iunie 2021.***
4. **Unde și când a fost implementat**: *„Standardul de supraveghere și profilaxie a efectelor negative provocate de migrația parentală de muncă asupra sănătății copiilor"* a fost implementat în cadrul Departamentului Pediatrie, IP USMF „Nicolae Testemițanu'' din Republica Moldova în perioada 2020-2021 aa.
5. **Eficacitatea implementării:** Aplicarea *„Standardului de supraveghere și profilaxie a efectelor negative provocate de migrația parentală de muncă asupra sănătății copiilor"* facilitează optimizarea evidențierii copiilor marcați de migrația parentală de muncă și monitorizarea sănătății lor.
6. **Rezultatele:** *„Standardul de supraveghere și profilaxie a efectelor negative provocate de migrația parentală de muncă asupra sănătății copiilor"* permite consolidarea capacităților profesionale ale medicilor din domeniu pentru sesezarea timpurie a perturbărilor în sănătatea copiilor migranților cu abordarea complexă a specialiștilor din sistemul asistenței medicale.
   Prezenta inovație este implementată conform descrierii în cerere.

Șef. Departament Pediatrie
dr.hab.șt.med., prof.univ. — Ninel Revenco

Șef. Departament Cercetare
dr.hab.șt.med., prof.univ. — Elena Raevschi

Șef. Secție de management
al proprietății intelectuale, Departament Cercetare — Eugenia Groza

INSTITUȚIA PUBLICĂ
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
"NICOLAE TESTEMIȚANU" DIN REPUBLICA MOLDOVA
Institutul Național de Cercetare în Medicină și Sănătate

APROB
Prorector pentru activitatea de cercetare,
IP USMF „Nicolae Testemițanu" din RM
Academician al AȘM,
prof. univ., dr. hab. șt. med.
Stanislav GROPPA
_____
_____2021

ACTUL nr. 10
DE IMPLEMENTARE A INOVAȚIEI
(în procesul științifico-practic)

1. **Denumirea ofertei pentru implementare:** *„Aplicarea Chestionarului PedsQL Pediatric Quality Of Life Inventory Version 4.0 English (Canada) pentru aprecierea calității vieții copiilor marcați de migrația parentală de muncă."*
2. **Autori:** GORBUNOV Galina, dr. șt. med., conf. univ. Departamentul Pediatrie USMF "Nicolae Testemițanu" din Republica Moldova., postdoctorand; REVENCO Ninel, dr. hab. șt. med., prof. univ.
3. **Numărul inovației:** *Nr. 5856 din 10 iunie 2021.*
4. **Unde și când a fost implementat:** *„Chestionarul PedsQL Pediatric Quality Of Life Inventory Version 4.0 English (Canada) pentru aprecierea calității vieții copiilor marcați de migrația parentală de muncă"* a fost implementat în cadrul Departamentului Pediatrie, IP USMF „Nicolae Testemițanu'' din Republica Moldova în perioada 2020-2021 aa.
5. **Eficacitatea implementării:** Aplicarea *„Chestionarului PedsQL Pediatric Quality Of Life Inventory Version 4.0 English (Canada) pentru aprecierea calității vieții copiilor marcați de migrația parentală de muncă"* în procesul didactic din cadrul Departamentului Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu" permite consolidarea capacităților profesionale ale specialiștilor dîn domeniul asistenței medicale prin dezvoltarea cunoștințelor și aptitudinilor profesionale în domeniul evaluării și aprecierii calității vieții copiilor.
6. **Rezultatele:** *„Chestionarul PedsQL Pediatric Quality Of Life Inventory Version 4.0 English (Canada) pentru aprecierea calității vieții copiilor marcați de migrația parentală de muncă"* aprobat și implementat în procesul de educație medicală din cadrul Departamentului Pediatrie, USMF "Nicolae Testemitanu" permite evaluarea și apreciarea calității vieții copiilor migranților. Prezenta inovație este implementată conform descrierii în cerere.

