

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
AGENȚIA NAȚIONALĂ PENTRU SĂNĂTATE PUBLICĂ

Cu titlu de manuscris

C.Z.U: 613.955:314.622.4(478-22)(043.2)

MANOLE VERGIL
EVALUAREA STĂRII DE SĂNĂTATE A ELEVILOR DIN FAMILIILE
TEMPORAR DEZINTEGRATE DIN LOCALITĂȚILE RURALE

331.02 – IGIENĂ

Teza de doctor în științe medicale

Conducător științific

BAHNAREL Ion,
doctor habilitat în științe medicale, profesor
universitar, Laureat al Premiului Național,
Om Emerit

Consultant științific

VOLOC Alexandru,
doctor habilitat în științe medicale,
profesor universitar

Autorul

MANOLE Vergil

CHIȘINĂU, 2022

© Manole Vergil, 2022

CUPRINS

Adnotare.....	5
Lista abrevierilor	8
Introducere.....	9
1. Aspectele stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale (reviul literaturii).	15
1.1. Importanța problemei stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale.	19
1.2. Morbiditatea și dezvoltarea fizică ca factor principal al stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate.....	21
1.3. Factorii ce influențează starea de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate	24
1.4. Concluzii la Capitolul 1.....	34
2. Materiale și metode de investigare.....	35
2.1. Caracteristica generală a cercetării	35
2.2 Metode de cercetare. Considerații etice.....	41
2.3. Prelucrarea matematico-statistică a materialului acumulat	47
2.4. Volumul investigațiilor.....	49
2.5 Concluzii la Capitolul 2.....	50
3. Evaluarea stării de sănătate și a dezvoltării fizice a elevilor din familiile temporar dezintegrate	51
3.1. Evaluarea stării de sănătate a elevilor din familii temporar dezintegrate din localitățile rurale din instituțiile preuniversitare	51
3.2. Estimarea nivelului dezvoltării fizice a elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale	70
3.3. Evaluarea dezvoltării fizice a elevilor conform standardelor intervalurilor sigmatice	81
3.4. Determinarea riscului de îmbolnăvire a elevilor condiționat de fenomenul migrației temporare a părinților.	84
3.5. Concluzii la capitolul 3.....	86
4. Evaluarea factorilor de risc impotanți pentru starea de sănătate a elevilor din localitățile rurale	88
4.1. Aprecierea factorilor de risc din locuință	88
4.2. Aprecierea factorilor de risc din instituțiile preuniversitare	91
4.3. Aprecierea factorului de risc alimentar	93
4.4. Comportamentul cu risc de sănătate	98

4.5. Evaluarea interdependențelor dintre unii factori de risc și indicii stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate.....	106
4.6. Promovarea sănătății în instituțiile de învățământ preuniversitar	110
4.7 Concluzii la capitolul 4.....	119
Concluzii generale	121
Recomandări practice	123
Bibliografia:	124
Anexa 1. Model de promovare a sănătății în școli	139
Anexa 2. Instrumente de evaluare a cunoștințelor, aptitudinilor și practicilor sanogene la elevi	141
Anexa 3. Model de supraveghere a sănătății elevilor.....	145
Anexa 4. Implementari	146
Anexa 5. Anchete, chestionar, fișa	153
Anexa 6. Rezultatele investigațiilor de laborator a bucatelor finite (dejun).....	162
Anexa 7. Aviz favorabil al Comitetului de Etică a Cercetării	163
Anexa 8. Morbiditatea elevilor din instituțiile de învățământ preuniversitar în perioada anilor 2011-2020.....	164
Anexa 9. Date referitor la adresabilitatea elevilor la punctul medical: centru, nord, sud	165
Anexa 10. Date referitor la lipsa elevilor pe caz de boală.....	171
Anexa 11. Date referitor la standardele intervalelor sigmale, repartitia elevilor cu dezvoltarea fizică disarmonioasă, repartitia elevilor în funcție de vîrstă și IMC	173
Anexa 12 Date privind cunsumul de produse alimentare.....	177
Declarația privind asumarea răspunderii	181
Curriculum vitae al autorului	182

Adnotare

Vergil Manole „Evaluarea stării de sănătate a elevilor din familii temporar dezintegrate din localitățile rurale”, teză de doctor în științe medicale, Chișinău, 2022.

Structura tezei: Introducere, 4 capitole, concluzii generale, recomandări practice, bibliografie din 165 titluri, 123 pag. de text de bază cu 30 figuri, 27 tabele și 12 anexe. Rezultatele sunt publicate în 17 lucrări științifice.

Cuvinte cheie: familie, familie temporar dezintegrată, elevi, morbiditate, sănătate.

Domeniul de studiu: igienă.

Scopul lucrării: Evaluarea stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale și elaborarea recomandărilor de diminuare a consecințelor migrației asupra acestora.

Obiectivele: Evaluarea comparativă a morbidității elevilor din familiile temporar dezintegrate și complete. Estimarea particularităților dezvoltării fizice a elevilor selectați în studiu. Cuantificarea factorilor de risc determinanți ai sănătății al elevilor din familiile temporar dezintegrate și complete. Evaluarea cunoștințelor, aptitudinilor și practicilor sanogene la elevii din familiile temporar dezintegrate și complete, și elaborarea măsurilor specifice de diminuare a impactului fenomenului migrației.

Noutatea științifică și originalitatea lucrării: În premieră s-a realizat un studiu științific al stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale în relație cu determinantele comportamentale și sociale. Au fost cuantificați factorii principali comportamentali și sociali cu impact negativ asupra organismului elevilor din cadrul instituțiilor preuniversitare din localitățile rurale. Au fost evidențiați factorii de risc asupra stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate. S-au argumentat științific acțiunile adecvate de fortificare a sănătății elevilor prin educația pentru sănătate și formarea de competențe a unui mod sănătos de viață.

Problema științifică soluționată: Au fost obținute date originale privind starea de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate în relație cu determinantele comportamentale și sociale. Științific au fost argumentate măsurile adecvate de fortificare a sănătății elevilor prin educația pentru sănătate și formarea unui mod sănătos de viață.

Semnificația teoretică: Studiul a evidențiat diferența dintre elevii din familiile dezintegrate și elevii din familiile complete din localitățile rurale privind starea de sănătate în rezultatul examenelor medicale complexe, adresabilității la punctele medicale ale instituțiilor preuniversitare, absenteismul elevilor pe caz de boală, dezvoltarea fizică cât și factorii de risc (condițiile de instruire, alimentație, habitat, comportamentali). Rezultatele obținute pot servi ca suport în activitatea pedagogică, cât și pentru studenți, rezidenți și doctoranzi.

Valoarea aplicativă a lucrării: Au fost obținute rezultate importante pentru medicina practică (Centrele de Sănătate Publică, Centrelor de Sănătate și Centre ale Medicilor de Familie, etc.) referitoare la sănătatea elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale. A fost stabilit un sistem de informare și instruire a populației și în special a elevilor, părinților și pedagogilor. Rezultatele lucrării pot servi ca punct de reper pentru specialiștii serviciului de sănătate publică și profesorilor școlari în elaborarea măsurilor de fortificare a stării de sănătate prin promovarea modului sănătos de viață în școală.

Implementarea rezultatelor științifice: *La nivel național:* Aprobarea unui model de promovare a sănătății în școală. *La nivelul serviciului de sănătate publică și instituții de învățământ preuniversitar:* Elaborarea unui suport didactic pentru specialiștii CSP, profesorii școlari și a lucrătorilor medicali din instituțiile preuniversitare la compartimentul educație pentru sănătate și promovarea modului sănătos de viață în școală. Elaborarea instrumentelor de evaluare a cunoștințelor, aptitudinilor și practicilor sanogene la elevi. *La nivel individual:* Elaborarea recomandărilor privind diminuarea impactului determinantelor comportamentale și sociale asupra sănătății elevilor prin formarea la ei a cunoștințelor, aptitudinilor și deprinderilor favorabile sănătății.

Аннотация

Маноле Вержил, «Оценка состояния здоровья учащихся из временно неполных семей проживающих в сельской местности», диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Кишинэу, 2022.

Содержание диссертации: введение, 4 главы, общие выводы, практические рекомендации, библиография 165 источников, 123 стр. основного текста с 30 рисунками, 27 таблицами и 12 приложениями. Результаты опубликованы в 17 научных статьях.

Ключевые слова: семья, временно неполная семья, учащиеся, заболеваемость, здоровья.

Цель исследования: Оценка состояние здоровья учащихся из временно неполных семей проживающих в сельской местности, с составлением рекомендаций по снижению последствий миграции.

Задачи: Сравнительная оценка заболеваемости учащихся из временно не полных и полных семей. Оценка особенностей физического развития учащихся, отобранных в исследовании. Количественная оценка факторов риска для здоровья учащихся из временно не полных и полных семей. Оценка знаний, отношений и саногенной практики учащихся из временно не полных и полных семей, а также разработка конкретных мер по снижению воздействия явления миграции..

Научная новизна и оригинальность работы: Впервые было реализовано научное исследование состояния здоровья учащихся из временно неполных семей проживающих в сельской местности в связи с социальными и поведенческими детерминантами. Определены основные количественные социальные и поведенческие детерминанты, оказывающие вредное воздействие на организм учащихся в учебных заведениях сельской местности. Выявлены основные факторы риска для состояния здоровья учащихся из временно неполных семей. Научно обоснованы адекватные обоснованные действия направленные на воспитание и формирования навыков здорового образа жизни у учащихся.

Решенная научная задача: Были получены достоверные данные о состоянии здоровья учащихся из временно неполных семей в связи с поведенческими и социальными детерминантами. Научно аргументированы меры направленные на улучшение здоровья учащихся путем воспитания и формирования здорового образа жизни.

Теоретическое значение: Комплексные исследования состояния здоровья учащихся, которые были проведены в результате обращения их в медицинские пункты образовательных учреждений (физическое развитие и такие факторы риска как, условия обучения, питание, привычки, поведение), выявили различия между учащимися из временно неполных семей и учащимися из полных семей, проживающих в сельской местности. Полученные исследования могут оказать помощь в педагогической деятельности, а также для студентов, резидентов и аспирантов.

Практическое значение работы: Были получены важные результаты для практической медицины (Центров общественного здоровья, Центров здоровья и семейных врачей, и др.) о здоровье учащихся из неполных семей, проживающих в сельской местности. Была создана система информирования и инструктирования населения и в особенности учащихся, родителей и учителей. Результаты проведенной работы могут служить ориентиром для специалистов служб общественного здоровья и школьных учителей в разработке мер по укреплению состояния здоровья и пропаганды здорового образа жизни.

Реализация научных результатов: На национальном уровне: Утверждение модели по пропагандированию здорового образа жизни в рамках учебного заведения. На уровне службы общественного здоровья и доуниверситетских учебных заведений: Создание дидактического материала для специалистов ЦОЗ, учителей и медицинских работников школ для раздела воспитания и формирования здорового образа жизни в школах. Создание инструментов оценивания знаний учащихся, навыков и саногенной практики у учащихся. На индивидуальном уровне: Составление рекомендаций по снижению воздействия детерминантных поведенческих и социальных факторов на состояние здоровья учащихся путем формирования знаний, навыков и привычек благоприятных для здоровья.

Summary

Vergil Manole „Health status assessment of students from temporarily disintegrated families in rural areas”, doctoral dissertation in medical science, Chişinău, 2022.

Thesis structure: introduction, 4 chapters, general conclusions, practical recommendations, bibliography of 165 titles, 123 pages of text with 30 figures, 27 tables and 12 annexes. The results are published in 17 scientific papers.

Keywords: family, temporarily disintegrated family, students, morbidity, health.

Domain of study: Hygiene.

The purpose of the research: Health assessment of students from temporarily disintegrated families in rural areas and development of recommendations for diminishing the impact of migration on their health.

Objectives: Morbidity assessment of students in temporarily disintegrated and complete families. Estimation of the particularities of physical development of students selected for the study. Quantification of the risk factors which determine the health of students in temporarily disintegrated and complete families. Evaluation of the knowledge, attitudes and sanogenetic practices of students in temporarily disintegrated and complete families, and elaboration of specific measures to diminish the impact of the migration phenomenon.

Scientific novelty and paper originality: This is the first scientific study of the health status of students from temporarily disintegrated families in rural areas in relation to the behavioral and social determinants. The main behavioral and social factors with negative impact on the organisms of students from temporarily disintegrated families in rural areas were quantified. Adequate activities for the fortification of student's health through education for health and the formation of a healthy lifestyle were scientifically motivated.

Scientific problem solved: Original data was obtained about the health of students from temporarily disintegrated families in relation with behavioral and social determinants. Adequate steps for the fortification of students' health through education for health and the formation of a healthy lifestyle were scientifically motivated.

Theoretical significance. The study emphasizes the difference between students from disintegrated families and students from full families in rural areas with respect to the results of complex medical examinations, addressability to the medical points of the preuniversity institutions, absence from classes due to medical reasons, physical development, as well as risk factors (schooling conditions, alimentation, habitual and behavioral factors). The results obtained can be used as support in the pedagogical activity for students, residents and doctorands.

Applicative value of the paper: Important results were obtained for the practical medicine (Public Health Centers, Health Centers, Family Doctors Centers, etc.) with regard to the health of students from temporarily disintegrated families in rural areas. A system was established for informing and instructing the population, especially students, parents and educators. The paper results can be used as a reference by the specialists of the public health service and school professors in the elaboration of measures for the fortification of health by promoting a healthy lifestyle in school.

Implementation of the scientific results: *At a national level:* Approval of a model for promoting health in school. *At a public health service and preuniversity education institutions level:* Elaboration of didactic support for the public health specialists, school professors and medical workers in preuniversity institutions in the area of health education and promoting a healthy lifestyle in schools. Elaboration of instruments for evaluating the knowledge, abilities and sanogenetic practices of students. *At an individual level:* Elaboration of recommendations for attenuating the impact of behavioral and social determinants on students' health through the formation of knowledge, attitudes and habits favoring health.

Lista abrevierilor

APL	Autoritățile Publice Locale
AOAM	Asigurările obligatorii de asistență medicală
BNS	Biroul Național de Statistică
BNT	Boli netransmisibile
CNAM	Compania Națională de Asigurări în Medicină
CNMS	Centrul Național de Management în Sănătate
CNSP	Centrul Național de Sănătate Publică
ANSP	Agenția Națională pentru Sănătate Publică
HG	Hotărârea Guvernului
HTA	Hipertensiune arterială
IMC	Indicele masei corporale
MICS	Studiul de Indicatori Multipli în Cuiburi
FGMD	Fondul Global pentru Migrație și Dezvoltare
MS	Ministerul Sănătății
MO	Monitorul Oficial
ONG	Organizație non-guvernamentală
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
PN	Program Național
RM	Republica Moldova
SUA	Statele Unite ale Americii
UE	Uniunea Europeană
SSSP	Serviciul de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice
STEPS	Abordarea supravegherii pe pași a OMS
CMA	Concentrația maximal admisibilă
PNUD	Programului Națiunilor Unite pentru Dezvoltare
MEC	Ministerul Educației și Cercetării
DRÎTS	Direcția raională învățământ, tineret și sport
AMSA	Asistența medicală specializată de ambulator

Introducere

Actualitatea și importanța problemei abordate

Generația tânără este viitorul națiunii, iar nivelul de sănătate a acestui grup de populație este indicatorul obiectiv al stării societății în general. Reprezentând o totalitate a particularităților biologice a organismului și a influenței condițiilor sociale, ambientale, habituale, ocupaționale etc., sănătatea copiilor și adolescenților constituie una din cele mai complexe și mai actuale probleme. Actualitatea ei este determinată și de faptul, că din toate grupurile de populație, copiii și adolescenții prezintă cel mai vulnerabil grup.

Unul dintre drepturile fundamentale ale omului este sănătatea, fiind o valoare universală a societății umane. Existența biologică a individului este intricată și completată de mediul social și a mediului de viață, care stă la baza stării de sănătate și dezvoltare a ființei umane. Sănătatea reprezintă marea bogăție a lumii, iar dreptul la sănătate al individului și al colectivităților umane conduce la ideea de etică a sănătății, aceasta fiind o componentă a eticii societății, bazată pe principiul echității, egalității și a accesului la serviciile de sănătate. Pe de o parte starea de sănătate este o calitate a vieții, iar pe de altă parte, reprezintă un indicator al nivelului de trai socio-economic și cultural al unei comunități la o anumită etapă. Sănătatea face parte din tipurile de necesități umane esențiale existenței, concretizându-se în necesități bazale, de securitate și protecție, de dragoste și acceptare, de autoafirmare, de dezvoltare și creștere umană.

Starea sănătății elevilor din Republica Moldova este reflectată într-un șir de lucrări științifice, care abordează problema morbidității și dezvoltării fizice a acestora [62, 55, 46, 129, 159]. Starea de sănătate a copiilor și adolescenților în relație cu factorii de mediu și ocupaționali a fost studiată în cadrul subdiviziunilor ANSP. Sănătatea copiilor și adolescenților a fost larg reflectată în materialele Congresului V și VI al igieniștilor, epidemiologilor și microbiologilor din Republica Moldova (2003, 2008), și îndeosebi în materialele Conferințelor științifice „Sănătatea copiilor în relația cu mediul” (2004, 2010) și „Factorii de risc de mediu și sănătatea” (2010) și în publicații din reviste de profil [7, 130, 129].

Sănătatea fizică și psihică a populației, deci și a vîrstelor școlare, este condiționată printre alți factori și de comportamente cu risc pentru sănătate. Una din determinantele sănătății fiind considerată cea comportamentală [96]. Potențialul comportamental constituie 60-80% în profilaxia afecțiunilor circulatorii, 40-70% a bolilor oncologice și 50-80% a diabetului zaharat – boli care seceră 2/3 din populația de pe glob.

Determinantele socio-economice ale sănătății copiilor și adolescenților sunt abordate în teze de doctorat și publicații în reviste naționale recenzate [7, 8, 89].

Conform statisticelor oficiale și neoficiale 40,0% din populația aptă de muncă se află la lucru peste hotarele țării. În 2004, conform unor date de la Ministerul Educației Republicii Moldova, numărul copiilor ai căror ambii părinți erau plecați peste hotare constituia 23.000, iar al celor cu un singur părinte plecat în străinătate era mult mai mare. Numărul copiilor sub vârstă de 18 ani, lăsați în raionul Rîșcani, la care cel puțin unul din părinți au emigrat în 2011, constituie 1485 persoane, iar cei la care au emigrat ambii părinți constituie 737. Conform studiului Național privind situația copiilor aflați în dificultate și a copiilor, ai căror părinți sunt plecați peste hotare din 2012, ne arată că ponderea copiilor vizitați și evaluați de către asistenții sociali comunitari reprezintă 21-29% în marea majoritate a raioanelor [131]. La circa 25,0% elevi ai școlilor secundar profesionale din Republica Moldova unul sau ambii părinți se află la lucru peste hotare (Raportul laboratorului Igiena copiilor și adolescenților, 2011).

De la sfârșitul secolului trecut și până în prezent, Republica Moldova se confruntă cu un puternic flux de emigrație a populației. Potrivit datelor statistice, la sfârșitul anului 2018 erau plecați la muncă peste hotare 751.552 mii moldoveni, dintre care 346.336 mii bărbați și 405.216 mii femei [102]. Migrația implică consecințe semnificative în cele mai diverse domenii: socioeconomic, cultural, demografic etc., produce schimbări profunde în instituția familiei, în modul de viață atât al persoanelor plecate la muncă, cât și a celor rămase acasă. Toate acestea continuă a fi obiectul cercetării pentru un șir de specialiști, convinși că prin efectele sale, într-o lume marcată de globalizare, migrația nu poate să dispară din rândul factorilor care trebuie luați în considerare în orice analiză referitoare la dezvoltarea economică și socială. Motivele emigrării sunt diverse: imposibilitatea satisfacerii nevoilor, sărăcia, căutarea unui loc de muncă bine plătit, a unor condiții pentru un trai mai bun, pentru reușită profesională etc. Mulți din cei care au muncit/muncesc în străinătate au reușit, desigur, să-și ridice nivelul de trai, să-și rezolve o bună parte din problemele economice (să-și procure un imobil, să-și dezvolte o afacere, să prospere profesional etc.), să creeze condiții de dezvoltare mai bune pentru copii, să le asigure studiile dorite etc., toate acestea având implicații benefice asupra relațiilor de familie. Concomitent însă cu efectele pozitive din cadrul necesităților materiale, migrația are și multiple consecințe negative, marcate de pierderi în sfera necesităților afective, de deteriorarea dinamicii relațiilor intrafamiliale, reorganizarea rolurilor în cadrul familiei, și nu în ultimul rând de dezintegrarea acestei instituții. Astfel, după plecarea unuia dintre soți în străinătate, soțul rămas acasă preia, de regulă, rolul celui plecat. Starea dată a lucrurilor generează însă tensiuni și dezechilibre în relația de cuplu, conduce la răcirea relației dintre parteneri, în special atunci când perioada despărțirii este mare, iar în final se poate ajunge la destrămarea cuplului. Or, migrația de muncă este unul din factorii care a favorizat în ultimii ani creșterea numărului de divorțuri în țara noastră, precum

și toleranța față de uniunile consensuale, a influențat scăderea numărului de căsătorii și creșterea vârstei de întemeiere a familiei, micșorarea ratei natalității și a fertilității, a generat modificări în structura demografică a populației țării noastre, însoțite de accelerarea procesului de îmbătrânire a populației, de diminuarea forței de muncă etc. În alți termeni, migrația este un „*fenomen social total*”, cu multiple implicații și urmări asupra întregului sistem societal, cea mai afectată fiind însă instituția familiei, structura și funcționalitatea ei. Din această perspectivă, în situația cea mai dezavantajată se pomenesc copiii, care rămân, în primul rând, fără sprijinul afectiv de neînlocuit al părinților și fără modele parentale de urmat. Potrivit datelor Ministerului Educației, Culturii și Cercetării, în anul 2018, de pe urma plecării părinților la muncă peste hotare, în țară au rămas fără îngrijire părintească 76,6 mii de copii (din totalul de circa 583 mii copii). Dintre aceștia, 16,6 mii de copii aveau ambii părinți plecați peste hotare, iar 60 mii copii – un părinte [102].

Date despre starea sănătății copiilor și adolescenților, părinții cărora se află la lucru peste hotarele țării, în sursele existente aproape lipsesc, cu excepția a câtorva publicații [118, 120] dar fără descrierea sănătății elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale.

Scopul lucrării. Evaluarea stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale și elaborarea recomandărilor de diminuare a consecințelor migrației asupra acestora.

Obiectivele lucrării:

1. Evaluarea comparativă a morbidității elevilor din familiile temporar dezintegrate și complete.
2. Estimarea particularităților dezvoltării fizice a elevilor selectați în studiu.
3. Cuantificarea factorilor de risc determinanți ai sănătății al elevilor din familiile temporar dezintegrate și complete.
4. Evaluarea cunoștințelor, aptitudinilor și practicilor sanogene la elevii din familiile temporar dezintegrate și complete, și elaborarea măsurilor specifice de diminuare a impactului fenomenului migrației.

Ipoteza de cercetare. Ipoteza cercetării presupune, că starea de sănătate și dezvoltarea fizică a elevilor din familiile temporar dezintegrate, ca consecință a fenomenului migrației, este cu mult mai compromisă în comparație cu elevii din familiile complete, fapt condiționat de amplificarea impactului factorilor de risc exogeni în condițiile tutelării insuficiente părintești, pe fundalul educației instituționale precare.

Metodologia cercetării științifice. Pentru realizarea scopului și obiectivelor cercetării a fost utilizată o metodologie mixtă cu aplicarea unui studiu de cohortă retrospectiv, care a vizat măsurarea comparativă apariției efectului (bolii) la elevii din familiile temporar dezintegrate (cohorta expușilor) și la elevii din familiile complete (cohorta neexpușilor). Concomitent a fost

realizat și un studiu descriptiv, selectiv, transversal care a avut ca scop determinarea nivelului de cunoștințe, aptitudini și practici sanogene la elevii din clasele primare, pentru a putea elabora un model eficient de promovare a sănătății.

Studiul a fost realizat în localitățile rurale din 3 regiuni ale Republicii Moldova (nord, centru, sud), subiecți ai studiului au fost 550 elevi din familiile temporar dezintegrate și 631 elevi din familiile complete.

Lucrarea a cuprins câteva etape: definirea problemei, scopului și obiectivele de cercetare, determinarea căilor de soluționare a problemei, selectarea lotului de studiu cu elaborarea conceptului de cercetare, realizat inclusiv și în rezultatul studiului literaturii științifice în domeniul vizat; următoarea etapă a constat în evaluarea comparativă a stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate și complete; evaluarea factorilor de risc pentru sănătatea elevilor condiționați de fenomenul migrației; determinarea nivelului de cunoștințe, aptitudini și practici sanogene la elevii din clasele primare; elaborarea măsurilor și tehnicilor specifice de diminuare a impactului fenomenului migrației asupra stării de sănătate a elevilor.

În vederea realizării sarcinilor trasate au fost utilizate metode de cercetare: igienice, epidemiologice, istorice, sociologice, statistice și matematice. Prelucrarea matematico-statistică a datelor primare s-a efectuat cu ajutorul programului Microsoft Office, Excel, Epi Info, MedCalc la calculatorul personal și au fost utilizate prin metodele de analiză variațională, relațională și de modelare matematică.

Valoarea aplicativă a lucrării:

- Rezultatele obținute pot fi utilizate pentru medicina practică (Centrele de Sănătate Publică, Centrele Medicilor de Familie, etc.) în supravegherea și fortificarea stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale prin controlul și managementul factorilor de risc.
- A fost stabilit un sistem de informare a populației și în special a elevilor, părinților și pedagogilor despre impactul principalilor factori de risc comportamentali și sociali asupra sănătății elevilor.
- Rezultatele lucrării pot servi ca punct de reper în elaborarea și respectiv implementarea pentru specialiștii CSP și profesorii școlari în implementarea măsurilor de fortificare a stării de sănătate prin promovarea sănătății în școală.

Principalele rezultate științifice înaintate spre susținere:

Rezultate originale privind diferența dintre elevii din familiile temporar dezintegrate și elevii din familiile complete din localitățile rurale privind starea de sănătate în rezultatul examenelor medicale complexe, adresabilitatea la punctele medicale ale instituțiilor

preuniversitare, absenteism pe caz de boală, dezvoltarea fizică cât și factorii de risc (condițiile de instruire, alimentație, habitualii, comportamentali).

- Modelul de promovare a sănătății în școală și mecanismul de implementare (anexa nr.1).

- Instrumentele de evaluare a cunoștințelor, aptitudinilor și practicilor sanogene la elevi (anexa nr. 2).

- Model de supraveghere a sănătății elevilor din familiile temporar dezintegrate pentru specialiștii ANSP, asistenții sociali, lucrătorii medicali din instituțiile preuniversitare (anexa nr.3).

Recomandări de promovare a sănătății în școală:

La nivel național:

- Aprobarea unui model de promovare a sănătății în școală.

La nivel de CSP și instituții de învățământ preuniversitar:

- Elaborarea unui suport didactic pentru specialiștii CSP, profesorii școlari și a lucrătorilor medicali din instituțiile preuniversitare la compartimentul educație pentru sănătate și promovarea modului sănătos de viață în școală.
- Elaborarea instrumentelor de evaluare a cunoștințelor, aptitudinilor și practicilor sanogene la elevi.

La nivel individual:

- Elaborarea recomandărilor de diminuare a determinantelor comportamentale și sociali asupra sănătății elevilor prin formarea la ei a cunoștințelor, aptitudinilor și deprinderilor favorabile sănătății.

Sumarul compartimentelor tezei:

În **Introducere** este argumentată actualitatea și necesitatea cercetării științifice. Sunt reflectate datele privind starea de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate din instituțiile preuniversitare din localitățile rurale. Sunt descrise scopul și obiectivele tezei, noutatea științifică a rezultatelor obținute, importanța teoretică, valoarea aplicativă a tezei, aprobarea rezultatelor și sumarul compartimentelor tezei.

Capitolul 1. „Reviul literaturii” include analiza publicațiilor de specialitate privind starea de sănătate și dezvoltării fizice a elevilor din familiile temporar dezintegrate din instituțiile preuniversitare din localitățile rurale. Sunt evidențiate particularitățile problemei, rezultatele cercetărilor existente, ce reflectă situația despre starea de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate din instituțiile preuniversitare din localitățile rurale, morbiditatea și

dezvoltarea fizică. Sunt relatate unele aspecte ale măsurilor de ameliorare a stării de sănătate, lacunele cercetărilor și obiectivele posibile pentru actualul studiu, prin cuantificarea unor factori de risc pentru sănătate.

Capitolul 2. „Materiale și metode” reflectă algoritmul studiului, caracteristica materialului și a metodelor utilizate în studiu. Se descriu metodele de studiu, metodele de colectare și de prelucrare a materialului informativ, argumentându-se efectivul numeric al eșantionului luat în studiu. Sunt descrise principiul metodelor de cercetare utilizate, precum și metodele de prelucrare statistică.

Capitolul 3. „Evaluarea stării de sănătate și a dezvoltării fizice a elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale”. Sunt analizate rezultatele examenelor medicale complexe și a dezvoltării fizice a elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale în comparație cu elevii din familiile complete. Rezultatele examenului medical complex ne arată că nivelul morbidității elevilor din familiile temporar dezintegrate este mai sporit în comparație cu elevii din familiile complete, acest fenomen se răsfrânge și asupra indicatorilor de adresabilitate și absenteism pe caz de boală. Indicii dezvoltării fizice a elevilor din familiile temporar dezintegrate sunt mai nefavorabili în comparație cu cei a elevilor din familiile complete.

Capitolul 4. „Impactul factorilor de risc asupra stării de sănătate a elevilor din localitățile rurale”. Elucidează impactul factorilor de risc asupra stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale. S-au apreciat factorii de risc din locuință, din instituțiile preuniversitare, alimentar și comportamental cu risc de sănătate (consumul de tutun și activitate motrică) și promovarea sănătății în instituțiile de învățământ preuniversitar.

Concluziile generale au fost expuse conform obiectivelor expuse și a rezultatelor obținute, fiind urmate de recomandări practice.

1. Aspectele stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale (reviul literaturii).

Migrația, ca fenomen global, are o istorie diversă în civilizația contemporană. Ca urmare, valorifică potențialul acesteia în dezvoltarea social-economică și culturală a țării au existat numeroase încercări la nivel național [111]. De asemenea, au existat numeroase inițiative ale diferitor grupuri, aparținând diasporei, de a promova o imagine pozitivă a țării de origine, precum și o dezvoltare economică corespunzătoare. Au fost marcate de conștientizarea tot mai pronunțată a factorilor de decizie la nivel global, cu precădere în țările Nordice, a rolului migrației internaționale în satisfacerea cererii pe piața forței de muncă în diferite sectoare specifice, precum și în menținerea rețelelor Internaționale necesare pentru funcționarea economiei globale. Situația dată, împreună cu dinamica populației și cu restructurarea economiilor, au accentuat concurența la nivel global pentru migranții de înaltă calificare, ceea ce a dus la creșterea numărului lor.

Abordările cu privire la impactul migrației internaționale s-au axat preponderent pe rolul contraversat al remitențelor [108, 93]. Un număr tot mai mare de țări dezvoltă metode inovatoare de implicare a comunităților expatriate, inclusiv transferul de remitențe colective pentru susținerea unor proiecte specifice de dezvoltare. Unele țări, care se confruntă cu un deficit de capital, ceea ce le periclitează creșterea economică și crearea de noi locuri de muncă, iau în calcul o posibilă implementare sau deja implementează un sistem de mobilizare a resurselor migranților, prin emiterea de obligații pentru diasporă.

Cercetările efectuate cu privire la impactul remitențelor asupra creșterii economice de lungă durată sugerează că acesta este adesea unul nesemnificativ, în mare parte datorită faptului că efectul dat depinde de instituțiile locale și de politicile generale de dezvoltare. Remitențele în sine nu pot înlătura impedimentele de ordin structural ce stau în calea creșterii economice, dezvoltării sociale sau a unei administrări mai bune, ceea ce lipsește unei bune părți a țărilor cu nivel scăzut de dezvoltare umană [49].

Raportul Programului Națiunilor Unite pentru Dezvoltare (PNUD) cu privire la Dezvoltarea Umană pentru anul 2009: Depășirea Barrierelor — Mobilitatea și Dezvoltarea Umană a identificat că modalitatea principală prin care migrația internațională aduce beneficii țărilor de origine sunt remitențele de care beneficiază familiile migranților, oferindu-le condiții mai bune în cadrul sistemului de sănătate și de învățământ. Situația în cauză contribuie în mod indirect la dezvoltarea țării. Procesele de migrație ne demonstrează că precum și cele de schimbare socială și culturală, pot avea un impact semnificativ asupra antreprenoriatului, asupra

normelor comunităților și asupra transformărilor de ordin politic - impact ce este adesea resimțit de-a lungul mai multor generații. Întrebarea rămasă deschisă la ora actuală este dacă acest potențial al migrației poate fi întărit și canalizat spre dezvoltarea țării de origine, și, în caz afirmativ, în ce mod [109].

În urma Dialogului la Nivel înalt al Adunării Generale a Națiunilor Unite din 2006 cu privire la Migrație și Dezvoltare (DNI) a fost lansat Forumul Global pentru Migrație și Dezvoltare (FGMD). Acest Forum este considerat a fi cea mai completă platformă globală de dialog și cooperare pe problemele de migrație internațională și dezvoltare. La el iau parte peste 100 de țări și peste 20 de organizații internaționale, care abordează problemele migrației și dezvoltării prin modalități practice, orientate spre acțiune. Recunoașterea limitelor unei abordări la nivel strict național a chestiunilor legate de migrație și abordarea acestora la nivel global, în cadru interguvernamental va fi punctul forte al Forumului.

FGMD oferă o platformă foarte bună pentru discuțiile cu privire la politicile și provocările la nivel practic ale conexiunii migrație-dezvoltare, cu implicarea activă a unor părți interesate, precum organizațiile neguvernamentale, organizațiile migranților, experți etc. Această platformă creează posibilitatea unui schimb de bune practici și experiențe ce pot fi ajustate și aplicate în orice regiune a lumii. Platforma mai are scopul de a identifica decalajele informaționale, cu privire la politici sau instituții, necesare pentru crearea sinergiilor și a strategiilor coerente la nivel național, regional și internațional între domeniile de politici migraționiste și cele de dezvoltare, în timp ce identificarea acestor decalaje este absolut realistă în aceste circumstanțe, coerența politicilor de migrație și de dezvoltare la toate cele trei nivele este mult mai dificil de realizat. Datorită intereselor implicite ale tuturor actorilor la nivel național de a internaliza beneficiile migrației și de a-i externaliza costurile; structurii rigide și circumstanțelor extrem de complexe ale cadrului de dezvoltare la nivel global; rolului jucat de industriile interesate (care nu sunt implicate ca părți interesate în cadrul FGMD) din țările în curs de dezvoltare la formularea politicilor respective la nivel național; nivelului scăzut de implicare a mediului academic în căutarea abordărilor care ar putea combina toate interesele prezentate mai sus; și, poate mai mult ca orice, provocărilor dinamice ale migrației internaționale în tandem cu procesul foarte anevoios de luare a deciziilor în cadrul unui forum atât de mare. Acești factori creează impedimente serioase în procesul de identificare a abordărilor „corecte” pentru dezvoltarea concomitentă a țărilor de destinație, a țărilor de origine și a migranților înșiși.

Prin crearea de rețele cu privire la schimbul de informație privind migrația internațională se va furniza date sigure la nivel național unificând metodele statistice utilizate. Acest gen de

programe și inițiative au o abordare de sus în jos și nu vizează migrații în mod direct cât tangențial.

Un alt tip de inițiative, cu o abordare de jos în sus, se axează pe inițiativele societății civile, precum grupurile diasporei, entitățile publice, și grupurile de cercetare privind maximizarea impactului migrației asupra dezvoltării țărilor aflate în curs de dezvoltare. Inițiativa în cauză urmărește crearea unor rețele de actori care activează în domeniul migrației și dezvoltării și care contribuie la diseminarea de bune practici, și au următoarele obiective: îmbunătățirea serviciilor financiare și reducere a cheltuielilor de transfer al remitențelor; implicarea comunităților expatriate pentru îmbunătățirea calităților antreprenoriale ale populației din țările de origine; susținerea familiilor separate din cauza migrației; conștientizarea pericolelor traficului de persoane și migrației ilegale; și promovarea protecției migranților.

Luând în considerație că până la un sfert din toți copiii din întreaga lume trăiesc în gospodării monoparentale, din studiile disponibile, s-a concluzionat că copiii care cresc cu părinți căsătoriți continuu au rezultate mai bune pentru sănătate decât copiii care cresc cu părinți singuri sau separat [54, 57, 53]. Explicațiile posibile includ sărăcie mai mare și limitări de timp ale angajamentului părinților în cadrul familiilor monoparentale, dar acestea reprezintă doar o gamă restrânsă de mecanisme. Identificarea și sintetizarea dovezilor cu privire la modul în care s-a născut și / sau a trăit într-o gospodărie monoparentală în comparație cu a trăi într-o gospodărie cu doi părinți în timp ce un copil afectează rezultatele asupra sănătății și dezvoltării, utilizarea asistenței medicale și factorii care pot determina diferențele. Între 10% și 25% dintre copiii din țările membre ale Organizației pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OECD) trăiesc în gospodării monoparentale. În Marea Britanie, 15% din toate familiile sunt conduse de un singur părinte. Proporția familiilor monoparentale din Marea Britanie a rămas stabilă în ultimii 20 de ani. Motivele cheie ale acestei creșteri au fost nivelurile în creștere ale divorțului și defalcarea parteneriatului în timpul și o creștere a numărului de nașteri la femei singure. Studii multiple au concluzionat că copiii care cresc cu părinți căsătoriți continuu au rezultate mai bune decât copiii care cresc cu părinți singuri sau copii ai căror părinți se separă în timpul copilăriei. Acest lucru este consecvent pentru rezultatele cheie ale sănătății și dezvoltării, inclusiv sănătatea fizică, bunăstarea psihologică și realizarea educațională [70].

Necăținând la motivele emigrației părinților, copiii lăsați acasă sunt persoanele supuse la cele mai grele încercări. Lipsa părinților are impact direct asupra stării psihoemoționale, sănătății, educației copiilor etc. Acești copii rămân de cele mai multe ori cu doar unul dintre părinții lor. Atunci însă când ambii părinți emigrează, ei sunt lăsați în grija bunicilor, fraților mai mari, altor rude, vecini, prieteni sau chiar a unor persoane străine de familie, care, în schimbul

unei sume de bani, se angajează neoficial în calitate de tutore, interesul acestora fiind doar material. Există și cazuri când acești copii sunt uitați complet/abandonăți de părinții plecați în străinătate, ajungând în cele din urmă în instituții rezidențiale, centre de plasament. Efectele migrației asupra copilului sunt diferite în cazul când pleacă mama, tata sau ambii părinți. Mama, rămasă acasă, reușește, de regulă, mai bine să-și îndeplinească responsabilitățile, dar ea este și persoana care pleacă cel mai des de acasă, deoarece își găsește mai ușor un loc de lucru. Tatălui, rămas acasă, îi este mai dificil să se isprăvească cu toate treburile gospodărești. Ieșirea din situație el o găsește în trecerea unei părți din responsabilitățile sale pe umerii copiilor. Desigur și mama, în lipsa tatălui, recurge mai frecvent la ajutorul copiilor. Plecarea părinților la muncă în străinătate înseamnă supraîncărcarea copiilor cu sarcini de adult (pregătirea mesei, spălarea hainelor, curățenie în casă, îngrijirea pentru frații mai mici etc.), ceea ce accelerează procesul de maturizare a multor copii, conduce la arderea etapelor de dezvoltare, trecându-se peste adolescență direct în viața de adult. Mai mult, absența părinților și supraîncărcarea cu responsabilități familiale îi poate lipsi pe acești copii de dorința să-și formeze în viitor o familie proprie [45]. Ei nu vor înțelege sensul căsătoriei, nu vor avea încredere în valorile familiei, vor fi supuși riscului de a forma la maturitate o generație de adulți cu probleme de integrare socială. Important este ca efectele negative ale migrației asupra copiilor să nu fie ignorate, să fie conștientizate atât de părinți, cât și de autoritățile publice, care trebuie să întreprindă măsuri serioase de diminuare, dat fiind că implicațiile lor asupra generațiilor viitoare, chiar dacă nu sunt totdeauna vizibile la moment, se vor vedea în timp, după câteva decenii, când nu vor mai putea fi combătute. Pentru aceasta este nevoie de elaborarea și implementarea unor politici publice coerente cu referire la identificarea și monitorizarea copiilor în situație de risc, printre care se regăsesc și copiii lăsați acasă de părinții plecați la muncă în străinătate. La nivel local, responsabilitatea pentru realizarea măsurilor ce țin de sprijinul copiilor rămași acasă revine serviciilor publice de asistență socială și protecție a copilului. Prin identificarea părinților cu intenție de a pleca la muncă în străinătate, îi vor informa cu posibilitățile legale de plecare, cu riscurile migrației, cu responsabilitățile față de copii, vor evalua condițiile în care au fost lăsați acești copii, vor dezvolta programe speciale de asistență, consiliere psihologică, juridică, educațională etc., adaptate la fiecare caz concret și care ar contribui la diminuarea efectelor negative ale migrației asupra copiilor.

1.1. Importanța problemei stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale.

Sănătatea populației reprezintă un obiectiv de o importanță primordială în politica oricărui stat deoarece sănătatea constituie valoarea cea mai de preț și componenta indispensabilă a dezvoltării și prosperării sociale. Securitatea statului și dezvoltarea durabilă a societății pot fi obținute în primul rând prin menținerea și fortificarea sănătății tinerei generații [43].

Dezvoltarea durabilă a oricărei societăți este determinată în mare măsură de resursele umane și, nu în ultimul rând, de starea de sănătate a populației. Nici o civilizație n-a avut soarta de a prospera avînd o populație cu sănătatea compromisă [72]. Procesul de creștere și dezvoltare a copilului arată că, în procesul de creștere și maturizare fizică și psihică, acesta trece prin diverse „perioade critice” de dezvoltare. În aceste perioade diapazonul reacțiilor de adaptare se diminuează, iar sensibilitatea organismului la factorii de risc crește.

Starea de sănătate a copiilor și educația lor constituie, sau ar trebui să constituie, preocuparea majoră a familiei și societății. Un mare număr de maladii ale adulților se dezvoltă încă din vîrsta școlară, atunci când studiile în instituțiile preuniversitare, fiind relativ îndelungate, cuprind toată populația și parcurg în condiții nu întotdeauna favorabile. După datele unor autori, în Republica Moldova, în ultimii 10 ani, cota copiilor sănătoși de vîrstă școlară scade - ea nu depășește 4-9% [96]. Caracterul de intersectorialitate al sănătății stabilește și complexitatea de intervenție, de finanțare și susținere a întregii societăți, celelalte sectoare - economice, sociale, culturale, etc. sunt și ele determinanți ai sănătății, atât în mod direct, cît și indirect, prin realizarea securității sănătății și prin domeniile pe care le coordonează [61, 92].

Sănătatea copiilor este una dintre cele mai complexe și mai actuale probleme ale științei medicale contemporane, fiind, în același timp și indicatorul obiectiv al stării societății în general. Sănătatea copiilor este un fenomen cu aspect social, biologic, juridic și medical [88]. „Oamenii de știință au efectuat numeroase studii și au determinat formula sănătății: Sănătate 100% = 10% medicină + 20% factori genetici + 20% mediul înconjurător + 50% mod de viață” [158]

Definirea familiei reprezintă o sarcină destul de dificilă, avînd în vedere faptul că acest fenomen social, care este familia, constituie obiect de studiu și cercetare pentru diferite științe cum ar fi: sociologia, dreptul, psihologia, medicina, științele istorice etc., fiecare dintre acestea încercînd să surprindă aspectele caracteristice propriului punct de vedere, iar, pe de altă parte nici legiuitorul nu este consecvent, dînd accepțiuni diferite acestei noțiuni [40].

„După OMS, Familia reprezintă o persoană sau un grup de persoane care trăiesc împreună și au legături de sînge prin căsătorie sau adopție. În Dicționarul UNESCO, familia este

definită ca fiind, formă de comunitate umană întemeiată prin căsătorie, care unește pe soți și descendenții lor prin relații strânse de ordin biologic, economic, psihologic, spiritual” [86].

Un alt aspect este acela, când membrii unei familii nu trăiesc în aceeași locuință, ci locuiesc la distanțe mari, în cazul când soțul sau soția sunt plecați în țară sau peste hotare pentru a presta o muncă, a face studii sau specializări și se vizitează periodic. În acest caz avem o familie de interacțiune sau migrantă [95, 13].

Unii sociologi susțin că în categoria familiilor temporar dezintegrate se încadrează familiile: cu decesul unuia dintre parteneri; nașterea unui copil fără ca părinții să fie căsătoriți; decizia unor femei de a avea copii fără ca ele să fie căsătorite; adopția unui copil realizată de o persoană solitară. Iar familiile dezorganizate includ: divorțul, abandonul familial, migrarea pe o perioadă mai îndelungată de timp a unui membru a familiei [50].

În diverse perioade istorice a civilizațiilor a fost modelată de circulații masive ale populațiilor. Această migrație interstatală și intercontinentală rămâne o caracteristică esențială a lumii globalizate de astăzi, modelând realitățile sociale contemporane. Diferențele în dezvoltarea social-economică a diferitor state și regiuni, liberalizarea și intensificarea fluxurilor de capital, bunuri și servicii, cât și operativitatea sistemelor de comunicații duc la mobilitatea persoanelor ca forță de muncă [28]. Aceasta provoacă multiple probleme în contextul despărțirii familiilor și cel mai gravă este copiii, care rămân fără un părinte sau ambii și nu primesc atenția în contextul educației și îngrijirilor de sănătate [110, 124]. Plecarea părinților, poate determina apariția următoarelor probleme psiholog-pedagogice la adolescenți: absenteism școlar, nereușită școlară, stări anxioase, stări depresive, dependență de internet, comportament antisocial, viață sexuală precoce [37, 14, 147]. În ultimii ani copiii și adolescenții din familiile temporar dezintegrate constituie o categorie educațională în creștere ce reprezintă aproximativ 30% ce au nevoie de consiliere psihologică [12].

„Copiii rămași singuri acasă, ca urmare a plecării părinților la muncă peste hotare, reprezintă un fenomen des semnalat în presă. Ultimul timp expresii precum "copii lăsați în grijă", "copii singuri acasă", "familii temporar dezintegrate" au devenit deja uzuale. Amploarea acestui fenomen este dificil de apreciat și din cauza, că nu există un mecanism eficient de monitorizare a celor care emigrează și nu anunță autoritățile” [157]. Actualmente se vehiculează cu diferite date în ceea ce privește migrații din Republica Moldova [103].

Fondația World Vision România a lansat raportul „Bunăstarea copilului în mediul rural, 2014” ce relevă totodată faptul că mulți copii nu sunt hrăniți corespunzător, nu au acces la servicii medicale, abandonează școala, au comportamente de risc pentru sănătate, suferă abuzuri [38].

Exodul părinților peste hotarele țării în vederea unei mai bune asigurări materiale a necesităților a cauzat fenomenul de dezintegrare a familiilor [19, 18]. Referindu-ne la familiile temporar dezintegrate avem în vedere emigrarea unuia sau ambilor părinți pe un termen de 6 luni. Impactul migrării este dezorganizarea familiei cu toate consecințele sociale, morale, medicale, educaționale, etc [56, 36].

Deci se încearcă o clasificare a tipologiilor familiei cu un singur părinte ca, “familia dezmembrată”, „familie incompletă” sau „ familie disimetrică” care în consecință duce la dezorganizarea familiei și ca rezultat sporirea în progresie a morbidității generale a copiilor și adolescenților [136].

La circa o cincime (21%) din numărul total de elevi investigați au cel puțin un părinte plecat peste hotarele țării. Referindu-ne la mediul de trai urban sau rural constatăm că exodul din mediul urban este de circa 17 % pe când în cel rural este aproximativ 23%. De exemplu în Chișinău emigrarea constituie în jurul de 9% pe când în regiunile de nord și sud ale țării rata emigrării este de 25% [121, 131]. Distribuția procentuală a copiilor cu vârsta de 0-17 ani din localitățile rurale cu cel puțin un părinte biologic peste hotare este următoarea: doar mama peste hotare - 6,7%, doar tata peste hotare - 10,6%, ambii părinți peste hotare - 6,0%.