Șef. Departament Pediatrie
dr.hab.șt.med., prof.univ. — Ninel Revenco

Șef. Departament Cercetare
dr.hab.șt.med., prof.univ. — Elena Raevschi

Șef. Secție de management
al proprietății intelectuale, Departament Cercetare — Eugenia Groza

INSTITUȚIA PUBLICĂ
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
"NICOLAE TESTEMIȚANU" DIN REPUBLICA MOLDOVA
Institutul Național de Cercetare în Medicină și Sănătate

APROB
Prorector pentru activitatea de cercetare,
IP USMF „Nicolae Testemițanu" din RM
Academician al AȘM,
prof. univ., dr. hab. șt. med.
Stanislav GROPPA
_____
„___" _____ 2021

ACTUL nr. 67
DE IMPLEMENTARE A INOVAȚIEI
(în procesul științifico-practic)

1. **Denumirea ofertei pentru implementare:** *"Aplicarea Fişei de evaluare pentru aprecierea stării sănătății copiilor, rămaşi fără grija parentală din motivul migrației de muncă a părinților".*
2. **Autor:** Galina Gorbunov, postdoctorand Departamentul Pediatrie USMF "Nicolae Testemițanu" din Republica Moldova, Revenco Ninel, dr.hab.șt.med., prof.univ.
3. **Numărul inovației:** ***Nr. 5793 din 28 octombie 2020.***
4. **Unde și când a fost implementat:** Departamentul Pediatrie USMF "Nicolae Testemițanu" din Republica Moldova de la 01.11.2017.
6. **Eficacitatea implementăii:** *"Fişa de evaluare pentru aprecierea stării sănătății copiilor, rămaşi fără grija parentală din motivul migrației de muncă a părinților"* este un instrument modern, fiabil şi informativ ce poate fi utilizat pentru monitorizarea continue a copiilor marcați de migrație, permite evidențierea precoce a efectelor migrației care ar putea perturba starea sănătății lor.
7. **Rezultatele:** Rezultatele aplicării chestionarului facilitează optimizarea monitorizării sănătății copiilor marcați de migrația parentală de muncă. Fişa de evaluare este adresată medicilor de familie, medicilor de profil pediatric şi corpului didactic USMF "Nicolae Testemițanu", este utilizată în practica clinicilor USMF "Nicolae Testemițanu".
   Prezenta inovație este implementată conform descrierii în cerere.

Şef. Departament Pediatrie
dr.hab.șt.med., prof.univ. Ninel Revenco

Şef. Departament Cercetare
dr.hab.șt.med., prof.univ. Elena Raevschi

Sef. Secție management
al proprietății intelectuale, Departament Cercetare Eugenia Groza

Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova

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

str.Burebista, 93
MD-2062, mun.Chișinău
Tel. +373 22 52-11-71;
e-mail:cancelaria@mama-copilul.md
mamsicop@gmail.com

26.07.21. nr 01-21/02

Министерство Здравоохранения, Труда и Социальной Защиты Республики Молдова

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

ул. Буребиста, 93
MD-2062; мун/г Кишинэу,
Тел. + 373 22 52-11-71;
e-mail: cancelaria@mama-copilul.md..

APROB
Director General IMSP Institutul Mamei și Copilului
Dr.șt.med., conf. universitar
Sergiu Gladun

ACTUL nr. 2
DE IMPLEMENTARE A INOVAȚIEI
(în procesul științifico-practic)

1. **Denumirea ofertei pentru implementare:** *„ Aplicarea Chestionarului PedsQL Pediatric Quality Of Life Inventory Version 4.0 English (Canada) pentru aprecierea calității vieții copiilor marcați de migrația parentală de muncă."*
2. **Autori:** GORBUNOV Galina, dr. șt. med., conf. univ. Departamentul Pediatrie USMF "Nicolae Testemițanu" din Republica Moldova., postdoctorand; REVENCO Ninel, dr. hab. șt. med., prof. univ. USMF "Nicolae Testemițanu" din Republica Moldova.
3. **Numărul inovației:** Nr. 5856 din 10 iunie 2021.
4. **Unde și când a fost implementat:** *„Chestionarul PedsQL Pediatric Quality Of Life Inventory Version 4.0 English (Canada) pentru aprecierea calității vieții copiilor marcați de migrația parentală de muncă"* a fost implementat în cadrul Departamentului Consultativ Specializat Integrat al IMSP Institutul Mamei și Copilului în perioada 2020-2021 aa.
5. **Eficacitatea implementării:** Aplicarea *„Chestionarului PedsQL Pediatric Quality Of Life Inventory Version 4.0 English (Canada) pentru aprecierea calității vieții copiilor marcați de migrația parentală de muncă"* poate contribui la elaborarea de către personalul din domeniul asistenței medicale primare și specializate a programelor de supraveghere eficiente, cea ce ar îmbunătăți calitatea serviciilor prestate.
6. **Rezultatele:** *„Chestionarul PedsQL Pediatric Quality Of Life Inventory Version 4.0 English (Canada) pentru aprecierea calității vieții copiilor marcați de migrația parentală de muncă"* este aprobat și implementat în cadrul Departamentului Consultativ Specializat Integrat al IMSP Institutul Mamei și Copilului.

Prezenta inovație este implementată conform descrierii în cerere.

Șef. Departament Consultativ Specializat Integrat — **Grigore Paun dr.șt.med.**

Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova

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

str.Burebista, 93
MD-2062, mun.Chișinău
Tel. +373 22 52-11-71;
e-mail:cancelaria@mama-copilul.md
mamsicop@gmail.com

26.07.21 nr 01-21/02

Министерство Здравоохранения, Труда и Социальной Защиты Республики Молдова

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

ул. Буребиста, 93
MD-2062; мун/г Кишинэу,
Тел. + 373 22 52-11-71;
e-mail: cancelaria@mama-copilul.md

APROB
Director General IMSP Institutul Mamei și Copilului
Dr.șt.med., conf. universitar
Sergiu Gladun

ACTUL nr. 3
DE IMPLEMENTARE A INOVAȚIEI
(în procesul științifico-practic)

1. **Denumirea ofertei pentru implementare:** *„Aplicarea Chestionarului PedsQL Pediatric Quality Of Life Inventory Version 4.0 English (Canada) pentru aprecierea calității vieții copiilor marcați de migrația parentală de muncă."*
2. **Autori:** GORBUNOV Galina, dr. șt. med., conf. univ. Departamentul Pediatrie USMF "Nicolae Testemițanu" din Republica Moldova., postdoctorand; REVENCO Ninel, dr. hab. șt. med., prof. univ. USMF "Nicolae Testemițanu" din Republica Moldova.
3. **Numărul inovației:** Nr. 5856 din 10 iunie 2021.
4. **Unde și când a fost implementat:** *„Chestionarul PedsQL Pediatric Quality Of Life Inventory Version 4.0 English (Canada) pentru aprecierea calității vieții copiilor marcați de migrația parentală de muncă"* a fost implementat în cadrul Clinicii " Em. Coțaga" a IMSP Institutul Mamei și Copilului în perioada 2020-2021 aa.
5. **Eficacitatea implementăii:** Aplicarea *„Chestionarului PedsQL Pediatric Quality Of Life Inventory Version 4.0 English (Canada) pentru aprecierea calității vieții copiilor marcați de migrația parentală de muncă"* poate contribui la elaborarea de către personalul din domeniul asistenței medicale primare și specializate a programelor de supraveghere eficiente, cea ce ar îmbunătăți calitatea serviciilor prestate.
6. **Rezultatele:** *„Chestionarul PedsQL Pediatric Quality Of Life Inventory Version 4.0 English (Canada) pentru aprecierea calității vieții copiilor marcați de migrația parentală de muncă"* este aprobat și implementat în cadrul Clinicii " Em. Coțaga" a IMSP Institutul Mamei și Copilului în perioada 2020-2021 aa.

Prezenta inovație este implementată conform descrierii în cerere.

Vicedirector Clinica " Em. Coțaga" **Vasile Tomuz**

Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova

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

str.Burebista, 93
MD-2062, mun.Chișinău
Tel. +373 22 52-11-71;
e-mail:cancelaria@mama-copilul.md
mamsicop@gmail.com

Министерство Здравоохранения, Труда и Социальной Защиты Республики Молдова

ПУБЛИЧНОЕ МЕДИКО-САНИТАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ИНСТИТУТ МАТЕРИ И РЕБЕНКА (ИМСУ ИМиР)

ул. Буребиста, 93
MD-2062; мун/г Кишинэу,
Тел. + 373 22 52-11-71;
e-mail: cancelaria@mama-copilul.md..

26.07.21 nr 01-21/03

APROB
Director General IMSP Institutul Mamei și Copilului
Dr.șt.med., conf. universitar
Sergiu Gladun

ACTUL nr. 5
DE IMPLEMENTARE A INOVAȚIEI
(în procesul științifico-practic)

1. **Denumirea ofertei pentru implementare:** *„Aplicarea Standardului de supraveghere și profilaxie a efectelor negative asupra sănătății copiilor provocate de migrația parentală de muncă”.*
2. **Autori:** GORBUNOV Galina, dr. șt. med., conf. univ., Departamentul Pediatrie USMF “Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova, postdoctorand; REVENCO Ninel, dr. hab. șt. med., prof. univ. USMF “Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova.
3. **Numărul inovației**: Nr. 5855 din 10 iunie 2021.
4. **Unde și când a fost implementat**: *„Standardul de supraveghere și profilaxie a efectelor negative asupra sănătății copiilor provocate de migrația parentală de muncă”* a fost implementat în cadrul Departamentului Consultativ Specializat Integrat al IMSP Institutul Mamei și Copilului în perioada 2020-2021 aa.
5. **Eficacitatea implementăii:** Aplicarea *„Standardului de supraveghere și profilaxie a efectelor negative asupra sănătății copiilor provocate de migrația parentală de muncă”* facilitează optimizarea evidenției copiilor marcați de migrația parentală de muncă și monitorizarea sănătății lor.
6. **Rezultatele:** „Standardul de supraveghere și profilaxie a efectelor negative asupra sănătății copiilor provocate de migrația parentală de muncă” este aprobat și implementat în procesul de prestare a serviciilor medicale specializate copiilor migranților în cadrul Departamentului Consultativ Specializat Integrat al IMSP Institutul Mamei și Copilului.