Cercetările arată că, plecarea părinților peste hotare, deși atenuează riscurile de sărăcie materială, are un impact negativ semnificativ asupra dezvoltării emoționale, relațiilor sociale și performanțelor școlare ale copiilor [52]. Mai frecvent decât semenii lor, acești copii își leagă planurile pe viitor de emigrare, lucru care arată cât de adânc înrădăcinată a devenit „cultura emigrației” [103].

Transformările sociale, politice și economice au condus la o redefinire a instituției familiei și la reconstrucția spațiului privat. Familia a continuat să reprezinte un refugiu și un mijloc de suport pentru membrii săi nu doar împotriva intervențiilor agresive și a controlului statului, dar și împotriva problemelor și a stării de nesiguranță, generate de tranziție [34].

1.2. Morbiditatea și dezvoltarea fizică ca factor principal al stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate

Morbiditatea este un factor principal al sănătății publice. Analiza morbidității ne permite să accentuăm situațiile problematice, să elaborăm și să apreciem eficacitatea acțiunilor de prevenire și curative organizate la nivel republican și local. Copiii, lăsați fără îngrijirea părinților plecați la muncă peste hotare, au niște condiții specifice și, ca rezultat, apar unele patologii și

complicații a tractului digestiv, tulburări ale sistemului nervos central, boli ale aparatului respirator, dereglări ale funcției inimii, etc [27, 75, 129, 139].

Rolul cel mai important în furnizarea și coordonarea serviciilor de supraveghere a copiilor de vîrstă mică, medie și perioada de adolescență o are medicul de familie. Lucrătorii medicali din asistența medicală primară sunt persoanele-cheie în domeniul furnizării serviciilor de supraveghere și de educație a copilului. În așa fel, ei sunt cei care coordonează și integrează serviciile medicale prestate familiilor cu copii [44, 46].

Frecvența adresărilor la medic în scopul de a face un control în lipsa unei boli aparente este un indicator al culturii medicale și un factor important în depistarea precoce a unor maladii [143].

Prelucrarea informației colectate, reeșind din frecvența adresărilor populației în instituțiile medicale, este metoda de bază în studiul morbidității. Informația dată are mai mult un caracter informativ sau de semnalizare. În baza ei se fac concluzii despre răspîndirea și dinamica relativă a morbidității populației [122, 153].

Accesibilitatea la serviciile medicale reprezintă unul din principalii indicatori de evaluare a sănătății comunitare [32]. Studiarea opiniei populației, prin metoda de chestionare, este frecvent utilizată și permite de a depista neajunsurile existente în acordarea asistenței medicale [155].

Morbiditatea elevilor școlilor profesionale din Republica Moldova a fost studiată în baza rezultatelor adresării elevilor pentru acordarea asistenței medicale și prin extragerea datelor din registrele punctelor medicale din instituțiile supuse studiului [130], la fel a fost studiată și în instituțiile preuniversitare din localitățile rurale [77].

La punctul medical se adresează cel mai des elevii cu infecții respiratorii virale acute, identice sunt și adresările la medicul de familie [44, 154].

Starea sănătății populației este un domeniu prioritar a statului [33], deoarece, sănătatea ca valoare socială asigură indispensabil dezvoltarea și prosperarea.

Printr-o sănătate durabilă a societății se consolidează continuitatea evolutivă a generațiilor tinere, care asigură însăși continuitatea statului [43]. Prin urmare, preocuparea strategică a societății ar trebui să fie consolidarea familiei și sănătății membrilor acesteia, ori, eschivîndu-ne de la acest deziderat strategic, se constată o creștere rapidă a numărului de maladii acumulate de populație din vîrstele preșcolare și școlare [96].

Astfel, sănătatea copiilor este o problemă actuală a medicinei contemporane, dar tot odată fiind un indicator obiectiv al nivelului de dezvoltare a societății în ansamblu.

Creșterea nivelului patologiilor cronice și a dereglărilor funcționale este condiționată nu numai de imperfecțiunea sistemului de asigurare medicală a adolescenților, de lipsa politicii naționale de implementare a programelor de prevenție, de nivelul jos de trai și al calității vieții, de alimentație [9, 26, 153], asigurare cu apă [82, 84, 11, 11, 99], insuficiența informatizării populației, dar și de lipsa răspunderii părinților, pedagogilor, medicilor de posibila pierdere a sănătății [161, 63].

Starea generală a sănătății copiilor este influențată de factorii biologici, sociali, ecologici, educaționali. După ponderea de influență asupra sănătății, din toți factorii, au o cotă de circa 30%, indicăm asupra faptului că au impact direct condițiile sanitaro-igienice în sălile de studii consistentă curriculei școlare, regimul de activitate, gradul de pregătire a elevilor pentru studii etc [81, 83, 85]. O bună parte din acești copii sunt văduviți de educație în familie, necătînd la faptul că, părinții lor biologici sînt în viață. Un segment important din acești copii au ajuns să trăiască fără unul sau fără ambii părinți, care au emigrat la muncă peste hotare. Conform calculelor bazate pe CBGC, în 2005 circa 16% din copiii cu vîrsta sub 18 ani, incluși în cercetare, locuiau în familii, unde unul sau ambii părinți lipseau din motive legate de emigrare. Aceasta ar însemna că circa 144 mii de copii de 0-18 ani locuiesc fără părinții lor care au emigrat la muncă. Acest rezultat confirmă estimările din unele cercetări precedente asupra numărului mare de copii care locuiesc în familii dezintegrate.

Caracteristicile antropometrice individuale ale unei populații de copii sunt predictorii simpli ai unor evenimente viitoare privind starea de sănătate reflectată prin alterarea ei, prin insuficiența funcțională și mortalitate. De asemenea, aceștia sunt influențați de diferite maladii.

Dezvoltarea fizică este un indicator ce caracterizează starea sănătății copiilor și dependența ei de mai mulți factori. Dezvoltarea fizică în pediatria clinică prezintă un proces dinamic de creștere (mărirea taliei și greutatea corpului, dezvoltarea proporțiilor și segmentelor lui) și maturizare biologică a copilului într-o anumită perioadă a copilăriei. Dezvoltarea fizică a copiilor servește drept indice al sănătății și stării normale [142].

Referitor la dezvoltarea fizică și psihosocială a copiilor constatăm, că dezvoltarea reprezintă un complex de abilități morfologice, funcționale și sociale ale organismului, iar nivelul dezvoltării fizice și neuropsihice este determinat de numeroși factori exogeni și endogeni. Prezența maladiilor cronice compromise dezvoltarea fizică și neuropsihică a copilului [64, 105, 119].

Cunoașterea proceselor creșterii și dezvoltării copilului are o deosebită semnificație pentru înțelegerea acestei perioade de viață, precum și pentru nevoia aprecierii unor aspecte normale sau de patologie. Prin dezvoltarea fizică sau somatică, mai frecvent, se subînțelege

aspectul cantitativ-ansamblul fenomenelor de sporire a dimensiunilor și masei corpului și de modificări ale formelor corporale [114].

Dezvoltarea fizică este rezultatul unui proces formativ condiționat de factorii genetici-ereditari, endocrini, interni ai patologiei și cei exogeni. Nivelul dezvoltării fizice, în mare măsură, depinde și de starea sănătății copilului, în special de prezența unor afecțiuni renale, hepatice, cardiace, intestinale, de imunitatea organismului sau endocrine [101].

Un exemplu de influență a factorilor endocrini asupra dezvoltării copiilor este perioada pubertară, care coincide cu vârsta de 11-13 ani pentru fete și 14-15 ani pentru băieți. În această perioadă, dezvoltarea fizică este rapidă, realizând un adevărat „salt de creștere”, astfel că de la 20 până la 25% din creșterea totală a organismului se produce în perioada pubertară, în special în cele 24-36 de luni cât durează etapa de „salt” [134]. Analizând particularitățile dezvoltării fizice la elevii din raioanele Rîșcani și Cahul s-a stabilit, că în intervalul 11-14 ani talia și greutatea medie a fetelor este superioară față de băieți, excepție făcând talia medie a băieților din r-nul Cahul. Între 14-19 ani talia și greutatea sexului masculin devine superioară față de sexul feminin. Ritmul creșterii taliei este diferit, cel mai mare înregistrându-se între 7-11 ani și 11-14 ani, iar mai redus între 14-19 ani. Ritmul creșterii greutății este mai mare la băieții de 7-11 ani și 14-19 ani față de fetele de aceeași vîrstă și la fetele de 11-14 ani față de sexul masculin [2, 86]. Evaluarea dezvoltării fizice și a indicelui de masa corporală la elevii din localitățile rurale remarcă, că ponderea elevilor cu dezvoltare fizică armonioasă ocupă primul loc (56,5%), dezvoltarea fizică nearmonioasă constituie în jur de 43,25%, elevii normoponderali constituie 50,2% [1].

Conform IMC, 3/4 băieții și fetele din raionul Cahul au o dezvoltare fizică normală. Masa corporală a copiilor din studiu diferă de media Standardelor dezvoltării fizice a copiilor din Republica Moldova, spațiu rural, și a Standardelor din România [71].

1.3. Factorii ce influențează starea de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate

Starea de sănătate a copiilor este determinată de factori sociali, biologici, ecologici și ai mediului instructiv-educativ. Ultimii contribuie semnificativ la formarea stării de sănătate, cota lor constituind 30,0% din totalitatea factorilor nominalizați, la aceștia atribuindu-se, în primul rând condițiile din sălile de studii, aule și laboratoare; programele, tehnologiile și regimul de instruire; solicitarea elevilor; gradul de pregătire al copiilor către școală etc [56].

Inovarea continuă a procesului instructiv-educativ are loc în detrimentul stării de sănătate a elevilor. Pentru buna organizare a procesului instructiv-educativ este necesară îmbunătățirea calității instruirii, pregătirea elevilor pentru integrarea în societate, fortificarea stării de sănătate și asigurarea unui confort psihologic. Cerințele igienice principale pentru buna organizare a procesului instructiv-educativ se rezumă la respectarea parametrilor microclimaterici, perfecționarea programelor, complexitatea disciplinelor [152, 149] și metodelor de predare, organizarea alimentației elevilor și a activității motorii.

Din grupul factorilor ocupaționali un rol important îl joacă regimul motor și poziția în timpul activității instructiv-educative. Poziția incorectă în timpul instruirii produce oboseală, miopie, dereglarea funcției motorice a intestinului, modificări patologice în organele genitourinare [164] și ale poziției organelor interne, dereglări ale forței de aspirație a cutiei toracice, îngustarea spațiilor intercostale, împiedicarea mișcării diafragmei și coordonării mișcărilor [62].

În cazul necorespunderii normelor sanitare ale procesului instructiv-educativ au loc modificări în sistemul nervos central (SNC), care se caracterizează prin creșterea sau reducerea perioadei latente a reacțiilor motorii la excitanții vizuali și cei auditivi, a capacității de muncă, volumului de informație prelucrat de analizatorul vizual; prin modificări ale aparatului circulator, sângelui, ale organelor hematopoetice, manifestate prin scăderea tensiunii arteriale sistolice și creșterea tensiunii arteriale diastolice [164].

Condițiile nefaste ale mediului ocupațional (parametrii microclimaterici necorespunzători, conținutul sporit de bioxid de carbon, nivelul scăzut al parametrilor iluminatului natural și celui artificial) duc la oboseală și la scăderea capacității de muncă a copiilor [62, 66, 23, 31, 23].

Un alt factor care influențează starea de sănătate a copiilor este alimentația neechilibrată [128, 126, 21]. Astfel, consumul insuficient de carne, produse din carne, lapte și produse lactate acide, fructe, legume și un regim alimentar neechilibrat condiționează deficitul de proteine, lipide, săruri minerale și vitamine necesare creșterii și dezvoltării organismului copilului [55, 15, 10, 9]. Frecvent în rația alimentară predomină uleiul vegetal, care determină depășirea normei fiziologice de consum a lipidelor de origine vegetală [136]. Un regim alimentar neechilibrat poate influența statutul imun, procesele de creștere și dezvoltare a organismului copilului, poate condiționa epuizarea rezervelor adaptaționale și apariția maladiilor de origine neinfecțioasă [62].

Au fost analizate meniurile elevilor claselor primare pentru o săptămână în perioada rece a anului din 6 școli din regiunea de nord, centru și sud a țării. La studierea meniurilor s-a utilizat metoda de prelucrare statistică a datelor, care prevede folosirea tabelelor „Compoziția chimică și valoarea energetică a produselor alimentare” pentru calcularea conținutului de proteine, lipide, glucide, săruri minerale și vitamine [97, 69, 98, 87, 148, 150, 160], inclusiv vitamina D [140].

Datele obținute, în urma analizei, au fost comparate cu normele fiziologice de consum per zi pentru un copil, stipulate în anexa nr. 1 din Recomandările pentru un regim alimentar sănătos și activitate fizică adecvată în instituțiile de învățământ din Republica Moldova, aprobate prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 638 din 12.08.2016 (Monitorul Oficial, 2016, nr. 293-305, art. 1435). Cantitatea de produse alimentare consumate de un copil pe zi în instituțiile de învățământ pentru copii [112, 39, 78].

„Este necesar de menționat, că nivelul de adaptare a copiilor la procesul instructiv-educativ depinde de posibilitățile funcționale ale organismului, de vârstă și de crearea condițiilor sanitaro-igienice favorabile pentru desfășurarea procesului instructiv-educativ. Influența factorilor ocupaționali asupra elevilor cu devieri în starea de sănătate determină progresarea dereglărilor funcționale și patologiilor cronice, scăderea capacității de muncă și invalidizarea timpurie” [80].

„Părinții consideră că, copilul este în siguranță atunci când se afla în casă. Statisticile recente ne indică asupra unui fapt că nu au un mediu atât de sănătos după cum considerăm. Din cele mai străvechi vremuri și până în prezent domiciliul rămâne locul unde individul petrece majoritatea timpului vieții sale și efectiv este supus diferitor factori de risc pentru sănătate” [80].

Expunerea la diferiți factori de risc continuă să crească odată cu progresul tehnico-științific fapt, care este demonstrat prin înregistrarea noilor informații despre aceasta și în studiile indicate anterior într-un șir de țări. Principalii contaminanți și factori de risc pentru locuințe sunt, de natură fizică (aparate electrocasnice noi, zgomotul, vibrația, etc.), chimică (materiale de construcții și de finisare noi, produse chimice pentru menaj noi, cosmetice noi, produse alimentare și suplimente alimentare noi, etc.) și biologică (plante, păsări, animale exotice și microorganisme, agenți patogeni a maladiilor depășite sau netradiționale, etc.) [31, 48]. Situația se agravează și prin aplicarea noilor tehnologii de construcții a locuințelor, fără expertiza lor igienică.

Riscurile prioritare pentru sănătate sunt plasate în afara sistemului de asistență medicală, ținând cont și de comportamentul uman și modul de trai [135, 60, 22].

„Printre factorii potențiali de risc a locuinței neigienice pot fi: temperatura interioară extremă (scăzută sau înaltă), incendiile, suprafețe și materiale fierbinți, umezeala sporită,

mucegaiul, radiațiile ionizante și neionizante, electricitatea, gaze și substanțe toxice cu acțiune biocidă, asbestul, zgomotul, aglomerarea locuinței, exploziile. Igiena domestică este asociată cu dăunătorii, proiectarea, construirea, depozitarea și înlăturarea reziduurilor domestice, starea de asigurare cu grup sanitar, apa poluată, iluminat inadecvat, ergonomie neadecvată, etc” [80].

Condițiile habituale și starea socială a elevilor școlilor secundar profesionale, la care unul sau ambii părinți se află la moment peste hotarele țării sunt declarate mai bune, comparativ cu elevii din familiile complete: plasarea mai bună în câmpul muncii a părinților; aprecierea situației financiare a familiei la un nivel mai înalt; cota mai mare a mamelor cu studii superioare; asigurarea cu odaie separată. Condițiile habituale și starea socială sunt declarate de către băieții din familiile temporar dezintegrate mai bune, comparativ cu fetele [73, 146].

„OMS definește termenul de maladie a ”casei bolnave“, incluzând aici grupul de boli determinate de fundalul neigienic în care locuiește populația. Printre acestea pot fi enumerate, în primul rând cele mai răspândite, cum ar fi: maladiile organelor respiratorii, inclusiv tuberculoza, pneumoniile, bronșitele cronice obstructive, reumatismul, maladii ale pielii și țesuturilor, boli alergice, unele boli parazitare ș.a. Un impact direct asupra sănătății populației îl are nivelul de igienizare a locuinței și localităților” [80].

Aproximativ 700 milioane de copii, aproape jumătate din copiii din întreaga lume, inspiră fum de țigară, în special acasă. Cercetările medicale au arătat, că anume copiii cu părinți fumători suferă mai des de bronșită acută și cronică, de traheită, laringită, faringită, de pneumonie și, în general, ei mai des ajung să fie internați în spital. Riscul asociat fumatului este mai mare decât suma tuturor celorlalți factori de risc din locuințe.

Caracterul și multitudinea factorilor de risc, care au influențe nefaste asupra sănătății populației și în special asupra sănătății elevilor, sunt în vizorul structurilor atât statale, cât și neguvernamentale. Elaborarea actelor legislative, normative, a programelor naționale etc în domeniul dat cu o argumentare științifică, au scop de ameliorare a situației la acest capitol.

Locuința se consideră un loc sigur, părinții își închipuie că copilul său este în siguranță atunci când se află în casă, dar statistici recente ne atrag atenția asupra unui fapt îngrijorător: majoritatea locuințelor nu sunt atât de sigure cum ne-am fi închipuit noi. Această situație este provocată de faptul că locuința are puncte vulnerabile care reiese din structura și amenajarea ei, dar și de faptul că copiii pot rămâne nesupravegheați.

Adolescenții din ziua de azi au multe oportunități, dar sunt expuși și multor riscuri. Deși majoritatea dintre ei consideră că au sănătate excelentă sau bună, studiile și datele statistice demonstrează contrariul. Abuzul de substanțe (tutun, alcool, droguri) [6], infecțiile cu transmitere sexuală, HIV, sarcinile la adolescente, problemele de sănătate mentală, violența și

accidentele sunt factorii care afectează cel mai mult sănătatea și buna dezvoltare a adolescenților din țara noastră [115, 132, 151]. Comportamentul cu risc, cât și formarea cunoștințelor, aptitudunilor și deprinderilor igienice influențează starea de sănătate [3, 35, 158]. Este și accesul copiilor din familiile temporar dezintegrate la remitențele părinților, aflați la muncă peste hotare și respectiv consumă mai mult pentru timpul liber, procurării băuturilor energizante și produselor alimentare nerecomandate în alimentație pentru copii, etc comparativ cu cei ce nu beneficiază de remitențe [118, 120].

În Republica Moldova, la începutul anului 2010 locuiau mai mult de jumătate de milion de adolescenți cu vârsta cuprinsă între 10 și 19 ani, echivalentul a 15% din numărul total al populației. Contrar tendințelor globale, cei mai mulți dintre ei (65%) locuiesc în mediul rural [68].

Fiecare al doilea tânăr din Republica Moldova a început să fumeze pînă a împlini vârsta de 10 ani, 35% din tinerii de 13-24 ani fumează în prezent. Unul dintre cei mai importanți factori ce favorizează accesul adolescenților la țigări, este prețul mic al acestora, în raport cu alte țări din Europa [68, 156, 51].

Efectele nocive ale alcoolului reprezintă o problemă de sănătate publică majoră în UE, aflându-se la originea a peste 7% din totalul problemelor de sănătate și al deceselor premature. Chiar și consumul moderat de alcool crește riscul de îmbolnăvire pe termen lung (boli cardiace și hepatice, cancer), iar consumul frecvent în cantități mari poate duce la dependență.

Adolescența este considerată de unii cea mai frumoasă perioadă din viață, cu “fluturii” și “furtunile” ei, însă este și una din cele mai dificile. Este momentul cînd organismul trece printr-o serie de modificari rapide și cînd oamenii încep să își contureze relațiile sociale, cînd nevoia de independență, libertate, apartenența la grup se manifestă mai evident decît în orice altă perioadă a vieții. În acest context, tinerii se desprind de sub tutela parentală și pleacă în căutarea propriei personalități, a propriilor repere și idealuri, însă adesea abilitatea lor de a lua cele mai bune decizii este departe de a fi atins maturitatea. Astfel, consumul de alcool în această perioadă poate afecta procesul de dezvoltare al creierului și poate duce la unele tulburări cognitive. Consumul de alcool la vârste fragede poate afecta procesul de învățare și performanțele școlare, avertizează o notă emisă de guvernul Statelor Unite. Un studiu, care a evaluat memoria pe termen scurt a unor subiecți cu vârste cuprinse între 15 și 16 ani, din care o parte erau dependenți de alcool, a dovedit că aceștia memorează mai greu cuvinte și forme geometrice simple decît cei care nu au o problema cu consumul de alcool. Consumul de alcool în perioada adolescenței poate avea însă efecte grave pe termen lung. Persoanele, care încep să bea înainte de vârsta de 15 ani sunt de patru ori mai predispuse la alcoolism decît cele care încep după vârsta de 20 de ani. Totuși, nu se

știe dacă vinovată de acest efect este numai vârsta la care tinerii încep să bea și în ce măsură sunt implicați ceilalți factori de risc, precum mediul familial sau anturajul. Creierul adolescentului se afla în plin proces de dezvoltare, iar cele mai importante modificări au loc la nivelul lobului frontal și al hipocampusului. Aceste zone sunt asociate cu motivația, controlul impulsivității și dependenței. Alcoolul este o neurotoxină, ceea ce înseamnă că poate "otrăvi" creierul. El poate afecta modul în care organismul asimilează vitamina B, împiedicând astfel funcționarea normală a creierului.

„Consumul de substanțe toxice la elevii școlilor secundar profesionale din familiile temporar dezintegrate denotă, că cota celor care au fumat în ultimele 30 de zile ce au precedat chestionării și a elevilor ce au fumat vreodată în mod regulat (cel puțin o țigară zilnic timp de 30 zile) este cea mai mare în familiile în care lipsesc ambii părinți” [74].

Consumul abuziv de alcool de către elevi (au băut mai multe ore în șir; s-au îmbătat de una sau mai multe ori) este mult mai prezent în familiile unde au plecat peste hotare ambii părinți. Consumul de droguri de către elevii școlilor secundar profesionale nu este influențat de către componența familiei și este mai mare în rândul băieților [74, 4]. Comportamentul sexual al adolescenților în rândul elevilor este o problemă care necesită o abordare complexă în educație pentru sănătate [67, 59, 58].

Factorii sociali influențează în mod special aportul alimentar, mai ales în perioada adolescenței, când schimbarea obiceiurilor alimentare poate fi asociată cu nevoia de exprimare a libertății. La fel de important este ieșirea de sub controlul părinților, construirea propriei personalități, exercitarea influențelor negative din partea colegilor. Aceste accese de independență se pot manifesta printr-un consum ridicat de alimente de tip "fast food", de băuturi răcoritoare, renunțarea la micul dejun sau la consumul de fructe și legume [63]. Problema morbidității prin maladii ale aparatului digestiv rămâne din cauza incidenței înalte atât în România, cât și în Republica Moldova, iar varietatea factorilor de risc care contribuie la apariția acestor maladii este în creștere [47, 76, 148, 150].

Părinții și adulții, care interacționează direct cu copiii au un rol major în dezvoltarea comportamentelor sanogene cu rol protectiv asupra sănătății. Cea mai eficientă cale de menținere a stării de sănătate satisfăcătoare a populației este prevenția influenței factorilor de risc și corecția lor în deosebi în etapa precoce, copilărie [7, 63].

Sănătatea este cea mai valoroasă bogăție pe care ființa umană o primește odată cu nașterea și pe care o pierde treptat pe parcursul vieții la început din neglijența altora (părinții, rudele, profesorii, personalul medical etc.), urmată apoi și din neglijența proprie. Un rol important în menținerea ei îi revine activității motrice. În contextul dezvoltării motrice a omului

contemporan, se disting două situații diametral opuse: practicarea sportului de performanță și sedentarismul elevilor. Ambele aceste situații reprezintă niște extreme pentru organism ce nu corespund necesităților fiziologice a organismului în creștere. În primul caz, energia care trebuie folosită pentru creștere și dezvoltare se consumă pentru atingerea unui efort maximal în competiții. În al doilea caz, deficitul de mișcare (hipodinamism) provoacă o serie de modificări funcționale și schimbări compensatorii în activitatea sistemelor cardiovascular, nervos și locomotor. Activitatea normală a sistemelor respective este posibilă doar în condițiile unei doze optime de activitate motrică [25].

Persoanele active, în comparație cu cele sedentare sunt avantajate prin faptul că:

- * dezvoltă mușchi și oase mai puternice;
- * au un corp mai suplu, deoarece mișcarea ajută la controlul țesutului adipos din organism;
- * sunt mai puțin predispuși să devină supraponderali;
- * au un risc redus să dezvolte diabet zaharat de tipul 2 și boli cardiace;
- * au o mai bună perspectivă asupra vieții [100].

Dominarea obiceiurilor sedentare și nivelurile scăzute de consum energetic zilnic au crescut în numeroase țări ale lumii. Această creștere alarmantă duce la o relație inversă între activitate fizică și multe cerințe ale sănătății. Prevalența ridicată a inactivității conduce la creșterea riscului populațional în ceea ce privește morbiditatea și mortalitatea .

Activitatea fizică la copii și tineret este de asemenea necesară pentru propria creștere și dezvoltare. Mai mulți autori [94, 91, 100] confirmă că, elevul de astăzi, în deosebi cel din ciclul liceal, are o viață sedentară, caracterizată prin lipsa de mișcare. Activitatea educațională îi solicită acestuia muncă intelectuală de înaltă intensitate. Pentru activitatea didactică desfășurată la școală și pentru însușirea materiilor de studiu la domiciliu se cere mult timp, în medie 8-10 ore [163, 165]. De aceea, optimizarea activității motrice poate avea loc în baza creșterii componentului dinamic al activităților din cadrul lecțiilor de educație fizică și a sporirii motivației elevilor pentru orele activităților fizice independente.

Un copil sau un adolescent activ are mai mari probabilități de a deveni un adult activ. La nivel global, adolescenții practică activitatea fizică o oră și mai mult pe zi, băieții fiind mai activi fizic decât fetele. Acest fapt este confirmat și de studiile efectuate în Republica Moldova, conform cărora elevii și adolescenții prezintă un nivel jos de activitate fizică, care are o tendință de descreștere odată cu vârsta [65, 91]. În literatura de specialitate, unii autori [94, 137] specifică faptul că, elevii trebuie să se afle în mișcare de la 2 ore până la 5 ore zilnic, ceea ce ar fi echivalent cu 10,6-12,5 mii de pași. Real, astăzi însă chiar cei considerați activi reușesc să

îndeplinească jumătate din volumul pașilor, iar elevii hipodinamici nu fac mai mult de 400-500 pași/24 de ore.

Modalitatea petrecerii timpului liber influențează nivelul de activitate fizică. Mediul fizic și social contribuie intens la obiceiurile sedentare, de aceea apare necesitatea schimbării acestor factori de mediu pentru a încuraja activitățile fizice [104, 24]. Scopul cercetării constă în studierea activității motrice, efectuate de către elevi, în cadrul activităților școlare și extrașcolare în mediile rurale.

Rezultatele studiului au o valoare teoretică și pot servi drept bază în cadrul reformelor activității în domeniul educației pentru sănătate și promovării stilului sănătos de viață, precum și în cadrul Programelor Naționale de profilaxie a sănătății populației.

Deseori copiii prin comportamentul lor, din cauza lipsei de cunoștințe, pot provoca situații periculoase pentru viața lor și celor ce-i înconjoară. Din această cauză, este foarte important, ca fiecare copil, să cunoască cum se acționează în diferite situații de risc pentru viață [73, 5].

Un ansamblu mare de factori de risc, cum sunt gradul de dezvoltare a societății, nivelul de educație și instruire, condițiile de trai și de muncă, alimentația influențează direct starea de sănătate a populației, contribuind la apariția diverselor stări morbide [8, 7, 16].

De-a lungul timpurilor, oamenii au definit sănătatea în diferite moduri și atitudinea față de această stare a organismului este diferită în funcție de vîrstă. În 1967, OMS a declarat că sănătatea este o stare totală de bunăstare fizică, mentală și socială și nu în principal absența bolii sau a unei infirmități [42]. Sănătatea individului poate fi dirijată și controlată prin educarea stilului de viață [117, 116].

Comparativ cu celelalte țări europene, Republica Moldova deține astăzi mai multe strategii de vindecare și tratare a bolilor, astfel încât rămâne actuală reorientarea activităților în domeniul sănătății publice spre Medicina Omului Sănătos, cu susținerea și promovarea măsurilor profilactice, în special de educație pentru sănătate și modului sănătos de viață [20, 125]. Cercetările s-au efectuat prin anchetare conform unui chestionar special elaborat și adaptat la cerințele internaționale (OMS).

Educația pentru sănătate, la fel ca în celelalte ramuri ale culturii, trebuie să dețină un fond material, fizic; care să stea la baza cuvântului cu rol educativ, ea avînd viabilitate doar atunci când exprimarea teoretică este susținută de un material adecvat cu caracter educativ și cu aplicabilitate practică [41, 90].

Acordarea unei atenții insuficiente problemelor medicale, igienice și sociale ale populației diminuează esențial sănătatea generală a populației, reușita în cadrul

învățămintului, obținerii profesiei, activității de muncă, apreciază în final nivelul de trai, atât a individului, cât și a societății în întregime. Se știe deja că un copil este o ființă cu însușiri calitativ diferite de cele ale adultului și are, în mod legitim, dreptul de a ocupa o poziție privilegiată și de a se bucura de un “tratament” specific. Sănătatea, dezvoltarea și educația copilului trebuie să fie în centrul preocupărilor nu doar în instituțiile implicate în educarea acestuia (grădinița, școala, biserica, mass media), dar și a familiei. Familia rămâne grupul social, vital în asigurarea îngrijirii, protecției și educației lui. Atât mama cât și tata dispun de cel mai mare privilegiu de a forma, în copilul său, deprinderi sănătoase în perioada copilăriei și adolescenței, care îl vor însoți în întreaga viață [17, 29, 162].

Starea sănătății populației, în special a celei de copii, reprezintă un indice integral al dezvoltării sociale a țării, o reflectare a bunăstării social-economice. Copiii își acumulează primele experiențe în familie, fiind consolidate la școală. Ceea ce însușesc în primii ani de școală stă la baza dezvoltării complexe a individului. Părinții de azi au nevoie de susținere pentru a rezolva problemele generale de educația igienică a copilului. Doar o susținere profesională organizată poate ajuta părinții. În efectuarea educației sanitare se parcurg trei etape succesive, independente, dar absolut obligatorii, în formarea unei concepții și comportament igienic corespunzător:

1. Etapa teoretico - cognitivă - se referă la informarea individului cu noțiuni și cunoștințe despre fenomenele sănătății și bolii.

2. Etapa afectiv-emoțională constă în formarea dorinței de aplicare a normelor igienice, în așa fel încât efectuarea practică a acestora să fie însoțită de o veritabilă satisfacție cotidian necesară.

3. Etapa practică urmărește formarea deprinderilor igienice, a capacității de practică sanitară utilizată în folosul sănătății proprii și a sănătății colective.

Realizarea educației igienice în școală pornește de la o serie de principii generale “orientative” pentru activitatea educativă a cadrelor didactice.

1. Educația igienică trebuie să se ocupe de formarea practică a comportamentului igienic, astfel încât copiii să știe ce trebuie să facă în problemele de sănătate, de ce, cum, să vrea să facă, să participe efectiv, iar efectuarea să le producă mulțumire.

2. Motivațiile constituie condiția esențială fără de care aplicarea în practică a cunoștințelor devine irealizabilă. Motivația la vârsta școlară se va baza pe interesele specifice ale elevilor în funcție de satisfacțiile imediate pe care practicarea regulilor de igienă le poate aduce. Pentru copii „sănătate” este o noțiune abstractă și nu poate constitui o motivație suficient de

convingătoare care să-i determine la aplicarea regulilor de igienă. În schimb, ideea de sănătate ca mijloc de realizare a unor dorințe (de a se juca, de a câștiga în competiții sportive, de a avea putere, rezistență, dezvoltare fizică armonioasă, chiar frumusețe) reușește să capteze interesul copiilor.

3. Formarea deprinderilor igienice necesită o acțiune educativă, de durată. Odată formate, obișnuințele se mențin prin întăriri repetate. Abordarea reîntâlnirii unor obișnuințe formate trebuie să se facă prin alte mijloace și cu alt conținut, decât în stadiul inițial de formare a acestora.

Școala reprezintă un loc ideal pentru difuzarea cunoștințelor igienice în rândul populației de copii, fiind o instituție cu mare autoritate morală, care poate oferi informație bine argumentată cu folosirea diferitor metode. Programele de învățământ din școli dobândesc la nivel psihologic individual recunoașterea oficială a importanței educației igienice pentru viața individului [5].

Întotdeauna oamenii au atribuit starea de sănătate ca cea mai importantă valoare a vieții. Grijă față de sănătatea populației reprezintă un obiectiv de o importanță primordială în politica oricărui stat, deoarece sănătatea constituie cel mai mare preț și component indispensabil a dezvoltării și prosperării sociale. Securitatea statului și dezvoltarea durabilă a societății vor fi obținute și prin intermediul menținerii și fortificării sănătății generației de copii.

Școala este o organizație care dezvoltă o cultură bogată și diversificată. Orice încercare de perfecționare a activităților școlare trebuie să pornească de la cunoașterea culturii școlii, așa cum se manifestă ea la nivelul profesorilor și a elevilor, și în special al elevilor din familiile temporar dezinegrate [107].

Cultura școlii este foarte importantă prin faptul că participă la satisfacerea a două nevoi ale organizației: adaptarea la mediul extern și integrarea internă. Astfel, cultura organizației școlare prin sistemul de valori cultivat și normele promulgate poate influența relațiile cu mediul extern organizației, comunitatea locală, dar și procesul de integrare și socializare a elevilor, poate legitima statusuri și roluri, poate influența distribuția puterii, sistemul de promovare, recompensare și sancționare. Cultura școlii suferă adesea o serie de influențe ale mediului social care au tangență cu instituția școlară și care adesea îi condiționează comportamentul și activitățile desfășurate.

Rezultatele monitoringului socio-igienic în instituțiile de învățământ atestă că factorii de risc, cei mai frecvenți pentru sănătatea elevilor, sunt încălcarea regimului de instruire și solicitarea instructiv-educativă sporită, deficiențe în organizarea alimentației, educației fizice și a celei igienice, condiții sanitaro-igienice nefavorabile.

Copiii au dreptul să trăiască și să crească într-un mediu care să le permită să se dezvolte armonios fizic și psihic. Creșterea numărului factorilor nocivi cu acțiune negativă asupra sănătății, în mediul de viață al copiilor, trezește îngrijorare. În ultimii ani are loc o majorare a incidenței cu boli cronice la copii (inclusiv astmul bronșic și alergiile) și a altor noi boli, din cauza abuzului de substanțe toxice [127], traumelor [106] și a dizabilităților mintale [123, 138].

1.4. Concluzii la Capitolul 1

1. Analiza publicațiilor științifice naționale și internaționale în problema stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale este o problemă pentru societate și ne permite să concluzionăm, că este necesar de a fi studiată.
2. Morbiditatea și dezvoltarea fizică a elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale ne mărturisește despre starea de sănătate defavorabilă a elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale.
3. Factorii de risc (condițiile de instruire, habituali, alimentație, comportamentali, etc) influențează direct starea de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale.
4. În Republica Moldova pînă în prezent nu s-au efectuat studii complexe privind evaluarea stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale. Lipsesc date privind nivelul morbidității și dezvoltării fizice a elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale și corelația factorilor de risc pentru sănătate (condiții de instruire, habitate, alimentație, comportament, etc.), ceea ce și a constituit scopul și obiectivele prezentului studiu.

2. Materiale și metode de investigare

2.1. Caracteristica generală a cercetării

Studiul a fost efectuat în cadrul Laboratorului Științific Igiena Copiilor și Adolescenților al Centrului Național de Sănătate Publică, în colaborare cu Centrele de Sănătate Publică, Centrele de Asistență Medicală Primară, Asistența Medicală Specializată de Ambulator și Direcțiile Raionale de Învățământ Tineret și Sport în perioada a.a. 2011-2020.

Evaluarea stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale este bazată pe o metodologie modernă de organizare a cercetării, care include studii originale etapizate și bine structurate. Astfel, pentru realizarea scopului și obiectivelor cercetării a fost utilizată o metodologie mixtă cu aplicarea unui studiu de cohortă retrospectiv, care a vizat măsurarea comparativă apariției efectului (bolii) la elevii din familiile temporar dezintegrate (cohorta expușilor) și la elevii din familiile complete (cohorta neexpușilor). Concomitent a fost realizat și un studiu descriptiv, selectiv, transversal care a avut ca scop determinarea nivelului de cunoștințe, aptitudini și practici sanogene la elevii din clasele primare, pentru a putea elabora un model eficient de promovare a sănătății.

Întru realizarea studiului, ca subiecți ai studiului au fost elevii din familiile temporar dezintegrate și elevii din familiile complete din localitățile rurale din 3 regiuni ale Republicii Moldova: nord (s.Mihăilenii Vechi și s.Zăicani), centru (s.Varnița și s.Sipotenii), sud (s.Crihana Veche și s.Burlacu), având la bază păstrarea principiului anonimatului. În studiu au fost investigați elevi din clasele I-XII, cu vârsta între 7 ani și 19 ani în total 1181 elevi (tab. 2.1),

Tabelul 2.1. Datele privind subiecții cuprinși în studiu

Vârsta	Numărul elevilor total	Numărul elevilor din familiile temporar dezintegrate	Numărul elevilor din familiile complete
7	50	25	25
8	110	58	52
9	98	43	55
10	125	54	71
11	118	63	55
12	93	47	46
13	116	54	62
14	107	51	56
15	125	57	68
16	68	35	33
17	60	29	31
18	63	16	47
19	48	18	30
Total	1181	550	631

inclusiv după gen: masculin - 549 elevi (46,5%) și feminin – 632 elevi (53,5%). Din familiile temporar dezintegrate 550 elevi și 631 elevi din familiile complete. În studiu au fost evaluați din nord – 357 elevi (30,2%), centru - 349 elevi (29,6), sud – 475 elevi (40,2%).

Lucrarea a cuprins câteva etape (fig. 2.1): definirea problemei, scopului și obiectivele

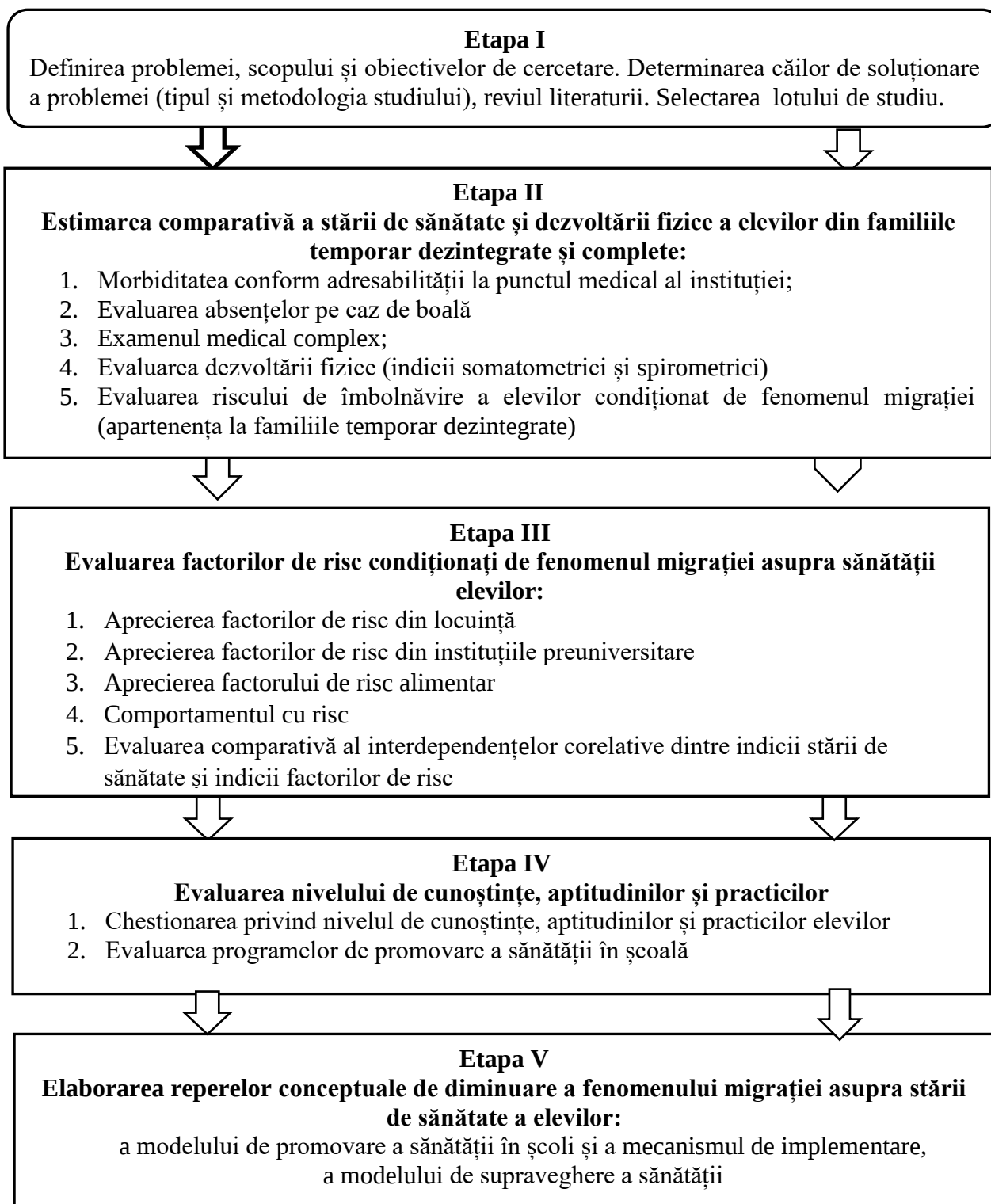


Fig. 2.1 Etapele cercetării

de cercetare, determinarea căilor de soluționare a problemei, selectarea lotului de studiu cu elaborarea conceptului de cercetare, realizat inclusiv și în rezultatul studiului literaturii științifice în domeniu vizat; următoarea etapă a constat în evaluarea comparativă a stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate și complete; evaluarea factorilor de risc pentru sănătatea elevilor condiționați de fenomenul migrației; determinarea nivelului de cunoștințe, aptitudini și practici sanogene la elevii din clasele primare; elaborarea măsurilor și tehnicilor specifice de diminuare a impactului fenomenului migrației asupra stării de sănătate a elevilor.

Prima etapă a cercetării a fost organizatorică, și a constat în determinarea și argumentarea problemei studiului, a fost definitivat scopul și obiectivele cercetării. A fost stabilit volumul și căile metodologice ale cercetării. Totodată, a fost efectuat un studiu discriptiv al literaturii științifice naționale și internaționale la problema în cauză. Sinteza bibliografică de specialitate a fost efectuată utilizând baza de date a bibliotecilor electronice accesibile (Google Scholar, Medline, PubMed etc.). În cadrul studiului au fost cercetate peste 300 surse bibliografice dintre care doar 165 au fost incluse în lucrare. Rezultatele studiului bibliografic au demonstrat actualitatea problemei, atât pe plan național cât și internațional, și au argumentat necesitatea cercetărilor în domeniul vizat. De asemenea, a fost elaborat algoritmul studiului stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate din instituțiile preuniversitare din localitățile rurale, care este prezentat în tabelul 2.2.

Tabelul 2.2. Algoritmul studiului

Fenomene studiate	Starea de sănătate	
	Morbiditatea	Dezvoltarea fizică
Obiectul de studii	• Frecvența morbidității • Structura morbidității • Morbiditatea în urma absenteismului pe caz de boală • Adresabilitatea la punctul medical	Indici somatometrici: • Talia • Masa corporală Indicatori spirometrici: • Forța musculară a mâinii • Capacitatea vitală a plămânilor
Metode de cercetare	Clinice, Statistice	Antropometria, spirometria
Instrumente utilizate	• Examen medical • Fișe personale, • Note informative • Chestionare	• Antropometru, cântar, • Dinamometru, spirometru,
Evaluarea complexă a stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate		
Elaborarea măsurilor de fortificare a sănătății		
Finalități	• Model de promovare a sănătății în școli • Mecanismul de implementare a modelului de promovare a sănătății în școli • Model de supraveghere a sănătății	

Fenomene studiate	Comportamentul cu risc pentru sănătate	Starea socio-economică	Promovarea sănătății în școală
Obiectul de studii	Factorii de risc comportamentali: • Consumul de tutun • Consumul de alcool • Comportamentul motor • Comportamentul alimentar	Factorii de risc socio-economici: • Aptitudini • Nivelul de trai • Situația socio a comunității	• Plan-cadru • Curriculumurile școlare • Cunoștințe, • Atitudini • Deprinderi cultural-igienice
Metode de cercetare	Socio-igienică, Descriptiv-analitică	Socio-igienică, Descriptiv-analitică	Descriptiv-analitică
Instrumente utilizate	Chestionare	Chestionare	Chestionare în formă de tabele
Determinarea riscului atribuit factorilor comportamentali și socio-economici asupra stării premorbide la elevii din familiile temporar dezintegrate			
Elaborarea măsurilor de diminuare a factorilor de risc comportamentali și socio-economici asupra sănătății			
Finalități	• Model de promovare a sănătății în școli • Mecanismul de implementare a modelului de promovare a sănătății în școli • Model de supraveghere a sănătății		

Volumul eșantionului este apreciat prin aplicarea formulei respective:

$$n = \frac{1}{(1-f)} \times \frac{2(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \times P(1-P)}{(P_0 - P_1)^2} \quad .(2.1)$$

unde:

P_0 = Proporția elevilor din familii temporar dezintegrate, conform datelor bibliografice [131], din numărul total de elevi constituie 33,1% ($P_0=0,331$).

P_1 = Proporția elevilor în lotul de cercetare este apreciată prin următoarea formula: $P_1 = P_0RP / [1 + P_0(RP - 1)]$, unde RP se specifică de cercetător și este egal cu 2.

$$P_1 = P_0RP / [1 + P_0(RP - 1)] = 0,49$$

$$P = (P_0 + P_1)/2 = 0,41$$

Z_{α} – valoarea tabelară. Când „ α ” – pragul de semnificație este de 5%, atunci coeficientul $Z_{\alpha} = 1,96$

Z_{β} – valoarea tabelară. Când „ β ” – puterea statistică a comparației este de 80,0, atunci coeficientul $Z_{\beta} = 0,84$

f = Proporția elevilor care pot să abandoneze studiul din motive diferite

$$q = 1/(1-f), f=10,0\% (0,1).$$

Întroducând datele în formula am obținut

$$n = (1/(1-0,1)) \times (2(1,96+0,84)^2 \times 0,41 \times 0,59) / (0,331 - 0,49)^2 = 210$$

Efectuând calculul după formula dată, am obținut eșantionul necesar pentru studiul de 210 de elevi. În studiu au fost selectați 550 de elevi din familiile temporar dezintegrate (expuși) și 631 de elevi din familiile complete (neexpuși), ceea ce asigură pe deplin credibilitatea rezultatelor obținute.

Criteriile de includere a subiecților din cohorta de expuși în studiu au fost: elevi din familiile temporar dezintegrate (a căror părinți sunt plecați mai mult de 2 ani); localitatea rurală; vârsta 7-19 ani; studiază în clasele 1-12; acordul părintelui/tutorelui. Criteriile de excludere pentru grupul dat au fost: elevii din familiile temporar dezintegrate ce au perioadă mai mică de 2 ani sau complete; lipsa acordului părintelui/tutorelui; plecarea subiecților în altă instituție/localitate; vârsta mai mică de 7 ani sau mai mare de 19 ani; refuzul de participare în studiu.

Pentru grupul celor neexpuși criteriile de includere au fost: elevi din familii complete; aceiași localitate de unde fac parte elevii din familiile temporar dezintegrate; vârsta 7-19 ani; studiază în clasele 1-12; acordul părintelui. Criteriile de excludere pentru grupa dată au fost: elevii din familiile temporar dezintegrate; localitatea nu corespunde cu cea selectată în studiu; vârsta mai mică de 7 ani sau mai mare de 19 ani; refuzul de participare în studiu.