Prezenta inovație este implementată conform descrierii în cerere.

Șef. Departament Consultativ Specializat Integrat — **Grigore Paun dr.șt.med.**

Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova

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

str.Burebista, 93
MD-2062, mun.Chișinău
Tel. +373 22 52-11-71;
e-mail:cancelaria@mama-copilul.md
mamsicop@gmail.com

Министерство Здравоохранения, Труда и Социальной Защиты Республики Молдова

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

ул. Буребиста, 93
MD-2062; мун/г Кишинэу,
Тел. + 373 22 52-11-71;
e-mail: cancelaria@mama-copilul.md..

26.07.21 nr 01-21/03

APROB
Director General IMSP Institutul Mamei și Copilului
Dr.șt.med., conf. universitar
Sergiu Gladun

ACTUL nr. 6
DE IMPLEMENTARE A INOVAȚIEI
(în procesul științifico-practic)

1. **Denumirea ofertei pentru implementare:** *„Aplicarea Standardului de supraveghere și profilaxie a efectelor negative asupra sănătății copiilor provocate de migrația parentală de muncă”.*
2. **Autori:** GORBUNOV Galina, dr. șt. med., conf. univ., Departamentul Pediatrie USMF “Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova, postdoctorand; REVENCO Ninel, dr. hab. șt. med., prof. univ. USMF “Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova.
3. **Numărul inovației**: Nr. 5855 din 10 iunie 2021.
4. **Unde și când a fost implementat**: *„Standardul de supraveghere și profilaxie a efectelor negative asupra sănătății copiilor provocate de migrația parentală de muncă”* a fost implementat în cadrul Clinicii “ Em. Coțaga” a IMSP Institutul Mamei și Copilului în perioada 2020-2021 aa.
5. **Eficacitatea implementăii:** Aplicarea *„Standardului de supraveghere și profilaxie a efectelor negative asupra sănătății copiilor provocate de migrația parentală de muncă”* facilitează optimizarea evidențierii copiilor marcați de migrația parentală de muncă și monitorizarea sănătății lor.
6. **Rezultatele:** *„Standardul de supraveghere și profilaxie a efectelor negative asupra sănătății copiilor provocate de migrația parentală de muncă”* este aprobat și implementat în procesul de prestare a serviciilor medicale specializate copiilor migranților în cadrul Clinicii “ Em. Coțaga” a IMSP Institutul Mamei și Copilului.

Prezenta inovație este implementată conform descrierii în cerere.

Vicedirector Clinica “ Em. Coțaga” **Vasile Tomuz**

Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova

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

str.Burebista, 93
MD-2062, mun.Chișinău
Tel. +373 22 52-11-71;
e-mail:cancelaria@mama-copilul.md
mamsicop@gmail.com

26.07.21, nr 01-21/01

Министерство Здравоохранения, Труда и Социальной Защиты Республики Молдова

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

ул. Буребиста, 93
MD-2062; мун/т Кишинэу,
Тел. + 373 22 52-11-71;
e-mail: cancelaria@mama-copilul.md..

APROB
Director General IMSP Institutul Mamei și Copilului
Dr.șt.med., conf. universitar
Sergiu Gladun

ACTUL nr. 8
DE IMPLEMENTARE A INOVAȚIEI
(în procesul științifico-practic)

1. **Denumirea ofertei pentru implementare:** *„Aplicarea Fișei de evaluare pentru aprecierea stării sănătății copiilor rămași fără grija parentală din motivul migrației de muncă a părinților”.*
2. **Autori:** Galina Gorbunov, dr.șt. med., conf. univ., postdoctorand Departamentul Pediatrie; Revenco Ninel, dr.hab.șt.med., prof.univ. USMF “Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova.
3. **Numărul inovației:** Nr. 5793 din 28 octombie 2020.
4. **Sursa de informare:** “Fișa de evaluare pentru aprecierea stării sănătății copiilor rămași fără grija parentală din motivul migrației de muncă a părinților” oferă posibilitatea obținerii informației ample despre problemele medico-sociale apărute la copil după plecarea părintelui/părinților în migrația de muncă. Fișa conține întrebări la 33 de compartimente studiate, divizate în cinci secțiuni: informații generale despre respondent; profilul copilului afectat de migrația parentală de muncă; accesul și adresarea la serviciile medicale; percepția sănătății copilului afectat de migrația parentală de muncă; efectele fenomenului migrațional asupra copiilor.
5. **Unde și când a fost implementat:** Departament Consultativ Specializat Integrat al IMSP Institutul Mamei și Copilului de la 01.11.2017.
6. **Eficacitatea implementării:** „Fișa de evaluare pentru aprecierea stării sănătății copiilor rămași fără grija parentală din motivul migrației de muncă a părinților” este un indice de aprecierea a statutului medico-social al copilului marcat de migrație. Este un instrument modern, fiabil și informativ ce poate fi utilizat pentru monitorizarea continue a copiilor marcați de migrație, permite evidențierea precoce a efectelor migrației care ar putea perturba starea sănătății lor.
7. **Rezultatele:** Rezultatele aplicării chestionarului facilitează optimizarea monitorizării sănătății copiilor marcați de migrație. Scopul constă în evidențierea timpurie a efectelor negative ale migrației parentale de muncă asupra sănătății copiilor. Avantajul Fișei de evaluare constă în sporirea calității serviciilor medicale prestate copiilor migranților, prin depistarea precoce a devierilor în sănătatea lor și profilaxia cronicizării maladiilor. Fișa de evaluare (chestionarul) este adresată medicilor de familie și celor de profil pediatric și este utilizată în practica clinicilor USMF “Nicolae Testemițanu”.

Prezenta inovație este implementată conform descrierii în cerere.

Șef. Departament Consultativ Specializat Integrat — **Grigore Paun dr.șt.med.**

Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova

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

str.Burebista, 93
MD-2062, mun.Chișinău
Tel. +373 22 52-11-71;
e-mail:cancelaria@mama-copilul.md
mamsicop@gmail.com

Министерство Здравоохранения, Труда и Социальной Защиты Республики Молдова

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

ул. Буребиста, 93
MD-2062; мун/г Кишинэу,
Тел. + 373 22 52-11-71;
e-mail: cancelaria@mama-copilul.md..

26.07.21 nr 01-21/01

APROB
Director General IMSP Institutul Mamei și Copilului
Dr.șt.med., conf. universitar
Sergiu Gladun

ACTUL nr. 9
DE IMPLEMENTARE A INOVAȚIEI
(în procesul științifico-practic)

1. **Denumirea ofertei pentru implementare:** "*Aplicarea Fișei de evaluare pentru aprecierea stării sănătății copiilor rămași fără grija parentală din motivul migrației de muncă a părinților*".
2. **Autori:** Galina Gorbunov, dr.șt. med., conf. univ., postdoctorand Departamentul Pediatrie; Revenco Ninel, dr.hab.șt.med., prof.univ. USMF "Nicolae Testemițanu" din Republica Moldova.
3. **Numărul inovației:** Nr. 5793 din 28 octombie 2020.
4. **Sursa de informare:** " Fișa de evaluare pentru aprecierea stării sănătății copiilor rămași fără grija parentală din motivul migrației de muncă a părinților" oferă posibilitatea obținerii informației ample despre problemele medico-sociale apărute la copil după plecarea părintelui/părinților în migrația de muncă. Fișa conține întrebări la 33 de compartimente studiate, divizate în cinci secțiuni: informații generale despre respondent; profilul copilului afectat de migrația parentală de muncă; accesul și adresarea la serviciile medicale; percepția sănătății copilului afectat de migrația parentală de muncă; efectele fenomenului migrațional asupra copiilor.
5. **Unde și când a fost implementat**: Clinica " Em. Coțaga" a IMSP Institutul Mamei și Copilului de la 01.11.2017.
6. **Eficacitatea implementăii: „**Fișa de evaluare pentru aprecierea stării sănătății copiilor rămași fără grija parentală din motivul migrației de muncă a părinților" este un indice de aprecierea a statutului medico-social al copilului marcat de migrație. Este un instrument modern, fiabil și informativ ce poate fi utilizat pentru monitorizarea continue a copiilor marcați de migrație, permite evidențierea precoce a efectelor migrației care ar putea perturba starea sănătății lor.
7. **Rezultatele:** Rezultatele aplicării chestionarului facilitează optimizarea monitorizării sănătății copiilor marcați de migrație. Scopul constă în evidențierea timpurie a efectelor negative ale migrației parentale de muncă asupra sănătății copiilor. Avantajul Fișei de evaluare constă în sporirea calității serviciilor medicale prestate copiilor migranților, prin depistarea precoce a devierilor în sănătatea lor și profilaxia cronicizării maladiilor. Fișa de evaluare (chestionarul) este adresată medicilor de familie și celor de profil pediatric și este utilizată în practica clinicilor USMF "Nicolae Testemițanu".