La etapa **a doua**. Morbiditatea elevilor din grupele selectate a fost evaluată după următorii indicatori: frecvența morbidității constatată în cadrul controlului medical complex; structura morbidității; morbiditatea în urma absenteismului pe caz boală; adresabilitatea la punctul medical.

Instrumentele utilizate au constituit: examen medical complex; fișe personale, note informative privind absentismul pe caz de boală; registrele de la punctul medical al instituțiilor de învățământ privind adresabilitatea.

Pentru evaluarea dezvoltării fizice au fost investigați următorii indicatori: talia; masa corporală; forța musculară a mâinii; capacitatea vitală a plămânilor. Indicii dezvoltării fizice au fost determinați și evaluați în cadrul controlului medical complex.

Examenul medical complex a elevilor a fost organizat în conformitate cu dispoziția Ministerului Sănătății și acordului Ministerului Educației și Cercetării. În componența comisiei au participat următorii specialiști: chirurg-ortoped, neurolog, oftalmolog, ORL, ginecolog, stomatolog, medic de familie.

În scopul determinării riscului de îmbolnăvire a elevilor prin diferite grupe de maladii, condiționate de factorul migrației (apartenența elevilor la familii temporar dezintegrate) în continuare a fost calculat: riscul relativ (RR) - raportul dintre riscul la cei expuși, și riscul la cei neexpuși; riscul atribuibil (RA) - diferența dintre riscul la cei expuși și riscul la cei neexpuși și

fracția atribuibilă (FA) - exprimă procentul din efectul nedorit prezent la expuși care poate fi explicat prin expunere.

În cadrul **etapei a treia** a fost determinat nivelul de expunere a elevilor selectați în studiu la factorii de risc amplificați de fenomenul migrației. Astfel la etapa dată, la elevii selectați în studiu a fost evaluat nivelul de expunere la factorii de risc comportamentali (consumul de tutun; consumul de alcool; comportamentul motor; comportamentul alimentar), socio-economi (aptitudini; nivelul de trai; situația socio a comunității), factorii alimentari (rația alimentară), factorii fizici din încăperi (microclimat, zgomot), chimici și bacteriologici din aerul din încăperi (pulbere, benzen, formaldehida, NO₂, numărul total de microorganisme precum și a fungilor). Pentru evaluarea expunerii elevilor la factorii de risc nominalizați au fost utilizate metodele sociologice (intervievarea privind expunerea la factorii comportamentali, socio-economi, alimentari) și igienice (investigații instrumentale a factorilor fizici, chimici și bacteriologici).

De asemenea, s-au analizat datele statistice raportate conform Raportului statistic de ramură, formularul nr.18-săn. aprobat prin ordinul MS, privind cercetările de laborator a aerului încăperilor închise și aerului zonei de muncă, cât și studierea factorilor fizici la locurile de studii la obiectivele de supraveghere pe parcursul a 5 ani în zonele de nord, centru și sud a țării.

Au fost analizate meniurile elevilor claselor primare pentru o săptămână în perioada rece a anului din 6 școli din regiunea de nord, centru și sud a țării. La studierea meniurilor s-a utilizat metoda de prelucrare statistică a datelor, care prevede folosirea tabelelor „Compoziției chimice și valori energetice a produselor alimentare” pentru calcularea conținutului de proteine, lipide, glucide, săruri minerale și vitamine. Pentru perioada caldă a anului au fost examinate meniurile de alimentație a elevilor claselor primare (I-IV) care constau dintr-o masă în zi, pentru o perioadă de 5 zile în perioada caldă al anului din 6 școli din nordul, sudul și centrul republicii.

La etapa a patra a fost efectuat un studiu descriptiv, selectiv, transversal, care a vizat determinarea nivelului de cunoștințe, aptitudini și practici sanogene la elevii din clasele primare. Pentru calcularea lotului de cercetare reprezentativ a fost utilizat Programul EpiInfo 7.2.2.6, cu utilizarea următorilor intimi: intervalul de încredere (ÎÎ) 95,0%, puterea statistică de 80.0% și reieșind din faptul că nu este cunoscută cota elevilor din clasele primare care posedă cunoștințe, aptitudini și practici sanogene, pentru calcul a fost luată valoarea de 50,0%. Astfel, valoarea calculată a fost de 354 de elevi, în studiu au fost selectați 392 de elevi din clasele primare.

Criteriile de includere au fost: consimțământul informat, vârsta 10-12 ani, apartenența instituțională. Criteriile de excludere – vârsta mai mică de 10 și mai mare de 12 ani, refuzul elevilor sau părinților de a participa la studiu.

Evaluarea a avut la bază un chestionar elaborat de colaboratorii laboratorului științific

„Sănătatea copiilor și tinerilor” a Centrului Național de Sănătate Publică (CNSP) cu participarea autorului. Pentru aprecierea abilităților igienice la elevii instituțiilor de învățământ primar în studiu au fost cuprinși elevi din 6 instituții de învățământ preuniversitar. S-a efectuat anchetarea elevilor din instituțiile de învățământ preuniversitar din raioanele: Rîșcani, Anenii Noi și Cahul.

Concomitent au fost intervievați și părinții elevilor pentru concretizarea unor întrebări. Profesorii s-au expus cu referință la planurile privind educația pentru sănătate utilizate în instituțiile școlare evaluate.

Etapa a cincea a constat în elaborarea măsurilor și tehnicilor specifice de diminuare a impactului fenomenului migrației asupra stării de sănătate a elevilor. A fost elaborat modelul de promovare a sănătății în școli, mecanismul de implementare a modelului de promovare a sănătății în școli, model de supraveghere a sănătății. Implementarea rezultatelor științifice a fost realizat prin participarea în cadrul laboratorului științific la elaborarea și promovarea diferitor acte normative, metodice cât și practice (anexa 4).

2.2 Metode de cercetare. Considerații etice.

În cadrul cercetării științifice au fost utilizate mai multe metode de cercetare, care s-au completat reciproc pentru a îndeplini scopul și obiectivele stabilite. În teză astfel au fost utilizate cu succes următoarele metode de cercetare: istorică, igienică, epidemiologică, chimică, biostatistică, comparativă, observații directe și extragerea informației din formularele - registrele medicale din instituțiile preuniversitare din localitățile rurale.

Metoda istorică a fost aplicată în studierea și analiza cercetărilor științifice efectuate în diferite perioade de către savanții autohtoni și din alte țări la problema stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate.

Metoda epidemiologică. Analiza datelor oficiale privind incidența prin morbiditate a elevilor din instituțiile de învățământ preuniversitar.

Metoda antropometrică s-a aplicat în determinarea indicatorilor de bază [30].

Talia: punctele de tangență cu antropometrul: călcâiele, fesele și omoplații. Poziția de drepti, călcâiele apropiate, vîrfurile picioarelor puțin depărtate, genunchii în extensie, brațele libere de-a lungul corpului. Capul puțin aplecat înainte ca unghiul extern al ochiului și marginea superioară a conductului auditiv extern să fie într-un plan orizontal. Citirea datelor se face la marginea inferioară a cursorului pe tija gradată, în cm.

Masa corporală: se determină dimineața, pe nemîncate, fără haine (sau se scoate greutatea hainelor). Valoarea greutății se notează în kg și zecimi.

Spirometria: se face o inspirație profundă pe gură, astupînd complet nasul, apoi printr-o expirație maximă se suflă tot aerul în spirometru. Se fac 2 probe și se înregistrează valoarea maximă în cm³ [113].

Dinamometria: mîna întinsă înainte și puțin în lături. Dinamometrul se strînge în mînă cu toată forța. Se vor face pe rînd cu mîna dreaptă și stîngă cîte 2 probe și se vor înregistra cifrele maxime în kg. La copiii pînă la 12 ani (cl. 5-a) se determină cu dinamometrul pentru copii, după această vîrstă – cu dinamometrul pentru adulți.

Utilajul folosit pentru realizarea măsurărilor: masei corporale, dinamometria, spirometria, etc s-a supus verificării metrologice. Prin urmare utilajul din dotare a fost folosit pentru toate instituțiile de învățămînt preuniversitar incluse în studiu.

Elevii, în funcție de starea lor de sănătate, s-au divizat în următoarele 5 grupe:

Grupa I: elevii sănătoși, fără dereglări și defecte fizice, nivel normal de dezvoltare fizică și neuropsihică; Grupa a II-a: elevii care nu suferă de diferite maladii cronice, dar dispun de unele modificări funcționale și cronice, inclusiv cei frecvent bolnavi (mai mult de 4 ori), ce au suportat diferite maladii infecțioase sau au rețineri în dezvoltarea fizică, cei cu forță de rezistență a organismului redusă; Grupa a III-a: elevii bolnavi de diferite maladii cronice sau patologice congenitale în stare de compensare, cazurile de acutizări ale acestor maladii sunt rare, cu posibilitățile funcționale ale organismului păstrate; Grupa a IV-a: elevii bolnavi de diferite maladii cronice și patologii congenitale în stare de subcompensare, cu posibilitățile funcționale ale organismului reduse; Grupa a V-a: elevii care suferă de boli cronice grave în stare de decompensare, cu posibilități funcționale ale organismului extrem de reduse. De regulă, elevii din această grupă nu pot frecventa instituțiile de educație și învățămînt general.

Metoda igienică de cercetare a inclus ancheta; cercetarea factorilor fizici și chimici de risc, studierea meniurilor de repartiție în liceele din localitățile rurale a regiunii de nord, centru și sud al Republicii Moldova.

Chestionarul urmărește câteva criterii de evaluare a stării de sănătate a elevilor (Anexa 5):

- indicatorii dezvoltării fizice;
- factorii determinanți ai stării de sănătate;
- factorii nocivi ce pot influența starea de sănătate;
- indicatorii stării de sănătate.

Investigații instrumentale a factorilor fizici. Determinarea temperaturii, umidității relative în încăperile de studii s-a efectuat cu ajutorul psihrometrului Assman. Temperatura aerului și umidității relative se apreciază în centrul încăperii de studii la înălțimea de 1,5 m de la

dușumea sau în 3 puncte pe diagonală: 0,25 m de la peretele exterior, centrul încăperii și 0,25 m de la colțul interior. În fiecare punct se fac măsurări la 3 niveluri: 0,25 m, 0,5 m și 1,5 m. Calculul temperaturii și umidității relative medii se efectuează prin sumarea tuturor mărimilor de temperatură și împărțirea sumei obținute la numărul de determinări. Evaluarea igienică a parametrilor microclimatului în instituțiile pentru copii se va efectua în conformitate cu prevederile legislației sanitare în vigoare: norme în construcții și regulamente sanitare. În încăperi de locuit în perioada rece a anului temperatura optimă - 20-22°C, admisibilă 18-24°C; umiditatea relativă valoarea optimă 45-30%, admisibilă 60%. Dar în perioada caldă a anului valorile optime constituie 22-25°C și admisibile 20-28°C; umiditatea relativă: valoarea optimă 45-30%, admisibilă 60%. Temperatura aerului în încăperi este de 18-20°C cu excepția sălii sportive, atelierelor de prelucrare a metalului și lemnului (15-17°C), dușurilor (25°C). Umiditatea relativă în încăperile școlilor va fi de 40-60%. În instituțiile de învățământ temperatura aerului în încăperi este de 18-20°C cu excepția sălii sportive, atelierelor de prelucrare a metalului și lemnului (15-17°C), dușurilor (25°C). Umiditatea relativă în încăperile școlilor va fi de 40-60%.

Coeфициentul iluminatului natural (CIN) reprezintă raportul dintre iluminatul natural creat la un moment dat pe un plan orizontal din incinta încăperii și valoarea simultană a iluminatului orizontal exterior produs de cerul complet liber, exprimat în procente. Se recomandă ca CIN să se determine în zilele cu înourare absolută a cerului, ferestrele trebuie să fie curate și să nu fie umbrite de copaci sau alte construcții. Nivelul iluminatului natural se determină la etapa de proiectare, construcție și dare în exploatare.

Nivelul iluminatului natural și artificial se determină la nivelul tablei, mesei profesorului, în I-ul, II-lea și al III-lea rând de bănci. Rezultatele se sumează și se divizează la numărul de determinări. Înainte de a purcede la determinarea nivelului iluminatului natural și artificial se va verifica dacă toate corpurile de iluminat sunt curate, funcționează sau dacă există defectate. Parametrii iluminatului artificial în încăperile de studii se apreciază dimineața, seara, sau în perioada lunilor decembrie-ianuarie. Parametrii iluminatului natural și artificial s-a determinat cu luxmetru de modelul AR 824. Evaluarea igienică a parametrilor iluminatului natural și artificial în instituțiile pentru copii se efectuează în conformitate cu prevederile legislației sanitare în vigoare, iluminarea artificială minimală cu lămpi luminescente 300 lx, incandescente 150 lx. Coeficientul de iluminare naturală (CIN) nu va fi mai mic de 1,5 %

Metoda de determinare a nivelului zgomotului. Determinarea nivelului zgomotului se efectuează cu ajutorul sonometrului (IIII-01-B; NA-28). Evaluarea nivelului de zgomot se va efectua în următoarea consecutivitate: identificarea surselor de zgomot și determinarea caracteristicilor de zgomot; selectarea punctelor de măsurare în încăperi și pe teritorii,

determinarea perioadei de timp necesare pentru efectuarea măsurărilor instrumentale; calibrarea sonometrului (sistemelor de măsurare); efectuarea măsurărilor instrumentale propriu zise cu introducerea lor în procesul verbal.

Măsurarea zgomotului se efectuează în cel puțin 3 puncte repartizate uniform în încăperi: nu mai aproape de 1m de la perete și nu mai aproape de 1,5 m de geamurile încăperilor la înălțimea de 1,2-1,5 m de la dușumea. Durata fiecărei măsurări în fiecare punct trebuie să fie nu mai mică de 10 minute. Procesul de măsurare continuă pînă cînd L (A) echiv. în decursul a 30 minute nu se va schimba cu mai mult de 0,5 dBA. La măsurarea zgomotului geamurile și ușile trebuie să fie închise. În cazul, cînd schimbul necesar igienic de aer se asigură prin ferestruici, oberlihturi, geamurile și ușile trebuie să fie închise, iar ferestruicile și oberlihturile sau alte instalații de înlocuire a lor – deschise. Dacă încăperea prevede sistem de ventilare (condiționare), măsurările se efectuează la funcționarea lui la capacitatea maximală calculată. Valorile nivelului sonor în sălile de clasă, cabinete de studii, auditorii ale instituțiilor de învățămînt, etc constituie 40 dBA, nivelul sonor maximal constituie 45 dBA; în case de locuit valorile nivelului sonor variază 25-40 dBA, valoarea nivelului sonor maximal constituie 40-55 dB.

La măsurare în încăpere nu trebuie să se afle alte persoane, în afară de persoana care efectuează măsurările. Pentru măsurări se selectează perioada de timp, care caracterizează zgomotul pentru toată perioada de control.

Metoda de prelevare a probelor de aer din încăperile de studii pentru aprecierea conținutului de pulbere și substanțelor chimice eliminate de mobilier. Conținutul de pulbere în aerul încăperilor de studii se apreciază în sălile sportive și atelierele de instruire. Recoltarea probelor de aer pentru determinarea conținutului de pulbere se efectuează prin metoda de aspirație cu aparatul Migunov. Pentru aprecierea conținutului de pulbere se selectează 1-2 puncte a cîte 2 probe în fiecare punct. Filtrele de hîrtie preventiv uscate și aduse la greutate constantă prin încălzire repetată în etuvă la 105°C se pun în plic, iar la locul recoltării se instalează în pîlnia de fixare, se conectează la aspirator. Pentru determinarea substanțelor chimice în aer sunt utilizate filtre de absorbție specifice. Aerul este colectat cu viteza de 50 – 100 l/min timp de 20 minute la distanța de 50 cm de la sursă. După recoltarea probei, partea superioară a pîlniei de fixare a filtrului se deșurubează atent, se scoate cu penseta filtrul și se transferă în pachetul de hîrtie de calc, în care s-a păstrat pînă la recoltarea probei. Aprecierea conținutului de pulbere în aerul încăperilor de studii se efectuează cel puțin o dată pe an, în caz de necesitate mai des. CMA de pulberi nu trebuie să depășească 0,5 mg/m³. CMA a substanțelor chimice determinate nu trebuie să depășească următoarele valor: NO₂-2,0 mg/m³, formaldehida-0,5 mg/m³, benzen-5,0 mg/m³

Investigații de laborator bacteriologice. Indicatorii microbiologici de salubritate a aerului. Aprecierea stării sanitare a aerului din încăperile închise se efectuează pe baza concentrației indicatorilor microbiologici, ca stafilococii și streptococii α – și β – hemolitici, numărul total de microorganisme precum și a fungilor pe m^3 de aer.

Numărul total de germeni din aer care se dezvoltă la $37^{\circ}C$ (flora mezofilă) - acest indicator permite de a aprecia condițiile sanitare dintr-o încăpăre (aglomerare, ventilație, stare de curățenie), care influențează transmiterea infecțiilor pe calea aerului.

Fungii - semnificația patologică a fungilor se lărgeste pe zi ce trece, ei intervenind frecvent în determinarea stărilor de sensibilizare și de declanșare a unor manifestări alergice locale sau generale, cum sunt astmul bronșic, edemul, urticaria, edemul angino-neurotic, reacțiile alergice vasculare etc.

Metode și modalități de recoltare a probelor de aer. Analiza bacteriologică sanitară a aerului permite o apreciere igienică și epidemiologică a mediului aerian, pe baza căreia putem stabili un complex de măsuri pentru profilaxia infecțiilor aerogene, a căror pondere în patologia infecțioasă este considerabilă. Pentru investigațiile bacteriologice ale aerului a fost folosită metoda de aspirație.

La alegerea metodei de recoltare a germenilor din aer trebuie să se țină cont de trei considerente:– metoda să fie eficientă în recoltarea particulelor între 1 și $10\ \mu m$;– să permită evaluarea numărului de germeni la $1m^3$ de aer;– să permită identificarea anumitor germeni sau grupe de germeni.

Pentru analiza microbiologică a aerului din încăperi închise se prelevă probe la fiecare $20\ m^2$ de suprafață, din 5 puncte (pentru metoda de sedimentare) și din 1 punct (pentru metoda de aspirație) situate la 0,5 m de la pereți și la nivelul respirației. Recoltarea se face ziua în perioada activității intensive a omului și după curățenia umedă și ventilarea încăperii.

Aprecierea rezultatelor de laborator. Normativele în instituțiile pentru copii se consideră o contaminare acceptabilă a aerului la valoarea de 1500 germeni la $37^{\circ}/m^3$, maximum $2000/m^3$. În perioada de vară cantitatea de *Staphylococcus haemolyticus* și/sau *Staphylococcus aureus* nu trebuie să depășească 16 colonii/ m^3 aer, iar în perioada de iarnă 36 colonii/ m^3 aer.

Metoda de recoltare a probelor de bucate din instituțiile pentru copii pentru determinarea valorii calorice. Scopul aprecierii rațiilor zilnice sunt: verificarea cantității necesare de materie primă a produselor și corespunderii rațiilor normelor fiziologice. În cazul al doilea se recoltează probele de pe masă în cantitate de o porție. În cazul verificării cantității necesare de materie primă se poate de recoltat atât rația completă cât și feluri sau porții aparte, în număr de 2 probe – una de pe masă, alta din cazan, care servește ca control, care se vor

determina separat. Până la recoltarea probei de control a I – lui fel de bucate, conținutul cazanului se amestecă bine, apoi se colectează într-o cratiță aparte nu mai puțin de 5 porții, se toarnă în farfurii, după care se recoltează o porție. În cazul recoltării supelor din lapte și a băuturilor fierbinți cu lapte se recoltează proba de control din ambalaj. Dacă există dubii în privința calității smântînii și untului, atunci proba de control se recoltează din ambalaj. Garnitura după amestecare se recoltează din centrul cazanului, sosul se amestecă bine, după care se recoltează în vas aparte. Cantitatea probelor de control a bucatelor trebuie să corespundă cantității indicate în meniul de repartiție. Felul II de bucate din carne naturală, pasăre, pește nu se colectează, se limitează doar la cîntărire. Pentru determinarea cantității medii a unui produs se cîntăresc 10 unități.

Metoda chimică a inclus analiza de laborator a bucatelor finite, cu determinarea reziduului uscat, a conținutului de proteine stabilite prin metoda Kjeldahl și a conținutului de lipide prin metoda Soxhlet în modificarea lui Rușkovski (anexa 6).

Metoda statistică constă în utilizarea metodelor de calculare a datelor proporției și valorilor medii. Veridicitatea și variabilitatea indicatorilor s-au determinat prin calcularea erorilor, criteriului „t-student”, pragului de simplificare, gradului de adaptare. În studierea stării de sănătate a elevilor din familiile dezintegrate au fost trasate următoarele direcții principale ale metodologiei de studiu: social-igienică, medico-biologică, statistică, educațională.

Obiectivul principal al direcției social-igienice – cercetarea factorilor de risc și cauzali, ce se asociază și explică starea de alimentație și de sănătate a elevilor.

Domeniul medico-biologic presupune depistarea deficiențelor în asigurarea condițiilor de instruire, alimentație cât și a condițiilor habituale, acordarea asistenței medico-sanitare a elevilor din instituțiile preuniversitare, înlăturarea căroră ar contribui la obținerea unor rezultate mai bune, la îmbunătățirea stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate.

Domeniul statistică are drept scop: evidențierea particularităților stării de sănătate a elevilor, morbidității acestora, dezvoltări fizice și factorilor de risc.

Considerații etice. Includerea în studiu a subiecților (elevii din familiile temporar dezintegrate și complete) nu prevede nici un risc, în prealabil a fost obținut acordul părinților pentru elevii ce nu aveau 16 ani. Rezultatele și datele obținute vor fi confidențiale cu interzicerea accesului persoanelor străine. Materialele și metodologia efectuării studiului au fost examinate de către Comitetul de Etică a cercetării al Instituției Publice Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, unde a fost avizat pozitiv la ședința din 20 noiembrie 2012 (anexa 7).

2.3. Prelucrarea matematico-statistică a materialului acumulat

Datele primare au fost prelucrate cu ajutorul programelor Microsoft Office, Excel, Epi Info, MedCalc .

Pentru cercetarea comparativă a indicatorilor stării de sănătate și dezvoltării fizice a elevilor din familiile temporar dezintegrate vis-a-vis de elevii din familiile complete în funcție de zona din țară, de gen, de vârstă, de clase, de perioada anului s-au aplicat tehnici matematico-statistice (indicatorii seriei dinamice, indicatori de proporție, valori medii etc.).

La analiza statistică a datelor s-a aplicat un set de operațiuni efectuate prin procedee și tehnici specifice de lucru:

- sistematizarea materialului factologic, care s-a realizat prin procedee de centralizare și grupare statistică, după valori și niveluri, în urma cărora s-au obținut indicatorii primari și seriile de date statistice;
- calcularea indicatorilor ce au permis evaluarea erorii veridice a mediei aritmetice pentru toți parametrii cantitativi ai cercetării; au fost calculate mediile aritmetice (M), erorile mediei (m) și deviațiile mediei pătrate(σ);
- măsurarea impactului condiționat de fenomenul migrației temporare a părinților asupra stării de sănătate a elevilor prin determinarea indicelui de corelație și riscului relative și atribuibil;
- prezentarea datelor statistice prin procedee tabelare și grafice.

Analiza statistică a datelor privind morbiditatea s-a efectuat prin calcularea indicilor extensivi (structura morbidității în funcție de zonă, vârstă și sex) și a indicilor intensivi (la 1000 elevi). Formele nosologice au fost clasate conform clasificării internaționale a maladiilor, revizia a X-a a OMS. Testarea semnificației statistice a valorilor relative și medii sunt determinate prin calcularea erorilor standard (ESp – pentru valori relative și ESm – pentru valori medii), intervalul de încredere ($I\hat{I}$) pentru 95% de veridicitate:

$$- I\hat{I}=P\pm t*ESp, \text{ unde } t=1,96, 95\%$$

$$- I\hat{I}=P\pm t*ESm, \text{ unde } t=1,96, 95\%$$

Compararea statistică a datelor s-a făcut în felul următor: dacă valoarea lui "t calculat" este mai mare decât valoarea lui "t tabelar" atunci diferența între cele două valori medii sau între cele două probabilități este semnificativă din punct de vedere statistic.

"t calculat" > "t tabelar" = diferența semnificativă statistic. Dacă din contra, valoarea lui "t calculat" este mai mică decât valoarea lui "t tabelar", atunci diferența dintre cele două medii sau dintre cele două probabilități, este nesemnificativă din punct de vedere statistic.

"t calculat" < "t tabelar" = diferență nesemnificativă. Pentru exemplificare și verificare, în același timp, vom lua aceleași exemple pe care le-am apreciat, sub aspectul semnificației diferenței și cu ajutorul erorii diferenței.

Pentru a calcula riscul de îmbolnăvire a elevilor asociat factorului apartenenței la familiile temporar dezintegrate am folosit tabelul de contingență de tipul 2 X 2 (tab. 2.3).

Tabelul 2.3 Tabelul de contingență

Factor de risc	Bolnavi	Sănătoși	Total
Expuși	a	b	a+b
Neexpuși	c	d	c+d
Total	a+c	b+d	a+b+c+d

Riscul bolii la expuși se calculează după formula:

$$R1=a/a+b, \quad (2.2)$$

Riscul bolii la neexpuși constituie:

$$R0=c/c+d, \quad (2.3)$$

Riscul relativ (RR) semnifică de câte ori este mai mare proporția persoanelor bolnave în rândul celor expuși la factorul de risc față de proporția bolnavilor în rândul celor neexpuși la factorul de risc și se calculează după formula:

$$RR = R1/R0, \quad (2.4)$$

Interpretarea riscului relativ se face în raport de cifra 1:

$RR < 1$ – factor de protecție; $RR = 1$ – factor indiferent; $RR > 1$ – factor de risc.

Unul din componentele riscului individual este riscul atribuibil, care poate fi pus în legătură exclusiv cu factorul predispozant, și nu cu altul. De aceea pentru fiecare formă nosologică s-a calculat riscul atribuibil (R_a), exprimat prin diferența dintre riscul persoanelor expuse și riscul persoanelor neexpuse la factorul nociv, ceea ce ne permite să definim cota de contribuție a factorului de apartenență la familiile dezintegrate în declanșarea unor maladii somatice la copii și se exprimă prin formula:

$$R_a = R1 - R0, \quad (2.5)$$

Riscul atribuibil se interpretează în raport cu cifra „0”:

$R_a < 0$ – factor de protecție; $R_a = 0$ – factor indiferent; $R_a > 0$ – factor de risc.

Fracțiunea atribuibilă la expuși exprimă câte procente din efectul nedorit prezent la expuși poate fi explicat prin expunere și se calculează prin formula:

$$Fae=[(R1 - R0)/ R1] \times 100, \quad (2.6)$$

Pentru determinarea legăturii dintre unele semne clinice și investigații de laborator a fost utilizat indicatorul de corelație care ne-a permis stabilirea diferitor grade de corelație.

Analiza de corelație între variabilele continue s-a efectuat prin determinarea coeficienților de corelație Pearson (când variabilele erau aproximativ normal distribuite), respectiv Spearman (în caz că variabilele nu sunt normal distribuite sau sunt de ordine).

În medicină, întâlnim de obicei valori ale coeficientului de corelație intermediare valorilor -1 și $+1$. Pentru interpretarea intensității legăturii de dependență dintre fenomene se utilizează următoarele criterii:

- valoarea coeficientului de corelare cuprinsă între ± 1 denotă o corelație foarte puternică între fenomene;
- valoarea coeficientului de corelare cuprinsă între $\pm 0,99$ și $\pm 0,70$ denotă o corelație puternică;
- valoarea coeficientului de corelare cuprinsă între $\pm 0,69$ și $\pm 0,30$ denotă o corelație medie între fenomene;
- valoarea coeficientului de corelare cuprinsă între $\pm 0,0$ și $\pm 0,29$ exprimă existența unei corelații slabe între fenomene;
- valoarea coeficientului de corelare 0 denotă că legătura dintre fenomene în mod practic o considerăm inexistentă. Cele două fenomene evoluează independent unul de altul.

Pentru a evidenția tangențele reciproce dintre indicatorii stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate și elevii din familiile complete, am calculat coeficientul de corelație liniară (Bravais-Pearson) în conformitate cu metodele expuse de Larisa Spinei (2009).

S-au calculat coeficienții de corelare dintre indicatorii morbidității și factorii de risc, precum și a măsurărilor instrumentale ai factorilor microclimatici, indicii investigațiilor de laborator sanitaro-microbiologice a aerului.

2.4. Volumul investigațiilor

Volumul investigațiilor este prezentat în Tabelul 2.4.

Tabelul 2.4. Volumul investigațiilor

Investigațiile efectuate	Volumul
1. Investigațiilor instrumentale și de laborator ale condițiilor de trai al elevilor din familiile temporar dezintegrate și complete	350 procese verbale, 1280 determinări
2. Analiza investigațiilor instrumentale și de laborator ale condițiilor de instruire a elevilor din instituțiile preuniversitare (F.18)	din 3 regiuni ale republicii pe parcursul a 5 ani
3. Studiarea stării de sănătate a copiilor	
Analiza morbidității elevilor din instituțiile de învățământ preuniversitar conform datelor ANSP	Pentru 10 ani
Analiza morbidității elevilor din instituțiile de învățământ preuniversitar conform examenului medical complex	1181 elevi

Analiza morbidității retrospective după datele statistice ale instituțiilor de învățământ preuniversitar la adresare	Conform registrelor
Analiza morbidității retrospective după datele statistice ale instituțiilor de învățământ preuniversitar a lipsei pe caz de boală	Conform registrelor
Chestionarea elevilor claselor primare	392 de copii
Chestionarea elevilor claselor gimnaziale și liceale	789 de copii
Determinarea indicilor dezvoltării fizice	
a) talia	1181 elevi
b) masa corporală	1181 elevi
c) spirometria	1181 elevi
d) dinamometria mîna stîngă și mîna dreaptă	1181 elevi
4.Prelucrarea matematică a datelor obținute, determinarea dependențelor corelative dintre indicii elevilor din familii complete comparativ cu elevii din familiile dezintegrate	
5.Elaborarea algoritmului de supraveghere a elevilor din familiile temporar dezintegrate	

2.5 Concluzii la Capitolul 2

1. Pentru atingerea scopului și obiectivelor propuse, studiul a inclus o metodologie modernă de organizare etapizată și bine structurată, fiind o cercetare mixtă de studiu de cohortă retrospectiv și descriptiv, selectiv, transversal. Au fost utilizați indicii, care caracterizează starea de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate din instituțiile preuniversitare din localitățile rurale.
2. Suportul metodologic și teoretico-științific a fost susținut de metodele expuse în literatura de specialitate autohtonă și de peste hotare și de programele soft pentru prelucrarea materialului statistic la computer.
3. Studiul s-a realizat pe un eșantion reprezentativ, cu utilizarea metodelor și procedeelelor metodologice adecvate scopului și obiectivelor propuse.
4. Datele primare au fost prelucrate matematico-statistic cu ajutorul programului Microsoft Office, Excel, Epi Info, MedCalc cu calcularea medianei, proporțiilor, erorilor standard pentru valorile medii, a coeficienților de corelație dintre indicii elevilor din familiile temporar dezintegrate și elevii din familiile complete.

3. Evaluarea stării de sănătate și a dezvoltării fizice a elevilor din familiile temporar dezintegrate

3.1. Evaluarea stării de sănătate a elevilor din familii temporar dezintegrate din localitățile rurale din instituțiile preuniversitare

Prezentul studiu a presupus abordarea complexă a stării de sănătate și dezvoltării fizice a elevilor din familiile temporar dezintegrate comparativ cu elevii din familiile complete. Au fost obținute date comparative originale în contextul stării de sănătate în baza examenului medical complex a stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate în comparație cu elevii din familiile complete, a fost studiată aprofundat adresabilitatea elevilor la lucrătorii medicali din instituțiile de învățământ preuniversitar, s-a determinat lipsa elevilor pe caz de boală inclusiv durata medie a unui caz de boală, numărul cazurilor de boală înregistrate la 1000 elevi, aprecierea comparativă a dezvoltării fizice [75].

- *Starea de sănătate a elevilor din instituțiile preuniversitare din Republica Moldova în perioada 2011 – 2020*

Evaluarea stării de sănătate a elevilor pe perioada anilor 2011 – 2020 denotă tendință de diminuare a nivelului morbidității generale de la 494,0 cazuri la 1000 elevi în anul 2011 pînă la 469,0 cazuri la 1000 elevi în 2019, o descreștere mai pronunțată s-a constatat în anul 2020 (355,4‰). Cel mai înalt nivel al morbidității generale a fost înregistrat în anul 2011 constituind 494,0 cazuri la 1000 elevi (fig. 3.1).

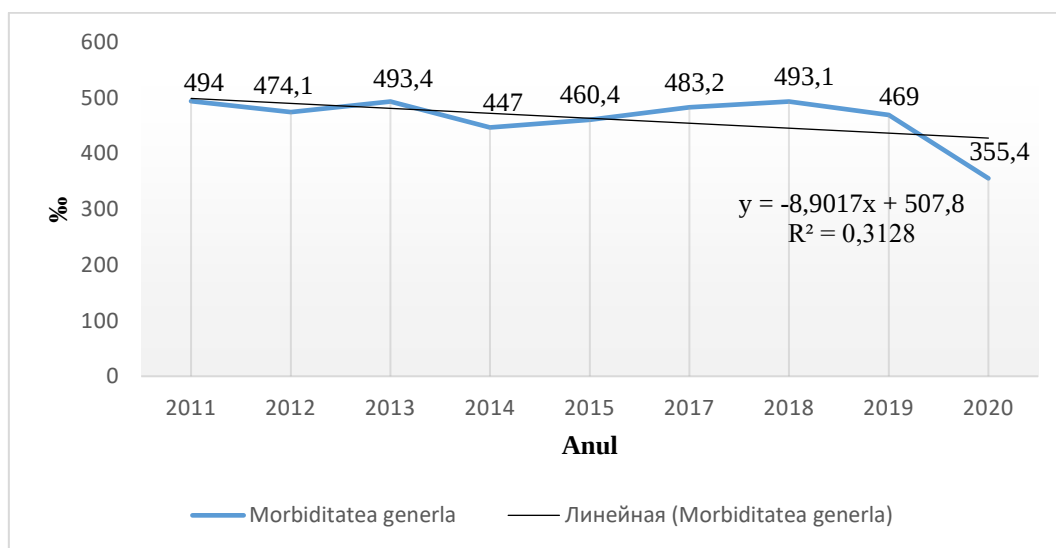


Figura 3.1. Dinamica morbidității generale la elevii din instituțiile preuniversitare în perioada 2011 – 2020

Tendința de scădere a morbidității generale la elevii din instituțiile preuniversitare pe parcursul anilor constituie circa 9 cazuri anual (valoarea preciziei aproximării fiind egală cu 0,3), ritmul de scădere fiind -28,4%, iar ritmul sporului fiind de 71,9%.

La elevii din instituțiile preuniversitare nivelul morbidității cronice a decrăscut de la 133,0‰ în anul 2011 până la 114,0‰ în 2020. Analiza structurii morbidității ne demonstrează că pe primul loc se mențin bolile aparatului respirator cu 189,8‰ în 2011 și 115,8‰ în 2020; pe locul doi bolile aparatului digestiv cu 37,2‰ în 2011 și 73,9 ‰ în 2020; pe locul trei sunt plasate bolile ochiului și anexelor sale cu 48,6 ‰ în anul 2011 și 44,1 ‰ în 2020; pe locul patru bolile sistemului nervos în 36,4 ‰ în 2011 și 22,0 ‰ în 2020; pe locul cinci bolile sistemului ostio-articular cu 29,7 ‰ în 2011 și 16,8 ‰ în 2020.

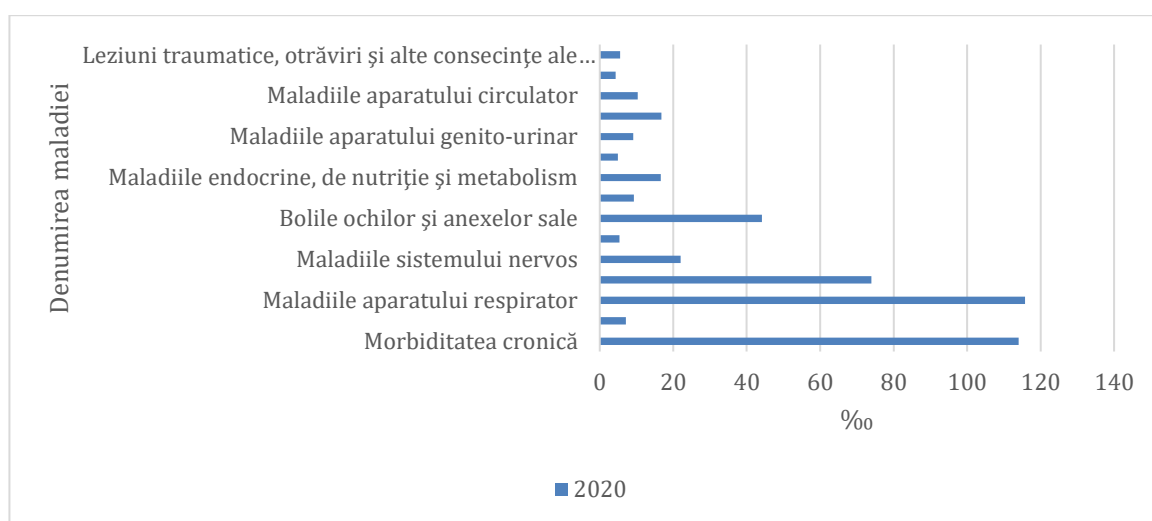


Fig. 3.2. Structura morbidității elevilor din instituțiile de învățământ preuniversitar

În perioada 2011 – 2020, s-a determinat o creștere a bolilor aparatului digestiv cu 37,2 ‰ în 2011 și 73,9 ‰ în 2020, a bolilor sistemului osteo-articular, al mușchilor, țesutului conjunctiv de la 29,7 ‰ în 2011 până la 30,7 ‰ în 2015; bolile ochiului și anexelor sale de la 48,6‰ în 2011 până la 50,1‰ în 2019. La același nivel au rămas: bolile urecheii și apofizei mastoide – 4,3‰, tulburările mentale și de comportament – 5,4‰. În rest sunt într-o diminuare: bolile aparatului respirator – de la 189,8‰ în 2011 până la 115,8‰ în 2020, bolile sistemului nervos – de la 36,4‰ în 2011 până la 22,0‰ în 2020, bolile sângelui, ale organelor hematopoetice și unele tulburări ale mecanismului imunitar – de la 17,2‰ în 2011 până la 9,3‰ în 2020, bolile endocrine, de nutriție și metabolism – de la 19,4‰ în 2011 până la 16,6‰ în 2020, bolile pielii și țesutului celular subcutanat - de la 9,3‰ în 2011 până la 4,9‰ în 2020, bolile aparatului genito-urinar- de la 26,0‰ în 2011 până la 9,1‰ în 2020, bolile aparatului circulator - de la 15,9‰ în 2011 până la 10,3‰ în 2020, leziuni traumatice, otrăviri și alte consecințe ale cauzelor externe - de la 10,8‰ în 2011 până la 5,5‰ în 2015 (anexa 8).

Astfel nivelul morbidității generale al elevilor din instituțiile preuniversitare în perioada studiată se menține în limitele 494,0‰-469,0‰, în această perioadă, rămâne aceeași structură (fig.3.2) (pe primul loc se mențin bolile aparatului respirator; pe locul doi-bolile aparatului digestiv; pe locul trei sunt plasate bolile ochiului și anexelor sale; pe locul patru-bolile sistemului nervos; pe locul cinci bolile sistemului osteo-articular, ale mușchilor, țesutului conjunctiv, pe locul șase maladiile endocrine, de nutriție și de metabolism).

• ***Evaluarea stării de sănătate a elevilor din familii temporar dezintegrate din localitățile rurale în rezultatul examenului medical complex***

Au fost evaluați elevi cu vârsta între 7 ani și 19 ani în total 1181 elevi, din ei după gen: masculin 549 elevi (46,5%) și feminin 632 elevi (53,5%). Din familiile temporar dezintegrate au fost examinați 550 elevi ce constituie 46,6% din numărul de elevi încadrați în studiul realizat. După gen masculin 248 elevi (45,1%) și feminin 302 elevi (54,9%). În regiunea de nord au fost examinați 357 elevi (30,2%), de gen masculin 198 (16,8%) și feminin 159 (13,5%), în centru 349 elevi (29,6%), de gen masculin 160 elevi (13,5%), feminin 189 elevi (16,0%), din regiunea de sud 475 elevi (40,2%), de gen masculin 230 elevi (19,5%), feminin 245 elevi (20,7%).

Examinarea medicală complexă a acestor elevi a fost realizată în regiunile de nord, centrul și sudul țării. Reieșind din investigația respectivă am constatat, că cea mai sporită morbiditate a fost înregistrată în regiunea de sud.

Morbiditatea elevilor din familiile temporar dezintegrate constituie $1247,2 \pm 360,2\%$ ($V_{\min} 388,9 - V_{\max} 1750,0$) comparativ cu $1087,2 \pm 217,3\%$ ($V_{\min} 645,2 - V_{\max} 1327,3$) la elevii din familiile complete, prin urmare nivelul morbidității elevilor din familiile temporar dezintegrate este mai înalt cu 160‰ comparativ cu familiile complete ($p=0,182$; 95%, $\hat{I} - 80,7010 - 400,9010$) [76] (tab. 3.1).

Tabelul 3.1. Nivelul morbidității elevilor din familii dezintegrate și familii complete din localitățile rurale

Morbiditatea generală	Familii dezintegrate	Familii complete	P_1-P_2
	$M \pm DS$	$M \pm DS$	
Media generală	$1247,2 \pm 360,2$	$1087,2 \pm 217,3$	$p=0,182$ (95%, $\hat{I} - 80,7010 - 400,9010$)
Regiunea de nord	$1094,1 \pm 395,7$	$864,9 \pm 385,1$	$p=0,1475$ (95%, $\hat{I} - 86,8687 - 545,2687$)
Regiunea de centru	$1129,6 \pm 493,1$	$967,9 \pm 366,0$	$p=0,3519$ (95%, $\hat{I} - 189,8176 - 513,2176$)
Regiunea de sud	$1408,9 \pm 745,7$	$1384,0 \pm 380,5$	$p=0,9155$ (95%, $\hat{I} - 454,3133 - 504,1133$)

La fiecare al 4-lea elev din familiile temporar dezintegrate, au fost depistate câte 2 patologii, dar la elevii din familiile complete fiecare al 11-lea elev are câte 2 patologii.

Comparând morbiditatea generală a elevilor din familiile temporar dezintegrate între regiunile nord, centru, sud am constatat, că cel mai înalt nivel este în regiunea de sud al republicii, constituind $1408,9 \pm 745,7 \text{ ‰}$ ($V_{\min}0 - V_{\max}3000$) față de centru $1129,6 \pm 493,1 \text{ ‰}$ ($V_{\min}500 - V_{\max}2000$) și $1094,1 \pm 395,7 \text{ ‰}$ ($V_{\min}166,7 - V_{\max}1450$) la nord .

Estimând morbiditatea generală între regiuni: nord, centru și sud a elevilor din familiile complete am constatat, că cel mai înalt nivel este în regiunea de sud al republicii constituind $1384,0 \pm 380,5 \text{ ‰}$ ($V_{\min}928,6 - V_{\max}2285,7$), centru – $967,9 \pm 366,0 \text{ ‰}$ ($V_{\min}400 - V_{\max}1666,7$) și nord - $864,9 \pm 385,1 \text{ ‰}$ ($V_{\min}333,3 - V_{\max}1444,4$).

Structura morbidității generale a elevilor din familiile temporar dezintegrate ne arată, că pe I loc se clasează bolile aparatului digestiv și constituie 27,5%, locul II- bolile aparatului respirator – 17,6%, locul III- bolile aparatului genito-urinar 12,2%, locul IV - bolile sistemului osteo-articular, ale mușchilor, țesutului conjunctiv - 9,2%, locul V - bolile ochiului și anexelor sale – 8,6%, locul VI - bolile endocrine, de nutriție și metabolism – 7,4%. Comparînd rezultatele morbidității la elevi între regiuni am constatat, că pe I loc se află bolile aparatului digestiv, pe locul II în regiunile de nord și sud sunt bolile aparatului respirator, dar în regiunea centru - bolile endocrine, de nutriție și metabolism, pe locul III în regiunile de nord – tulburările mentale și de comportament, centru –bolile sistemului osteo-articular, ale mușchilor, țesutului conjunctiv și în regiunea de sud bolile aparatului genito-urinar, pe locul IV în regiunile de nord sunt plasate bolile aparatului genito-urinar, centru bolile sistemului nervos, dar în regiunea de sud bolile ochiului și anexelor sale, pe locul V în regiunile de nord și centru bolile ochiului și anexelor sale, dar în regiunea de sud bolile sistemului osteo-articular, ale mușchilor, țesutului conjunctiv, pe locul VI în regiunile de nord – bolile sistemului osteo-articular, ale mușchilor, țesutului conjunctiv, centru – bolile aparatului respirator, sud – tulburări mentale și de comportament (tab. 3.2).

Structura morbidității generale al elevilor din familiile complete denotă, că pe I loc se plasează bolile aparatului digestiv și constituie 28,4%, locul II-bolile aparatului respirator – 20,5%, locul III-bolile aparatului genito-urinar 11,4%, locul IV-bolile ochiului și anexelor sale- 9,7%, locul V-bolile sistemului osteo-articular, ale mușchilor, țesutului conjunctiv- 9,2%, locul VI-maladiile sistemului endocrin – 5,5%.

Tabelul 3.2. Structura morbidității generale a elevilor din familiile temporar dezintegrate după rezultatul examenului medical complex

	Total pe republică	Nord	Centru	Sud
I loc	Bolile aparatului digestiv			
	27,6%	22%	18,0%	36,3%
II loc	Bolile aparatului respirator		B. sistemului endocrin, de nutriție și metabolism	Bolile aparatului respirator
	17,6%	19,3%	17,5%	22,1%
III loc	B. aparatului genito-urinar	Tulburări mentale și de comportament	Bolile sistemului osteo-articular, ale mușchilor, țesutului conjunctiv	Bolile aparatului genito-urinar
	12,2%	13,4%	16,9%	17,0%
IV loc	B. sistemului osteo-articular, ale mușchilor, țesutului conjunctiv	Bolile aparatului genito-urinar	Bolile sistemului nervos	Bolile ochiului și anexelor sale
	9,2%	9,7%	11,5%	6,6%
V loc	Bolile ochiului și anexelor sale	Bolile ochiului și anexelor sale	Bolile ochiului și anexelor sale	B. sistemului osteo-articular, ale mușchilor, țesutului conjunctiv
	8,6%	9,1%	9,2%	5,7%
VI loc	B. endocrine, de nutriție și met.	B. sistemului osteo-articular, ale mușchilor, țesutului conjunctiv	Bolile aparatului respirator	Tulburări mentale și de comportament
	7,4%	7,5%	8,2%	2,8%

Comparînd nivelul morbidității dintre regiuni am constatat, că pe I loc se află maladiile sistemului digestiv, pe locul II la nord, centru și sud sunt bolile aparatului respirator, pe locul III nord – tulburările mentale și de comportament, centru și sud - bolile aparatului genito-urinar, pe locul IV la nord și centru - maladiile ochiului și anexelor sale, iar la sud - bolile sistemului osteo-articular, ale mușchilor, țesutului conjunctiv, pe locul V- la nord - bolile sistemului osteo-articular, ale mușchilor, țesutului conjunctiv, centru - maladiile neurologice, dar în sud bolile ochiului și anexelor sale, pe locul VI la nord – bolile aparatului genito-urinar, centru – bolile sistemului osteo-articular, ale mușchilor, țesutului conjunctiv, sud – bolile sistemului nervos (tab. 3.3).