Prezenta inovație este implementată conform descrierii în cerere.

Vicedirector Clinica " Em. Coțaga" **Vasile Tomuz**

DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII

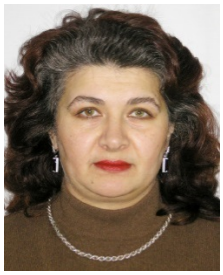
Subsemnata, declar pe răspundere personală, că materialele prezentate în teza de doctor habilitat sunt rezultatul propriilor cercetări şi realizări ştiinţifice. Conştientizez că, în caz contrar, urmează să suport consecinţele în conformitate cu legislaţia în vigoare.

Numele de familie, prenumele Gorbunov Galina

Semnătura _____
(semnătura)

Data _____

CV-ul AUTORULUI



Informaţii personale

Nume / Prenume	**Gorbunov Galina**
Adresa	Str.Cuza Voda, 25/4, ap.9, Chişinău, 2002, R. Moldova
Tel/fax	serviciu: (+373) 22 205 835
Telefoane	Mobil: (+373) 69991116
e-mail	galina.gorbunov@usmf.md
Sex	Feminin
Data naşterii	07 decembrie 1963
Naţionalitatea	Republica Moldova
Titlul ştiinţific	Doctor în ştiinţe medicale, diploma seria DR nr. 1194 din 22.02.2001
Titlul ştiinţifico-didactic	Conferenţiar universitar, diploma seria CU nr. 0654 din 22.04.2010
Abilitare	

Experienţa profesională

Perioada	**a.2006-2021**
Funcţia şi postul ocupat	Conferenţiar universitar, Departament Pediatrie, USMF ” Nicolae Testemiţanu”
Perioada	**a.1996-2006**
Funcţia şi postul ocupat	Asistent universitar, Catedra Pediatrie FPM, USMF ”Nicolae Testemiţanu”
Perioada	**a.1990-1993**
Funcţia şi postul ocupat	Cercetător ştiinţific inferior, Secţia maladiilor ereditare, IOSMşC,

Educaţie şi formare

Perioada	**04.01.21- prezent**
Numele şi tipul instituţiei de învăţământ	Postdoctorand în Pediatrie, USMF ”Nicolae Testemiţanu”
Perioada	**01.09. 2016 – 01.03.2019**
Numele şi tipul instituţiei de învăţământ	Masterat în Economie (program Management), Academia de Administrare Publică, diploma MP nr. 000007879 din 15.03.2019
Perioada	**01.09.1993-01.09.1996**
Numele şi tipul instituţiei de învăţământ	Doctorat în Pediatrie, USMF ”Nicolae Testemiţanu”
Perioada	**01.09.1983 – 01.06.1989**
Numele şi tipul instituţiei de învăţământ	Facultatea Pediatrie, USMF ”Nicolae Testemiţanu”, diploma ИВ nr. 962179 din 26.06.1989
Alte formări/instruiri	**Educaţie profesională continuă:**

01.12-31.12.1994	▪ ***Probleme actuale în neurologia infantilă***. Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu", Chişinău.
09.01-20.01.1997	▪ ***Boli ereditare în practica pediatrică***. Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu", Chişinău.
18.05-12.06.1998	▪ ***Boli ereditare în practica pediatrică***. Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu", Chişinău.
02.11-27.11.1098	▪ ***Probleme actuale în patologia copiilor de vârstă fragedă***. Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu", Chişinău.
22.03-03.04.1999	▪ ***Cardioreumatologia pediatrică***. Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu", Chişinău.
15.11-10.12.1999	▪ ***Terapia intensivă în pediatrie***. Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu", Chişinău.
03.01-20.01.2000	▪ ***Actualităţi în procesul didactic, diagnostic şi curativ în pediatrie***. Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu", Chişinău.
10.10-13.10.2000	▪ Curs de instruire pentru formatori ***Conduita Integrală a Maladiilor la Copii.*** Departamentul pentru sănătate şi dezvoltare a copilului (CHID) al OMS, UNICEF.
30.10-10.11.2000	▪ Curs de instruire pentru formatori ***Conduita Integrală a Maladiilor la Copii.*** Departamentul pentru sănătate şi dezvoltare a copilului (CHID) al OMS, UNICEF.
10.01-21.01.2002	▪ ***Medicina copilului sănătos***. Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu", Chişinău.
10.09-12.09.2003	▪ ***Actualităţi în procesul didactic, diagnostic şi curativ în pediatrie.*** Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu", Chişinău.
10.01-26.01.2005	▪ ***Actualităţi în procesul didactic, diagnostic şi curativ în pediatrie. Boli alergice la copii.*** Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu", Chişinău.
01.12-08.12.2007	▪ ***"Reanimaţia nou-născuţilor".*** Centrul pentru Politici şi Servicii de Sănătate al MS R.Moldova, IOSMşC.
12.01-28.012009	▪ ***Actualităţi în pediatrie.*** Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu", Chişinău.
14.01-30.01.2008	▪ ***Actualităţi în pediatrie.*** Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu", Chişinău.
12.01-28.01.2009	▪ ***Actualităţi în pediatrie.*** Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu", Chişinău.
01.06-03.06.2009	▪ Curs de formatare a formatorilor *"* ***Urgenţe pediatrice"*** în cadrul Proiectului Repemol al Agenţiei Elveţiene pentru Dezvoltare şi Cooperare şi Centrului pentru Politici şi Servicii de Sănătate al MS, Chişinău.
06.06-10.06.2009	▪ Curs de formare a formatorilor în *„****Suportul Vital Avansat Pediatric (SVAP)"*** în cadrul Proiectului Repemol al Agenţiei Elveţiene pentru Dezvoltare şi Cooperare şi Centrului pentru Politici şi Servicii de Sănătate al MS, Chişinău.
07.12-09.12.2009	▪ Curs de formatare a formatorilor *"****Urgenţe pediatrice"*** în cadrul Proiectului Repemol al Agenţiei Elveţiene pentru Dezvoltare şi Cooperare şi Centrului pentru Politici şi Servicii de Sănătate al MS, Chişinău.
24.10-26.10.2009	▪ Curs de formatare a formatorilor ***"Urgenţe pediatrice"*** în cadrul Proiectului Repemol al Agenţiei Elveţiene pentru Dezvoltare şi Cooperare şi Centrului pentru Politici şi Servicii de Sănătate al MS, Chişinău,
01.09-08.09. 2010	▪ Curs de instruire ***" Managementul Maladiilor în baza Protocoalelor Clinice".*** Centrului pentru Politici şi Servicii de Sănătate al MS R.Moldova, Chişinău.
06.09-29.09. 2010	▪ ***Pulmonologie pediatrică. Actualităţi în pediatrie***. Universitatea de Stat de

	Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu”, Chişinău.
05.10-07.10. 2009	▪ Curs de formatare a formatorilor ***”Urgențe pediatrice”*** în cadrul Proiectului Repemol al Agenţiei Elveţiene pentru Dezvoltare şi Cooperare şi Centrului pentru Politici şi Servicii de Sănătate al MS, Chişinău.
02.04-06.04.2012	▪ ***Politici și strategii în sănătate***. Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu”, Chişinău.
27.03-10.04.2017	▪ Managementul proiectelor de cercetare: Managementul proiectelor. Academia de Administrare Publică. R.Moldova.
12.03-26.03.2018	▪ Asigurarea calității: Managementul calității totale. Academia de Administrare Publică. R.Moldova.
20.03-23.03. 2019	▪ ***Cursul de formare de formatori în predarea subiectelor legate de sănătatea și medicina adolescenților****,* în conformitate cu prevederile Memorandumului de înțelegere între MSMPS R.Moldova și Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare cu privire la Proiectul ***„Generație Sănătoasă”*** (servicii de sănătate prietenoase tinerilor în Republica Moldova) Adolescent Health and Medicine training of trainers course (EUTEACH).
	Participări la conferințe:
27.04.2012	▪ Conferința științifico-practică națională cu participare internațională *“**Maladii bronhoobstructive la copii“,*** Chișinău.
13.02.2013	▪ Conferința științifico-practică națională cu participare internațională ***“Aspecte clinico-genetice în diagnosticul astmului bronșic și a maladiilor ereditare.”,***Chișinău.
12.09.2013	▪ Conferința ***“Actualități în pediatrie”*** în cadrul Expoziției Internaționale Specializate “MoldMedizin MoldDent”, Ediția a XIX-a, Chișinău.
12.09. 2014	▪ Conferința ***“Actualități în pediatrie”*** în cadrul Expoziției Internaționale Specializate “MoldMedizin MoldDent”, Ediția a XX-a, Chișinău.
26.09. 2014	▪ Conferință cu participare internațională ***“Practica medicală în domeniul bolilor rare la copii în Republica Moldova, în direcția standardelor europene de îngrijire”***, Chișinău.
12.12. 2014	▪ Simpozionul ***“Imunodeficiențele primare la copii: Particularități de diagnostic și tratament”.***Chișinău,
09.09. 2015	▪ Simpozion cu participare internațională ***“Diagnosticul de laborator în maladiile autoimune la copii”***, Chișinău.
11.09. 2015	▪ Conferința Națională cu participare internațională ***“Actualități în pediatrie”,*** consacrată celei de-a 70-a aniversari a USMF ” Nicolai Testemițanu”, Chișinău.
06.05. 2016	▪ Conferința națională cu participare internațională ***”NETINCARE - standarde europene și bune practici în ocrotirea sănătății mamei și copilului”,*** Chișinău.
03.11-04.11.2016	▪ Conferința II Națională (cu participare internațională) în Sănătatea Adolescenților ***” Sporirea rezilienței - dezvoltarea sănătoasă în condiții de risc”,*** Chișinău.
07.06-10.06.2017	▪ ***8th Europediatrics Congress Jointly Held.*** București.
07.06-10.06.2017	▪ 13-lea Congres Național al Societății Române de Pediatrie. București.
03.10-05.10.2018	▪ 21-a Conferință Europeană a Asociației Internaționale pentru Sănătatea Adolescenților IAAH 2018 și a III-a Conferință Națională în domeniul sănătății adolescenților, ***“Șanse egale pentru dezvoltare sănătoasă pentru toți adolescenții”*** , Chișinău.
16.05-18.05.2019	▪ Conferința Națională cu participare internațională Bienala Chișinău-Sibiu, Ediția a III-a ***„Interdisciplinaritatea în bolile infecțioase***