Comparînd structura morbidității elevilor din familiile temporar dezintegrate cu structura morbidității elevilor din familiile complete, am stabilit următoarele: bolile aparatului digestiv constituie 27,6%, față de 28,4% (95% ÎÎ -4,346-5,899; p=0,7602); bolile aparatului respirator constituie 17,6%, față de 20,5% (95% ÎÎ -1,615-7,347; p=0,2066); bolile aparatului genito-urinar

constituie 12,2%, față de 11,4% (95% ÎÎ -2,875-4,55; p=0,6706); bolile sistemului osteo-articular, ale mușchilor, țesutului conjunctiv constituie 9,2%, față de 9,1% (95% ÎÎ -3,1901-3,4674; p=0,9526); bolile ochiului și anexelor sale constituie 8,6%, față de 9,7% (95% ÎÎ -2,255-4,388; p=0,514); bolile endocrine, de nutriție și metabolism constituie 7,4%, față de 3,2% (95% ÎÎ 1,659-6,933; p=0,0011); tulburări mentale și de comportament constituie 5,4%, față de 5,5% (95% ÎÎ -2,5905-2,7097).

Tabelul 3.3. Structura morbidității generale a elevilor din localitățile rurale din familiile complete după rezultatele examenului medical complex

	Total pe republică	Nord	Centru	Sud
I loc	Bolile aparatului. digestiv			
	28,4%	27,5%	27,6%	29,2%
II loc	Bolile aparatului respirator			
	20,5%	16,8%	16,0%	24,6%
III loc	B. aparatului genito-urinar	Tulburări mentale și de comportament		B. aparatului genito-urinar
	11,4%	16,2%	12,8%	12,2%
IV loc	Bolile ochiului și anexelor sale			Bolile sistemului osteo-articular, ale mușchilor, țesutului conjunctiv
	9,7%	10,6%	8,8%	10,4%
V loc	Bolile sistemului osteo-articular, ale mușchilor, țes., conjunctiv	Bolile sistemului nervos		Bolile ochiului și anexelor sale
	9,2%	8,1%	8,2%	7,5%
VI loc	Tulburări mentale și de comportament	Bolile sist. genito-urinar-	Bolile sistemului osteo-articular, ale mușchilor, țesutului conjunctiv	Bolile sistemului nervos
	5,5%	5,6%	7,7%	4,0%

Comparînd structura morbidității elevilor din familiile temporar dezintegrate cu structura morbidității elevilor din familiile complete, am stabilit următoarele: bolie aparatului digestiv constituie 27,6%, față de 28,4% (95% ÎÎ -4,346-5,899; p=0,7602); bolile aparatului respirator constituie 17,6%, față de 20,5% (95% ÎÎ -1,615-7,347; p=0,2066); bolile aparatului genito-urinar constituie 12,2%, față de 11,4% (95% ÎÎ -2,875-4,55; p=0,6706); bolile sistemului osteo-articular, ale mușchilor, țesutului conjunctiv constituie 9,2%, față de 9,1% (95% ÎÎ -3,1901-3,4674; p=0,9526); bolile ochiului și anexelor sale constituie 8,6%, față de 9,7% (95% ÎÎ -2,255-4,388; p=0,514); bolile endocrine, de nutriție și metabolism constituie 7,4%, față de 3,2% (95% ÎÎ 1,659-6,933; p=0,0011); tulburări mentale și de comportament constituie 5,4%, față de 5,5% (95% ÎÎ -2,5905-2,7097).

Examinând morbiditatea generală a elevilor din familiile complete și temporar dezintegrate din localitățile rurale în dependență de vârstă, am constatat un nivel mai sporit la vârsta de 7 ani, la elevii din familiile temporar dezintegrate cât și la elevii din familiile complete (constituind 1720 ‰ și respectiv 1240 ‰). Observăm o creștere lentă a nivelului morbidității pînă la vârsta de 11 ani, iar apoi o descreștere lentă pînă la vârsta de 15-16 ani ce constituie 842,8‰ – 909,1‰, și iarăși are loc o creștere rapidă a morbidității generale la vârsta de 17-18 ani constituind 1344,0‰ și 1297,8‰ (fig. 3.3).

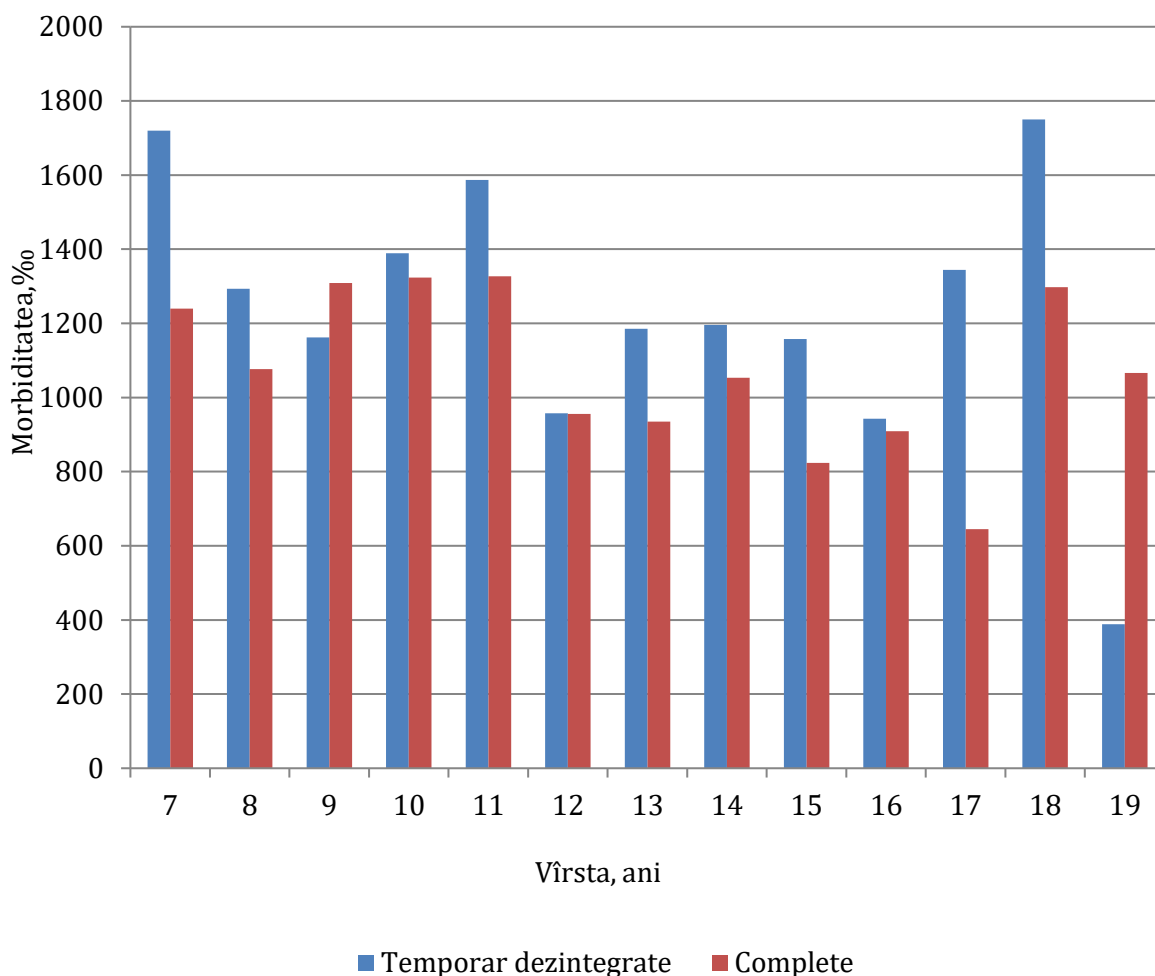


Fig. 3.3. Nivelul morbidității elevilor din familiile temporar dezintegrate și complete pe vârste

Valoarea coeficientului de corelare dintre nivelul morbidității elevilor din localitățile rurale pe vârste din familiile temporar dezintegrate și complete constituie 0,397, ce denotă o corelație medie între fenomene.

- *Evaluarea stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale conform adresabilității la punctul medical*

Adresările la medic cu scopul de a efectua un control în lipsa unei boli aparente este un indicator al culturii medicale și un factor important în depistarea precoce a unor maladii. Cota elevilor din școlile secundar profesionale din familiile temporar dezintegrate este mare care nu s-au adresat niciodată medicului, îndeosebi la stomatolog, pentru a fi consultați fără să fi fost bolnavi sau răniți [144, 145].

Examinând adresările elevilor din instituțiile preuniversitare din localitățile rurale la lucrătorul medical am constatat, că în total pe țară la 1000 elevi se înregistrează 638 cazuri (anexa 9). Comparînd regiunile țării, un nivel mai sporit se înregistrează în sud 794 cazuri, nord – 585 cazuri și centru – 559 cazuri. La nivel de țară adresările lunare a elevilor ce frecventează instituțiile preuniversitare, luate în studiu, prevalează în: februarie (107%), martie (84%), aprilie (52%), septembrie (77%), noiembrie (68%).

Analizând frecvența adresărilor după gen pe parcursul anului de studii am constatat, că elevii de gen feminin (781%) solicită mai des medicul comparativ cu elevii de gen masculin (501%) cu o diferență de 280%. Comparînd adresările la nivel de regiuni elevele se adresează mai frecvent în regiunea de sud - 1011%, la centru este 675% și nord - 674% [77].

La nivel de țară un nivel mai sporit de adresări lunare ale fetelor este înregistrat în lunile: februarie (132%), martie și aprilie (100%), ianuarie (95%), septembrie (90%). În regiunea de sud un nivel mai sporit s-a înregistrat în lunile februarie (172%), aprilie (163%), noiembrie (127%), septembrie (115%), martie (107%). La centru – septembrie (103%), februarie (101%), ianuarie (96%), martie (86%), octombrie (78%), și la nord – februarie (135%), martie (86%), ianuarie (108%), aprilie (101%), noiembrie (49%).

Analizând datele lunare ale adresărilor elevilor de sex masculin în regiunile țării stabilim următorul clasament: sud, nord, centru. La nivel de țară un nivel mai sporit de adresări lunare ale băieților este înregistrat în lunile: februarie, martie și septembrie. În regiunea de sud adresabilitatea lunară a băieților este următoarea: februarie, aprilie și octombrie). Respectiv la nord: februarie și decembrie, aprilie, ianuarie și la centru: septembrie, martie, februarie (tab.3.4). Nivelul morbidității între luni după gen a elevilor denotă o corelație puternică între fenomene, constituind 0,86.

Adresările la punctul medical pe clase în total pe țară la elevii ce frecventează instituțiile preuniversitare cuprinse în studiu am constatat următorul clasament: clasa 5 (1118%), clasa 7 (719%), clasa 9 (692%), clasa 6 (683%), clasa 2 (681%). După regiuni pe clase la sud avem următorul clasament: clasa 5 (1279%), clasa 9 (1130%), clasa 3 (958%), clasa 7 (921%), clasa 8 (812%); la nord clasa 5 (1396%), clasa 6 (1273%), clasa 9 (642%), clasa 7 (583%),

clasa 2 (543‰); la centru clasa 10 (1071‰), clasa 5 (815‰), clasa 2 (728‰), clasa 11 (681‰), clasa 12 (568‰), (tab. 3.4).

Tabelul 3.4. Adresabilitatea lunară după gen

Luna	Adresabilitatea feminin(‰)				Adresabilitatea masculin (‰)			
	Centru	Nord	Sud	Total	Centru	Nord	Sud	Total
1	96	108	82	95	50	56	28	45
2	101	135	172	132	69	79	108	84
3	86	115	107	100	71	83	51	68
4	52	101	163	100	42	66	88	62
5	15	59	82	47	6	13	46	20
9	103	38	115	90	77	36	71	65
10	78	31	85	68	48	43	80	56
11	73	49	127	84	52	46	60	53
12	71	38	79	65	37	79	37	48
Total	675	674	1011	781	454	502	570	501

Adresările la punctul medical pe clase după gen feminin total pe țară am constatat, că prevalează în următoarele clase: clasa 5 (1189‰), clasa 9 (1089‰), clasa 2 (869‰), clasa 7 (813‰), clasa 10 (811‰).

Adresările la punctul medical pe clase după gen feminin pe regiuni constată, că la sud prevalează în următoarele clase: clasa 9 (1868‰), clasa 3 (1579‰), clasa 8 (1225‰), clasa 5 (1212‰), clasa 2(1098‰). La nord avem următorii indicatori: clasa 5 (1500‰), clasa 6 (1462‰), clasa 9 (1063‰), clasa 3 (722‰), clasa 7 (559‰) și respectiv centru: clasa 10 (2333‰), clasa 2 (1000‰), clasa 5(939‰), clasa 1(814‰), clasa 7(740‰).

Frecvența pe clase la punctele medicale a băieților total pe țară este următoarea: clasa 5 (1057‰), clasa 6 (684‰), clasa 7 (602‰), clasa 2 (505‰), clasa 4 (476‰).

Frecvența lunară la punctele medicale a băieților pe regiuni este următoarea: la sud clasa 5 (1357‰), clasa 1(735‰), clasa 7 (688‰), clasa 6 (677‰), clasa 3 (552‰); nord: clasa 5 (1310‰), clasa 6 (1150‰), februarie (800‰), clasa 7(61‰5), clasa 8(500‰) și la centru: clasa 5 (729‰), clasa 11 (588‰), clasa 2(551‰), clasa 7 (533‰), clasa 6 (489‰) (tabelul 3.5). Nivelul morbidității între clase după gen a elevilor denotă o corelație puternică între fenomene, constituind 0,86.

Adresările elevilor pe parcursul anului de studii ne arată, în republică din familiile temporar dezintegrate (708‰) este mai mare ca în familiile complete (604‰) cu 104‰. În familiile temporar dezintegrate s-au adresat mai des din regiunea de sud a țării (844‰), la același nivel este adresabilitatea în regiunea de nord (648‰) și sud (653‰). Analizând adresările elevilor din familiile temporar dezintegrate în total lunar am constatat, că un nivel mai sporit al adresabilității s-a stabilit în februarie (129‰), aprilie (101‰), martie (89‰), ianuarie (81‰),

noiembrie (76‰). În centru mai sporit este adresabilitatea în lunile februarie (152‰), noiembrie (125‰), ianuarie (112‰), aprilie (94‰), octombrie (89‰). La sud mai sporită este morbiditatea în luna aprilie (111‰), februarie (107‰), septembrie (89‰), martie și octombrie (84‰). La nord adresările prevalează în lunile februarie (133‰), martie și aprilie (98‰), decembrie (91‰), ianuarie (80‰).

Tabelul 3.5. Adresabilitatea pe clase după gen

Clasa	Adresabilitatea - feminin (‰)				Adresabilitatea - masculin (‰)			
	Centru	Nord	Sud	Total	Centru	Nord	Sud	Total
1	814	538	667	721	179	318	735	358
2	1000	346	1098	869	551	800	278	505
3	221	722	1579	552	415	269	552	417
4	711	348	351	490	469	407	520	476
5	939	1500	1212	1189	729	1310	1357	1057
6	629	1462	417	667	489	1150	677	684
7	740	559	1091	813	533	615	688	602
8	623	515	1225	786	429	500	444	450
9	547	1063	1868	1089	424	200	410	350
10	2333	516	0	811	125	43	0	65
11	733	444	556	587	588	333	250	409
12	694	286	947	681	444	250	200	318
Total	675	674	1011	781	454	502	570	501

La nivel de regiuni s-a constatat, că rata adresărilor pe parcursul anului de studii a elevilor din familiile complete predomină la sud, centru, apoi nord. Elevii din familiile complete se adresează mai frecvent la medic în lunile februarie, septembrie și martie. Pe parcursul anului de studiu la sud adresările mai intense sunt în lunile februarie, aprilie și noiembrie, la centru adresabilitatea e mai înaltă în lunile septembrie, martie, februarie, iar la nord în luna martie, februarie, ianuarie (tab. 3.6). Nivelul morbidității între luni a elevilor din familiile temporar dezintegrate și complete denotă o corelație puternică între fenomene, constituind 0,79.

Adresările elevilor din familiile temporar dezintegrate și complete pe clase ne indică o variabilitate înaltă și anume la elevii din familiile temporar dezintegrate, între regiuni un nivel mai sporit este în sud (653‰) și nord (648‰), la centru (190‰). În total pe clase pe regiuni la elevii din familiile temporar dezintegrate avem un nivel mai sporit în clasa 9 (1080‰), clasa 6 (1033‰), clasa 5 (1000‰), clasa 7 (747‰), clasa 10 (645‰). La sud se adresează mai frecvent clasa 3 (1833‰), clasa 9 (1118‰), clasa 5 (1000‰), clasa 7 (714). La nord morbiditatea în clase prevalează în clasa 6 (2063‰), clasa 5 (938‰), clasa 9 (870‰), clasa 11 (714‰), clasa 7

(576‰). La centru se adresează mai frecvent în clasa 9-a (1278‰), clasa 10-a (1200‰), clasa 5-a (1133‰), clasa 2-a (1000‰), clasa 7-a (958‰).

Tabel 3.6 Adresabilitatea elevilor din familiile complete și temporar dezintegrate pe parcursul anului

Luna	Morbiditatea la elevii din familiile complete (‰)				Morbiditatea la elevii din familiile temporar dezintegrate (‰)			
	Centru	Nord	Sud	Total	Centru	Nord	Sud	Total
1	61	27	54	64	112	80	57	81
2	65	28	161	97	152	133	107	129
3	76	32	77	81	85	98	84	89
4	34	23	136	71	94	98	111	101
5	6	13	77	34	22	30	42	32
9	91	13	106	84	85	34	73	63
10	54	14	81	60	89	30	84	67
11	44	14	115	64	125	53	57	76
12	45	11	70	50	80	91	38	69
Total	476	175	878	604	844	648	653	708

Adresabilitatea elevilor din familiile complete comparând pe clase între regiuni, constatăm un nivel mai sporit la sud, nord apoi centru. Total pe țară e mai frecventă adresabilitatea în clasa 5-a, clasa 2-a și clasa 7-a. În regiunea de sud morbiditatea este mai înaltă în clasa 5-a, clasa 9-a și clasa 7-a. În regiunea de nord – clasa 5-a, clasa 2-a și clasa 7-a. În regiunea de centru morbiditatea la nivel de adresări este mai sporită în clasa 10-a, clasa 5-a, clasa 2-a (tab. 3.7).

Tabelul 3.7. Adresabilitatea elevilor din familiile complete și temporar dezintegrate pe clase.

Clasa	Morbiditatea la elevii din familiile complete (‰)				Morbiditatea la elevii din familiile temporar dezintegrate (‰)			
	Centru	Nord	Sud	Total	Centru	Nord	Sud	Total
1	384	286	906	455	514	353	500	539
2	681	900	978	813	1000	269	344	429
3	242	467	667	382	500	429	1833	768
4	554	345	462	479	636	429	429	487
5	742	2095	1425	1181	1133	938	1000	1000
6	444	529	600	508	895	2063	480	1033
7	535	593	1042	712	958	576	714	729
8	427	486	932	615	815	542	538	636
9	330	523	1140	569	1278	870	1118	1080
10	1000	138	0	342	1200	520	0	633
11	622	250	522	477	900	714	143	645
12	500	263	833	538	800	263	100	409
Total	369	535	878	604	190	648	653	708

Din diagramele din anexa 9 pentru regiunile din nord, centru, sud se observă niște concluzii evidente, practic uniforme pe țară și anume după gen constatăm, că adresările la

punctul medical sunt mai frecvente la eleve atît pe parcursul anului cît și între clase, dar dacă comparăm elevii din familiile complete cu familiile temporar dezintegrate, preponderent se adresează elevii din familiile temporar dezintegrate.

Prin analiza structurii adresărilor (tab. 3.8) la punctul medical s-a constatat, că pe I loc sunt plasate „Bolile aparatului respirator” în toate cele 3 regiuni ale republicii: Nord – 50%, Centru – 30,16%, Sud -28,09%. Pe locul II sunt plasate „Bolile aparatului digestiv”: respectiv Centru – 28,55%, Sud – 21,29%, Nord – 15,9%. Pe locul III sunt plasate bolile sistemului nervos: Sud – 18,25%, Nord – 8,96%, dar la Centru – simptome, semne și rez. anormale ale inv.clin. și de lab. – 13,11%. Pe locul IV – la Sud sunt plasate „Bolile pielii și a țesutului celular subcutanat” -15,74%, la Nord – bolile sistemului osteo-articular, ale mușchilor, țesutului conjunctiv – 6,65%, la Centru – leziunile traumatice, otrăviri și alte consecințe a cauzelor externe – 6,10%. Pe locul V la Sud se plasează bolile aparatului genito-urinar – 8,94%, la Centru – bolile sistemului nervos – 5,75% și la Nord – „Bolile pielii și țesutului celular subcutanat” – 4,91%. Pe locul VI la Centru se plasează „Bolile pielii și țesutului celular subcutanat” – 5,03%, La Nord – bolile infecțioase parazitare – 4,62% și la Sud – bolile aparatului circulator – 3,22%.

Tabelul 3.8. Structura adresărilor la punctul medical

N/O	CENTRU	NORD	SUD
1	Bolile aparatului respirator		
	30,16%	50%	28,09%
2	Bolile aparatului digestiv		
	28,55%	15,9%	21,29%
3	Simptome, semne și rez. anormale ale inv.clin. și de lab.	Bolile sistemului nervos	
	13,11%	8,96%	18,25%
4	Lez. traum.,otrăv. și alte cons.a cauz.ext	Boli a sist. ostio-art., ale muș., țes. conj.	Bolile pielii și țesut. cel subcut.
	6,10%	6,65%	15,74%
5	Bolile sistemului nervos	Bolile infecțioase și parazitare	Bolile aparat. genito- urinar
	5,75%	4,91%	8,94%
6	Bolile pielii și țesut. celular subcut.	Bolile infecțioase și parazitare	Bolile aparatului circulator
	5,03%	4,62%	3,22%

- ***Evaluarea lipsei elevilor din instituțiile de învățământ preuniversitare din familiile temporar dezintegrate pe caz de boală, structura morbidității***

Prin evaluarea lipsei elevilor din instituțiile de învățământ preuniversitare din familiile temporar dezintegrate pe caz de boală (anexa 10), am constatat următoarele:

Analizând media unui caz de boală în zile în republică la fetele din familiile complete comparativ cu fetele din familiile temporar dezintegrate am constatat, că o valoare mai sporită o au fetele din familiile complete și constituie $6,73 \pm 0,23$, față de $6,51 \pm 0,53$ la fetele din familiile temporar dezintegrate (95% ÎÎ -0,28-0,15; $p < 0,0001$).

La fetele din familiile complete pe regiuni cea mai sporită valoare este în regiunea de sud și constituie $7,08 \pm 0,42$, în zonele de nord $6,4 \pm 0,58$ și de centru constituie $6,68 \pm 0,30$.

La fetele din familiile temporar dezintegrate pe regiuni cea mai sporită valoare este în regiunea de sud și constituie $7,00 \pm 0,68$, respectiv în zona de nord constituie $6,27 \pm 0,60$ și în zona de centru $6,41 \pm 0,40$ (tab. 3.9).

Tabelul 3.9. Media unui caz de boală în zile la fete

	Fete						Valoarea <i>p</i>
	Familii complete			Familii temporar dezintegrate			
	Numărul cazuri	Zile/lună	Media	Numărul cazuri	Zile/lună	Media	
			M±ES			M±ES	
Centru	174	1163	6,68±0,30	63	404	6,41±0,96	p=0,0011
Nord	78	499	6,40±0,58	64	401	6,27±0,90	p=0,3002
Sud	98	694	7,08±0,42	43	301	7,00±0,81	p=0,4417
Total	350	2356	6,73±0,23	170	1106	6,51±0,53	p=0,0001

Prin evaluarea mediei unui caz de boală la fetele din familiile complete între clase din republică am stabilit, că cea mai mare valoare o au următoarele clase: cl. II-a - $7,85 \pm 0,95$, cl. I-a - $7,71 \pm 0,58$, cl. IV-a - $7,42 \pm 0,98$, cl. V-a - $7,36 \pm 0,70$, iar la fetele din familiile temporar dezintegrate o valoare mai sporită s-a stabilit în următoarele clase: cl. XI-a - $8,27 \pm 2,75$, cl. VII-a - $7,74 \pm 1,02$, cl. IV-a - $7,67 \pm 1,54$, cl. VI-a - $7,17 \pm 1,14$. Comparăția mediei unui caz de boală între clase pe republică total la fetele din familiile complete față de fetele din familiile temporar dezintegrate ne-au arătat, că nu avem o diferență semnificativă (95% ÎÎ -0,2622- -0,1778, $p < 0,0001$), dar compararea între clase atestă o diferență semnificativă în clasa a V-a (fete familii complete - $7,36 \pm 0,70$, fete familii temporar dezintegrate - $5,50 \pm 0,55$), (95% ÎÎ -2,27 - -1,45, $p < 0,0001$) (tab. 3.10).

Evaluarea mediei unui caz de boală la fete între clase la nivel de regiuni am constatat, că în centru între fetele din familiile complete și fetele din familiile temporar dezintegrate diferențe nu sunt, în regiunea nord s-a constatat o diferență semnificativă în clasa a IX-a (fete familii complete - $6,380,60$, fete familii temporar dezintegrate $4,67 \pm 0,92$), (95%, ÎÎ -1,17- -0,25 $p = 0,0032$), în sud nu s-au stabilit diferențe.

Tabelul 3.10. Media unui caz de boală la fete între clase

Familie completa				Familie temporar dezintegrată			Valoare p
Clas a	Nr.	Zile/ luna	Media	Nr.	Zile/luna	Media	
			M±ES			M±ES	
1	38	293	7,71 ± 0,58	15	100	6,67 ± 0,88	p=0,0001
2	34	267	7,85 ± 0,95	15	98	6,53 ± 0,90	p=0,0001
3	20	134	6,70 ± 0,81	12	80	6,67 ± 0,66	p=0,9145
4	24	178	7,42 ± 0,98	6	46	7,67 ± 1,54	p=0,6228
5	22	162	7,36 ± 0,70	18	99	5,50 ± 0,55	p=0,0001
6	30	179	5,97 ± 0,74	12	86	7,17 ± 1,14	p=0,0001
7	42	245	5,83 ± 0,61	27	209	7,74 ± 1,02	p=0,0001
8	46	314	6,83 ± 0,89	21	127	6,05 ± 0,77	p=0,0001
9	37	236	6,38 ± 0,60	12	56	4,67 ± 0,92	p=0,0001
10	10	71	7,10 ± 1,31	4	19	4,75 ± 0,85	p=0,0066
11	18	111	6,17 ± 0,69	11	91	8,27 ± 2,75	p=0,0043
12	29	166	5,72 ± 0,54	17	95	5,59 ± 0,62	p=0,4596
	350	2356	6,73 ± 0,23	170	1106	6,51 ± 0,32	p=0,0001

Evaluarea mediei unui caz de boală la fete din familiile complete pe luni pe parcursul anului în republică am stabilit, că cea mai mare valoare este în următoarele luni: V-a - 9,47±1,87, XII-a - 7,70±0,62, X-a - 7,56±0,84, IX-a - 7,46±0,91, ear la fetele din familiile temporar dezintegrate o valoare mai sporită s-a stabilit în următoarele luni: IX-a - 8,13±1,55, X-a - 7,10±0,84, IV-a - 6,96±0,72, III-a - 6,46±0,74. Comparația mediei unui caz de boală pe luni în republică la fetele din familiile complete față de fetele din familiile temporar dezintegrate ne indică, că o diferență semnificativă este în clasa a XII (fete familii complete - 7,70±0,62, fete familii temporar dezintegrate - 5,10±0,66), (95%, ÎÎ -3,0881 - -2,1119, p<0,0001) (tab. 3.11).

Tabelul 3.11. Media unui caz de boală la fete pe parcursul anului de studiu

Familie completă				Familie temporar dezintegrată			
Luna	Nr.	Zile/luna	Media	Nr.	Zile/luna	Media	P
1	30	161	5,37 ± 0,55	10	56	5,60 ± 1,38	0,450
2	84	511	6,08 ± 0,32	50	316	6,32 ± 0,66	0,005
3	57	386	6,77 ± 0,55	24	155	6,46 ± 0,74	0,040
4	30	189	6,30 ± 0,64	24	167	6,96 ± 0,72	0,001
5	19	180	9,47 ± 1,87	5	28	5,60 ± 1,21	0,001
9	24	179	7,46 ± 0,91	15	122	8,13 ± 1,55	0,096
10	48	363	7,56 ± 0,84	20	142	7,10 ± 0,84	0,044
11	35	210	6,00 ± 0,55	12	69	5,75 ± 1,17	0,325
12	23	177	7,70 ± 0,62	10	51	5,10 ± 0,66	0,0001
Total	350	2356	6,73 ± 0,23	170	1106	6,51 ± 0,32	0,001

Evaluarea lunară a mediei unui caz de boală pe parcursul anului a fetelor la nivel de regiuni se constată, că în regiunea centru între fetele din familiile complete și fetele din familiile temporar dezintegrate diferențe nu sunt, în regiunea de nord s-a constatat o diferență semnificativă în clasa a XII-a (fete familii complete - $7,64 \pm 0,85$, fete familii temporar dezintegrate $4,00 \pm 0,91$), (95%, ÎI -4,2149- -3,0606, $p < 0,0001$), în sud nu s-au stabilit diferențe.

Analizând media unui caz de boală pe republică la băieții din familiile complete comparativ cu băieții din familiile temporar dezintegrate am constatat, că o valoare mai sporită o au băieții din familiile temporar dezintegrate și constituie $7,52 \pm 0,53$, față de $7,16 \pm 0,32$ la băieții din familiile temporar dezintegrate (95%, ÎI 0,274-0,445; $p < 0,0001$).

La băieții din familiile temporar dezintegrate pe regiuni cea mai sporită valoare este în regiunea de centru și constituie $8,15 \pm 0,40$, în zona de sud este de $7,25 \pm 0,81$ și nord respectiv este $6,91 \pm 0,30$.

La băieții din familiile complete pe regiuni cea mai sporită valoare este în regiunea de sud și constituie $8,45 \pm 0,79$ respectiv în zona de centru constituie $6,74 \pm 0,37$ și în zona de nord $6,51 \pm 0,62$ (tab. 3.12).

Tabelul 3.12. Media unui caz de boală în zile la băieți

	Băieți						Valoarea <i>p</i>
	Familii complete			Familii temporar dezintegrate			
	Numărul cazuri	Zile/lună	Media	Numărul cazuri	Zile/lună	Media	
			M±DS			M±DS	
Centru	159	1072	6,74±0,37	47	383	8,15±0,96	p=0,0001
Nord	49	319	6,51±0,62	33	228	6,91±0,90	p=0,0194
Sud	75	634	8,45±0,79	36	261	7,25±0,81	p=0,0001
Total	283	2025	7,16±0,32	116	872	7,52±0,53	p=0,0001

Prin evaluarea mediei unui caz de boală la băieții din familiile complete între clase pe republică am stabilit, că cea mai mare valoare o au următoarele clase: III - $9,72 \pm 2,80$, IV - $8,07 \pm 0,83$, IX - $7,68 \pm 1,14$, I - $7,56 \pm 0,63$, iar la băieții din familiile temporar dezintegrate o valoare mai sporită o au următoarele clase: I - $14,11 \pm 3,58$, II - $10,00 \pm 3,89$, VI - $9,75 \pm 1,50$, III - $8,71 \pm 1,34$. Comparând media unui caz de boală între clase în republică la băieții din familiile complete față de băieții din familiile temporar dezintegrate stabilim, că o diferență semnificativă nu este (95%, ÎI 0,2749-0,4451; $p < 0,0001$). Evaluarea între regiuni la băieți între clase a demonstrat, că diferențe semnificative nu sunt (tab. 3.13).

Evaluarea lunară la nivel de țară a mediei unui caz de boală la băieții din familiile complete în decursul anului am stabilit, că cea mai mare valoare este în următoarele luni: aprilie

Tabelul 3.13. Media unui caz de boală la băieți între clase

Familii complete				Familii temporar dezintegrate			
Clasa	Nr.	Zile/luna	Media M±DS	Nr.	Zile/luna	Media M±DS	Valoarea p
1	34	257	7,56 ± 0,63	9	127	14,11 ± 3,58	p=0,001
2	20	150	7,50 ± 1,08	7	70	10,00 ± 3,89	p=0,013
3	18	175	9,72 ± 2,80	7	61	8,71 ± 1,34	p=0,374
4	44	355	8,07 ± 0,83	9	52	5,78 ± 0,76	p=0,001
5	24	181	7,54 ± 1,12	10	85	8,50 ± 1,95	p=0,079
6	29	194	6,69 ± 0,77	12	117	9,75 ± 1,50	p=0,001
7	28	170	6,07 ± 0,60	10	64	6,40 ± 1,00	p=0,222
8	38	232	6,11 ± 0,50	22	136	6,18 ± 0,86	p=0,691
9	28	215	7,68 ± 1,14	10	60	6,00 ± 1,15	p=0,001
10	7	25	3,57 ± 0,90	3	14	4,67 ± 1,45	p=0,173
11	8	42	5,25 ± 1,50	3	10	3,33 ± 0,67	p=0,067
12	5	29	5,80 ± 1,07	14	76	5,43 ± 0,73	p=0,400
Total	283	2025	7,16 ± 0,32	116	872	7,52 ± 0,53	p=0,001

- 10,30±2,25, mai - 8,89±2,16, noiembrie - 7,79±0,85, decembrie - 7,46±1,43, iar la băieții din familiile temporar dezintegrate o valoare mai sporită s-a stabilit în următoarele luni: mai - 12,33±3,33, noiembrie - 9,64±2,20, decembrie - 9,57±0,72, septembrie - 9,25±2,14. Compararea mediei unui caz de boală pe luni în republică la băieții din familiile complete față de băieții din familiile temporar dezintegrate ne-a arătat, că o diferență semnificativă este în luna aprilie (băieți familii complete - 10,30±2,25, băieți familii temporar dezintegrate - 5,30±0,86), (95%, ÎI -6,4938 - -3,5062; p<0,0001)

Tabelul 3.14. Media unui caz de boală la băieți pe parcursul anului de studii

Familii complete				Familii temporar dezintegrată			
Luna	Nr.	Zile/luna	Media M±DS	Nr.	Zile/luna	Media M±DS	Valoarea p
1	23	160	6,96 ± 0,74	11	55	5,00 ± 0,83	p=0,0001
2	68	402	5,91 ± 0,33	35	235	6,71 ± 0,70	p=0,0001
3	57	417	7,32 ± 0,60	18	130	7,22 ± 1,21	p=0,6392
4	27	278	10,30 ± 2,25	10	53	5,30 ± 0,86	p=0,0001
5	9	80	8,89 ± 2,16	3	37	12,33 ± 3,33	p=0,0605
9	29	170	5,86 ± 0,50	8	74	9,25 ± 2,14	p=0,0001
10	28	195	6,96 ± 0,89	13	115	8,85 ± 2,35	p=0,0001
11	29	226	7,79 ± 0,85	11	106	9,64 ± 2,20	p=0,0001
12	13	97	7,46 ± 1,43	7	67	9,57 ± 3,42	p=0,0654
	283	2025	7,16 ± 0,32	116	872	7,52 ± 0,53	p=0,0001

Evaluarea lunară a mediei unui caz de boală la băieții la nivel de regiuni arată, că în regiunea centru între băieții din familiile complete și cei din familiile temporar dezintegrate diferențe nu sunt, în nord s-a constatat o diferență semnificativă în luna mai (băieți familii

complete - $4,25 \pm 0,75$, băieți familii temporar dezintegrate $9,00 \pm 0,01$), (95%, ÎI 4,61-4,88, $p < 0,0001$), la sud s-au stabilit o diferență semnificativă în luna ianuarie (băieți familii complete - $9,50 \pm 2,25$, băieți familii temporar dezintegrate - $3,60 \pm 0,60$, (95%, ÎI -6,292- -5,509, $p < 0,0001$

Examinând media lipselor pe caz de boală în zile după gender am stabilit puțin mai sporită este la băieți pe parcursul anului, dar între clase se observă o descreștere de la clasele începătoare spre clasele mari. Comparînd mediile lipselor pe caz de boală în zile a elevilor din familiile complete cu elevii din familiile temporar dezintegrate, pe parcursul anului de studii observăm un nivel mai sporit în lunile martie, aprilie, mai, septembrie și octombrie, dar între clase are loc o diminuare a mediei lipselor de la clasele primare la clasele mari (anexa 9).

Evaluând morbiditatea între genuri total pe republică, am constatat că indicatorii cazurilor înregistrate la 1000 fete este mai superior față de indicatorii înregistrați la băieți care constituie respectiv 464,29‰ și 340,44‰. La fete total pe regiuni am stabilit următorii indicatori: centru – 496,86‰, nord – 493,06‰ și sud – 397,18‰. La băieți total pe regiuni avem următorul clasament: centru 397,68‰, urmat de sud 316,24‰ și nord cu 270,63‰.

Analizând numărul total de cazuri înregistrate la 1000 eleve în total pe republică am constatat, că între fete un nivel mai sporit este la fetele din familiile complete și constituie 490,88‰, față de 417,69‰ la fetele din familiile temporar dezintegrate.

Comparînd regiunile la fetele din familiile complete cel mai înalt nivel s-a stabilit la nord și constituie 565,22‰, urmat de centru 498,57‰ și sud 433,63‰. La fetele din familiile temporar dezintegrate cel mai înalt nivel s-a stabilit în regiunea de centru și constituie 492,19‰, urmat de nord 426,67‰ și sud 333,33‰.

Între băieți total pe republică un nivel mai sporit este la cei din familiile complete și constituie 344,04‰, comparativ cu cei din familiile temporar dezintegrate ce constituie 330,48‰. Între regiuni la băieții din familiile complete un nivel mai sporit s-a înregistrat la centru și constituie 385,92‰, urmat de sud cu 344,04‰ și nord 256,54‰. La băieții din familiile temporar dezintegrate s-a înregistrat un nivel mai sporit la centru și constituie 443,40‰, urmat de nord cu 294,64‰ și sud 270,68‰ (tab. 3.15).

Tabelul 3.15 Numărul cazurilor înregistrate la 1000 elevi

Luna	Caz %					
	Fete			Baieti		
	Comlet	Incomplet	Total	Complet	Incomplet	Total
centru	498,57	492,19	496,86	385,92	443,40	397,68
nord	565,22	426,67	493,06	256,54	294,64	270,63
sud	433,63	333,33	397,18	344,04	270,68	316,24
total	490,88	417,69	464,29	344,70	330,48	340,44

În rezultatul analizei numărului absenteismului elevilor pe caz de boală înregistrate pe parcursul anului școlar la fetele din familiile complete s-a constatat un nivel mai sporit în luna februarie (117,81‰), martie (79,94‰), octombrie (67,32‰), noiembrie (49,09‰). La fetele din familiile temporar dezintegrate au lipsit mai des din cauza bolilor în următoarele luni: februarie (122,85‰), martie (58,97‰), aprilie (58,97‰), octombrie (49,14‰) (fig.3.4). Coeficientul de corelare de dependență dintre fenomene la fete pe parcursul anului școlar constituie 0,911, ce denotă o corelație puternică.

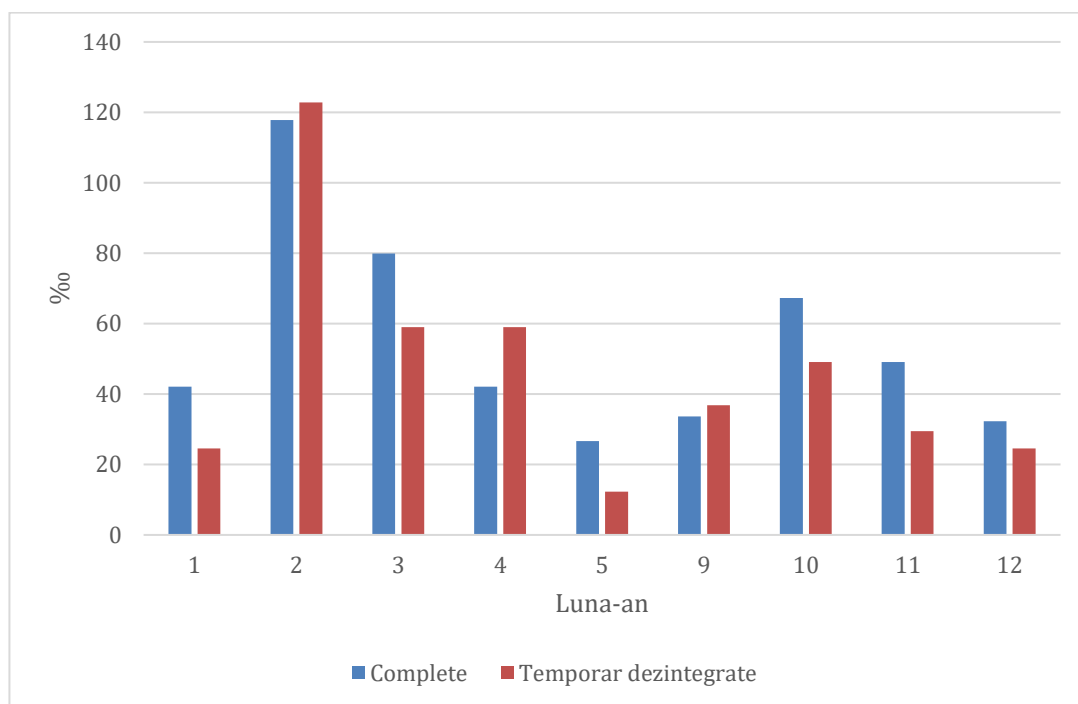


Fig. 3.4. Nivelul morbidității pe parcursul anului de studiu la fete

În rezultatul analizei datelor referitor la absenteismul elevilor pe caz de boală, înregistrate pe parcursul anului de studiu la băieții din familiile complete s-a constatat un nivel mai sporit în lunile februarie (82,83‰), martie (69,43‰), septembrie (35,32‰), noiembrie (35,32‰), iar la băieții din familiile incomplete un nivel mai sporit s-a înregistrat în următoarele luni: februarie (99,72‰), martie (51,28‰), octombrie (37,04‰), noiembrie (31,34‰) (fig.3.5.) Coeficientul de corelare de dependență dintre fenomene la băieți referitor la lipsa pe caz de boală pe parcursul anului școlar constituie 0,92, ce denotă o corelație puternică.

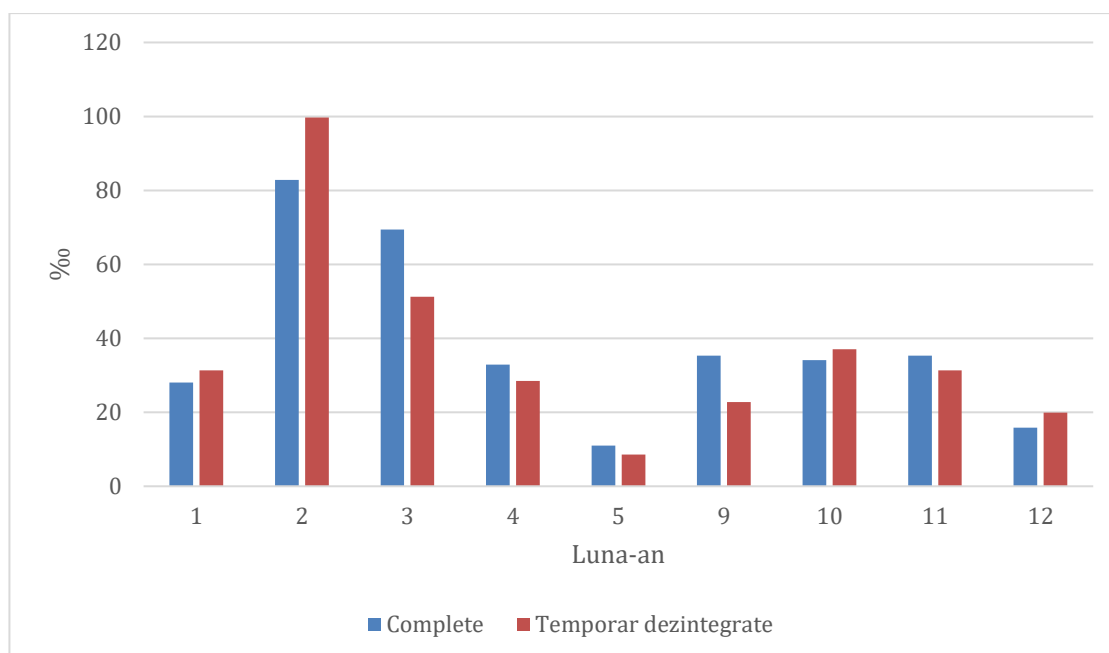


Fig. 3.5. Nivelul morbidității pe parcursul anului de studiu la băieți

În rezultatul analizei absenteismului pe caz de boală, înregistrate pe clase, la fetele din familiile complete s-a constatat un nivel mai sporit în clasa 1-a (883,72‰), clasa 10-a (666,67‰), clasa 12-a (604,17‰), clasa 6-a (576,92‰), clasa 2-a (566,67‰). Fetele din familiile temporar dezintegrate au avut o frecvență mai redusă pe caz de boală în clasa 12-a (809,52‰), clasa 11-a (611,11‰), clasa 5-a (580,65‰), clasa 7-a (529,41‰), clasa 8-a (477,27‰), (fig.3.6.). Coeficientul de corelare de dependență dintre fenomene la fete pe clase constituie - 0,12, ce exprimă existența unei corelații slabe între fenomene.

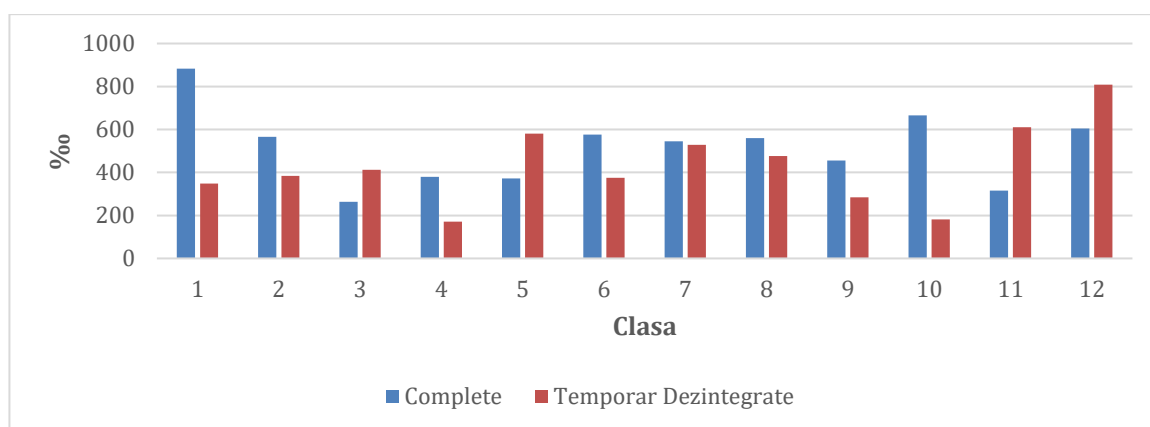


Fig. 3.6. Nivelul morbidității între clase la fete

În rezultatul analizei absenteismului elevilor pe caz de boală înregistrate pe clase la băieții din familiile complete, s-a constatat un nivel mai sporit în clasa 4-a (530,12‰), clasa 8-a (436,78‰), clasa 1-a (425,0‰), clasa 6-a (414,29‰), clasa 7-a (394,37‰). La băieții din familiile temporar dezintegrate s-a constatat un nivel mai sporit în următoarele clase: clasa 8-a (666,67‰), clasa 10-a (608,7‰), clasa 6-a (428,57‰), clasa 10-a (375,0‰), clasa 7-a

(394,37‰), (fig.3.7). Coeficientul de corelare de dependență dintre fenomene la băieți între clase constituie – 0,18, ce exprimă existența unei corelații slabe între fenomene.