	pediatrice", organizată de Societatea de Pediatrie din Moldova de comun cu Facultatea de Medicină de la Universitatea "Lucian Blaga" , 2019, Sibiu, România.
11.04-12.04.2019	▪ Conferința Internațională ***„Migrația și schimbarea socială în Europa de Est",*** ULIM, Chișinău.
24.10-25.10.2019	▪ CONGRESUL VIII al savanților și specialiștilor din domeniul sănătății publice și managementului sanitar ***„O singură sănătate",*** Chișinău.
07.04-10.04.2021	▪ Conferința Națională de Pediatrie 2021. București, România.
04.06.2021	▪ Conferința Națională cu participare internațională Bienala Chișinău-Sibiu, Ediția a IV-a, ***"Pandemia Covid-19 și sănătatea copiilor: provocări și perspective"*** organizată de Societatea de Pediatrie din Moldova de comun cu Facultatea de Medicină de la Universitatea "Lucian Blaga" din Sibiu (România), 2021, Chișinău.
29.10-30.10.2021	▪ Conferința Științifică Internațională: ***„Sănătatea, Medicina și Bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare"***, Ediția a IV-a, Chișinău, Moldova (2021);
14.10.2021	▪ Salonul Internațional de Invenții și Inovații ***„TRAIAN VUIA"*** Timișoara, ediția a VII-a, Timișoara, România, (2021);
05.03-07.03.2022	▪ Congresul al XIX-lea al Pediatrilor din Rusia cu participare internațională ***"Problemele actuale ale Pediatriei"***, Moscova, (2022);
07.03.2022	▪ Primul Congres al Pediatrilor din Europa de Est și Asia Centrală, Moscova, (2022).
	Domeniul de activitate științifică
Specialitatea de bază	*322.01. Pediatrie şi neonatologie;*
Domenii de cercetare	Pediatria, Medicina socială, Calitatea vieții, Management.
Tema tezei de doctor habilitat	***"Impactul migrației parentale de muncă asupra stării sănătății copiilor."***
Tema tezei de doctor în medicină	***"Diagnosticul și evaluarea copiilor cu hipotiroidism congenital."***
	Date statistice privind numărul total de publicaţii ştiinţifice şi metodico-didactice
Autor şi coautor	♦ 74 de articole și teze ♦ 30 materiale ale comunicărilor științifice ♦ 3 manuale pentru studenți, rezidenți și farmaciști; coautor ♦ 1 Monografie ♦ 1 brevet de invenție ♦ 2 certificat de Înregistrare a Obiectelor Dreptului de Autor ♦ 3 certificate de Inovator
Afilieri	Membru al Societăţii de Pediatrie din Republica Moldova Membru al Societății Române de Pediatrie
Limbi vorbite	Română, rusă, franceză