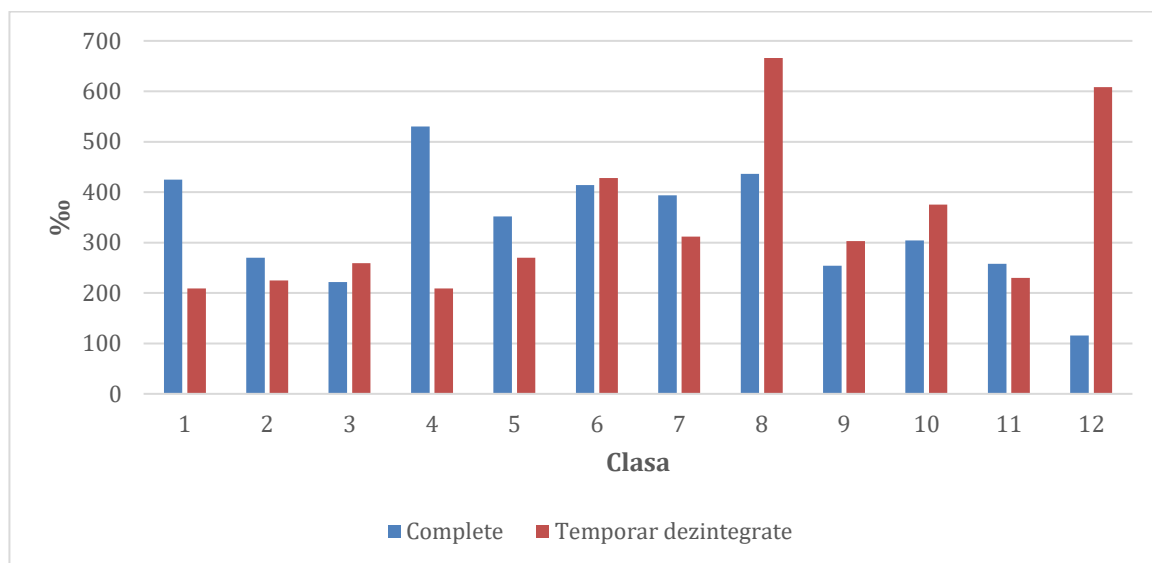


Fig. 3.7 Numărul cazurilor de boală înregistrate la băieți pe clase.

Analizând structura absenteismului elevilor pe caz de boală am constatat, că ponderea cea mai înaltă o constituie bolile aparatului respirator-63,22%, după care urmează bolile infecțioase și parazitare-9,58%, bolile pielii și țesutului celular subcutanat-6,53%, bolile aparatului digestiv-4,13%, bolile aparatului genito-urinar-3,16%.

3.2. Estimarea nivelului dezvoltării fizice a elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale

Mediul familial influențează dezvoltarea fizică a copilului prin faptul, că îi asigură hrană și îmbrăcăminte copilului, îl ferește de pericole, îi lasă timp de joacă; îi crează condiții cât mai bune de odihnă și se îngrijește de sănătatea lui, îi formează copilului primele deprinderi de igienă personală și socială și îl obișnuiește să utilizeze factorii naturali (apa, aerul, soarele) pentru bunăstarea organismului [133, 141].

Întru estimarea nivelului dezvoltării fizice a elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale s-a realizat un studiu pe un lot de 1181 de elevi cu vârsta cuprinsă între 7-19 ani din centru, nord și sud al republicii mediul rural (anexa 11).

- ***Evaluarea masei corporale a elevilor din familiile temporar dezintegrate***

Analizând mediile masei corporale după gen am constatat următoarele: mediile aritmetice a masei corporale la fete sunt în creștere în familiile complete de la 7 ani $23,3 \pm 1,30$ kg și crește până la $56,67 \pm 1,45$ kg la 19 ani respectiv, centru - fete din familii complete de la $24,88 \pm 1,04$ kg

la 8 ani până la $56,24 \pm 1,78$ la 19 ani, nord – de la $24,57 \pm 2,52$ kg la 7 ani până la $57,00 \pm 0,00$ la 19 ani și la sud – de la $22,04 \pm 0,68$ kg la 7 ani până la $58,10 \pm 3,36$ kg la 19 ani. În familiile temporar dezintegrate, la 7 ani, fetele au o medie a masei corporale de $22,75 \pm 0,75$ kg și crește continuu, în diferite ritmuri a perioadei de dezvoltare, până la $55,12 \pm 1,73$ kg respectiv, centru - fete din familii temporar dezintegrate de la $21,20 \pm 0,00$ kg la 7 ani până la $54,87 \pm 1,98$ la 19 ani, nord – de la $24,00 \pm 2,12$ kg la 7 ani până la $57,00 \pm 0,00$ la 19 ani și la sud – de la $22,37 \pm 0,67$ kg la 7 ani până la $60,70 \pm 206$ kg la 19 ani.

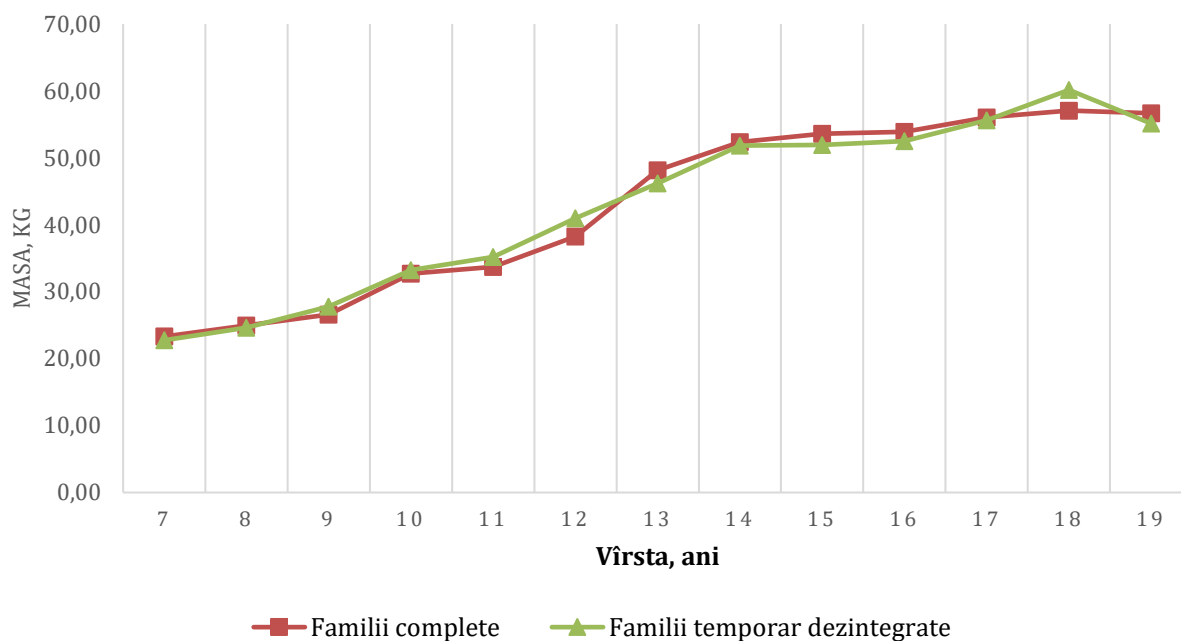


Fig. 3.8. Dependența valorii medii a masei corporale de vîrstă la fete.

Se observă perioade de stagnare a creșterii masei corporale la vîrstă de 10-11 ani și 14-16 ani la fetele din familiile complete și corespunzător la perioadele de dezvoltare a fetelor din familiile temporar dezintegrate. După o comparare a valorilor mediei aritmetice dintre loturile luate în studiu am obținut, că greutatea corporală a fetelor de 7, 8, 13, 14, 15, 16, 17, 19 din familiile temporar dezintegrate sunt nesemnificativ mai mici ca cea a fetelor de aceeași vîrstă din familiile complete. La vîrsta de 9, 10, 11, 12, 18 la fetele din familiile temporar dezintegrate au o masă corporală nesemnificativ mai mare ca fetele de aceeași vîrstă din familiile complete (fig.3.8).

La o comparare a mediilor aritmetice pentru vîrstele din studiu cu Standardele dezvoltării fizice a elevilor din Republica Moldova spațiul rural s-a obținut, că masa corporală a lotului din studiu este mai mare ca standardele pentru vîrstele de 7-15 ani atât pentru fetele din familii complete cât și pentru cele din familii temporar dezintegrate.

La băieții din familiile complete are loc o creștere a masei corporale de la $22,61 \pm 0,65$ kg la vârsta de 7 ani, până la $63,33 \pm 4,82$ kg la vârsta de 19 ani. Pe regiuni avem următorii parametri a greutateii corporale: centru – de la $30,91 \text{ kg} \pm 2,14$ kg la 8 ani până la $69,10 \pm 3,17$ kg la 19 ani, nord – de la $22,00 \pm 2,00$ kg la 7 ani până la $62,00 \pm 2,00$ kg la 19 ani, sud – de la $22,74 \pm 0,73$ kg la 7 ani până la $25,60 \pm 0,00$ kg la 19 ani.

La cei din familiile temporar dezintegrate are loc o creștere continuă a masei corporale de la $25,45 \pm 1,80$ kg la 7 ani până la $66,72 \pm 2,44$ kg la 19 ani. Comparând mediile masei corporale între regiuni am obținut următoarele rezultate: centru – de la $23,80 \pm 0,0$ kg la 7 ani până la $72,38 \pm 3,8$ kg la 19 ani, nord – de la $29,33 \pm 5,55$ kg la 7 ani până la $60,00 \pm 2,80$ kg la 19 ani și la sud – $24,01 \pm 1,61$ kg la 7 ani până la $71,00 \pm 0,00$ kg la 19 ani.

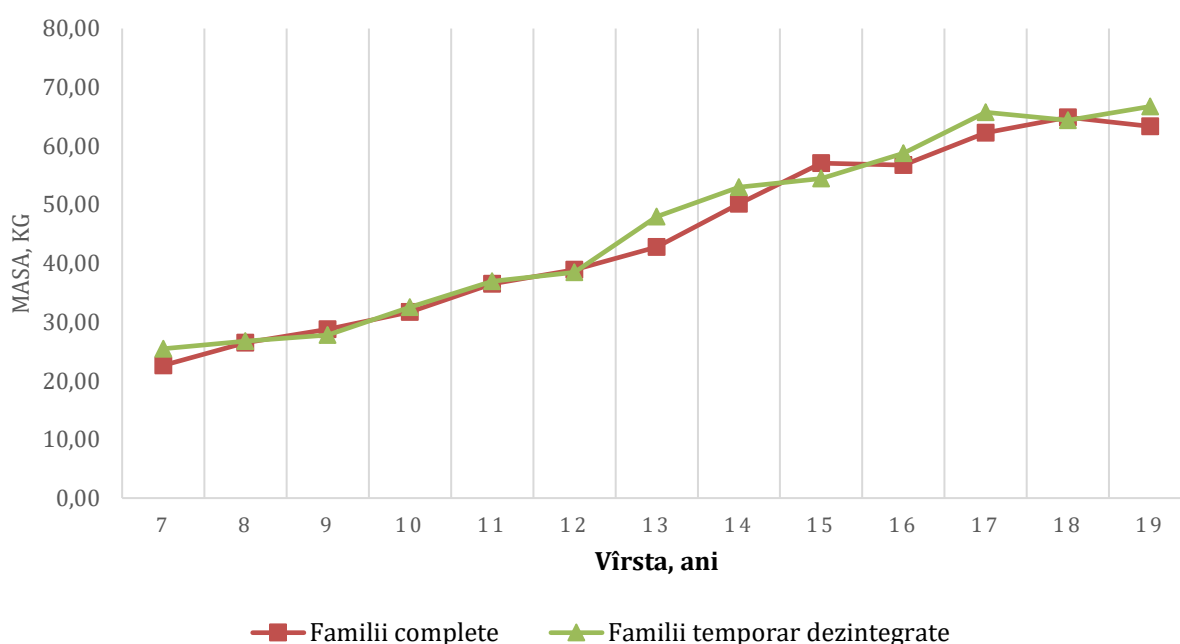


Fig. 3.9. Dependența valorii medii a masei corporale de vîrstă la băieți.

După o comparare a valorilor medii aritmetice a masei corporale dintre loturile luate în studiu am constatat, că la toate vîrstele băieților din familiile temporar dezintegrate sunt mai mare cu excepția vîrstei 9, 12 și 18 ani, unde este nesemnificativ mai mică (fig. 3.9).

Comparând mediile masei corporale între genuri de la 7 ani până la 19 ani am constatat, că la fete mediile masei corporale, începând cu vîrsta de 7 ani, cresc lent până la vîrsta de 13 ani și apoi are loc o stagnare la vîrstele de 14, 15, 16 ani și apoi o ușoară nesemnificativă creștere. La băieți mediile masei corporale de la 7 ani până la 14 ani sunt în creștere, la vîrstele de 15 și 16 ani se observă o stagnare, dar de la vîrsta de 17 ani până la vîrsta de 19 ani are loc o creștere bruscă în mediu cu 7-14 kg.

- *Evaluarea taliei elevilor din familiile temporar dezintegrate*

La fetele din familiile complete la vârsta de 7 ani media taliei este de $121,07 \pm 1,69$ cm și crește continuu cu vârsta până la $164,24 \pm 1,75$ cm la 19 ani. Între regiuni avem următoarea variație a mediei taliei și anume la centru – fetele din familiile complete sunt de la $125,7 \pm 1,36$ cm la 8 ani până la $162,96 \pm 1,67$ cm la 19 ani, nord – de la $123,71 \pm 2,53$ cm până la $159,00 \pm 0,00$ cm și la sud – de la $118,43 \pm 1,89$ cm până la $170,00 \pm 5,40$ cm la 19 ani .

La fetele din familiile temporar dezintegrate la vârsta de 7 ani media taliei crește de la $122,29 \pm 1,28$ cm, are loc o creștere până la $163,44 \pm 1,64$ cm la 19 ani. Comparând datele din studiu după regiuni respectiv am obținut următoarele valori: la centru – de la $123,00 \pm 0,00$ cm la 7 ani până la $162,5 \text{ cm} \pm 2,01 \text{ cm}$ la 19 ani, nord – de la $122,00 \text{ cm} \pm 2,12 \text{ cm}$ la 7 ani până la $166,50 \pm 0,50 \text{ cm}$ la 19 ani și sud - de la $122,33 \pm 1,83$ cm la 7 ani până la $166,00 \pm 4,00$ cm la 18 ani (fig.3.10).

Comparând mediile taliei fetelor din familiile temporar dezintegrate cu a fetelor din familiile complete s-a stabilit, că indicii diferă nesemnificativ, avem o creștere la vârsta de 7,8,12,14,15,18 ani și puțin mai inferioari la vârstele de 9,10,11,13,16,17,19 ani.

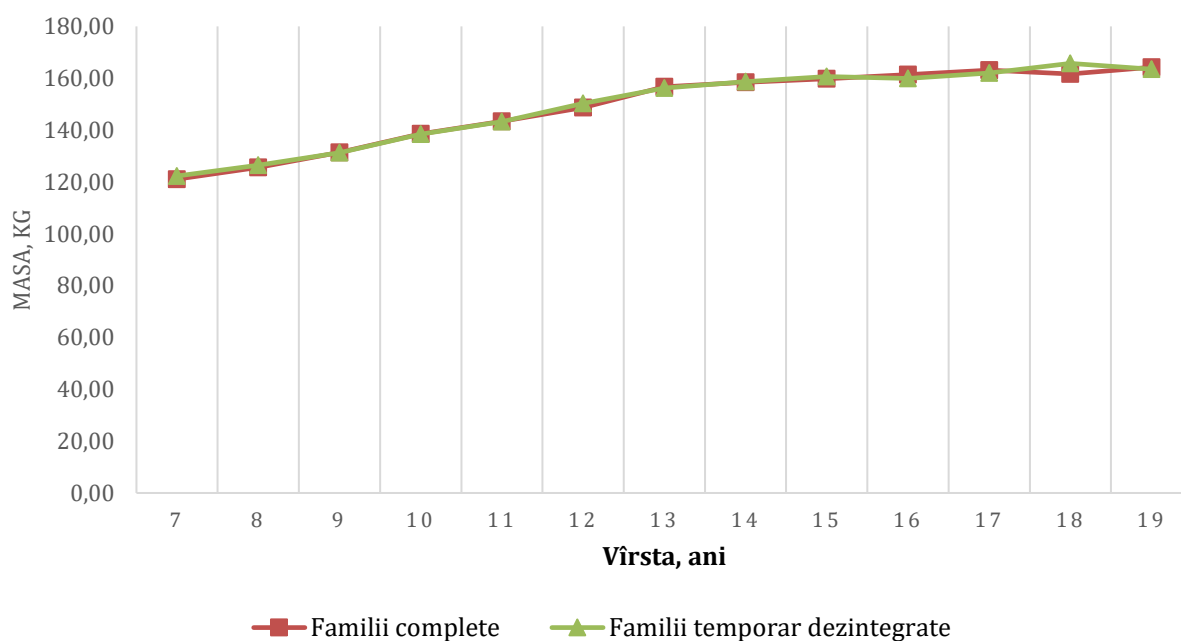


Fig. 3.10. Dependența valorii medii a taliei de vîrstă la fete

În familiile complete talia la băieți este într-o continuă creștere de la $121,55 \pm 0,99$ cm la 7 ani până la $174,56 \pm 1,46$ cm la 19 ani [1]. După regiuni se mențin aceleași caracteristici de o continuă creștere și avem următorii parametri: centru – de la $129,71 \pm 2,18$ cm la 8 ani până la $175,23 \pm 1,85$ cm, nord – de la $123,50 \pm 2,50$ cm la 7 ani până la $175,50 \pm 0,50$ cm la 19 ani și sud – de la $121,11 \pm 1,10$ cm la 7 ani până la $168,00 \pm 0,00$ cm la 19 ani.

În familiile temporar dezintegrate talia la băieți este într-o creștere de la $123,09 \pm 2,30$ cm la 7 ani până la $175,61 \pm 6,1$ cm la 19 ani. După regiuni avem următorii indicatori: centru – de la $121,00 \pm 0,00$ cm la 7 ani până la $177,63 \pm 3,54$ cm la 19 ani, nord – de la $129,00 \pm 5,77$ cm la 7 ani până la $171,75 \pm 1,93$ cm la 19 ani și la sud – de la $120,86 \pm 2,38$ cm la 7 ani până la $183,00 \pm 0,00$ cm la 19 ani.

Comparând valorile mediilor taliei băieților din familiile temporar dezintegrate și din familiile complete am stabilit, că sunt nesemnificativ mai mari la vârstele 7,8,11,13,16,18,19 ani și puțin mai mici la vârstele de la 9,10,12,14,15,17 ani (fig. 3.11).

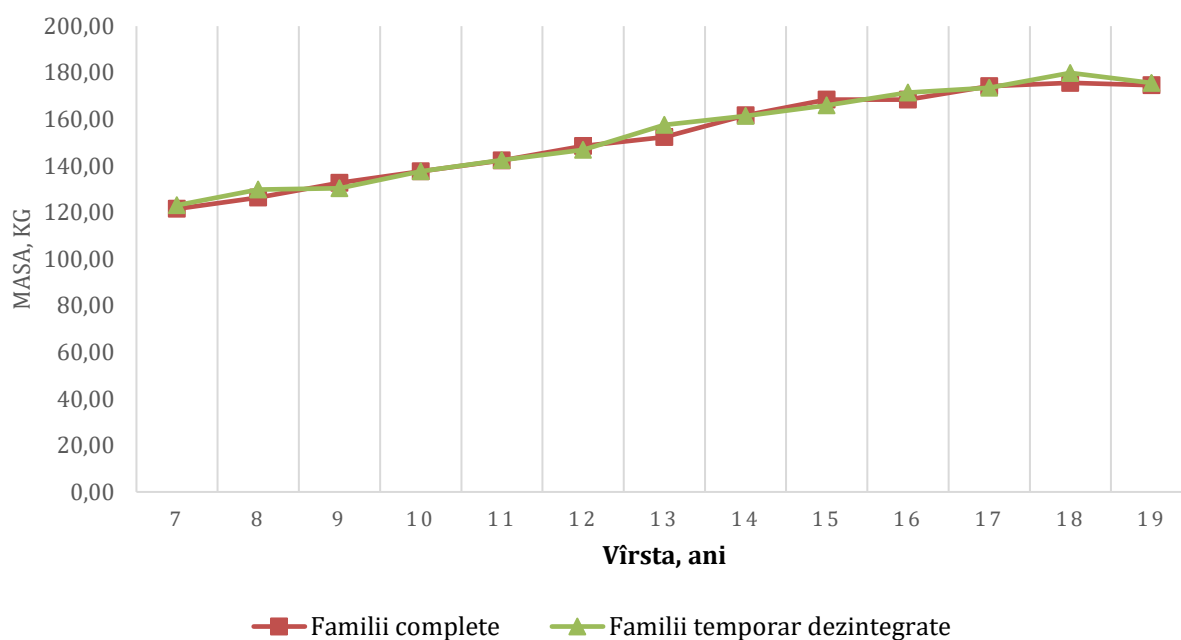


Fig. 3.11. Dependența valorii medii a taliei de vîrstă la băieți

- ***Evaluarea mediei indicelui de masă corporală a elevilor din familiile temporar dezintegrate***

Media indicelui de masă corporală la fetele din familiile complete crește de la $15,77 \pm 0,48$ la vârsta de 7 ani până la $21,02 \pm 0,49$ la 19 ani. Pe regiuni centru – de la $15,70 \pm 0,49$ la 8 ani până la $21,18 \pm 0,61$ la 19 ani, nord – de la $15,81 \pm 0,91$ la 7 ani până la $22,54 \pm 0,00$ la 19 ani, sud – de la $15,72 \pm 0,42$ la 7 ani până la $22,75 \pm 2,07$ la 19 ani și o descreștere până la $20,10 \pm 0,72$ la 19 ani (fig. 3.12).

Media indicelui de masă corporală la fetele din familiile temporar dezintegrate este în creștere de la $15,8 \pm 0,33$ kg la 7 ani până la $21,91 \pm 0,48$ la 18 ani și o descreștere la 19 ani până la $20,63 \pm 0,61$. Pe regiuni avem următorii indicatori care la fel sunt în creștere: centru – de la $14,01 \pm 0,00$ la 7 ani până la $20,75 \pm 0,67$, nord – de la $16,03 \pm 0,93$ până la $20,21 \pm 1,93$ la 19 ani, sud – de la $14,93 \pm 0,27$ la 7 ani până la $22,11 \pm 1,14$ la 18 ani.

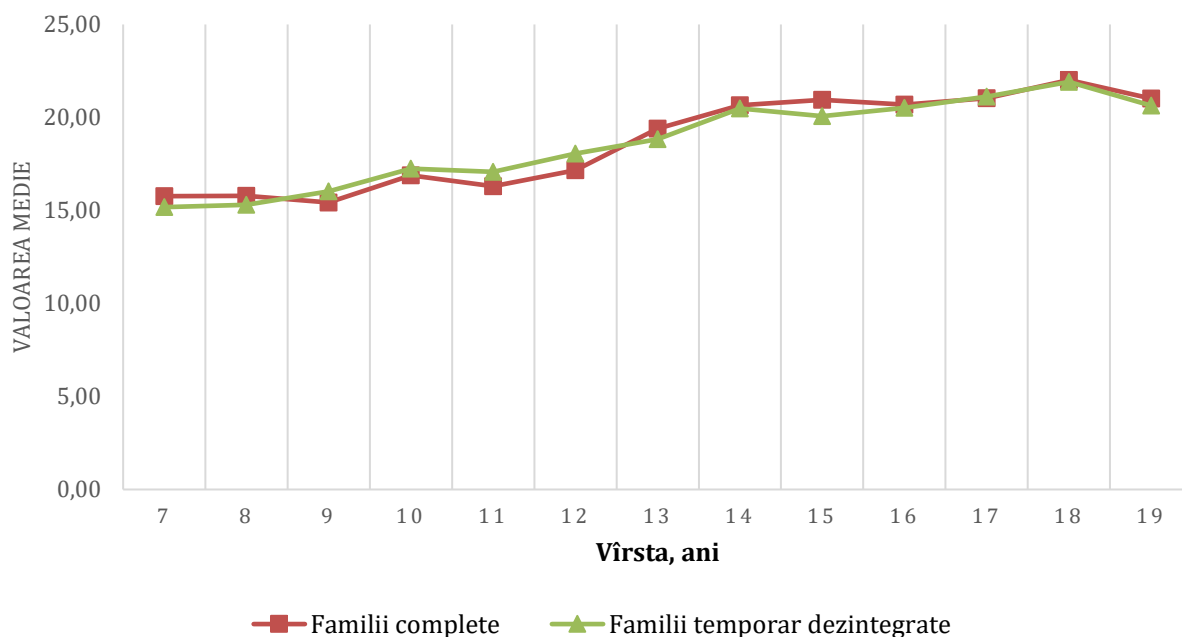


Fig. 3.12. Dependența IMC de vîrstă la fete

Media indicelui de masă corporală la băieții din familiile complete pe vârste este în creștere de la $15,30 \pm 0,41$ kg la 7 ani până la $20,66 \pm 1,44$ la 19 ani. Pe regiuni am obținut practic niște indicatori identici: centru – de la $18,28 \pm 0,95$ la 8 ani până la $22,47 \pm 0,83$ la 19 ani, nord – de la $14,39 \pm 0,73$ la 7 ani până la $20,13 \pm 0,54$ la 19 ani, sud – de la $15,50 \pm 0,46$ la 7 ani până la $21,20 \text{ kg} \pm 0,00 \text{ kg}$ la 19 ani.

Media indicelui de masă corporală la băieții din familiile temporar dezintegrate este în creștere de la $16,61 \text{ kg} \pm 0,76$ la 7 ani până la $21,60 \pm 0,60$ la 19 ani. Pe regiuni avem următorii indicatori: centru – de la $16,25 \pm 0,00$ la 7 ani până la $23,00 \pm 0,80$ la 19 ani, nord – de la $17,43 \pm 2,81$ la 7 ani până la $20,30 \pm 0,55$ la 19 ani, sud – de la $16,31 \pm 0,57$ la 7 ani până la $21,20 \pm 0,00$ la 19 ani (fig. 3.13).

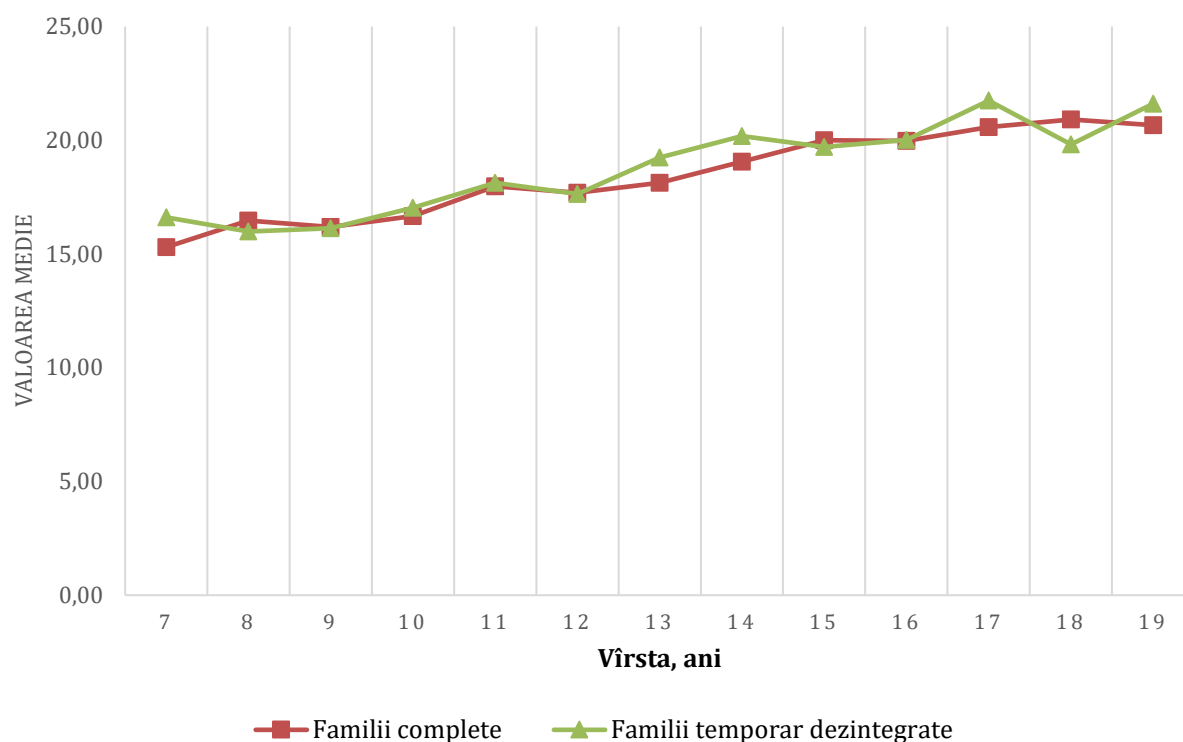


Fig. 3.13. Dependența IMC de vîrstă la băieți

- **Evaluarea dezvoltării fizice prin aprecierea capacității vitale a plămânilor**

Datele spirometrice care pot fi efectuate, cel mai complex caracterizează dezvoltarea organelor de respirație, gradul de creștere a volumului și elasticității cutiei toracice și antrenamentul funcțional al respirațiilor, capacitatea vitală a plămânilor (cm^3).

Fetele din familiile complete au la vîrsta de 7 ani o medie a capacității vitale pulmonare de $928,57 \pm 60,61 \text{ cm}^3$ și crește continuu până la vîrsta de 19 ani, ajungând la $2468,42 \pm 94,30 \text{ cm}^3$. Între regiuni capacitatea vitală pulmonară are următoarele valori: centru la 8 ani este de $1277,78 \pm 128,81 \text{ cm}^3$, fiind în creștere până la vîrsta de 19 ani și constituie $2471,43 \pm 79,44 \text{ cm}^3$, nord – de la 7 ani $1028,57 \pm 77,81 \text{ cm}^3$ până la $2500,00 \pm 0,00 \text{ cm}^3$ la 19 ani, sud – la 7 ani $828,57 \pm 80,81 \text{ cm}^3$ până la $2450,00 \pm 396,86 \text{ cm}^3$ la 19 ani.

Fetele din familiile temporar dezintegrate la vîrsta de 7 ani au o medie a capacității vitale de $1014,29 \pm 67,01 \text{ cm}^3$, care la fel este în creștere și ajunge la $2533,33 \pm 167,50 \text{ cm}^3$ la 19 ani (fig.3.14). Pe regiuni avem următoarele valori: centru – de la 7 ani $400,00 \pm 0,00 \text{ cm}^3$ până la $2614,29 \pm 200,51 \text{ cm}^3$ la 19 ani, nord – de la $1100,00 \pm 108,01 \text{ cm}^3$ la 7 ani până la $2250,00 \pm 250,00 \text{ cm}^3$ la 19 ani, sud – la 7 ani $1044,44 \pm 60,35 \text{ cm}^3$ până la $2233,33 \pm 120,19 \text{ cm}^3$ la 19 ani.

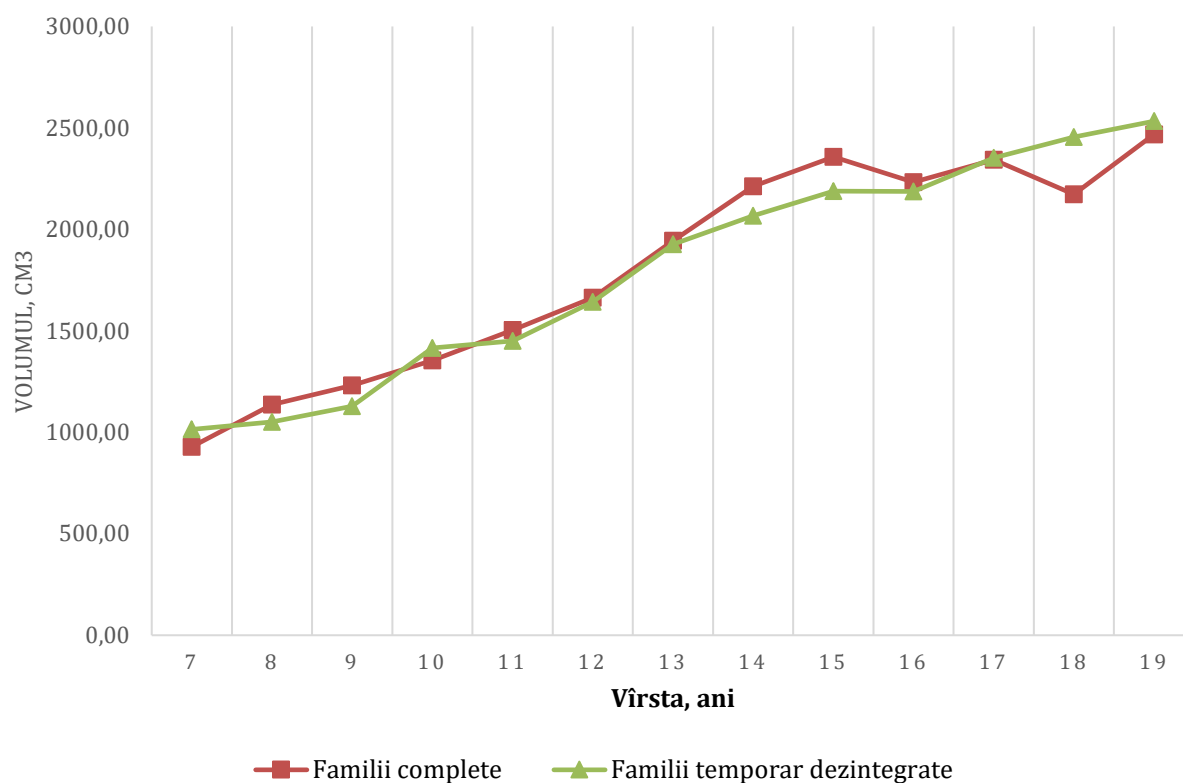


Fig. 3.14. Dependența indicatorului de spirometrie de vîrstă la fete

La băieți datele capacității vitale pulmonare sunt mai mari ca la fete și diferenciază crescător o dată cu creșterea vârstei. În familiile complete la 7 ani este $1036,36 \pm 45,27 \text{ cm}^3$ și crește până la $3410,00 \pm 168,95 \text{ cm}^3$ la vârsta de 19 ani, regional pe țară la băieții din familiile complete: centru – constituie $1485,7 \pm 162,46 \text{ cm}^3$ la vârsta de 8 ani și crește până la $3300,00 \pm 223,61 \text{ cm}^3$ la vârsta de 19 ani, nord – de la $950,00 \pm 50,00 \text{ cm}^3$ la 7 ani până la $3800,00 \pm 200,00 \text{ cm}^3$ la 19 ani, sud – de la $1055,56 \pm 53,00 \text{ cm}^3$ la 7 ani până la $3400,00 \pm 0,00 \text{ cm}^3$ la 19 ani.

Băieții din familiile temporar dezintegrate au o medie a capacității vitale pulmonare de $1272,73 \pm 93,51 \text{ cm}^3$ la 7 ani care crește continuu până la $4322,22 \pm 451,78 \text{ cm}^3$ la 19 ani (fig. 3.15.), regional pe țară la băieții din familiile temporar dezintegrate: centru – la 7 ani $1600,00 \pm 0,00 \text{ cm}^3$ care crește până la $4975,00 \pm 810,74 \text{ cm}^3$ la 19 ani, nord – la 7 ani este de $1366,67 \pm 133,33 \text{ cm}^3$ și crește până la $3450,00 \pm 327,84 \text{ cm}^3$ la 19 ani, sud – de la $1185,71 \pm 126,17 \text{ cm}^3$ pînă la $5200,00 \pm 0,00 \text{ cm}^3$ la 19 ani.

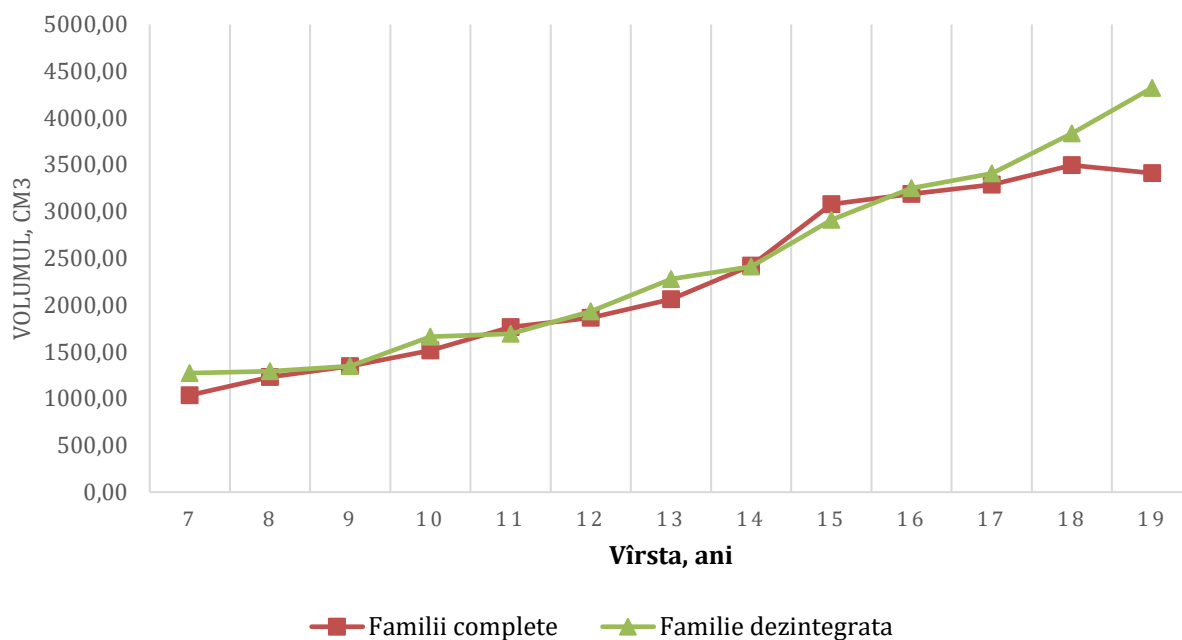


Fig. 3.15. Dependența indicatorului de spirometrie de vîrstă la băieți

- **Evaluarea indicatorilor forței musculare (dinamometria) la fete și băieți**

Dinamometria mînei drepte la fete din familiile complete înregistrează medii la $7,43 \pm 0,48$ kg la 7 ani cu o creștere continuă până la $30,11 \pm 1,78$ kg la 19 ani, la fetele din familiile temporar dezintegrate variază de la $8,14$ la 7 ani până la $51,20$ la 19 ani. În familii temporar dezintegrate la fete au o forță musculară mai mare la mîna dreaptă față de cele din familiile complete la vîrstele de 7,8,9,11,14,16,18,19. La vîrsta de 18 ani între fetele din familii complete ($26,00 \pm 0,95$ kg) față de fetele din familiile temporar dezintegrate ($29,45 \pm 1,11$ kg) se depistează o diferență semnificativă (95%, $I\hat{I}$ 2,726-4,173, $p < 0,0001$) a dinamometriei la mîna dreaptă.

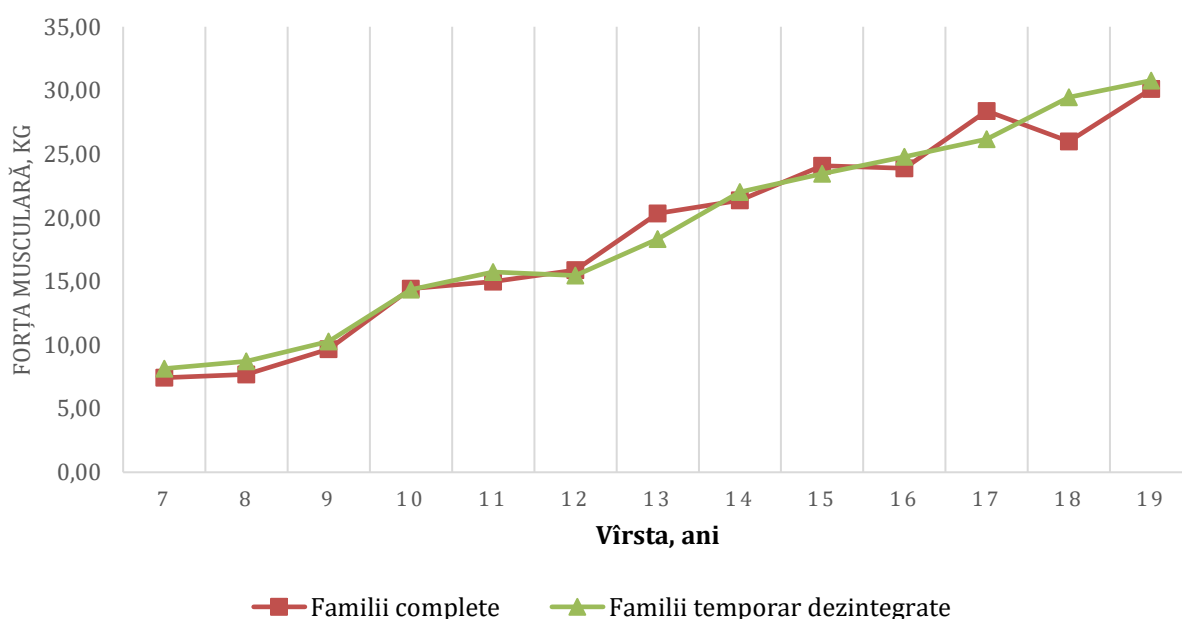


Figura 3.16. Dinamometria mîna dreaptă fete

După datele dinamometriei la mână stângă s-a constatat, că fetele din familiile complete de 7 ani au forță musculară statică de $7,14 \pm 0,47$ kg cu o creștere continuă a ei până la vârsta de 19 ani, când atinge valori de $25,79 \pm 1,01$ kg. În familiile temporar dezintegrate la vârsta de 7 ani fetele au o forță musculară de $6,36 \pm 0,25$ kg care odată cu vârsta sporește până la $26,00 \pm 1,26$ kg la 19 ani. Conform datelor, media forței musculare la mână stângă pe vârste la fetele din familiile complete și familiile temporar dezintegrate nu s-au obținut diferențe semnificative.

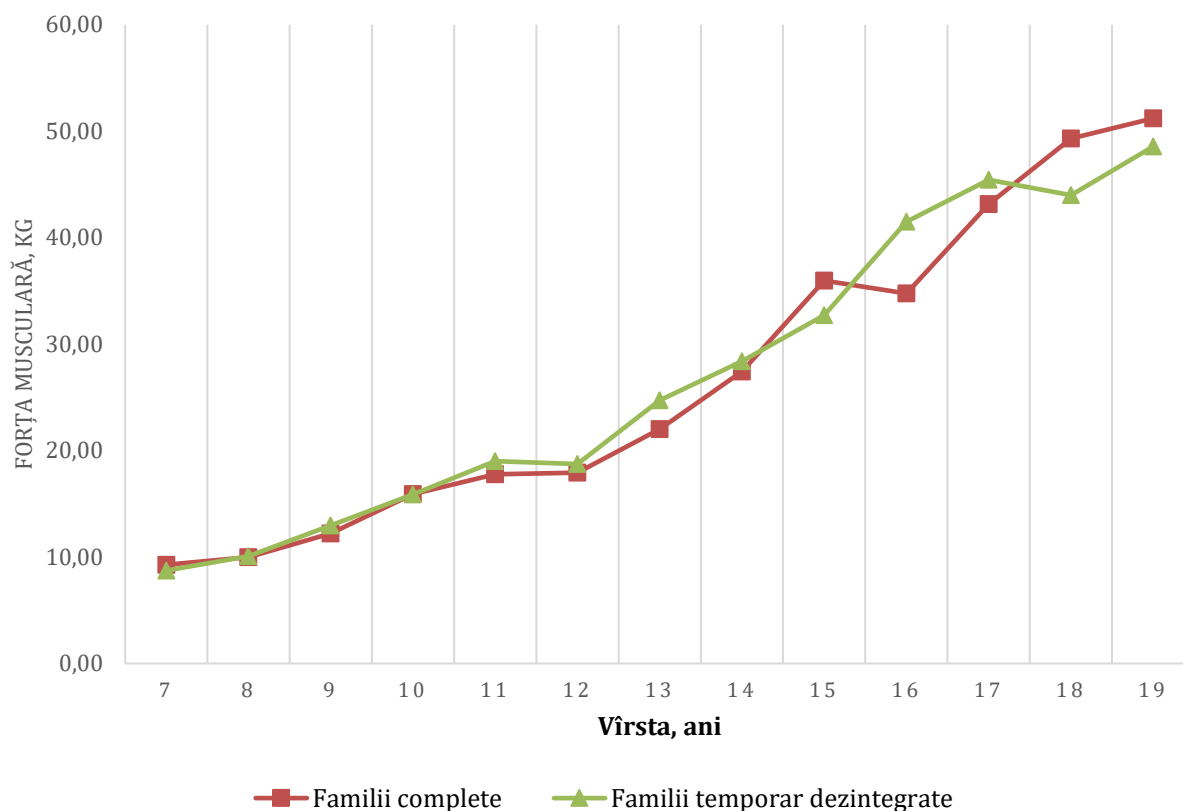


Figura 3.17. Dinamometria mîna stîngă fete

Băieții din familiile complete au o forță musculară la mână dreaptă de $9,27 \pm 0,71$ kg la 7 ani care crește pînă la $51,20 \pm 3,04$ kg la 19 ani. La mână dreaptă o forță musculară mai mare au băieții de vîrsta de 8,9,11,12,13,14,16,17 ani, mai mică fiind la vîrsta de 7,10,15,18,19 ani. La vîrsta de 16 ani o diferență semnificativă mai mare este între băieții din familiile complete ($34,75 \pm 2,70$ kg) față de cei din familiile temporar dezintegrate ($41,50 \pm 1,69$ kg), (95%, ÎÎ 5,011-8,488, $p < 0,0001$).

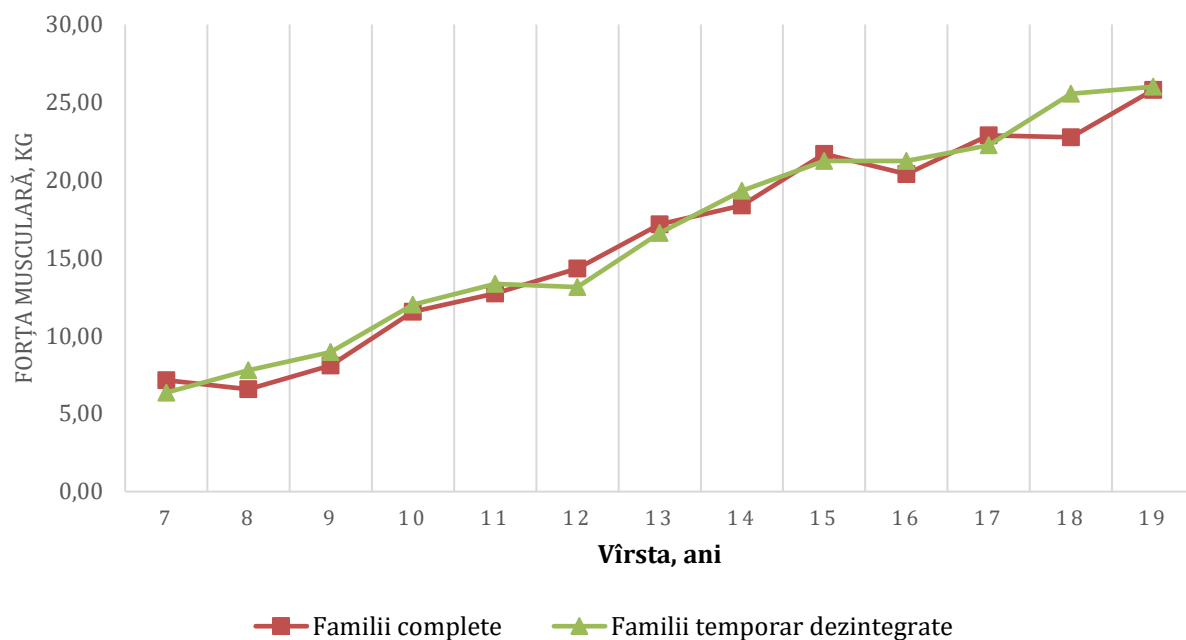


Figura 3.18. Dinamometria mîna dreaptă băieți

Forța musculară a mîinii stîngi a băieților de 7 ani din familiile complete este în medie de $8,36 \pm 0,73$ kg și crește până la $40,00 \pm 2,98$ kg la 19 ani. Băieții din familiile temporar dezintegrate au o medie a dinamometriei la 7 ani de $8,09 \pm 0,78$ kg, care sporește până la $41,78 \pm 2,17$ kg la 19 ani.

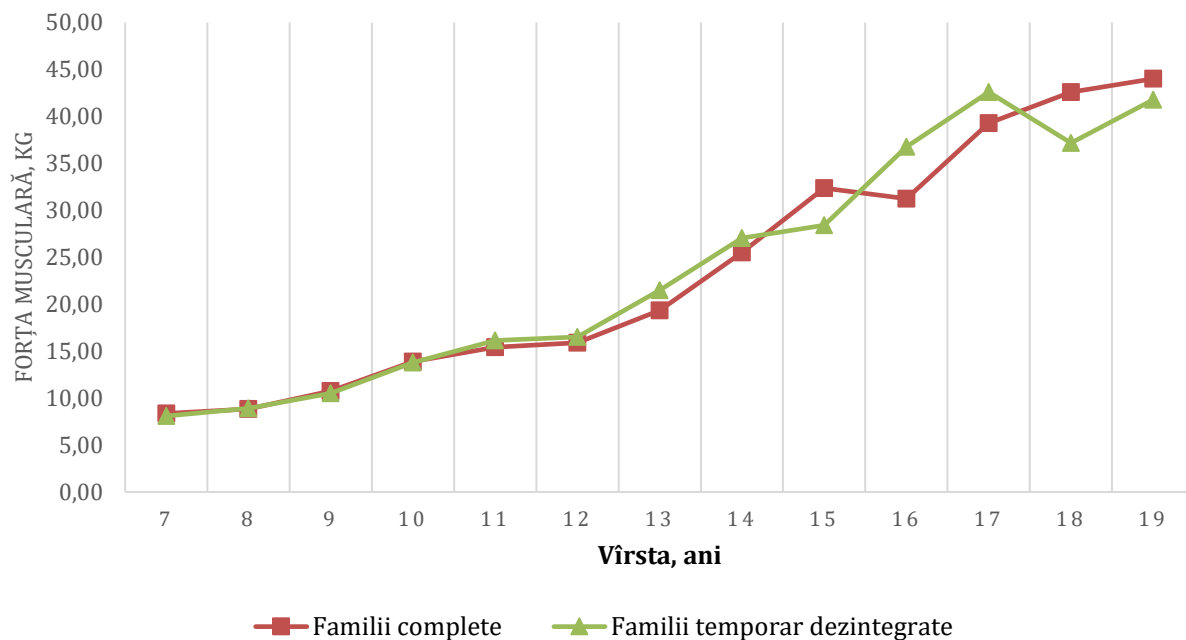


Figura 3.19. Dinamometria mîna stîngă băieți

Diferențe semnificative, total pe republică, a forței musculare a mîinii stîngi și mîinii drepte la băieți și fete din familii temporar dezintegrate și complete nu s-au menționat, pe vârste avem diferențe la 18 ani fete mîna dreaptă și 16 ani băieți mîna dreaptă.

Comparând, total, indicatorii forței musculare a mâinii stângi a băieților și a fetelor am constatat că avem următoarele medii și anume: la mâna stângă fetele la vârsta de 7 ani au o valoare de $6,75 \pm 0,26$ kg care este în creștere până la vârsta de 19 ani și constituie 25,85 kg, la băieți valorile medii a forței musculare la mâna stângă la 7 ani este de $8,23 \pm 0,52$ kg care până la vârsta de 19 ani atinge valoarea de $42,94 \pm 1,84$. Total indicatorii forței musculare la mâna dreaptă la fete la vârsta de 7 ani constituie $7,78 \pm 0,32$ kg care până la vârsta de 19 ani atinge valoare de $30,32 \pm 1,3$ kg. La mâna dreaptă la băieți la vârsta de 7 ani forța musculară constituie $8,23 \pm 0,52$ kg care este în creștere până la vârsta de 19 ani și constituie $42,94 \pm 1,8$ 4kg. În concluzie am putea menționa că, valorile medii a forței musculare cât la mâna stângă atât și mâna dreaptă la băieți sunt cu mult mai superioare ca la fete.

„Caracteristică detaliată a parametrilor dezvoltării fizice (talie, masa corporală și indicele masei corporale, spirometria, dinamometria mâinii drepte și stângi) , pentru regiunile sud, centru, nord comparând indicatorii elevilor din familiile complete cu indicatorii elevilor din familiile temporar dezintegrate după gen, pe vârste, pe parcursul anului de studii, ca rezultat am putea menționa că indicatorii în majoritatea regiunilor au o caracteristică similară cu mici excepții la diferite vârste a elevilor din familiile complete față de cei din familiile temporar dezintegrate și perioade a anului de studii” [86].

3.3. Evaluarea dezvoltării fizice a elevilor conform standardelor intervalurilor sigmatice

Pentru a determina dezvoltarea fizică a fiecărui elev, s-a stabilit încadrarea lor în clasele sigmale ale taliei și greutateii. Conform datelor din studiu. s-a constatat, că elevi de 7-19 ani, reprezentând 61,8% din elevii familiile temporar dezintegrate și 51,6% din elevii din familiile complete, reprezintă o dezvoltare fizică armonioasă (talie și greutatea s-au încadrat în aceleași clase sigmale). Băieții din familiile temporar dezintegrate reprezintă un procentaj de 49,8% iar cei din familiile complete 48,3%, respectiv fetele reprezintă 50,2% și 51,7%.

Elevii cu dezvoltare fizică armonioasă, cu indicatori sub limitele normei din familiile temporar dezintegrate, reprezintă 26,1%, iar cei din familiile complete 30%. În dependență de gender, fetele din familiile temporar dezintegrate dețin 24,8%, iar băieții – 26,9%, elevii din familiile complete respectiv – 25% și 30,2%. Elevii cu dezvoltare fizică armonioasă cu indicatori sub limitele normei din familiile temporar dezintegrate reprezintă un procentaj mai mare în comparație cu cei din familiile complete cu 3,9%.

Elevii din familiile temporar dezintegrate cu o dezvoltare fizică armonioasă cu indicatorii în limitele normei, reprezintă un procentaj de 56,6% , iar cei din familiile complet – 59,5%, ceea

ce ar constitui un procentaj mai mare față de cei din familiile temporar dezintegrate cu 2,9%. Fetele din ambele loturi au un procentaj mai mare față de băieți.

Elevii cu o dezvoltare fizică armonioasă cu indicatori peste limitele normei, reprezintă 16,6% din familiile temporar dezintegrate și 8,6% din familiile complete. Băieții din familiile temporar dezintegrate reprezentând un procentaj de 23,1% fiind mai major față de cei din familiile complete cu 11%.

Dezvoltare fizică disarmonioasă a elevilor din familiile temporar dezintegrate este reprezentată de un număr de 134 elevi (38,2%), dintre care – 87 (64,9%) fete și 47 (35,1%) băieți, respectiv cei din familiile complete reprezintă 225 elevi (48,3%), dintre care – 121 (53,8%) fete și 104 (46,2%) băieți (fig.3.20).

Fetele cu dezvoltare disarmonioasă cu surplus de greutate constituie un procent sporit, iar dezvoltarea subponderală se decelează într-un procentaj mai major la fete față de băieții din familiile temporar dezintegrate. Dezvoltare disarmonioasă supraponderală și subponderală s-a decelat într-un procentaj mai major la elevii din familiile complete.

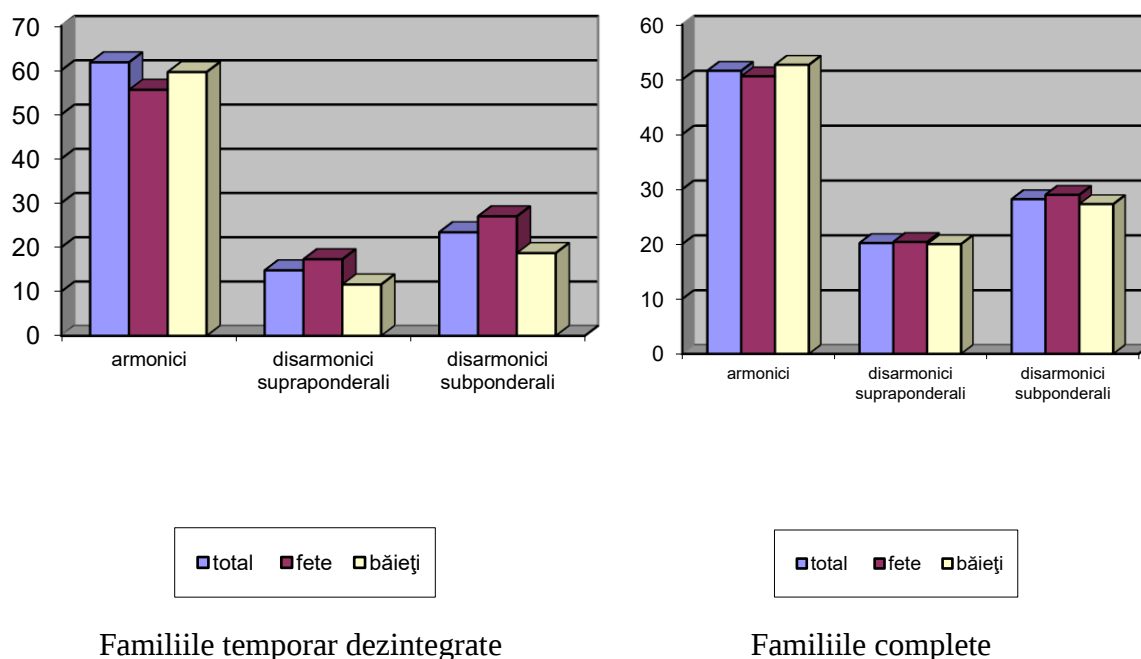


Figura 3.20. Distribuția procentuală a elevilor cu dezvoltarea armonioasă/disarmonioasă

Majoritatea elevilor cercetați, 50,2% sunt subponderali, cu IMC între valorile de referință ale OMS 13,1-17,3 greutatea corporală fiind mai mică decât cea normală pentru talie (tab. 3.16). Din ei fetele din familiile temporar dezintegrate constituie 49,5%, iar băieții – 58,1%, cei din familiile complete respectiv – 50,6% și 42,7%.

Tabelul 3.16. Repartizarea elevilor în funcție de IMC

Starea de nutriție	Total %	Familii temporar dezintegrate				Familii complete			
		F		M		F		M	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Subponderabilitate severă	2,6	8	4,1	5	3,2	3	1,2	5	2,3
Subponderali	50,2	97	49,5	90	58,1	124	50,6	94	42,7
Normoponderali	32,3	66	33,7	38	24,5	87	35,5	78	35,4
Supraponderali	11	21	10,7	15	9,7	25	10,2	29	13,2
Obezi	3,9	4	2,0	7	4,5	6	2,4	14	6,4
Total elevi	100	196	100	155	100	245	100	220	100

Elevii subponderali sunt în procent de 50,2%, indicele masei corporale este între valorile de referință ale OMS 15,4-21,8. Elevii normoponderali din familii temporar dezintegrate constituie 32,3%, dintre care fetele normoponderale constituie – 33,7%, iar băieții – 24,5%, respectiv cei din familiile complete dețin un procent de 35,5%, din ei fetele – 35,4%, iar băieții – 35,4%, greutatea corporală fiind normală pentru înălțime (tab. 3.16) [2].

Supraponderalii dețin un procent de 11%, adică greutate corporală fiind mai mică decât cea normală pentru înălțime. Obezii constituie 3,9% față de cei cu un IMC subponderal sever ce dețin un procentaj de 2,6%.

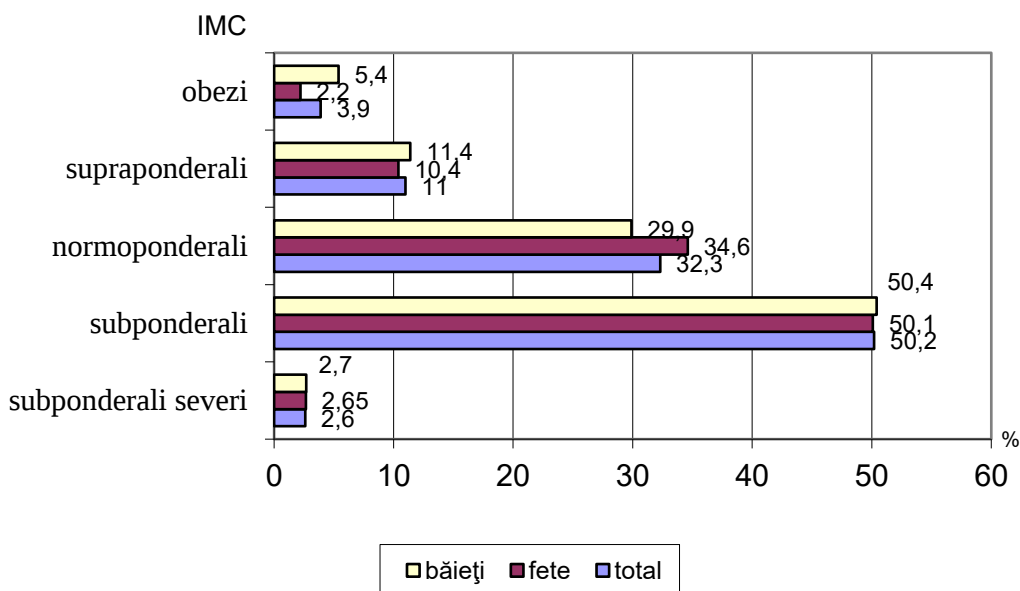


Figura 3.21. Distribuția procentuală a elevilor în funcție de IMC

Comparativ pentru cele două genere, fetele de 7-19 ani sunt mai frecvent normoponderale versus băieților cu 4,7%, și cu subponderabilitate severă cu 0,5% versus băieților (fig. 3.21).

Băieții de 7-19 ani sunt mai frecvent supraponderali versus fetelor de aceeași vârstă cu 1%. Băieții sunt mai frecvent obezi comparativ cu fetele cu 3,2% și subponderali cu 0,4%.

Elevii normoponderali predomină în perioada de vârstă 8 ani și 14-15 ani din familiile temporar dezintegrate și 8 ani și 13-18 ani în familiile complete. Elevii subponderali din familiile temporar dezintegrate sunt mai frecvenți în perioada 9-13 ani și 16-19 ani și respectiv 7 ani, 11-12 ani și 16 ani la cei din familiile complete. Supraponderalii sunt mai frecvenți în perioada de 9-10 ani și 15-16 ani la elevii cuprinși în studiu. Elevii obezi se decelează într-un procent mai mare în familiile complete la vârsta de 9-12 ani printre băieți în 13,4% (tab. A11.3).

O multitudine de studii au determinat creșterea frecvenței supraponderabilității și obezității la copii și adolescenți. De asemenea, se evidențiază o creștere a factorilor de risc la boli cardiace, cum ar fi supraponderarea, obezitatea și un stil de viață nesănătos, ca sedentarismul, fumatul, obiceiuri alimentare nesănătoase, consumul de alcool.

În continuare am analizat distribuția elevilor în grupele de sănătate în rezultatul examenului medical complex (tab. 3.17). În rezultatul examenului medical complex a elevilor din familiile temporar dezintegrate în comparație cu elevii din familiile complete s-a constatat, că ponderea elevilor din familiile temporar dezintegrate în grupa I-a de sănătate este mai mică (21,4%) față de elevii din familiile complete (28,4%) cu 7,0% (95%, ÎI -3,25-16,51, $p=0,177$), în grupa a III-a de sănătate mai mare este ponderea elevilor din familiile temporar dezintegrate (6,3%) față de elevii din familiile complete (5,1%) cu 1,3% (95%, ÎI -12,992-14,85, $p=0,834$), grupa a IV-a de sănătate la elevii din familiile temporar dezintegrate (3,3%) este mai mare comparativ cu elevii din familiile complete (1,7%) cu 1,6% (95%, ÎI -25,18-20,99, $p=0,799$).

Tabelul 3.17. Distribuția procentuală a elevilor în grupele de sănătate

Grupa	Grupa I	Grupa II	Grupa III	Grupa IV
Elevi din familii temporar dezintegrate, %	21,4	68,9	6,4	3,3
Elevi din familii complete, %	28,4	64,8	5,1	1,7

3.4. Determinarea riscului de îmbolnăvire a elevilor condiționat de fenomenul migrației temporare a părinților.

În scopul evidențierii a măsurilor de prevenție a maladiilor la elevi, condiționate de factorul migrației, este foarte important de a determina riscul de îmbolnăvire a copiilor. Astfel,

am determinat riscul relativ (RR) – de câte ori este mai mare proporția elevilor bolnavi de anumite forme nozologice în rândul celor din familiile temporar dezintegrate față de proporția elevilor neexpuși la factorul dat; riscul atribuibil (Ra) – cu cât este mai mare frecvența efectului nedorit la elevii expuși față de cei neexpuși și fracțiunea atribuibilă (Fa) – ponderea din efectul nedorit prezent la elevii expuși factorului de risc explicat prin expunere (tab. 3.18).

Tabelul 3.18. Riscul de îmbolnăvire a elevilor condiționat de fenomenul migrației temporare a părinților

Rang	Grupele de maladii	RR	Î 95%	P	RA	FRA (%)
I	Bolile endocrine	2,66	1,64 - 4,33	0,0001	0,06	62,4
	Bolile sistemului nervos	1,41	0,85-2,34	0,18	0,017	29,2
II	Bolile aparatului genito-urinar	1,29	0,961-1,72	0,09	0,034	22,2
III	Bolile aparatului respirator	1,26	1,0003 - 1,6	0,05	0,045	20,9
	Bolile sistemului osteo-articular	1,25	0,89 - 1,75	0,2	0,023	19,8
	Bolile ochiului	1,25	0,89 - 1,74	0,2	0,023	19,7
IV	Bolile aparatului digestiv	1,2	1,01 -1,42	0,037	0,056	16,6
	Tulburări mentale	1,12	0,72 - 1,73	0,62	0,007	10,5

Valorile cele mai mari ale riscului relativ au fost caracteristice pentru bolile endocrine și bolile sistemului nervos, care la elevii din familiile temporar dezintegrate se înregistrează, corespunzător (RR) de 2,66 (95%, Î 1,64 - 4,33, P=0,058) și 1,41 (95%, Î 0,85-2,34, P=0,18) ori mai frecvent în comparație cu elevii din familiile complete. De asemenea, frecvența acestor maladii la expuși e respectiv (Ra), cu 0,06 și 0,02 ori mai mare decât la neexpuși. S-a constatat că prin expunere la factorul ce determină apartenența elevilor la familiile tempoar dezintegrate pot fi explicate, respectiv, (Fa) 62,4 și 29,2% din bolile, corespunzător, endocrine și ale sistemului nervos diagnosticate la elevii expuși factorului de risc. De asemenea este necesar de menționat, că perturbarea sistemelor menționate, care sunt responsabile de coordonarea activității funcționale al întregului organism, cu timpul pot induce și la afectarea altor sisteme și aparate.

Locul doi în dependență de valorile constatate ale riscului relativ, revine bolilor aparatului genito-urinar, care la elevii din familiile temporar dezintegrate s-a înregistrat de (RR) 1,29 (95%, Î 0,961-1,72, P=0,09) ori mai frecvent comparativ cu elevii din familiile complete. Astfel, riscul de îmbolnăvire la elevii expuși factorului de risc (RA) a fost cu 0,034 ori mai mare comparativ cu elevii neexpuși factorului de risc, iar procentul bolilor aparatului genito-urinar

care poate fi atribuit factorului de risc (FA) la elevii din familiile temporar dezintegrate a constituit 22,2%.

În aceeași ordine de analiză a materialului pe locul trei se plasează bolile aparatului respirator, sistemului osteo-articular și bolile ochiului și anexelor sale, la care RR a constituit corespunzător, 1,26 (95%, 1,0003 - 1,6, $P=0,05$); 1,25 (95%, 0,89 - 1,75, $P=0,2$) și 1,25 (95%, 0,89 - 1,74, $P=0,2$). Riscul afecțiunii aparatului respirator, sistemului osteo-articular și ochilor la elevii din familiile temporar dezintegrate este respectiv, cu 0,045, 0,023 și 0,023 mai mare comparativ cu elevii din familiile complete, iar cota parte a acestor maladii, care poate fi asociată factorului de risc, la elevii din cohorta experimentală constituie, corespunzător 20,9, 19,8 și 19,7%.

Cele mai mici valori ale riscului de îmbolnăvire a elevilor, asociat fenomenului migrației temporare a părinților, au fost caracteristice pentru bolile aparatului digestiv și tulburărilor mintale și de comportament. Riscul de îmbolnăvire prin aceste maladii la elevii expuși factorului de risc a fost, corespunzător de (RR) 1,2 (95,0%, ÎI 1,01 - 1,42, $P=0,037$) și 1,12 (95,0%, ÎI 0,72 - 1,73, $P=0,062$) ori mai mare comparativ cu elevii neexpuși. Riscul atribuit pentru aceste maladii la elevii expuși factorului de risc a fost, respectiv cu 0,056 și 0,007 ori mai mare comparativ cu elevii neexpuși factorului de risc, iar proporția acestor maladii care poate fi asociată cu factorul de risc (FA) a constituit respectiv, 16,6 și 10,5%.

Impactul familiilor temporar dezintegrate asupra dezvoltării fizice a elevilor s-a constatat doar la cei de vârstă mică (7-10 ani), care sunt cu mult mai sensibili și mai dependenți de tutela părintească. Astfel, la elevii de 7-10 ani din familiile temporar dezintegrate riscul de dezvoltare fizică subponderal și supraponderal a fost, corespunzător, de 1,10 (95,0%, ÎI 0,98-1,15, $P=0,14$) și 3,09 (95,0%, ÎI 0,98 - 3,21, $P=0,034$) ori mai mare comparativ cu elevii din familiile complete. Riscul atribuit (RA) la acest compartiment a constituit respectiv, 0,05 și 0,06, iar procentul dintre elevii subponderali și supraponderali care poate fi asociat factorului de risc a constituit, respectiv 5,8 și 67,7%.

3.5. Concluzii la capitolul 3

1. Morbiditatea generală, constatată la elevii din familiile temporar dezintegrate este mai înaltă comparativ cu morbiditatea elevilor din familiile complete și constituie 1247,2 % față de 1087,5 %. Nivelul morbidității generale este mai înaltă în regiunea de sud a republicii la elevii din familiile dezintegrate cât și la elevii din familiile complete, și constituie 1408,8 % față de 1384,0 %.

2. Structura morbidității generale a elevilor din familiile temporar dezintegrate ne arată, că pe I loc sunt clasate bolile aparatului digestiv și constituie 27,5%, locul II bolile aparatului respirator – 17,6%, locul III bolile aparatului genito-urinar -12,2%, locul IV - bolile sistemului ostio-articular, ale mușchilor, țesutului conjunctiv - 9,2%, locul V - maladiile ochiului și anexelor sale – 8,6%, locul VI - bolile endocrine, de nutriție și metabolism – 7,4%.
3. Adresabilitatea la punctul medical a elevilor după gen stabilește, că este mult mai sporită la elevii de gen feminin. Adresabilitatea pe luni este mai înaltă în februarie, martie, aprilie, ianuarie la elevii de gen feminin și respectiv la elevii de gen masculin: februarie, martie, septembrie și octombrie. Pe clase s-a constatat, că la elevii de gen feminin este mai înaltă adresabilitatea la clasa: 5,9,7,1,2, dar la elevii de gen masculin – avem următorul clasament: 5,6,7,2,4.
4. Diferențe semnificative la elevii din familii temporar dezintegrate au fost stabilite pentru următorii indicatori: valorile medii ale masei corporale, capacitatea pulmonară vitală pe vârste, forța musculară statică a mâinilor. Elevii cu dezvoltare fizică armonioasă ocupă primul loc și reprezintă 56,7% din numărul total de elevi.
5. În rezultatul studiului s-a constatat, că riscul de îmbolnăvire la elevii din familiile temporar dezintegrate prin bolile endocrine, ale sistemului nervos, aparatului genito-urinar, respirator, sistemului osteo-articular, bolilor ochilor și anexelor sale, aparatului digestiv și tulburările mintale este respectiv de 2,66, 1,41, 1,29, 1,26, 1,25, 1,25, 1,2 și 1,12 ori mai mare în comparație cu elevii din familiile complete, iar procentul dintre bolile menționate, care poate fi atribuit factorului de risc, variază în limitele de 62,4 – 10,5%.

4. Evaluarea factorilor de risc impotanți pentru starea de sănătate a elevilor din localitățile rurale

Un rol important în formarea stării de sănătate au factorii de risc, care conform OMS are o pondere destul de considerabilă și esențială.

4.1. Aprecierea factorilor de risc din locuință

În rezultatul anchetării elevilor din localitățile rurale, privind condițiile habituale, (tab. 4.1) s-a constatat, că 80,7% elevi din familiile temporar dezintegrate au odaie separată față de 78,9% la elevii din familiile complete. Au pat personal 94,5% elevi din familiile temporar dezintegrate față de 93,0% la elevii din familiile complete. Asigurarea cu apă rece de la apeduct centralizat este mai mare la elevii din familiile temporar dezintegrate (56,1%) comparativ cu elevii din familiile complete (53,8%), ponderea asigurării cu apă adusă de la fântâna de mină la elevii din familiile temporar dezintegrate este mai mica (40,2%) față de elevii din familiile complete (42,8%). Asigurarea cu apă fierbinte a locuinței prin apeduct este la 50,4% la elevii din familiile temporar dezintegrate față de 57,1% la elevii din familiile complete, de la boiler la elevii din familiile temporar dezintegrate constituie 38% față de 35,2% la elevii din familiile complete, încălzirea la aragaz, plită este mai mare la elevii din familiile temporar dezintegrate (11,6%) față de elevii din familiile complete (7,7%) (tab. 4.1). Dispun de baie în casă elevii din familiile temporar dezintegrate la 66,1% față de 65,4% la elevii din familiile complete. Este WC în casa părintească la 77,9% la elevii din familiile temporar dezintegrate față de 84,2% la elevii din familiile complete.

Tabelul 4.1. Condițiile habituale al elevilor din localitățile rurale

Elevi din familii	Familii temporar dezintegrate	Familii complete	Valoare p
Asigurarea cu apă fierbinte	50,4%	57,1%	p=0,0584
WC în casă	77,9%	84,2%	p=0,0230
Încălzire de la centrala autonomă	9,2%	11,1%	p=0,3772
Evacuarea reziduurilor solide din locuințe centralizat	26,8%	30,1%	p=0,3038
Nu dispun de sisteme de canalizare	10,1%	8,3%	p=0,3791

Înzestrarea cu încălzire a locuinței părinților este următoarea: și anume prin sobe este mai mare la elevii din familiile temporar dezintegrate (82,8%) față de elevii din familiile complete (81,8%), de la centrală autonomă constituie respectiv 9,2% și 11,1% și încălzirea centralizată constituie respectiv 8,0% și 7,1%. Evacuarea reziduurilor solide din locuințe este organizată în gropi betonate cu capac la 63,1% la elevii din familiile temporar dezintegrate față de 61,6% la elevii din familiile complete, centralizată este la 26,8% la elevii din familiile temporar

dezintegrate față de 30,1% la elevii din familiile complete, nu dispun de sistem de canalizare 10,1% elevii din familiile temporar dezintegrate față de 8,3% elevii din familiile complete. Prin urmare sunt un șir de condiții habituale (asigurarea cu apă fierbinte, WC în casă, încălzire centralizată autonomă, evacuarea reziduurilor, sisteme de canalizare) din familiile temporar dezintegrate care sunt mai nefavorabile.

Întru determinarea factorilor de risc din locuințe al elevilor din localitățile rurale din familiile temporar dezintegrate s-a organizat un studiu în care au fost incluse 80 locuințe, inclusiv 40 locuințe din familii temporar dezintegrate și 40 locuințe din familii complete, acest studiu a fost organizat în perioada rece și caldă a anului. Aprecierea factorilor de risc din locuințe ale elevilor s-a realizat în corespundere cu recomandările metodice privind aplicarea metodelor instrumentale și de laborator.

Analizând mediul de trai al elevilor din familiile temporar dezintegrate în comparație cu a elevilor din familiile complete în perioada caldă a anului (tab. 4.2), al indicatorilor microbiologici și măsurărilor instrumentale am stabilit următoarele:

Tabelul 4.2. Investigațiile de laborator și instrumentale în perioada caldă a anului

	Familii complete	Familii temporar dezintegrate	Valoare p
	Media±ES	Media±ES	
Numărul total de germeni /m ³	151,30±2,08	163,20±2,21	p<0,0001
Fungi /m ³	22,65±3,56	26,90±5,63	P=0,0001
Nivelul zgomotului, dB	61,15±0,11	61,08±0,02	p<0,0001
Coeficientul iluminatului natural%	16,53±10,22	12,99±10,43	P=0,0629
Temperatura aerului, °C	27,75±0,43	28,40±0,37	P<0,0001
Umiditatea, %	44,75±2,08	44,50±2,21	P=0,4356
NO ² mg/m ³	0,30±0,08	0,25±0,08	p<0,0001
Formaldehida, mg/m ³	0,16±0,00	0,16±0,00	
Benzen, mg/m ³	0,80±0,00	0,80±0,00	

„Indicatorii microbiologici au următorii parametri, și anume numărul total de germeni în încăperile de locuit din familiile complete constituie 151,3±2,08/m³ față de 163,2±2,21/m³ în încăperile de locuit din familiile temporar dezintegrate (95% Î 10,744-12,655; p<0,0001), valoarea fiind mai înaltă cu 11,9/m³, numărul fungilor în încăperile de locuit din familiile complete constituie 22,65±3,56/m³ față de încăperile de locuit din familiile temporar dezintegrate 26,9±5,63/m³ (95% Î 2,153-6,346; p=0,0001) a cărei valoare este mai înaltă cu 4,25/m³. Măsurările instrumentale a coeficientului de iluminare naturală în încăperile de locuit din familiile complete constituie 16,53±10,22 față de 12,99±10,43 (95% Î -7,273-0,193; p=0,0629) în încăperile de locuit din familiile temporar dezintegrate a cărei valoare este mai mică cu 3,54. Temperatura aerului în încăperile de locuit în familiile complete constituie

27,74±0,43°C față de 28,4±0,37°C (95% ÎI 0,542-0,778; p<0,0001) în încăperile de locuit din familiile temporar dezintegrate, fiind mai înaltă cu 0,66°C. Umiditatea în încăperile de locuit din familiile complete constituie 44,75±2,08% față de 44,5±2,21% (95% ÎI 0,8813-0,3813; p=0,4356) în încăperile de locuit din familiile temporar dezintegrate a cărei valoare este mai mică cu 0,25%. Nivelul zgomotului în familiile complete constituie 61,15±0,11dB, în încăperile de locuit din familiile temporar dezintegrate constituie 61,08±0,02 dB (95% ÎI -0,0986 - -0,414;p<0,0001), în comparație fiind practic la același nivel. Concentrația NO² în aerul din locuințele familiilor complete constituie 0,3±0,08 mg/m³, în aerul din locuințele familiilor temporar dezintegrate constituie 0,25±0,08 mg/m³ (95% ÎI 0,0735- -0,0265; p<0,0001) valorile căruia sunt mai mici cu 0,05 mg/m³, concentrația formaldehidei cât în aerul din locuințele familiilor complete atât și în aerul din locuințele familiilor temporar dezintegrate constituie 0,16 mg/m³, la același nivel este concentrația benzenului cât în aerul din locuințele în familiile complete atât și în aerul din locuințele familiilor temporar dezintegrate constituind 0,8” [80].

Analizând mediul de trai al elevilor din familiile temporar dezintegrate în comparație cu familiile complete în perioada rece a anului (tab. 4.3.) a indicatorilor microbiologici și măsurărilor instrumentale am stabilit următoarele:

Tabelul 4.3. Investigațiile de laborator și instrumentale în perioada rece a anului

	Familii complete	Familii temporar dezintegrate	Valoare p
	M±ES	M±ES	
Numărul total de germeni /m ³	27,70±2,58	28,50±2,54	P=0,1597
Fungi /m ³	4,80±1,28	3,70±0,82	p<0,0001
Nivelul zgomotului, dB	62,25±0,33	61,930,06	p<0,0001
Coeficientul iluminatului natural,%	24,19±10,50	25,44±10,53	P=0,5072
Temperatura aerului, °C	17,46±0,70	17,30±0,41	P=0,0096
Umiditatea, %	62,60±2,58	65,35±2,54	p<0,05
NO ² mg/m ³	0,26±0,03	0,26±0,02	P=1,0000
Formaldehida, mg/m ³	0,16±0,00	0,16±0,00	
Benzen, mg/m ³	0,80±0,00	0,80±0,00	

Examinările microbiologice a aerului din încăperile de locuit la determinarea numărului total de germeni în familiile complete a constituit 27,7±2,5/m³, în familiile temporar dezintegrate a constituit 28,5±2,54/m³ (95% ÎI 0,3219-1,9219; P=0,1597) care este cu 0,8/m³ mai mare, numărul fungilor depistați în familiile complete constituie 4,8±1,28/m³, în familiile temporar dezintegrate a constituit 3,7±0,82/m³, (95% ÎI -1,5785- -0,6215; p<0,0001) comparativ este cu 1,1/m³ mai mic.

„Măsurările instrumentale în încăperile de locuit au stabilit următorii parametri: coeficientul de iluminare naturală în încăperile de locuit în familiile complete a constituit

24,1±10,5, în familiile temporar dezintegrate a constituit 25,44±10,53 (95% ÎÎ -2,4713-4,9713; p=0,05072) comparativ este cu 1,3 mai mare; temperatura în încăperile de locuit din familiile complete a constituit 17,46±0,7°C, în încăperile de locuit din familiile temporar dezintegrate a constituit 17,3±0,41°C (95% ÎÎ -0,2806 -0,0394; p=0,0096) valorile căruia sunt mai mici cu 0,2°C; umiditatea în încăperile de locuit din familiile complete constituie 62,6±2,58% față de 65,35±2,54% (95% ÎÎ 2,209-3,291; p<0,0001) în încăperile de locuit din familiile temporar dezintegrate fiind cu 2,75% mai înalt; nivelul zgomotului în încăperile de locuit din familiile complete constituie 62,25±0,33dB, în comparație cu încăperile de locuit din familiile temporar dezintegrate constituie 61,92±0,05dB (95% ÎÎ -0,4153- -0,2447; p<0,0001), ce este mai mic cu 0,33dB. Concentrația NO² în aerul locuințelor din familiile complete constituie 0,26±0,03 mg/m³, în aerul locuințelor din familiile temporar dezintegrate constituie 0,26±0,02 mg/m³ (95% ÎÎ 0,0075-0,0075; p=1,000) valorile cărora sunt identice, concentrația formaldehidei atât în aerul locuințelor din familiile complete, cât și în aerul locuințelor din familiile temporar dezintegrate constituie 0,16 mg/m³, la același nivel este concentrația benzenului cât în aerul locuințelor din familiile complete atât și în aerul locuințelor din familiile temporar dezintegrate constituind 0,8 mg/m³” [80].

Ca rezultat am constatat, că ponderea neconformității rezultatelor investigațiilor instrumentale și de laborator al indicilor fizici, chimici și biologici, ce caracterizează igiena locuințelor, în mediu au fost de circa 1,2 ori mai mare în locuințele elevilor din familiile temporar dezintegrate comparativ cu locuințele familiilor complete [80].

4.2. Aprecierea factorilor de risc din instituțiile preuniversitare

Prin analiza datelor statistice raportate conform formularului nr.18-săn. privind cercetările de laborator a aerului încăperilor închise și aerului zonei de muncă, cât și studierea factorilor fizici la locurile de studii la obiectivele de supraveghere pe parcursul a 5 ani în zonele de nord, centru și sud a țării, stabilește următoarea neconformitate a obiectivelor supravegheate și a probelor neconforme, și anume:

În regiunea de nord pe parcursul a 5 ani am constatat, că cercetările de laborator a aerului încăperilor închise și aerului spațiului de studii din instituțiile preuniversitare din localitățile rurale la vapori și gaze depășiri al concentrațiilor maxim admisibile nu s-au depistat. De asemenea nu au fost depistate depășiri a concentrațiilor maxim admisibile de praf și aerosoli.

Rezultatele evaluării factorilor fizici la locurile de studii în instituțiile preuniversitare din localitățile rurale pe parcursul a 5 ani constată, că avem obiective ce nu sunt conforme normelor sanitare, cât și a locurilor de studii. Pe parcursul ultimilor 5 ani după parametrii micro-climaterici

nu au corespuns normelor sanitare 14,62%, ponderea probelor neconforme a constituit 7,82%. Iluminarea pe parcursul ultimilor 5 ani nu a corespuns normelor sanitare la 7,5% din numărul total de obiective supuse verificării, ponderea numărului locurilor de muncă a nivelului iluminatului nu a corespuns la 3,01 %.

În regiunea de centru pe parcursul a 5 ani am constatat, că cercetările de laborator a aerului încăperilor închise și aerului zonei de muncă din instituțiile preuniversitare din localitățile rurale la vapori și gaze depășiri al concentrațiilor maximal admisibile nu s-au depistat. De asemenea nu au fost depistate depășiri a concentrațiilor maximal admisibile a concentrațiilor de praf și aerosoli.

Rezultatele evaluării factorilor fizici la locurile de studii în instituțiile preuniversitare din localitățile rurale pe parcursul a 5 ani constată, că avem obiective ce nu sunt conforme normelor sanitare cât și a locurilor de studii. Pe parcursul ultimilor 5 ani după parametrii micro-climaterici nu au corespuns normelor sanitare 21,12%, ponderea probelor neconforme a constituit 7,18%. Iluminarea pe parcursul ultimilor 5 ani nu a corespuns normelor sanitare la 35,22 % din numărul total de obiective supuse verificării, ponderea numărului locurilor de muncă a nivelului iluminatului nu a corespuns la 28,23 %.

În regiunea de sud pe parcursul a 5 ani am constatat, că cercetările de laborator a aerului încăperilor închise și aerului zonei de studii din instituțiile preuniversitare din localitățile rurale au constatat prezența de vapori și gaze, însă depășiri al concentrațiilor maxim admise nu s-au depistat. De asemenea nu au fost depistate concentrații maxim admise de praf și aerosoli.

Rezultatele evaluării factorilor fizici la locurile de studii în instituțiile preuniversitare din localitățile rurale pe parcursul a 5 ani constatăm, că avem obiective ce nu sunt conforme normelor sanitare, inclusiv a locurilor de studii. Pe parcursul ultimilor 5 ani după parametrii micro-climaterici ce nu corespund normelor sanitare 3,29% obiective, ponderea probelor neconforme colectate la locul de studii au constituit 2,04%. Iluminarea pe parcursul ultimilor 5 ani nu corespunde normelor sanitare la 2,06 % din numărul total de clădiri supuse verificării, ponderea numărului locurilor de studii a iluminatului nu corespund în 0,63 %.

La nivel de republică pe parcursul a 5 ani am constatat, că cercetările de laborator a aerului încăperilor închise și aerului zonei de studii din instituțiile preuniversitare din localitățile rurale au constatat prezența la vapori și gaze, însă depășiri al concentrațiilor maxim admise nu s-au depistat. De asemenea nu au fost depistate concentrații maxim admise a concentrațiilor de praf și aerosoli. Rezultatele evaluării factorilor fizici la locurile de studii în instituțiile preuniversitare din localitățile rurale pe parcursul a 5 ani constată, că avem obiective ce nu sunt conforme normelor sanitare, inclusiv a locurilor de studii. Pe parcursul ultimilor 5 ani, parametrii

micro-climaterici nu corespund normelor sanitare și constituie 8,73%, ponderea probelor neconforme colectate la locul de studii au constituit 4,17%. Iluminarea, pe parcursul ultimilor 5 ani, nu corespunde normelor sanitare la 7,86% din numărul total de obiective supuse verificării, ponderea numărului locurilor de muncă a nivelului iluminatului nu a corespuns la 21,83% (tab. 4.4).

Tabelul 4.4. Investigații de laborator și instrumentale din instituțiile de învățământ preuniversitar

Denumirae indicatorului	% necorespunderii
Parametrii micro-climaterici	8,73
Iluminarea	7,86
Locuri de studiu neconforme	21,83

4.3. Aprecierea factorului de risc alimentar

Numărul de mese servite în instituțiile școlare incluse în studiu, este diferit: o masă sub formă de dejun e servită în cantinele din 71,4% școli din cele studiate, iar în 29,6% școli elevii servesc masa de două ori-un dejun și un prânz.

Pentru instituțiile în care elevii servesc doar un dejun s-a depistat că 100% din cazuri volumul porțiilor corespunde normelor igienice; la băutură, 20% corespund la bucate din carne. Nu corespund 80% la terci, 40% la bucate din carne, 40% la salată și 40% la pâine. Depășesc normele în 20% la produse din cofetărie și 20% la salată. Aceste constatări denotă că volumul unei porții nu corespunde după toți parametrii normelor igienice pentru un dejun. Volumul unei porții în școlile unde se oferă elevilor dejun și prânz corespund normelor igienice la dejun: lichide (100%) și terci (100%), la prânz felul II (50%). Nu corespunde bucatele la dejun din carne (50%), iar la prânz: felul I supă (100%) și felul II la garnitura din carne (50%).

Cantitatea zilnică a produselor alimentare în mediu, calculată din școli în perioada rece a anului, arată că elevii acolo unde sunt alimentați se servește o singură masă consumă în surplus pâine de grâu (+182,8%), crupe (+414,6%), paste făinoase (+1120%), zahăr (+232.9%), ulei de floarea-soarelui (+258,3%), și carne (138%). Se constată un deficit la următoarele alimente: făină de grâu (-162,1%), lapte (-46,2%), cartofi (-7,4%), legume (-54,3%), pește (-70.9%), fructe (-58.8%), fructe uscate (-46%,6), unt (-6%) și sare (-400%).

Cantitatea zilnică a produselor alimentare pentru școlile cu două mese pe zi la fel variază, astfel depășirea normelor fiziologice se înregistrează la zahăr (12.5%), cacao (80%) și paste

făinoase (42,9%). Restul produselor au fost în deficit: pâine de grâu (-35.9%), crupe (-21,1%), lapte (-80,5%), cartofi (-108,7%), legume (-86.1%). ulei (-52%), pește (-82.3%), carne (-62.2%), fructe proaspete (-100%), sare (-15%), unt (-44%) și fructe uscate (100%) (tab. A1.12).

Conform datelor statistice referitor la comerțul intern cu produse alimentare, prezentate de Biroul Național de Statistică și a Ordinilor Ministerului Educației și Cercetării și a Ministerului Finanțelor publicate în Monitorul Oficial pentru alimentația gratuită a elevilor anual sunt stabilite norme financiare. Am constatat, că pentru elevii din instituțiile de învățământ public și privat din clasele I-IV, alimentați cu o singură masă începând cu anul 2013 au fost alocate 6,80 lei/zi/elev, 2014 – 7,00 lei/zi/elev, 2016 – 7,45 lei/zi/elev, 2018 – 8,80 lei/zi/elev, 2020 – 10,80 lei/zi/elev. Această mărire vine în ajutorul școlilor pentru a satisface un meniu care să atingă normele fiziologice la trofine din meniurile școlare (tab. A12.2.).

Examinând necesarul de alimente bogate în proteine, glucide, lipide, săruri minerale și vitamine s-a constatat că, elevii din școlile cu o singură alimentație la dejun au insuficiență de proteine (-33,2%) în două școli și un surplus la proteine (+84,6%) în celelalte două școli luate în studiu. Nici într-o școală nu se menține cantitatea necesară de proteine din meniurile școlare. Carențele trofinelor pot duce la scăderea în greutate, încetinirea ritmului de creștere, diminuarea rezistenței organismului la diferite boli, cât și apariția maladiilor alimentaro-dependente la copii. Din cele analizate s-a determinat că mărirea cantității de proteine în cele două școli are loc pe baza proteinelor vegetale și nu din conținutul celor animale, că nu se respectă norma de proteine animale din toate școlile.

Cantitatea de lipide, în toate instituțiile, au o cotă mai mare decât norma (+102,6%), iar a glucidelor constituie (+32,9%). Raportul dintre proteine, lipide, glucide în normă este proporția de 1:1:4, în cazul dat s-a constatat că, raportul dat este de 1:1,5:6,5. Acest raport confirmă că nu se respectă rațiile alimentare din școlile cu o singură masă.

Rația alimentară a elevilor care se alimentează o dată pe zi (dejunul) denotă un conținut deficitar de proteine de origine animalieră și de cea vegetală. Cantitatea de glucide și lipide incluse în rație depășesc normele fiziologice de consum. Raportul dintre calciu și fosfor este de 1:2,56, iar norma fiziologică este de 1:1,5.

Rația alimentară zilnică include cantități insuficiente de Ca și P din cauza consumului insuficient de produse lactate și lapte. Vitaminele în rația alimentară la fel sunt într-o cantitate insuficientă. Vitamina C constituie 5,5 mg, pe când norma necesară este 12 mg. Nivelul devierii de - 45,8% vitamina C nu acoperă necesarul fiziologic din rația alimentară. Această valoare a vitaminelor nu este acoperită din conținutul fructelor și legumelor, care sunt într-o cantitate insuficientă. Valoarea energetică are deviere de la normă cu cota de +103,8%, depășind norma

fiziologică de consum, fiind acoperită din contul glucidelor și lipidelor, care la fel depășesc norma fiziologică.

În școlile cu alimentație la dejun și prânz au o rație alimentară mai variată, dar în ceea ce privește cantitatea de trofine la fel se observă dereglări de la norma fiziologică de consum. Cota devierii proteinelor este de - 32,4%, iar proteinele animaliere au o cotă de deviere - 65,9%. Aceste devieri denotă faptul că, rația alimentară nu este suplinită corect cu produse din carne, pește, boboase și produse lactate. Lipidele au o cotă de deviere de - 28,55%, acesta fiind rezultatul nesuplینirii rației alimentare cu unt, lapte, pește și ulei vegetal, în care se conțin acizii grași saturați, care nu se sintetizează în organismul uman și avem nevoie de a-i introduce în el cu ajutorul alimentelor. Lipidele de origine vegetală trebuie să constituie 15-20% din cantitatea totală de lipide consumate zilnic. Glucidele au cotă de deviere de - 1,7% ce vorbește despre o insuficiență de fibre alimentare și zahăr ca unica sursă de energie pentru creier, sistemul nervos periferic și hematii. Lipsa glucidelor se datorează micșorării cantității de pâine, făină, crupe, cartofi, legume și fructe. Raportul dintre proteine: lipide:glucide este de 1:1.1:5,5, pe când norma fiziologică este de 1:1:4.

Elementele minerale din meniurile calculate, ca macroelementele calciu și fosfor au devieri a raportului de calciu și fosfor de 1:3,4 norma fiziologică fiind de 1:1.5. Cota de deviere a vitaminei C este de -20,5%. iar valoarea energetică are o cotă de deviere de -14,9%.

Referitor la meniurile de repartitie din cantinele școlare în perioada caldă a anului au fost examinate meniurile de alimentație a elevilor claselor primare (I-IV) care constau o masă în zi, pentru o perioadă de 5 zile în perioada caldă al anului din 6 școli din nordul, sudul și centrul republicii.

S-a constatat că volumul porțiilor sunt sub norma igienică la băutură – 18,2%, la terci – 36,4%, la bucate din carne și pește – 54,5%, la salată – 9,1%, reeșind din recomandările metodice privind organizarea alimentației echilibrate în instituțiile pentru copii. Volumul unei porții pentru copii de diferite vârste, gr. sunt depășite la produse din cofetărie în 27,3% cazuri.

Cantitatea zilnică a produselor alimentare în medie, calculată pe toate instituțiile incluse în studiu în perioada caldă a anului denotă, că elevii sunt alimentați cu un deficit. Și anume de pește (-62,9%), făină de grâu (-55,5%), unt (-44,8%), lapte (-70,1%), fructe proaspete (-56.3%), legume (-35,7%), cașcaval (-40%), brânză de vaci (-63,9%), smântână (-72%), carne(-8,5%) cât și fructe uscate (-88,5%). Se depistează un surplus la următoarele alimente: pâine de grâu (+96,6%), crupe (+198,04%), ou (+2000%), paste făinoase (+112%), zahăr și produse de cofetărie (+62,9%), ulei (+104,4%) și sare (+89%). La aspectul diversitate a produselor alimentare în meniuri putem confirma, că mai multe produse cu un bogat conținut de trofine

lipsească pe termen de 5 zile. Și anume: peștele în 36,4% și laptele în 18,2% din meniuri. Fructele proaspete, ca sursă principală de acid folic, vitamina C și betacarotenul la fel lipsesc în 63,6%, cu toate că meniurile au fost completate în perioada de toamnă cu fructele autohtone, care au fost accesibile în perioada dată. Lactatele, ca o sursă sigură bogată în calciu lipsesc în meniurile școlare - smântână (72,7%), brânza de vaci (81,8%), cașcavalul (54,5%), (tab. A3.12).

Pe perioada de 5 zile de studiere a meniurilor observăm că în 3 școli (27,3%) se repetă la masă cu frecvență de peste o zi același tip de produse. În rest în meniuri este respectată diversificarea bucatelor cu unele mici particularități care nu sunt impunătoare ca ceaiul cu pâine cu unt sau magiun, care se întâlnește zilnic la 80% din școli.

La analiza trofinelor calorigene din meniurile școlare studiate s-a stabilit, că proteinele totale în 90,9% din meniurile școlare studiate ajung la norma fiziologică în grame pentru un elev la o masă servită în cantinele școlare. Însa, la analiza calitativă a meniurilor s-a constatat, că în 54,5% din școli cantitatea proteinelor animale nu atinge norma fiziologică de 9,2g. În medie la toate meniurile studiate pentru o perioadă de 5 zile am stabilit că, cota devierii de la normă este de -1,7%. Cantitatea de lipide necesară unui copil la o masă servită este de 15,8g. Elevii alimentați în instituțiile preuniversitare, luate în studiu, primeau în medie cu 6,1 g în surplus, cota devierii fiind de +38,6% ceea ce este un factor negativ asupra sănătății. Astfel în meniurile școlare studiate în 90,9% de instituții este depășită norma fiziologică la lipide. Glucidele, fiind cea mai importantă sursă de energie, corespund normelor cantitative de 67g, conform recomandărilor metodice privind organizarea alimentației echilibrate în instituțiile pentru copii. Cantitativ glucidele au o cotă de deviere de la normă cu +59,3% această deviere fiind confirmată la 100% din meniurile școlare studiate. Fibrele alimentare consumate de un elev în mediu la masa asigurată gratuit este de 10,3g. Dacă ținem cont, că norma zilnică pentru elevi este de 25g atunci putem considera, că masa dată acoperă în 41,2% norma fiziologică pe o zi a unui elev (tab. A12.4.).

Raportul dintre P:L:G este de 1:0,9:4,4 iar norma fiziologică este de 1:1:4. Raportul de calciu și fosfor are devieri de 1:1,8 norma fiziologică fiind de 1:1,5.

Analizând trofinele calorigene și necalorigene, cât și nivelul energetic al acestora am stabilit că, ele acoperă în diferite proporții necesarul din norma zilnică a unui copil cu vârsta cuprinsă între 7 și 10 ani. Conform recomandărilor metodice privind organizarea alimentației echilibrate în instituțiile pentru copii se cere ca masa oferită în instituțiile preuniversitare să acopere 20% din norma fiziologică de consum alimentar zilnic. Astfel, masa pe care o consumă în medie elevii acoperă din necesarul zilnic proteine totale 159,1%, inclusiv proteine de origine

animală 98,3%, lipidele 138,6% și glucidele 159,3%. Rația calorică este acoperită cu 146,3% din necesarul zilnic de energie, acoperind norma valorii energetice de 20% a dejunurilor.

Cantitatea de microelemente din masa servită în instituțiile preuniversitare acoperă norma zilnică în cote de: calciu 82,2%, fosfor 98,9%, magneziu 205%, fier 283,3%.

Cantitatea de vitamine pe care o acoperă masa servită în cantinele școlare este de: vitamina C 153,3%, vitamina B1 179,2%, vitamina B2 103,6%, vitamina PP 123,7% și vitamina A 355% (tab. A12.5.).

Compararea datelor din meniurile din perioada de toamnă și cu cele din perioada de iarnă am stabilit o diferență. Se mărește cantitatea proteinelor consumate în perioada de toamnă (cota devierii proteinelor în iarnă a fost de -33,2% pe când în toamnă de +59,1%). O îmbunătățire a situației se observă și în cazul lipidelor, când în iarnă cota devierii era de +102,6% iar în toamnă de +38,6%. Invers proporțională este în cazul glucidelor, unde în iarnă atinge cota devierii de +32,9% iar în toamnă de +59,3%. Cota devierii valorii energetice în toamnă este mai scăzută de 2,5 ori față de cea din meniurile de iarnă unde, în toamnă este de +46,3% iar în iarnă au fost +103,8%.

Microelementele sporesc în cantitate în meniurile din toamnă, calciu cu o cotă de deviere în iarnă de - 36,03%, iar în toamnă de -17,8%; fosforul în iarnă a avut o cotă de deviere de - 21,9%, iar în toamnă cota de derivare are doar de -1,1%. Vitamina C este într-o cantitate mult mai bună în meniurile din toamnă. Astfel în meniurile din iarnă cota devierii ei era negativă de - 49,8%, iar în meniurile din toamnă devine pozitivă de +53,3%.

Scopul aprecierii rațiilor zilnice sunt: verificarea cantității necesare de materie primă a produselor și corespunderii rațiilor normelor fiziologice Prin investigațiile de laborator de dejunului ce au fost alimentați elevii claselor primare din instituțiile preuniversitare din localitățile rurale, cuprinse în studiu, am constatat, că valoarea teoretică calculată constituie $606,8 \pm 110,3$ kcal, valoarea calorică minim admisibilă constituie $576,1 \pm 107,4$ kcal, valoarea calorică reală consumată de elevi a constituit $584,2 \pm 117,4$ kcal. Componenta chimică a glucidelor conform recepturii constituie $79,6 \pm 16,68$ gr, componenta reală constituie $75,0 \pm 19,6$ gr. Componenta chimică a proteinelor conform recepturii constituie $19,3 \pm 6,5$ gr, componenta reală constituie $16,8 \pm 5,7$ gr. Componenta chimică a lipidelor conform recepturii constituie $18,4 \pm 8,5$, componenta reală constituie $16,3 \pm 9,2$. În concluzie putem menționa, că în general cantitatea necesară de calorii este acoperită din conținutul produselor făinoase. Raportul dintre P:L:G este de 1:1:4,5 iar norma fiziologică este de 1:1:4. Raportul de calciu și fosfor are devieri de 1:2,5 norma fiziologică fiind de 1:1,5. Nu sunt acoperite normele fiziologice ale elementelor minerale.

Prin anchetarea elevilor din familiile temporar dezintegrate în comparație cu elevii din familiile complete am obținut următoarele răspunsuri, și anume: la întrebările ai mâncat fructe ieri elevii din familiile complete au confirmat în 87,1%, dar elevii din familiile temporar dezintegrate au confirmat în 43% (95% ÎÎ 37,91-49,8; $p<0,0001$); ai mâncat produse din patiserie ieri: elevii din familiile complete au confirmat în 81%, dar elevii din familiile temporar dezintegrate au confirmat în 84% (95% ÎÎ -2,3347-8,2283; $p=0,2675$) ; ai mâncat ieri pește: elevii din familiile complete au confirmat în 21,4%, dar elevii din familiile temporar dezintegrate au confirmat în 12,1% (95% ÎÎ 4,1092-14,3699; $p=0,0005$); ai mâncat ieri legume: elevii din familiile complete au confirmat în 67,2%, dar elevii din familiile temporar dezintegrate au confirmat în 41,1% (95% ÎÎ 19,2579-32,6021; $p<0,0001$); ai mâncat ieri fructe: elevii din familiile complete au confirmat în 43,2% elevii din familiile temporar dezintegrate au confirmat în 27,8% (95% ÎÎ 8,7612-21,8074; $p<0,0001$); ai mâncat ieri dulciuri: elevii din familiile complete au confirmat în 34,6%, dar elevii din familiile temporar dezintegrate au confirmat în 67,9% (95% ÎÎ 26,54597; $p<0,0001$); ai mâncat ieri hrană grasă: elevii din familiile complete au confirmat în 45,3%, dar elevii din familiile temporar dezintegrate au confirmat în 56,3% (95% ÎÎ 4,0445-17,8038; $p=0,002$); ai mâncat ieri bucate din carne: elevii din familiile complete au confirmat în 78,9%, dar elevii din familiile temporar dezintegrate au confirmat în 80,1% (95% ÎÎ -4,4704-6,7663; $p=0,6758$); ai consumat ieri băuturi energizante: elevii din familiile complete au confirmat în 21,6%, dar elevii din familiile temporar dezintegrate au confirmat în 54,3% (95% ÎÎ 26,1345-38,8873; $p<0,0001$).

În concluzie putem menționa, că prin anchetarea elevilor privind consumul de produse alimentare s-a constatat, că elevii din familiile temporar dezintegrate sunt cu mult mai expuși impactului factorului alimentar. Evaluarea particularităților cantitative și calitative a alimentației elevilor investigați denotă, că rația alimentară din instituțiile preuniversitare, în cele mai frecvente cazuri, nu compensează deficiențele constatate.

4.4. Comportamentul cu risc de sănătate

- ***Consumul de tutun la elevii din instituțiile preuniversitare***

Studiul a avut la bază determinarea incidenței fumatului în rândul elevilor din clasele gimnaziale și liceale din localitățile rurale din regiunile de nord, centru și sudul al Republicii Moldova. S-a efectuat anchetarea anonimă care a inclus termeni referitori la consumul de tutun printre rândurile elevilor.

Datele studiului relevă că 3,2% dintre fete și 14% dintre băieții claselor gimnaziale și 12,2% dintre fete și 61,1% dintre băieții din clasele liceale au fumat cel puțin o țigară în întregime (fig. 4.1).

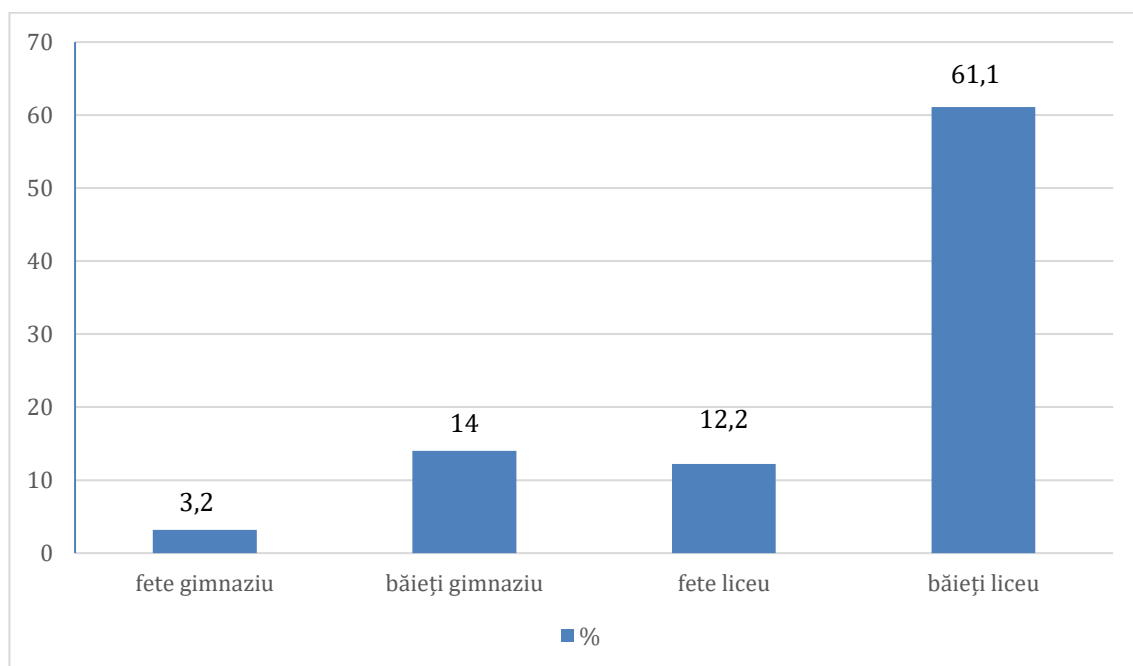


Fig. 4.1. Distribuția elevilor ce au fumat cel puțin o țigară (%)

Reieșind din cele menționate anterior, observăm că consumul de tutun se majorează odată cu majorarea vârstei elevilor. Rata cea mai mare se înregistrează printre băieții din clasele liceale, depășind cu 47,1% pe băieții din clasele gimnaziale.

Distribuția procentuală a elevilor care au fumat cel puțin o țigară în întregime, pe sexe denotă, că debutul fumatului la vârsta mai mică de 9 ani se înregistrează mai des la băieți – 5,8%, față de fete – 1,2%. Din numărul total de elevi liceeni ce fumează, o țigară întreagă pentru prima dată s-a fumat la vârsta de 15-16 ani 23,7%.

Printre rândurile elevilor din clasele gimnaziale au fumat vreodată în mod regulat cel puțin o țigară zilnic timp de 30 zile 0,8% fete și 3,3% băieți, iar în rândul elevilor din clasele liceale s-au înregistrat 2,1% fete și 19,8% băieți.

Cea mai fragedă vârstă, printre elevii claselor gimnaziale, la care se fumează în mod regulat cel puțin câte o țigară în zi este vârsta mai mică de 9 ani 45,5% elevi, 14,6% pentru vârsta de 9-10 ani, 21,8% pentru 11-12 ani, 14,5% pentru 13-14 ani.

Distribuția adolescenților, în dependență de vârstă, la care au început să fumeze țigări în mod regulat ne-a demonstrat, că ponderea cea mai mare a celei mai fragede vârste la care se fumează în mod regulat cel puțin câte o țigară în zi la elevii claselor liceale este vârsta de 15-16 ani 35% elevi, urmată de vârsta 17-18 ani cu 25%, 12,5% pentru vârsta mai mică de 9 ani.

În dependență de numărul de zile în ultimele 30 zile dintre elevii fumători din clasele gimnaziale 0,8% elevi au fumat în toate aceste zile, 3,6% elevi au fumat 1-2 zile din ele, 1,0% dintre ei fumează de la 3-29 zile. Dintre fumătorii din clasele liceale 23,5% elevi au fumat în toate aceste zile, 26,4% elevi au fumat 1-2 zile din ele, câte 6,6% dintre ei fumează de la 3-5 zile și 20-29 zile și câte 8,5% dintre ei fumează de la 6-9 zile și 10-19 zile.

Următoarea întrebare a vizat numărul țigărilor fumate pe zi în ultimele 30 de zile premergătoare studiului. Numărul țigărilor fumate pe zi în ultimele 30 zile printre elevii din clasele gimnaziale s-a determinat că 2,3% elevi fumează mai puțin de o țigară pe zi, 2,3% fumează de la 1-20 țigări/zi, 0,5% elevi fumează mai mult de 20 țigări/zi.

Printre fumătorii din clasele liceale s-a constatat că 22,9% elevi fumează 2-5 țigări pe zi, 16,7% fumează mai puțin de o țigară/zi și 3,1% elevi fumează mai mult de 20 țigări/zi în ultimele 30 zile.

Cele mai frecvente motive din care se fumează sunt: în 16,7% cazuri fumatul contribuie la buna dispoziție și înlătură stresul; 9,5% când se găsesc între persoane care fumează, nu dorește să creeze opinie separată; 20,6% din alte motive.

Cel mai frecvent elevii, care fumează, au menționat că 53,9% elevi fumează cu prietenii și numai 7,1% elevi fumează singuri. Numai la 18,3% de elevi li s-a cerut să dovedească vârsta când au procurat țigări.

Rezultatele anchetării elevilor din localitățile rurale din familiile temporar dezintegrate comparativ cu elevii din familiile complete privind consumul de tutun au stabilit diferențe esențiale între aceste loturi. Vârsta la care elevii au început să fumeze o țigară întreagă pentru prima dată până la 9 ani – 5,9% la elevii din familiile temporar dezintegrate față de 2,8% la elevii din familiile complete, 9-10 ani respectiv 4,2% și 2,4%, 11-12 ani respectiv 3,8% și 2,6%, 13-14 ani respectiv 4,8% și 3,5%, 15-16 ani respectiv 10,7% și 10,5%, 17-18 ani respectiv 4,8% și 4,9%, 19-20 ani respectiv 0,7% și 0,2%. La întrebarea ai fumat vreodată în mod regulat, adică cel puțin o țigară zilnic în timp de 30 zile au răspuns că da 10,8% din elevii din familiile temporar dezintegrate și 10,5% elevii din familiile complete.

La ce vârstă ai început să fumezi țigări în mod regulat (cel puțin o țigară zilnic, timp de 30 zile) s-a stabilit, că elevii din familiile temporar dezintegrate cu vârsta de 15-16 ani - 4,6% la elevii din familiile complete -3,4%, apoi urmează vârsta de 17-18 ani respectiv cu 3,9% și 3,2%. La întrebarea în ultimile 30 zile în câte zile ai fumat țigări: nici o țigară 86,9% elevii din familiile temporar dezintegrate față de 88,2% elevi din familii complete, cele mai multe zile elevii din familiile temporar dezintegrate 5,5% au fumat 1-2 zile, apoi 2,1% 20-30 zile, 1,7% 6-9 zile,

1,0% 10-19 zile. Elevii din familiile complete au fumat în toate cele 30 zile 4,3%, 1-2 zile 3,2%, 3-5 zile 1,6%, 10-19 zile 1,4%, 6-9 zile 0,9%, 20-29 zile 0,5%.

În ultimile 30 zile câte țigări ai fumat pe zi: 88,6% nu au fumat din elevii din familiile temporar dezintegrate și 89,9% elevi din familiile complete, cel mai des se fumează de la 2-5 țigări pe zi (4,8%) elevii din familiile temporar dezintegrate, apoi 2,8% mai puțin de o țigară pe zi, 2,1% o țigară pe zi, 1,4% 6-10 țigări pe zi, 0,3% 11-20 țigări pe zi. La elevii din familiile complete este o situație mai favorabilă, și anume 2,7% fumează 11-20 țigări pe zi, 2,3% mai puțin de o țigară pe zi, 2,1% 2-5 țigări pe zi, 1,6% 6-10 țigări pe zi, 1,4% o țigară pe zi, 0,7% mai mult de 20 țigări pe zi.

Din ce motive fumezi am obținut următoarele răspunsuri: elevii din familiile temporar dezintegrate 3,3% din diferite motive, 3,0% fumatul contribuie la buna dispoziție, 2,6% când mă găsesc între persoane care fumează, nu vreau să creez opinie separată, 0,7% pentru a depăși situații conflictuale în familie, la școală, cu prietenii, 0,4% comunic mai ușor cu prietenii, pentru că îmi place aroma țigării, pentru că sunt o persoană timidă. Pe elevii din familiile complete îi motivează să fumeze: din diferite motive 4,0%, 3,3% fumatul contribuie la buna dispoziție, 1,2% când mă găsesc între persoane care fumează, nu vreau, să creez opinie separată, 1,0% pentru a depăși situații conflictuale în familie, la școală, cu prietenii, 0,7% când fumez mai ușor comunic cu prietenii, 0,5% pentru că îmi place aroma de țigări, pentru că sunt o persoană timidă.

Unde fumezi, la această întrebare am obținut următoarele răspunsuri: elevii din familiile temporar dezintegrate - 3,6% în diferite locuri, 2,5% în discotecă, bar, restaurant, 1,8% acasă, 1,1% pe stradă în parc, 0,4% în incinta școlii, la altcineva acasă. Tot la această întrebare elevii din familiile complete au răspuns în felul următor: 3,3% în discotecă, bar, restaurant, 3,1% în diferite locuri, 1,7% pe stradă, în parc, 1,0% acasă, 0,5% în incinta școlii, 0,2% la altcineva acasă. La întrebarea cu cine fumezi, am obținut următoarele rezultate: elevii din familiile temporar dezintegrate 9,2% cu prietenii, 0,7% singur, 0,4% cu colegii, 0,4% cu familia; elevii din familiile complete: 9,3% cu prietenii 1,6% pe stradă, în parc, 0,7% cu colegii, 0,2% cu familia.

- ***Consumul de alcool la elevii din instituțiile preuniversitare din localitățile rurale***

În rezultaul anchetării elevilor din clasele a 9-12-a din instituțiile de învățământ preuniversitare din localitățile rurale privind consumul de alcool denotă un șir de probleme la elevii din familiile temporar dezintegrate mai accentuate comparative cu elevii din familiile complete. La ce vîrstă ai băut pentru prima data alcool mai mult de cîteva înghițituri: elevii din familiile temporar dezintegrate au confirmat în 37,0% la vîrsta de 15-16 ani, față de 35,7% la elevii din familiile complete (95%, ÎI -8,535-11,276; $p=0,7989$), mai mare este ponderea și la

vârsta de 17-18 ani ce constituie 13,5% (12,0%) (95% ÎÎ -5,3081-8,7971; p=0,6706), la vârsta de 13-14 ani constituie 4,5% (3,4%) (95%, -3,02-5,92; p=0,59), la vârsta de 9-10 ani constituie 3.5% (3,2%) (95%, ÎÎ -3,5793-4,8146; p=0,8748) (tab. 4.5).

Tabelul 4.5. Consumul de alcool la elevii din instituțiile preuniversitare din localitățile rurale

Elevi din familii		dezintegrate	complete
La ce vîrstă ai băut prima dată alcool	15-16 ani	37,0%	35,7%
	17-18 ani	13,5%	12,0%
	13-14 ani	4,5%	3,4%
	9-10 ani	3,5%	3,2%
Din ce motive:	ocazii festive și oficiale	19,1%	17,7
	cînd mă găsesc între persoane ce consumă alcool	9,8%	4,7%
	buna dispoziție	15,0%	17,7%
	diferite motive	11,4%	17,7%

În ultimele 30 zile în câte zile ai consumat cel puțin o înghițitură de alcool: ponderea elevilor din familiile temporar dezintegrate este mai sporită la consumul de 3-5 zile (9,4%) și 6-9 zile (5,9%), comparativ cu elevii din familiile complete 9,0% (95% ÎÎ -5,5226-6,8595; p=0,8961) și 4,3% (95% ÎÎ -2,9876-6,8852; p=0,4884). Ce băuturi alcoolice consumați de obicei: elevii din familiile temporar dezintegrate 27,2% bere, 20,7% șampanie, 11,4% vin, 2,2% vodcă, coniac, etc., elevii din familiile complete 26,1% (95% ÎÎ -7,9071-10,3861; p=0,8145) bere, 20,4% (95% ÎÎ -7,91-8,88; p=0,94) șampanie, 15,4% (95% ÎÎ -3,3313-10,8688; p=0,2731) vin, 1,8% (95% ÎÎ -2,7818-4,2776; p=0,7863) vodcă, coniac, etc. Până în prezent de câte ori te-ai îmbătat: elevii din familiile temporar dezintegrate 28,9% 1-2 ori, 11,3% 3-5 ori, 4,5% 6-9, 4,5% 10-19 ori, comparativ cu elevii din familiile complete 26,0% (95% ÎÎ -6,2225-12,2493; p=0,5394) 1-2 ori, 12,9% (95% ÎÎ -5,5029-8,2245; p=0,6453) 3-5 ori, 5,1% (95% ÎÎ -4,4392-5,1093; p=0,7923) 6-9 ori, 4,4% (95% ÎÎ -4,2587-5,0523; 0,9635) 10-19 ori.

Din ce motive consumi băuturi alcoolice: elevii din familiile temporar dezintegrate 19,1% pentru că face parte integrantă din ocaziile festive și oficiale, 15,0% consumul de alcool contribuie la buna dispoziție și înlătură stresul, 11,4% din diferite motive, 9,8% cînd mă găsesc între persoane care consumă alcool și nu vreau să creez opinie separată; comparativ cu elevii din familiile complete 17,7% (95% ÎÎ -5,2203-10,1664; p=0,4937) consumul de alcool contribuie la buna dispoziție și înlătură stresul, 17,1% (95% ÎÎ -5,8499-10,2421; p=0,6235) pentru că face

parte integrată din ocaziile festive și oficiale, 16,3% (95% ÎÎ -2,5056-11,8444; p=0,1862) din diferite motive, 4,7% (95% ÎÎ -0,2235-11,1859; p=0,0575) când mă găsesc între persoane care consumă alcool și nu vreau să creez opinie separată. Unde consumi alcool: elevii din familiile temporar dezintegrate 35,2% în discotecă, bar, restaurant, 14,5% acasă, 5,3% în diferite locuri, 3,5% la altcineva acasă, 0,9% pe stradă, în parc; elevii din familiile complete 34,1% (95% ÎÎ -8,62-10,9897; p=0,8275) în discotecă, bar, restaurant, 14,9% (95% ÎÎ -7,2516-7,5932; p=0,9153) acasă, 7,7% (95% ÎÎ -3,1465-7,516; p=0,3651) în diferite locuri. Cu cine consumi alcoolul: elevii din familiile temporar dezintegrate 42,9% cu prietenii, 7,1% cu familia, 3,0% cu colegii; elevii din familiile complete 45,0% cu prietenii (95% ÎÎ -8,1676-12,2267; p=0,6903), 11,2% cu familia (95% ÎÎ -2,1916-9,9726; p=0,1868), 2,2% cu colegii (95% ÎÎ -2,6848-5,0241; p=0,632).

- ***Activitatea motrică a elevilor din clasele gimnaziale și liceale***

Conform studiului realizat s-a constatat că doar 20,3% din elevii din instituțiile de învățământ preuniversitar din localitățile rurale obișnuiesc zilnic, cel puțin 20 de minute să îndeplinească exerciții fizice de intensitate înaltă. 17,6% - doar o singură zi din cele 7 zile, 15,6% - 2 zile, 12,1% - 3 zile, 7,2% - 4 zile, 5,4% - 5 zile, 2,5% - 6 zile (fig. 4.2). Spre regret, 19,3% din elevii anchetați nu manifestă un viu interes față de mișcare și exerciții fizice. S-a constatat de asemenea că băieții au o activitate fizică mai înaltă (din totalul de 658 de băieți - 209 execută zilnic exerciții fizice, 31,7%), comparativ cu fetele (din totalul de 732 de fete - 82 sunt foarte active îndeplinind zilnic cei puțin 20 de minute exerciții fizice, 11,1%, (95%, ÎÎ 16,35-24,8, p<0,0001). Cel mai înalt nivel de implicare a elevilor în activitatea fizică s-a semnalat în clasele gimnaziale a V-a - IX-a.

Activitatea motrică a elevilor este realizată atât prin complexe de exerciții cât și prin desfășurarea jocurilor dinamice, care contribuie vădit la formarea priceperilor și deprinderilor de bază ca: mersul corect, alergarea economică, săritura, aruncarea, lovirea mingii etc. În timpul jocurilor crește starea emoțională a copiilor, se dezvoltă voința și spiritul de colectivism, toate contribuind la dezvoltarea armonioasă a organismului în creștere. Analiza și evaluarea rezultatelor cercetării denotă că în timpul ultimelor 12 luni, 4,8% din elevii anchetați nu s-au implicat în activități sportive extrașcolare, 13,8% participând doar la un singur meci, 10% - 2 meciuri și 27,4% - la trei meciuri și mai multe.

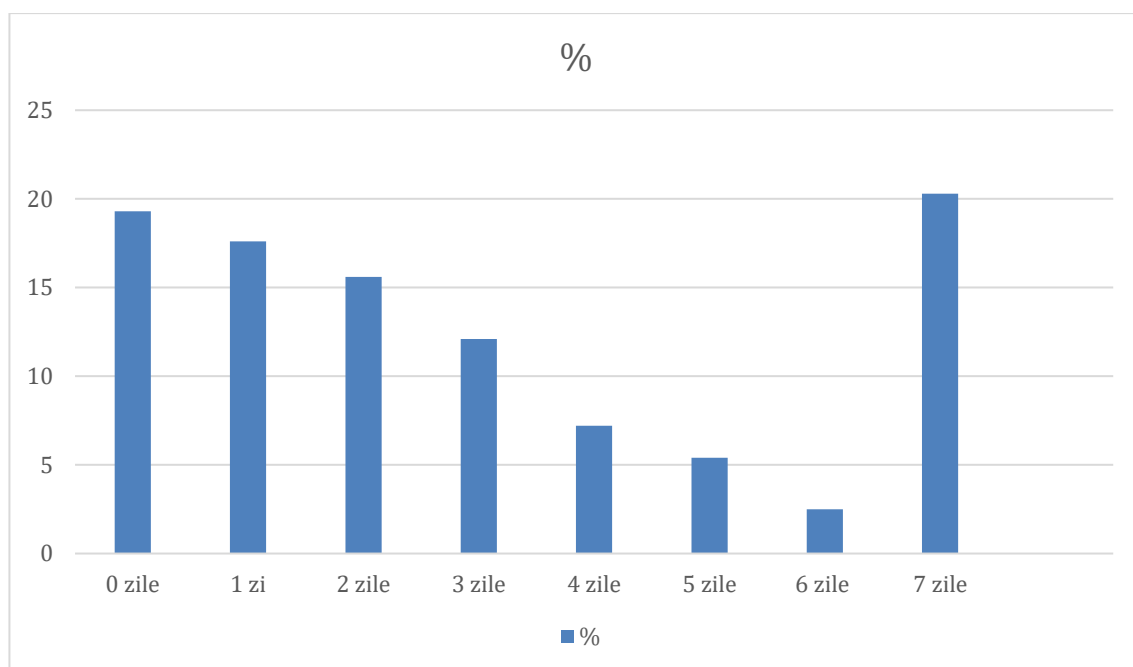


Fig. 4.2. Distribuția intervievaților în funcție de activitatea motrică realizată în ultimele 7 zile

Din aceste date reiese că elevii nu manifestă inițiativă și pasiune în acest sens și sunt destul de pasivi, eschivând-se de la activitățile sportive extrașcolare.

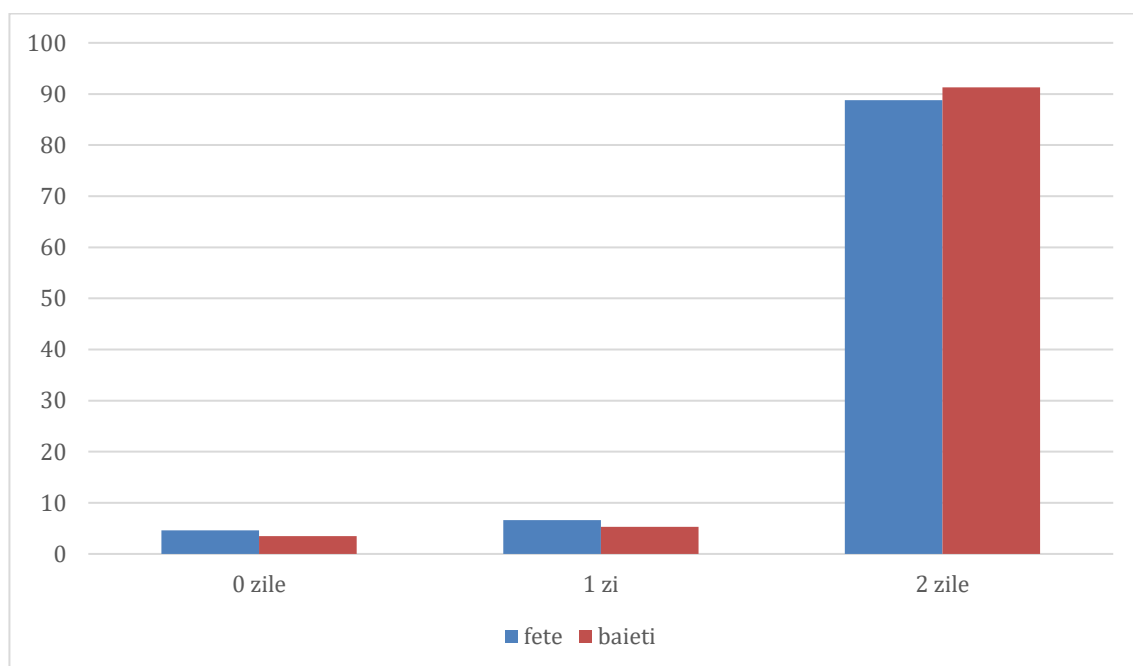


Fig. 4.3. Distribuția respondenților conform participării la orele de educație fizică din școală, în funcție de sex

Potrivit curriculei școlare pentru lecțiile de educație fizică sunt prevăzute două ore pe săptămână. Din punct de vedere al participării la orele preconizate în orar, studiul arată că elevii din mediile rurale au o frecvență destul de bună constituind 89,8%. Absenteismul [53] definitiv

a fost indicat de 4,1% din respondenți motivând prezența patologiilor incompatibile cu activitățile sportive. Diferențe marcante în ceea ce privește participarea la orele de educație fizică în funcție de sex nu s-au semnalat (fig. 4.3).

Cei mai mulți (33,1%) specifică faptul că obișnuiesc, în cadrul lecției de educație fizică să execute - activități sportive de intensitate înaltă timp de 10-20 de minute, 29,0% - mai mult de 30 de minute, 11,6% - până la 30 de minute, iar 24,1% - mai puțin de 10 minute.

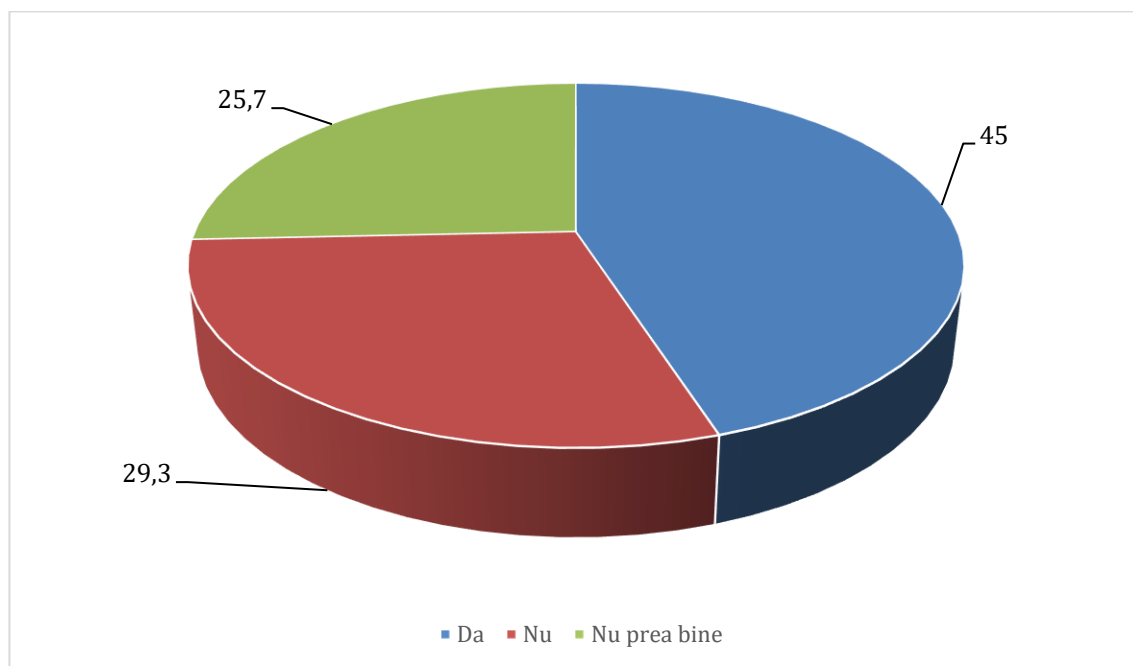


Fig. 4.4. Distribuția respondenților conform abilităților de înot.

Astăzi instituțiile de învățământ din localitățile rurale nu au posibilitatea de a deprinde tehnicile înotului în bazinele amenajate ale școlii și nu pot fi instruiți de către antrenori pregătiți. Din păcate, această oportunitate nu există pentru elevii din școlile rurale, iar abilitatea de a înota, elevii o deprind în timpul petrecerii timpului liber în preajma lacurilor, râurilor și a bazinelor de acumulare. Din totalul de respondenți intervievați 45,0% declară faptul că pot bine înota, 25,7% - cunosc doar câteva procedee, iar 29,3% - nu știu să înoate (fig. 4.4). Studiile au scos în evidență că, 71,7% de băieți din mediul rural cunosc să înoate și doar 8,7% nu au deprins această formă de activitate fizică. Capacitatea de a înota la fete față de băieți este într-un procentaj mult mai mic constituind 24,0%, (95% ÎI 42,46-52,49; $p < 0.0001$) aproape jumătate din ele (45,5%) indicând lipsa deprinderilor mișcărilor specifice mediului acvatic.

Conform anchetării elevilor din familiile temporar dezintegrate și a elevilor din familiile complete, privind dacă știu să înoate, am obținut următorul rezultat: elevii din familiile temporar dezintegrate 48,9% știu să înoate, 33,5% nu știu să înoate, 17,6% nu prea știu să înoate comparativ cu elevii din familiile complete 46,8% știu să înoate (95% ÎI -3,59-7,78; $p = 0,47$),

33,6% nu știu să înoate (95% ÎI -5,3-5,46; $p=0,97$), 17,6% nu prea știu să înoate (95% ÎI -4,39-4,32; $p=1,0$).

Comparând răspunsurile loturilor din studiu a elevilor din familiile temporar dezintegrate și a elevilor din familiile complete prin chestionare am stabilit următoarele: în câte zile din ultimele șapte ai făcut exerciții fizice sau activități sportive (înot, tenis, ciclism, dans sportiv, alergare etc.) pentru cel puțin 20 minute în cursul cărora ai transpirat și ai respirat mai greu. Elevii din familiile temporar dezintegrate - 19,7% nici o zi, 18,7% - 7 zile, 15,8% - 2 zile, 15,5% - 1 zi, 13,0% - 3 zile, 6,7% - 4 zile, 5,6% - 5 zile, 4,9% - 6 zile și respectiv elevii din familiile complete 19,5% 7 zile, 19,3% nici o zi, 17,7% 1 zi, 15,2% 2 zile, 13,1% 3 zile, 7,1% 4 zile, 5,5% 5 zile, 2,5% 6 zile.

În timpul ultimelor 12 luni la câte meciuri jucate în echipa școlii sau în alte echipe ai luat parte: elevii din familiile temporar dezintegrate 56,2% la nici un meci, 25,3% trei și mai multe meciuri, 10,8% 2 meciuri, 7,6% un meci, comparativ cu elevii din familiile complete 48,6% nici la un meci, 27,8% la 3 și mai multe meciuri, 12,0% două meciuri, 11,5% la un meci. În câte zile pe săptămână participi la orele de educație fizică la școală: elevii din familiile temporar dezintegrate 88,7% două zile, 7,1% o zi, 4,2% nici o zi. În timpul unei ore de educație fizică, câte minute sportive: elevii din familiile temporar dezintegrate: 34,6% de 10 până la 20 minute, 24,9% mai mult de 30 minute, 23,5% mai puțin de 10 minute, 13,8% de la 21 până la 30 minute, 3,1% nu merg la orele de educație fizică și comparativ cu elevii din familiile complete 36,4% de la 10 până la 20 minute, 27,7% mai mult de 30 minute, 20,7% mai puțin de 10 minute, 13,4% de la 21 până la 30 minute, 1,8% nu merg la orele de educația fizică.

4.5. Evaluarea interdependențelor dintre unii factori de risc și indicii stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate

Fenomenul migrației temporare a părinților poate avea un impact asupra stării de sănătate a elevilor atât direct, prin afectarea stării psiho-emoționale, cât și indirect prin amplificarea acțiunii factorilor de risc: comportamentali, alimentari, ambientali etc. Din aceste considerente, în continuare, vom prezenta analiza și evaluarea rezultatelor obținute privind interrelațiile dintre indicii stării de sănătate a elevilor și unii factori de risc, utilizând metoda de calcul a coeficientului de corelație liniară Bravias Pearson. Determinarea legăturilor de corelație s-a efectuat atât în cohorta experimentală, cât și în cea de control.

Astfel, la prima etapă am studiat interrelațiile dintre indicii stării de sănătate a elevilor și factorii de risc comportamentali (tab. 4.6). În grupul elevilor din familiile temporar dezintegrate numărul elevilor ce frecvent consumă alcool a corelat direct mediu cu frecvența prin bolile

aparaturii respirator ($r=0,41$ (95%, $\hat{I} -0,91 - 0,98$, $P=0,59$)) și tulburărilor mintale ($r=0,40$ (95%, $\hat{I} -0,91 - 0,98$, $P=0,6$)).

Tabelul 4.6. Gradul de corelație dintre unii indici comportamentali și grupele de boli cele mai des întâlnite în loturile de cercetare

Forme nozologice	Consum alcool (r)		Consum tutun (r)		Consum droguri (r)	
	Exp.	Con.	Exp.	Con.	Exp.	Con.
Bolile endocrine	-	0,47	-	-	-	0,90
Bolile sistemului nervos	-	0,30	-	0,32	-	0,87
Bolile ap. genito-urinar	-	-	-	0,97	0,82	-
Bolile aparat respirator	0,41	-	0,65	0,97	0,56	-
Bolile sist. osteo-articular	-	-	-	0,96	-	-
Bolile aparat circulator	-	0,26	-	-	-	0,62
Bolile aparat digestiv	-	-	0,40	0,99	0,84	-
Tulburări mentale	0,40	-	0,38	-	-	-

În grupul elevilor din familiile complete consumul frecvent a alcoolului a corelat direct mediu cu bolile endocrine ($r=0,47$ (95%, $\hat{I} -0,88 - 0,98$, $P=0,53$)), bolile sistemului nervos ($r=0,47$ (95%, $\hat{I} -0,93 - 0,98$, $P=0,7$)) și bolile aparatului circulator ($r=0,26$ (95%, $\hat{I} -0,93 - 0,98$, $P=0,72$)).

Practicarea fumatului în cohorta experimentală a corelat direct mediu cu bolile aparatului respirator ($r=0,65$ (95%, $\hat{I} -0,83 - 0,99$, $P=0,35$)), aparatul digestiv ($r=0,40$ (95%, $\hat{I} -0,91 - 0,98$, $P=0,6$)) și cu tulburările mintale și de comportament ($r=0,38$ (95%, $\hat{I} -0,91 - 0,90$, $P=0,6$)). De asemenea acest factor de risc în cohorta de control a corelat direct puternic cu bolile aparatului genito-urinar, bolile aparatului respirator, bolile sistemului osteo-articular și bolile aparat digestiv, indicele de corelație (r) constituind, corespunzător, 0,97 (95%, $\hat{I} 0,15 - 1,0$, $P=0,03$), 0,97 (95%, $\hat{I} 0,08 - 1,0$, $P=0,03$), 0,96 (95%, $\hat{I} 0,05 - 1,0$, $P=0,035$) și 0,99 (95%, $\hat{I} 0,49 - 1,0$, $P=0,01$).

Ponderea utilizării drogurilor în rândul elevilor din mediul rural este următoarea: la întrebarea la ce vîrstă ai încercat un drog pentru prima dată elevii din familiile temporar dezintegrate au răspuns următoarele - 1,4% la mai puțin de 9 ani, 0,7% la 15-16 ani, 0,7% la 17-18 ani, față de elevii din familiile complete - 0,2% la mai puțin de 9 ani, 0,7% la 15-16 ani, 1,1% la 17-18 ani. În total, din elevii din clasele a 9-12-a anchetați din familiile temporar dezintegrate ce nu au încercat niciodată droguri constituie 97,2%, față de 98,0% elevi din familiile complete.

Utilizarea drogurilor în rândul elevilor din familiile temporar dezintegrate a prezentat corelații directe puternice cu bolile aparatului genito-urinar ($r=0,83$ (95%, ÎÎ -0,65 – 1,0, $P=0,2$)) și aparatului digestiv ($r=0,84$ (95%, ÎÎ -0,62 – 1,0, $P=0,16$)), și corelații directe medii cu bolile aparatului respirator ($r=0,56$ (95%, ÎÎ -0,87 – 0,99, $P=0,44$)). În grupul elevilor din familii complete acest factor a corelat direct puternic cu bolile endocrine ($r=0,89$ (95%, ÎÎ -0,46 – 1,0, $P=0,1$)), bolile sistemului nervos ($r=0,87$ (95%, ÎÎ -0,56 – 0,99, $P=0,13$)) și bolile aparatului circulator ($r=0,62$ (95%, ÎÎ -0,84 – 0,99, $P=0,38$)).

Un alt factor de risc, care poate influența starea de sănătate a elevilor și poate fi amplificat de fenomenul migrației temporare a părinților este factorul alimentar. Unele interrelații a indicilor factorului alimentar cu indicii stării de sănătate a elevilor este prezentat în tabelul 4.7.

Astfel, s-a constatat o corelație directă puternică între bolile aparatului genito-urinar, respirator, digestiv și carența legumelor în alimentația elevilor din familiile dezintegrate, unde indicele de corelație (r) a constituit, respectiv, 0,80 (95%, ÎÎ -0,69 – 1,0, $P=0,2$), 0,99 (95%, ÎÎ 0,96 – 1,0, $P=0,0007$) și 0,91 (95%, ÎÎ -0,43 – 1,0, $P=0,095$). În cohorta de control interrelații ale indicilor stării de sănătate și carența legumelor în alimentație nu s-a înregistrat. Aceeași legitate se constată și la valorile interrelațiilor dintre starea de sănătate a elevilor și carența în alimentare a legumelor.

Tabelul 4.7. Gradul de corelație dintre unii indici alimentari și grupele de boli cele mai des întâlnite în loturile de cercetare

	Carență legume (r)		Carență fructe (r)		Surplus dulciuri (r)		Surplus Grăsimi (r)		Utiliz. băut. energizante	
	Exp.	Con	Exp.	Con	Exp.	Con	Exp.	Con	Exp.	Con
Bolile endocrine	-	-	-	-	-	0,42	-	0,92	0,49	-
Bolile sistemului nervos	-	-	-	-	-	0,62	-	0,63	0,31	-
Bolile ap. genito-urinar	0,80	-	-	-	0,39	0,63	0,63	-	-	-
Bolile aparat respirator	0,99		0,59		0,26	0,33	0,55	-	-	-
Bolile sist. osteo-articular	-	-	-	-	-	0,38	-	-	0,33	-
Bolile aparat circulator	-	-	-	-	-	-	-	0,85	0,79	-
Bolile aparat digestiv	0,91	-	-	-	-	0,45	0,39	-	-	-
Tulburări mentale		-	0,89	0,30	0,60	-	0,51	-	0,63	-

Utilizarea excesivă a dulciurilor la elevii din familiile temporar dezintegrate a corelat direct mediu cu aparatul genito-urinar ($r=0,39$ (95%, ÎÎ -0,91 – 0,98, $P=0,60$)), respirator ($r=0,26$

(95%, ÎI -0,93 – 0,98, P=0,74)) și cu tulburările mentale ($r=0,60$ (95%, ÎI -0,85 – 0,99, P=0,40)). La elevii din familiile complete consumul excesiv al dulciurilor a corelat cu o gamă mai vastă de maladii, și anume: cu bolile aparatului genito-urinar ($r=0,63$ (95%, ÎI -0,84 – 0,99, P=0,37)), sistemul nervos ($r=0,62$ (95%, ÎI -0,84 – 0,99, P=0,37)), aparatul digestiv ($r=0,44$ (95%, ÎI -0,90 – 0,98, P=0,56)) și endocrin ($r=0,42$ (95%, ÎI -0,90 – 0,98, P=0,58)).

Excesul de grăsimi în alimentația elevilor de asemenea pot influența starea de sănătate. Astfel, factorul menționat în lotul elevilor din cohorta experimentală a corelat direct cu bolile aparatului genito-urinar ($r=0,63$ (95%, ÎI -0,84 – 0,99, P=0,37)), sistemul respirator ($r=0,55$ (95%, ÎI -0,87 – 0,99, P=0,45)), aparatul digestiv ($r=0,39$ (95%, ÎI -0,91 – 0,98, P=0,61)) și tulburările mintale ($r=0,50$ (95%, ÎI -0,89 – 0,99, P=0,49)).

Elevii rămași fără tutela părintească în frecvente cazuri consumă în exces băuturi energizante, care la vârsta dată pot induce unele afecțiuni. Consumul în exces a băuturilor energizante în lotul elevilor din familiile temporar dezintegrate a corelat direct cu bolile aparatului circulator ($r=0,79$ (95%, ÎI -0,70 – 0,99, P=0,20)), tulburările mintale ($r=0,62$ (95%, ÎI -0,84 – 0,99, P=0,37)), bolile endocrine ($r=0,49$ (95%, ÎI -0,89 – 0,99, P=0,50)), sistemul osteo-articular ($r=0,33$ (95%, ÎI -0,92 – 0,98, P=0,67)) și nervos ($r=0,31$ (95%, ÎI -0,92 – 0,98, P=0,69)). La elevii din familiile complete interrelații dintre indicii stării de sănătate și frecvența utilizării băuturilor energizante nu s-au înregistrat.

Un alt factor de risc pentru sănătatea elevilor îl poate constitui starea și poluarea mediului din locuințe. Astfel am constatat, că nivelul umidității din încăperile de locuit a elevilor din familiile temporar dezintegrate a corelat direct puternic (tab. 4.8.) cu bolile aparatului circulator ($r=0,98$ (95%, ÎI 0,35 – 1,0, P=0,01)), osteo-articular ($r=0,76$ (95%, ÎI -0,75 – 0,99, P=0,24)), sistemul nervos ($r=0,73$ (95%, ÎI -0,77 – 0,99, P=0,27)) și bolile endocrine ($r=0,85$ (95%, ÎI -0,59 – 1,0, P=0,15)). În lotul experimental interrelații dintre factorul menționat și indicii stării de sănătate nu s-au constatat.

Evaluând interdependențele dintre nivelul temperaturii din încăperile de locuit și indicii stării de sănătate constatăm aceeași legătură ca și în cazul umidității.

Tabelul 4.8. Gradul de corelație dintre unii indici ai poluării mediului de locuit și grupele de boli cele mai des întâlnite în loturile de cercetare

	Umiditatea(r)		Temperatura (r)		Fungi (r)		Numărul de germeni (r)	
	Exp.	Con.	Exp.	Con.	Exp.	Con.	Exp.	Con.
Bolile endocrine	0,85	-	0,82	-	-	0,38	-	0,24
Bolile sistemului nervos	0,73	-	0,69	0,31	-	0,68	-	0,58

Bolile ap. genito-urinar	-	-	-	0,97	-	0,80	-	0,19
Bolile aparat respirator	-	-	-	0,96	-	-	0,32	-
Bolile sist. osteo-articular	0,76	-	0,71	0,97	-	-	-	-
Bolile aparat circulator	0,98	-	0,98	-	-	-	-	-
Bolile aparat digestiv	-	-	-	0,99	-	-	-	-
Tulburări mentale		0,88	0,25	-	-	-	-	-

Un factor nu mai puțin important este și poluarea încăperilor cu microorganisme și fungi. Numărul total de microorganisme din încăperile de locuit a corelat direct cu bolile aparatului respirator ($r=0,32$ (95%, ÎI -0,93 – 0,98, $P=0,68$)) la elevii din cohorta experimentală, de asemenea factorul menționat a corelat direct cu bolile aparatului genito-urinar ($r=0,20$ (95%, ÎI -0,94 – 0,97, $P=0,80$)), sistemului nervos ($r=0,58$ (95%, ÎI -0,86 – 0,99, $P=0,42$)) și bolile endocrine ($r=0,24$ (95%, ÎI -0,94 – 0,98, $P=0,76$)) la elevii din cohorta control.

Corelațiile obținute dintre prezența fungilor în încăperile de locuit și indicii stării de sănătate s-au înregistrat doar la elevii din familiile complete și au fost caracteristice pentru bolile endocrine ($r=0,38$ (95%, ÎI -0,91– 0,98, $P=0,62$)), bolile sistemului nervos ($r=0,68$ (95%, ÎI -0,81 – 0,99, $P=0,32$)) și aparatul genito-urinar ($r=0,20$ (95%, ÎI -0,94– 0,97, $P=0,78$)).

4.6. Promovarea sănătății în instituțiile de învățământ preuniversitar

- *Considerații privind nivelul de cunoaștere a elevilor a aspectelor referitor la stilul sănătos de viață*

Realizate în perioada preșcolară, deprinderile igienice vor fi consolidate și amplificate corespunzător în condițiile și conform cerințelor din perioada școlară (clasa I-IV).

Utilizând o mare diversitate de forme ca: 5 minute de control igienic, lecții educativ-sanitare în cadrul dirigenției, convorbiri cu elevii, difuzare de broșuri. Fixarea cunoștințelor transmise în cadrul lecțiilor, contribuie la creșterea nivelului de cultură sanitară a elevilor prin afișare de materiale educative, concursuri, filme, diafilme etc. se asigură. O activitate concordantă se impune în acest sens și familiei care trebuie să ofere copiilor condiții și comportament igienic corespunzător. Astfel în contextul celor spuse anterior, prezintă interes evaluarea cunoștințelor și abilităților copiilor școlarizați,

Prima întrebare adresată elevilor a fost “Poți să împrumuți căciula de la un prieten, dacă îți este frig?”. Analiza răspunsurilor a constatat că ”adevărat” au răspuns 25,4 % din chestionați, „fals” – 71,2 %, 3 % nu au dat răspuns.

Fiind întrebați „Rosul unghiilor cu dinții dăunează sănătății tale?” – 79,7% din respondenți au răspuns „adevărat”, pentru afirmația „fals” au optat 16,5%, iar 2% nu au dat răspuns.

Răspunsurile oferite la întrebarea „Trebuie să faci duș doar atunci când cineva îți indică acest lucru?” 8,5% din elevii chestionați au răspuns afirmativ, 88,1% au considerat fals. Aceste date demonstrează clar că elevii posedă cunoștințe înalte referitor la igiena corpului și sunt conștienți de faptul că anumite acțiuni trebuie să le practice fără o supraveghere strictă.

La întrebarea „Când te speli pe mâini? ”, după cum se observă din răspunsurile elevilor sunt mai variate. Mai frecvent e afirmația de fiecare dată când mâinile sunt murdare cu 45,8%, urmată de răspunsurile de fiecare dată când mâinile sunt murdare și înainte de masă cu 20,3 %.

O situație absolut distanțată atestăm pentru varianta *vizionarea emisiunilor televizate* la întrebarea “Care *din activități poate fi dăunătoare sănătății tale?*” unde sunt înregistrate 61,9% afirmații. Alte variante de răspuns - *exerciții fizice, toaleta de dimineață, plimbările* au cote de la 0,5% până la 7%. Reieșind din aceste date constatăm că elevii sunt bine informați la capitolul activităților ce pot influența starea lor de sănătate.

Cunoștințele anatomice ale elevilor au fost apreciate în baza unui desen anatomic, elevii fiind rugați să scrie organele indicate prin săgeată (I- creierul; II- inima). Însă s-a dovedit faptul că acesta este un capitol mult mai necunoscut pentru ei. Astfel, din numărul total de respondenți, 37,9% au indicat creier/inimă. De menționat că, cuvântul *creier* este prezent în 99,5% din cazuri, iar pentru suportul II- au mai indicat: ficat, piept, plămân, stomac. Se observă că pentru răspunsul creier/plămân au optat 48,3%.

Un interes deosebit prezintă răspunsurile date la întrebarea „*Numărul de telefon la care trebuie să apelezi serviciul de asistență medicală?*” Analiza afirmațiilor reprezentate atestă că majoritatea elevilor au indicat răspunsul corect indicând varianta 112. Acest răspuns demonstrează că 77,1% din chestionați în caz de necesitate vor alerta corect serviciul necesar. Însă, cu mare regret constatăm că 22,9% elevi nu sunt informați temeinic în privința problemei date. Menționăm că 6,5% nu au dat nuci un răspuns.

- ***Abilități igienice la elevii instituțiilor de învățământ preuniversitar din localitățile rurale***

Lotul de studiu a încadrat elevii cu vârstă 9-10 ani, din clasele a IV-a din diferite zone geografice a republicii, din mediul rural.

În scopul aprecierii cunoștințelor celor chestionați am elaborat un chestionar ce conține 8 întrebări, obținând astfel un studiu extensiv desfășurat cu caracter static.

Școala, prin specificul său, tinde spre diversificarea câmpului educațional, fapt care are o influență atât asupra elevului, cât și asupra cadrului didactic. Elevii desfășoară o activitate reglementată, restricționată de o serie de norme, caracteristice orientării normative a acestei instituții, dar fiind atins totodată și planul social-relațional.

În afară de un volum mare de lucru, principalii factori care au impact asupra stării de sănătate a elevilor sunt: suprasolicitarea verbală, stresul ocupațional, oboseală ochilor, hipodinamia, poziție așezat prelungită, o concentrație mare de bacterii și germeni în clasa de studii.

Prima întrebare din chestionar „*Când strănutăm acoperim nasul și gura cu batista ca să nu împrăștiem microbii?*” a oferit următoarele răspunsuri: „adevărat” au răspuns 93,4% din chestionați, „fals” - 4,1 %, 1,8 % nu au dat răspuns.

Fiind întrebați „*Poți să împrumuți pieptenele tău prietenului, dacă el te roagă ?*” - 45,1% din respondenți au răspuns „adevărat”, pentru afirmația „fals” au optat 46,0%, iar 5,14% nu au dat răspuns. Aceste rezultate demonstrează că elevii sunt puțin informați în privința bolilor ce pot afecta pielea și părul capului, iar unele obiecte personale (pieptenele) poate servi ca mijloc de transmitere a agenților cauzali.

La întrebarea „*Când ne spălăm pe dinți ?*”, după cum se observă din răspunsurile elevilor sunt foarte variate. Mai frecvent e afirmația de fiecare dată după ce mâncăm cu 39,6%, secondată de varianta „dimineata” cu 28,8 %. Un nivel sporit atestă răspunsurile a- „dimineata”; b- „seara înainte de somn” cu 19,6%, unde 11,7%.

Fiind rugați „*Încercuieți numărul de telefon care trebuie să formezi pentru a apela la serviciul pompieri?*” 78,4% din elevii chestionați au răspuns corect indicând varianta 112. Aceste date demonstrează elocvent că 4/5 din respondenți sunt familiarizați cu contactele de telefon la care trebuie de alertat serviciile responsabile în caz de incendiu sau situații excepționale.

Un tablou absolut diversificat observăm pentru somația „*Bifează din imagine produsele alimentare care favorizează apariția cariei dentare*”, unde sunt înregistrate 19,8% afirmații pentru varianta de răspuns; b-cola; d-înghețată; e-acadele; h- prăjitură. Alte variante de răspuns: a- măr; c- nuci; f- morcov; g- brânză; au cote de la fără răspuns până la 8,1%. Reieșind din aceste date constatăm că elevii sunt bine informați cu referire la alimentele ce pot influența starea lor de sănătate.

Însușirea cunoștințelor de anatomie și fiziologie a omului, permite abordarea la un nivel științific corespunzător a tuturor problemelor de igienă, în special a unor aspecte particulare cum ar fi: igiena sexuală, influența dăunătoare a fumatului și alcoolismului.

Cunoștințele anatomice ale elevilor au fost apreciate în baza unui desen anatomic, elevii fiind rugați să scrie organele indicate prin săgeată (I- plămân: II- intestin subțire). Din numărul total de chestionați, au indicat plămân/intestin subțire 12,6%. De menționat că pentru varianta *plămâni/intestine* au optat 33,3% din elevi.

- ***Evaluarea curricolei, cunoștințelor și aptitudinilor cadrelor didactice din instituțiile de învățământ preuniversitar***

Conform rezultatelor sondajului de opinie referitor la predarea în școală a disciplinelor cu caracter de informare și educare a modului sănătos de viață 62,15% au confirmat faptul că au fost informați din disciplinele școlare. În cazul învățătorilor claselor primare doar 34,95% specifică faptul predării disciplinelor cu acest caracter; 55,85% profesori de biologie intervievați subliniază lipsa de 20% informare la această etapă de instruire, iar managerii școlari specifică în raport de 36,3% instruirea lor în cadrul disciplinelor școlare.

În diferite instituții de învățământ predarea disciplinelor cu acest caracter este divers. Majoritatea cadrelor didactice specifică o lipsă de informare la acest nivel. Astfel, 39,7% din educatori, 62,6% - profesori ai claselor primare, 52,3% profesori de biologie și respectiv 64,2% - manageri școlari au declarat lipsa de informare. Cei mai bine informați la acest nivel s-au dovedit a fi educatorii (60,3%), urmați de profesorii de biologie (47,7%).

Analiza nivelului de informare a cadrelor didactice în cadrul cursurilor de instruire profesională continuă denotă prezența modulului „Educație pentru sănătate” 37,4% din învățătorii claselor primare, 24,2% - profesori de biologie și 25% - manageri școlari.

Conform distribuției procentuale privind pregătirea necesară a cadrelor didactice în vederea efectuării educației pentru sănătate a elevilor 68,1% au specificat că sunt parțial pregătiți, 25,5% - bine pregătiți, iar 6,4% s-au declarat neinstruiți în acest domeniu. Învățătorii claselor primare consideră că sunt bine pregătiți în raport de 17,4%, parțial 72,7%, nepregătiți 9,9%. Majoritatea profesorilor de biologie 73,3% declară că sunt parțial pregătiți, 26,6% bine și 3,1% neinstruiți. În cazul managerilor școlari cele mai multe persoane interviuate (68,5%) declară parțialitatea pregătirii în vederea realizării instruirii educației pentru sănătate.

Sondajul efectuat arată că doar 2,5% din învățătorii claselor primare și 3,7% manageri școlari nu sunt de acord cu predarea disciplinei „Educație pentru sănătate” elevilor în școală, ceilalți însă declară eficiența acestei discipline în orarul școlar.

Majoritatea cadrelor didactice consideră necesară predarea și abordarea aspectelor legate de sănătate și securitate în cadrul unui curs universitar sau colegiu (99,4% învățătorii claselor primare, 98,4% profesori de biologie, 98,1% - manageri școlari).

Învățătorii claselor primare specifică lipsa ghidurilor pentru pedagogi în domeniul educației pentru sănătate în raport de 46,2%, 30,8% - consideră că sunt insuficiente; educatorii instituțiilor preșcolare specifică prezența parțială a acestor ghiduri (71,1 %), iar 8,2% din managerii școlari consideră că ghidurile pentru profesorii claselor primare sunt suficiente. 44,9% - parțial. 38,7% - insuficient și 8,2% - declară acestora în instituțiile școlare.

Conform rezultatelor sondajului de opinie se observă de asemenea și o necesitate a materialului didactic la compartimentul educație pentru sănătate. Respectiv, 62,7% din educatorii intervievați au specificat că sunt parțial dotați cu material didactic pentru elevi, 23,3% - insuficient, 39,5% din învățătorii claselor primare au considerat lipsa lor și 34,4% spun că sunt insuficiente (figura 4.5.). Doar 39,6% din managerii școlari au indicat prezența parțială a materialelor didactice, 41,5% indică că sunt insuficiente, iar 9,5% absența lor în cea mai mare parte.

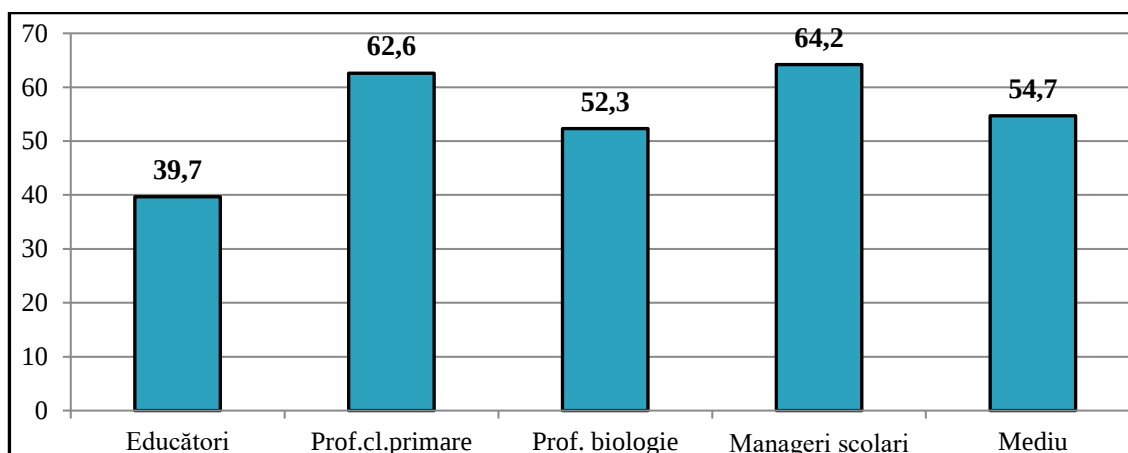


Fig. 4.5. Ponderea cadrelor didactice ce au specificat lipsa de material didactic informativ pentru modulul educație pentru sănătate

Tematica discuțiilor abordate de către profesori în procesul instruirii au fost foarte diverse: 11,55% din educatori intervievați au notat că s-a vorbit despre mai multe subiecte cum ar fi: pericolele provocate de curentul electric, incendiu, transportul rutier, aragaz, acțiunea plantelor otrăvitoare. Foarte puțini din intervievați (6,1%) au abordat pericolele ce pot apărea în timpul scăldatului în bazine, iar au discutat mai puțin (4,5%) despre pericolele provocate de apeduct. În clasele primare profesorii vorbesc cel mai des discipolilor săi despre pericolele cauzate de aragaz (9,3%), incendiu (9,7%), scăldatul în bazine (9,1%), jocul pe gheață (9,4%), curentul electric (9,6%). Pe primul loc în tematica abordării discuțiilor în cadrul orelor de biologie 11,7% din profesori au indicat mai multe teme de discuții abordate fiind, în linii generale, similare cu cele abordate de către învățătorii claselor primare. Pe locul doi s-au clasat temele referitoare la pericolele ce pot fi provocate de către incendiu, curentul electric, urmate de

scăldatul în bazine și jocul pe gheață. Managerii școlari specifică în raport de 11,1% abordarea a mai multor teme de discuții în scopul reducerii apariției pericolelor provocate de diverși factori, 11,1% din cei testați au declarat că s-a discutat pericolele ce pot apărea în timpul scăldatului în bazine, 10,3% - jocul pe gheață, 10,7% - transportul rutier și doar 3,8% au discutat despre pericolele provocate de apeduct.

Referitor la informarea elevilor de către pedagogi despre efectele negative a modului nesănătos de viață 20,5% - din învățătorii claselor primare, 16,2% - profesori de biologie și - manageri școlari au discutat despre efectele negative provocate de mai mulți factori.

Cele mai eficiente surse de informare și documentare, conform opiniei profesorilor intervievați sunt mai multe surse, în special, emisiunile televizate 20,0% educatori, 16,5% învățători, 20,1% profesori de biologie, care sunt urmate de informații survenite de la personal medical, ziare și reviste și nu în ultimul rând internetul. Mai rar servesc ca surse de informare prietenii și colegii – 7,4% - educatori, 8,7% - învățători ai claselor primare, 7,4% - manageri ai instituțiilor de învățământ. Analiza surselor de informare educativ – sanitară demonstrează importanța primordială a mijloacelor de mass-media în instruirea cadrelor didactice. De asemenea implicarea personalului medical rămâne a fi de bază și profesionist la acest nivel.

- ***Starea sănătății și practicile sanogene ale elevilor în opinia părinților***

Reieșind din obiectivele studiului privind evaluarea cunoștințelor și practicilor sanogene a elevilor s-a efectuat anchetarea părinților elevilor de vîrstă mică din instituțiile de învățământ preuniversitar din localitățile rurale.

Rezultatele sondajului de opinie privind gradul de sănătate a elevilor de vîrstă școlară mică relatată de către părinți a constituit: 36,0% specifică un grad înalt de sănătate a elevilor: 59,8% - se îmbolnăvesc uneori și 4,2% - se îmbolnăvesc frecvent.

Părinții specifică un grad mai înalt de îmbolnăvire de 4,2%.

În ceea ce privește gradul de oboseală a elevilor de vîrstă școlară mică, nu se atestă diferențe marcante între lotul respondenților intervievați, 30,1% din părinți declară că elevii nu se întorc obosiți de la școală; 62,5% - în rare cazuri elevii se întorc obosiți de la școală; 7,4% - declară că elevii de vîrstă școlară mică revin frecvent obosiți de la școală. Respectiv, 88,0% din părinții intervievați au considerat că copiii lor au un număr acceptabil de lecții și doar 12,0% au semnalat numărul de lecții ca fiind mare pentru vîrsta copiilor lor, fapt ce ar determina și un înalt grad de oboseală fizică și mintală.

Conform studiului efectuat s-a constatat că din respondenți intervievați nu au mers niciodată cu copilul la o consultație medicală fără să fi fost bolnav sau traumatizat în raport de 20,4%. Cei mai mulți dintre părinți s-au adresat la medic fără un motiv de boală sau

traumatizare acu un an de zile - 55,5%; cu 1-2 ani în urmă 16,7%; mai mult de 2 ani în urmă - 7,4%.

Motivul pentru care s-a adresat cu copilul ultima dată la medicul specialist a fost foarte divers. În cele mai multe adresări la medicul specialist au fost pe motiv de boală în raport de 40,4%, 21,1% - cu scopul de a face un examen medical, 11,1% - proceduri de vaccinare, 10,1% - pentru a lua niște acte, certificate sau alte motive și 3,8% - din motiv de accidentare sau traumă.

Analiza distribuției variantelor de răspuns privind specialitatea medicului la care s-a apelat cu elevul ultima dată ne arată că pe primul loc se mențin solicitările către medicul de familie cu 59,4% în mediu rural; pe locul doi se plasează adresările la medicul stomatolog cu 15,4%; pe locul trei cu 10,4% - medicul ORL-ist și 4,6% - medicul pediatru. Din numărul total de intervievați 0,8% au recunoscut că nu cunosc sau nu-și amintesc specialitatea medicului la care au apelat cu copilul ultima dată.

În cadrul ultimei adresări la medic doar 3,4% din cei intervievați au specificat că li s-a prescris un tratament cu explicarea bolii și a măsurilor de profilaxie. Cea mai mare frecvență, însă a fost înregistrată doar cu prescrierea unui tratament de către medicul specialist cu 51,2%, urmată de recomandările în vederea profilaxiei bolii 16,4%. Cele mai dese solicitări către medicul specialist, după medicul de familie, s-au înregistrat la medicul stomatolog. Analiza frecvenței apelării la serviciile stomatologului ne demonstrează că: 79,9% din părinți au apelat în ultimul an cu copilul pentru o verificare, detartraj sau alte tratamente stomatologice, 11,8% din părinți s-au adresat acum 1-2 ani în urmă și respectiv 5,0% și 4,2% au recunoscut că nu s-au adresat niciodată sau au solicitat aceste servicii mai mult de 2 ani în urmă.

În 48,6% dintre părinți s-au adresat în ultimul an cu copilul la medicul stomatolog, 31,0% nu s-au adresat niciodată la medicul stomatolog; 10,7% - acu 1-2 ani în urmă, iar 9,7% - mai mult de 2 ani în urmă. Foarte puțini dintre părinți (0,9%) au indicat faptul că nu cunosc dacă copiii lor își periază dinții; 3,7% din părinții au recunoscut că copilul lor nu periază regulat dinții; 37,8% specifică faptul că copiii lor nu au deprinderi regulate de a peria dinții. Cei mai mulți dintre părinți 57,6% denotă deprinderi igienice la acest subiect.

Studierea regimului zilnic de somn la elevii de vîrstă școlară mică denotă că 38,8% din elevii respectă regulat și sistematic ora stabilită de culcare; respectiv 39,7% nu dispun de un regim oarecare, iar 21,5% din respondenții intervievați declară că nu cunosc ora de somn a copiilor.

Studiile făcute conform sondajului arată că 49,3% din elevi au un regim alimentar de 3-4 ori/zi, 28,8% iau mesele de 3 ori/zi, 17,8% - de 4-5 ori/zi, iar 4,1% numărul de mese este de 5 sau mai multe ori/zi.

Conform sondajului realizat 84,6% nu cred că copilul lor a încercat să fumeze la o vârstă școlară mică, 4,2% au indicat posibilitatea de a fi încercat, iar 11,2% nu sunt în cunoștință de cauză.

Vârsta cunoscută de către părinți ca fiind pentru prima dată la care copilul lor a consumat alcool a fost de 9-10 ani - 13,9%; 8-9 ani - 3,7%; 7-8 ani - 3,2%; mai mică de 7 ani - 6,5%; niciodată nu a consumat alcool în afară de câteva înghițituri - 72,7%.

Tematica discuțiilor abordate în cadrul familiei au fost foarte diverse: 65,2% din mediul rural au declarat că s-a vorbit despre mai multe teme (efectele fumatului, consecințele alcoolului, drogurilor, sedentarismului, alimentația sănătoasă ș.a.); 24,5% recunosc că au discutat în familie doar despre alimentația sănătoasă; 6,5% din părinții de la sate au discutat în cadrul familiei doar despre efectele fumatului asupra organismului.

Referitor la pregătirea necesară pentru efectuarea educației pentru sănătate a copiilor de vârstă școlară mică 71,8% de respondenți din mediile rurale consideră că sunt suficient pregătiți; 25,8% afirmă că sunt informați parțial și doar 2,4% din părinții de la sate recunosc că nu sunt pregătiți de a efectua acest tip de educație. Sursele de informare a părinților sunt foarte variate. Cea mai mare parte din intervievați se informează din mai multe surse (TV, radiou, internet, ziare, reviste, medic, prieteni, colegi și alte surse) cu 63,5% în mediul rural; 24,8% de respondenți atestă drept sursă de informare doar de la personalul medical; 2,5% și respectiv 2,8% se informează doar de la prieteni și colegi; 3,4% și 1,9% se informează din alte surse decât cele menționate anterior. Părinții (91.6%) consideră necesară predarea disciplinei „Educația pentru sănătate” în școală. Doar 2,5% din respondenții intervievați din mediul rural nu sunt de acord cu predarea acestei discipline și 4,7% nu cunosc necesitatea pregătirii copilului de vârstă școlară mică la disciplina dată.

- **Mecanismul de implementare a modelului de promovare a sănătății în școli**

Mecanismul de implementare a modelului de promovare a sănătății în școli include un șir de etape și necesită a fi diferențiate în dependență de vârstă, starea socială, probleme etice, riscuri, etc.

De la bun început este necesar de a stabili obiectivele: documentarea cu acte normative și experiența în domeniul promovării sănătății în școli; cuantificarea factorilor de risc determinanți ai sănătății al elevilor din familiile temporar dezintegrate și complete; Evaluarea cunoștințelor, atitudinilor și practicilor sanogene la elevii din familiile temporar dezintegrate și complete; Elaborarea măsurilor specifice de diminuare a impactului fenomenului migrației; Evaluarea eficienței activității specialiștilor ANSP, medicului de familie, pedagogilor în domeniul promovării sănătății în școli și introducerea corectivelor.

Obiectivele vor fi realizate prin determinarea unor acțiuni complexe care vor conține următoarele: campanii de comunicare, evenimente de promovare a sănătății, victorine, întreceri sportive, lucru în comunitate, familie, lucru individual cu pacienții din grupele ”țintă”, invitarea lectorilor, experților pentru ”întrebari- întrebări și răspunsuri”, etc. Prioritizarea imunizării, examene medicale, monitorizarea sănătății, etc. Lecții, seminare, discuții, teatru, radio, TV local, literatură despre modul de viață sănătos, exemple a vedetelor locale, utilizarea mijloacelor rețelei naționale de Școli care promovează sănătatea, comunități sănătoase, concursuri, etc.

Beneficiile așteptate: Eficacitate și cost-eficiență înaltă, costuri minime, rezultate impunătoare, etc. Probleme etice: _Oponența unor curente religioase, obiceiuri și tradiții ”nesănătoase”, nihilism, etc. Sunt și niște riscuri și anume: Solicitarea insuficientă a serviciilor profilactice, compromiterea activităților, neglijență, etc. Prin urmare abordările trebuie să fie: interactive, emotive, convingătoare, exemplificate local, optimiste, bazate pe dovezi.

Conținut, componente tehnice al modelului de promovare a sănătății în școli.

Sarcini funcționale: Acumularea actelor normative, directive și metodice privind promovarea sănătății elevilor în școli. Acumularea experienței în activitatea specialiștilor ANSP, medicului de familie și pedagogilor privind promovarea sănătății în școli. Efectuarea activităților, planificarea a specialiștilor ANSP, medicului de familie și pedagogilor în domeniul promovării sănătății în școli. Instruirea în domeniul promovării sănătății în școli. Evaluarea periodică de către ANSP a eficienței activității medicului de familie și pedagogilor în domeniul promovării sănătății în școli. Evidența și raportarea rezultatelor activităților în domeniul promovării sănătății în școli

Evaluarea rezultatelor, criterii, corective. Evaluarea este realizată în baza unor criterii: Planificarea a cel puțin o oră academică obligatorie din orarul săptămânal al elevilor în domeniul promovării sănătății în școli. Diversificarea metodelor și mijloacelor privind promovarea sănătății în școli. Introducerea stimulentei pentru activitățile pedagogilor și medicului de familie în domeniul promovării sănătății în școli și pentru eficiența lor. Corective: Se introduce ca rezultat al autoevaluărilor și evaluărilor al activităților pedagogilor și medicului de familie în domeniul promovării sănătății în școli, efectuate cel puțin o dată la 2 ani. Rezultate scontate: _Efectuarea a cel puțin o oră academică obligatorie din orarul săptămânal al elevilor în domeniul promovării sănătății în școli. Stabilirea cunoștințelor bune și satisfăcătoare a pedagogilor și elevilor în domeniul promovării sănătății în școli. Autoevaluările și evaluările al activităților pedagogilor și medicului de familie în domeniul promovării sănătății în școli sunt efectuate de către ANSP cel puțin o dată la 2 ani.

4.7 Concluzii la capitolul 4

1. În perioada rece a anului în locuințele din familiile temporar dezintegrate numărul total de germeni în aer, coeficientul de iluminare artificială, umiditatea relativă mai des nu corespund normativelor. În perioada caldă a anului în familiile dezintegrate este mai sporit numărul de germeni ($163,2/m^3$) și numărul fungilor ($26,9/m^3$). Măsurările instrumentale ne-au arătat că coeficientul iluminatului natural este mai jos în familiile temporar dezintegrate.
2. În rația alimentară din școlile studiate s-au stabilit dereglări ai raportului și cantității de trofine, ceea ce influențează negativ creșterea și dezvoltarea elevilor. Rația alimentară folosită în școlile studiate (dejun și prânz) nu asigură necesarul de energie pentru elevi în procesul de învățământ. Elevii din școli sunt alimentați necorespunzător ceea ce va influența negativ sănătatea prin apariția diferitor boli digestive și de metabolism.
3. În Republica Moldova cea mai fragedă vîrstă la care elevii claselor gimnaziale încep a fuma și fumează în mod regulat este mai mică de 9 ani, iar elevii din clasele liceale la vârsta cuprinsă între 15-18 ani. Cel mai frecvent fumează băieții comparativ cu fetele. Motivul pentru care se recurge la fumat la adolescenți este ”de a crea o bună dispoziție și a înlătura stresul”. Anturajul în care cel mai frecvent se fumează este în preajma prietenilor care fumează.
4. În rezultatul studiului s-a constatat, că fenomenul migrației temporare a părinților, indirect, prin amplificarea impactului factorilor de risc comportamentali, alimentari și ambientali, pot influența starea de sănătate a elevilor. La elevii din familiile temporar dezintegrate pot fi evidențiate interrelații directe mari dintre consumul de alcool și tutun, și bolile aparatului respirator corespunzător, $r=0,41$ și $r=0,65$), consumul de droguri și bolile aparatului genito-urinar și digestiv (corespunzător, $r=0,82$ și $r=0,84$). Carența legumelor în alimentația elevilor prezintă corelații mari cu bolile aparatului digestiv ($r=0,91$), respirator ($r=0,99$) și genito-urinar ($0,8$), iar utilizarea băuturilor energizante corelează cu bolile aparatului circulator ($r=0,79$) și tulburările mintale ($r=0,963$). Microclimatul încăperilor de locuit (umiditatea și temperatura) au corelat direct puternic cu bolile endocrine (respectiv, $r=0,85$ și $r=0,82$), sistemul osteo-articular (corespunzător, $r=0,76$ și $r=0,71$) și aparatul circulator (respectiv, $r=0,98$ și $r=0,98$).

5. Instruirea pedagogilor în domeniul sănătății publice este limitată și necesită o informare continuă atât în cadrul cursurilor preuniversitare, universitare, cât și în cadrul cursurilor de instruire profesională. Rezultatele analizei prezenței materialului didactic atât pentru elevi, cât și pentru profesori denotă o asigurare insuficientă sau parțială, fapt ce impune necesitatea elaborării materialelor informaționale de către specialiștii în domeniu. Abilitățile igienice a elevilor pot fi considerate favorabile practic pentru toate categoriile de vârste.

Concluzii generale

1. Rezultatele studiului actual confirmă, că fenomenul migrației este o problemă majoră a sănătății publice, care condiționează apariția multiplelor efecte inddezirabile asupra sănătății, preponderent la elevi, care sunt cei mai sensibili și vulnerabili la fenomenul menționat, cauzate atât de particularitățile din instruire, cât și din habitat. Astfel, lucrarea argumentează necesitatea stabilirii priorităților și metodelor de diminuare a impactului fenomenului migrației asupra tinerei generații.

2. Controlul medical complex al elevilor, selectați în studiu a constatat, că morbiditatea generală la elevii din familiile temporar dezintegrate (1247,2 ‰) a fost mai mare comparativ cu elevii din familiile complete (1087,5‰). În majoritatea cazurilor morbiditatea estimată este prezentată de bolile cronice. Practic fiecare al 4-lea elev din familiile temporar dezintegrate a fost diagnosticat cu 2 și mai multe patologii. Diferențele valorilor morbidității constatate în grupele elevilor selectați în studiu, indică asupra gradului variat al impactului determinantilor stării de sănătate. În scara ierarhică a riscului de îmbolnăvire a elevilor, condiționat de migrația temporară a părinților, pe primul loc se plasează bolile endocrine, care sunt responsabile de reglarea și coordonarea funcționalității întregului organism și ne putem aștepta în timp, și la un impact considerabil asupra altor sisteme și organe.

3. Diferențe semnificative a mediei aritmetice a indicelui masei corporale a elevilor din familiile complete față de familiile temporar dezintegrate nu au fost observate, cu excepția la vârsta de 12 și 14 ani fete din familii complete față de fetele din familiile temporar dezintegrate. Ponderea elevilor cu dezvoltare fizică armonioasă a fost mai mare la elevi din familiile complete (59,5%), comparativ cu cei din familiile temporar dezintegrate (55,6%). Băieții demonstrează o activitate motrică mai înaltă comparativ cu fetele.

4. În perioada rece a anului în locuințele din familiile temporar dezintegrate numărul total de germeni în aer, coeficientul iluminatului natural, coeficientul de iluminare artificială, umiditatea relativă mai des nu corespund normativelor. Evaluarea particularităților cantitative și calitative a alimentației elevilor investigați, denotă, că elevii din familiile temporar dezintegrate sunt cu mult mai expuși impactului factorului alimentar, iar rația alimentară din instituțiile preuniversitare, în cele mai frecvente cazuri, nu compensează deficiențele constatate. Interrelațiile constatate dintre factorii de risc comportamentali, alimentari, ai mediului de trai și indicii stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate denotă că, fenomenul migrației temporare a părinților amplifică impactul acestor factori asupra sănătății elevilor.

Riscul de îmbolnăvire la elevii din familiile temporar dezintegrate a fost mai mare pentru toate formele nozologice, comparativ cu elevii din familiile complete.

5. Practicile comportamentale nesanogene se întâlnesc mai frecvent la elevii din familiile temporar dezintegrate comparativ cu elevii din familiile complete. Abilitățile igienice a elevilor pot fi considerate favorabile, dar cei din familiile complete sunt mai motivați în respectarea stilului sanogen de viață comparativ cu cei din familiile dezintegrate. Promovarea stilului sănătos de viață în cadrul instituțiilor preuniversitare nu este diferențiat pentru grupele de risc, inclusiv a elevilor din familiile temporar dezintegrate. Au fost obținute date originale privind starea de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate în relație cu determinantele comportamentale și sociale.

Recomandări practice

1. Pentru administrația publică centrală:

1.1. A informa despre rezultatele cercetării Ministerul Sănătății, Ministerul Muncii și Protecției Sociale, Ministerul Educației, Culturii și Cercetării, administrația publică locală și părinții din familiile temporar dezintegrate.

1.2. A recomanda Ministerului Sănătății, Ministerului Muncii și Protecției Sociale și Ministerului Educației, Culturii și Cercetării inițierea unor propuneri legislative privind garanțiile medico-sociale a elevilor din familiile temporar dezintegrate, cât și efectuarea unui studiu similar la fiecare 5 ani.

2. Pentru administrația publică locală:

2.1. A atrage atenția administrației publice locale asupra problemei sănătății elevilor din familiile temporar dezintegrate și necesitățile suplimentare de suport.

3. Pentru Agenția Națională pentru Sănătate Publică:

3.1. Elaborarea recomandărilor către structurile teritoriale ale ANSP, de asistență medicală primară și subdiviziunile de asistență socială privind organizarea unui sistem de supraveghere permanentă asupra stării de sănătate și asigurare socială a elevilor din familiile temporar dezintegrate.

4. Pentru Instituțiile de învățământ preuniversitar:

4.1. Este necesară introducerea obligatorie a disciplinei de promovare a modului sănătos de viață la toate clasele, cel puțin o oră pe săptămână, și integrarea ei în celelalte discipline de instruire pentru o promovare a sănătății durabile individuale și colective.

5. Pentru medicii de familie și părinți:

5.1. Familiarizarea părinților/tutorilor privind prevenția și intervenția în cazul deprinderilor nocive care ar elimina sau diminua cauzele și condițiile care generează comportamentul cu risc, cum ar fi fumatul, consumul de alcool de către elevi, etc.

Bibliografia:

1. Bahnarel, I., Cazacu-Stratu, A., Zepca, V., Manole, V. Particularitățile dezvoltării fizice la elevii din raioanele Rîșcani și Cahul, Republica Moldova., Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale. 2013,5 (41). 19–23 p.
2. Bahnarel, I., Friptuleac, Gr., Cazacu-Stratu, A., Mașina, V., Manole, V. Evaluarea dezvoltării fizice și a indicelui de masă corporală la elevii din școlile raioanelor Rîșcani și Cahul., Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale. 2013, 5 (41). 14–18 p.
3. Bahnarel, I., Zepca, V., Arnaut, N., Romaniuc, D. Formarea cunoștințelor, atitudinilor și deprinderilor de igienă a mânilor la elevii claselor primare. //, Materialele Conferinței Științifico-Practice Naționale cu participare Internațională „Sănătatea copiilor și factorii de risc”2012.
4. Bahnarel, I., Zepca, V., Manole, V. Consumption of toxic substances by students of secondary professional schools from temporarily disintegrated families. În: The 13th DKMT Euroregional Conference on Integrative Medicine, Nutrition and Health. Official Jurnal Fiziologia (physiology). România, Timișoara, 2011, supplement, 42 ISSN 1223-2076.
5. Bahnarel, I., Zepca, V., N. Arnaut, N., Romaniuc, D. Modelarea deprinderilor de evitare a factorilor de risc pentru viață la elevii claselor primare. // Materialele Conferinței Științifico-practice Naționale cu participare Internațională, „Sănătatea copiilor și factorii exogeni de risc”. Ch.: UASM (Tipografia „Print Caro), 2012. 18-19 p. ISBN 978-9975-64-223-1.
6. Bauman, K.E., Foshee, S.T., Ennett S.T., S. M. Pemberton, S.M., et. al. The influence of a family program on scent tobacco and alcohol use. // American Journal of Public Health. - April 2001. - 91 (4). - 604-610 p.
7. Bernic, V. Estimarea igienică a stării de sănătate a copiilor în relație cu calitatea apei potabile. Autoreferatul tezei de doctor în medicină. Chișinău, 2012. 30 p.
8. Bivol, A. Aspecte medico-sociale ale maladiilor tractului gastro-intestinal la adulți în Republica Moldova. Autoreferatul tezei de doctor în medicină, Chișinău, 2006. 21 p.
9. Bivol, N., Manole, V., Ceban, A., Voloc, A., Bahnarel, I. Fluorul în corelație cu incidența maladiilor iod deficitare. În: Update în medicina respiratorie/sub red.: Traian Mihăescu, Radu Crișan–Dabija. Iași: Editura Gr.T. Popa, 2017, vol. III. 196-197 p. ISBN 978-606-544-503-1.
10. Bivol, N., Manole, V., Voloc, A. Impactul fluorozei asupra calității vieții copiilor și adolescenților din unele localități din Republica Moldova. În: Sănătate publică, economie și management în medicină. 2018, 1-2 (75-76). 50-51 p. ISSN 1729-8687.

11. Bivol, N., Voloc, A. Consumul sporit de fluor cu apa potabilă și sănătatea osoasă la copii de diferite vârste. Poster. Conferința de pneumologie INSPIR 2018, sub egida UMF Iași, INSPIR și Colegiul Medicilor Iași. 13 – 16 iunie 2018.
12. Bolea, Z. Aspecte clinice în problematica psihologică la adolescenții din familiile temporar dezintegrate, Revista științifică a Universității de Stat din Moldova, 2011, nr.5(45). 147-149 p.
13. Bonchiș, E., Decsei-Radu, A. Tipuri de parenting incomplet – efecte asupra dezvoltării socio-emoționale a copilului și adolescentului. Conferința națională cu participare internațională: Dezvoltarea competențelor socio-emoționale ale copilului și adolesce, Băile Felix, România, 11-12 noiembrie 2011. 35 p.
14. Bonchiș, E. Particularități ale stimei de sine în cazul copiilor aflați în situația de parenting incomplet. Conferința națională cu participare internațională, Băile Felix, România, 11-12 noiembrie 2011. 35 p.
15. Brighita, V.-/ Comportamente cu risc la adolescenții din Jud. Timiș. Timiș, 2007. 425 p.
16. Brighita, V. Comportamentul de risc la studenții din județul Timiș. Timișoara: Editura Eurobit, 2009. 261 p.
17. Băcean, C., Toma, M. Impactul manipulării comportamentale asupra adolescenților: drogurile. // Revista de Igienă și Sănătate Publică. București. - 2008. - Voi.58, nr.4. 110-118 p.
18. Bălțătescu, S, Nacter, C. Bunăstarea văzută prin ochii copiilor români: rezultatele studiului internațional “Lumea copiilor”(ISCWeB), Revista Universitară Clujeană, 2016. 70 p.
19. Băscu, G., Petre, N., Angi, D. World Vision România. Bunăstarea copilului din mediul rural 2014 „RISOPRINT” Cluj-Napoca, 2014.
20. Calmîc, V. Optimizarea activității de educație pentru sănătate și de promovare a modului sănătos de viață în condiții socioeconomice noi. // Rev. științifico-practică. Sănătate Publică, Economie și Management. Chișinău. -2012. - 1(40). 42-45 p.
21. Cazacu-Stratu, A., Cebanu S., Miron S. Ghid de bune practici în alimentația elevilor. Chișinău, 2018. 40 p
22. Cazacu-Stratu, A., Cebanu, S. Road injuries among children in the Republic of Moldova Materials of the Conference “Contemporary Issues In Preventive Medicine”, funded by NIH USA, Fogarty International Center “iCREATE: Increasing Capacity in Research in Eastern Europe” grant number [2D43TW007261-11] 21-23 May, 2018. Yerevan, Republic of Armenia, p.23-24. ISBN 978-9939-65-204-7.

23. Cazacu-Stratu, A., Croitoru, C., Ciobanu, E. Starea de sănătate a populației din localitățile rurale în relație cu calitatea aerului din interior. Jurnal Medical Brașovean. Brașov, România, 2018, 1, p. 57-64. E-ISSN 2247-4706.
24. Ceban S., Albu A., Indrei LL, Dima F. Analysis of leisure time and social relationships in a group of teenagers in Moldova Anthropological Researches And Studies, No.10, 2020. 131-135 p.
25. Ceban, S., Tutunaru M., Deleu R., Cazacu-Stratu A., Friptuleac Gr. Promoting and supporting physical activity and sport among young people in the Republic of Moldova. Palestrica of the third millennium-Civilization and sport, România, 2018, 158-164 p.
26. Cernelev, O. A survey on dietary intake and eating habits among the students from the Republic of Moldova / O. Cernelev // Global Journal of Multidisciplinary Studies. – 2016. – Vol. 5, Nr 11. – ISSN 2348-0459
27. Cheianu-Andrei, D., et al. Studiul calitativ "Impactul migrației asupra copiilor și vârstnicilor lăsați fără îngrijirea membrilor de familie plecați la muncă peste hotare" – Ch. : CEP USM, 2011. 129-146 p.
28. Chetrușca, M. Impactul migrației de muncă în Rusia asupra comportamentului migranților moldoveni. (în baza studiului sociologic). USM- Moldoscopie. 2009;XLIV(1):35.
29. Chevereșan, C., Friptuleac, G., Pantea, V. Familia și consumul de alcool și droguri. //Revista de Igienă și Sănătate Publică. București. - 2008. - Voi.58, nr.4. 73-82 p.
30. Chirlici A., Jalba U. Igiena alimentației: compendiu de lucrări practice. USMF "Nicolae Testemițanu", Chișinău: Medicina, 2000, 33-72 p.
31. Ciobanu, E., Croitoru, C., Cazacu-Stratu, A., Cebanu, S., Tafuni, O. Indoor air pollution associated with population health status. In: Anthropological researches and studies. București, România, 2018, nr. 8, 189-199 p. ISSN 2360-3445.
32. Cojan, A., Francu, V., Domnariu, C. Accesibilitatea la serviciile medicale – indicator de evaluare a sănătății comunitare, În: Conferința Națională de Sănătate Publică cu participare internațională, „Prezent și viitor în sănătatea publică din România" noiembrie 2008, Timișoara 2008, 52 p.
33. Constituția Republicii Moldova 29 iulie 1994, articolul 36, Monitorul Oficial al R.Moldova nr.1 din 12.08.1994.
34. Coroban, C. Raporturi sociale în sistemul familial. Revistă Științifică a Universității de Stat din Moldova, nr.8(68), 2013. 16-20 p.

35. Croitoru, C., Ciobanu, E., Șalaru, V., Cazacu-Stratu, A., Bivol, N. Evaluation of risk behaviors of Medical Students of Republic of Moldova. In: New Approaches in Social and Humanistic Sciences. Iasi, Romania: 2018. 179-197 p.
36. David, A., Voloc, A., Spinei, L. Evaluarea unor factori medico-sociali la copiii cu rinită alergică în Republica Moldova. Zilele anuale ale Institutului național pentru sănătatea mamei și copilului „Alessandrescu-Rusescu”, București, 23 -25 noiembrie 2017. http://insmc2017.medicalcongresses.ro/Content/Media/Volum_abstracte_INSMC.pdf
37. Dindelegan, C., Bîrle, D., Serac-Popa, F., Pop, C.. Probleme de internalizare la copii și adolescenți în condiții de parenting incomplet. Conferința națională cu participare internațională: Dezvoltarea competențelor socio-emoționale ale copilului și, adolescentului-factori implicați. Băile Felix, România, 11-12 noiembrie 2011. 40-41 p.
38. Dragotă, Maria. Copii din mediul rural sunt vulnerabili. Viața medical-2014. –nr.26 din 27 iunie 2014. 4 p.
39. Durleșteanu, S., Gutțu, A., Manole, V. Starea alimentației elevilor din școlile-internat. În: Materialele Congresului V al Igieniştilor, Epidemiologilor și Microbiologilor din Republica Moldova. Chișinău, 2003, vol. IB. 157 p.
40. Enăchescu, V., Beznă S., Pârvulescu, V., Puiu, I., Florea, L. Medicina de familie. Editura Medicală Universitară Craiova, 2019. 326 p. ISBN 973-7757-89-0.
41. Ețco, C., E. Reabova, E., Goma, L. Unele particularități importante ale managementului sistemului de sănătate din R.M. // Rev. științifico-practică. Sănătate Publică, Economie și Management. Chișinău. - 2012 - 1(40). 24-26 p.
42. Ețco, C., V. Calmîc, V., I. Bahnarel, I. Educația pentru sanatate și promovarea modului sănătos de viață. // Rrev. Științifico-practică. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei (Științe Medicale). Chișinău. – 2012. - 1(33), 117-121 p.
43. Ețco, C. et al. Unele opinii ale lucrătorilor medicali din AMP privind conduita de supraveghere a copiilor. Sănătate publică, economie și management în medicină. Chișinău. - 2007. nr. 6 (21). 77-79 p.
44. Ețco, C., Buta, G., Cobăleanu, Z., Scripcari, A. Aspectele medico-sociale de organizare, supraveghere și monitorizare a stării de sănătate a copiilor din municipiul Chișinău în asistența medicală primară, Sănătate publică, economie și management în medicină. - 2015. nr. 2 (59). 13-16 p.
45. Familii fără hotare. Copii rămași acasă? Părinți plecați în străinătate? Răspunsuri pentru profesioniști. [Accesat 12.10.2020] Disponibil: https://tdh-moldova.md/media/files/files/brosura_profesionisti_migratie_6904740.pdf

46. Ferdohleb, A., Ețco, C. Particularitățile serviciului de asistență medicală primară în domeniul supraviețuirii și dezvoltării copilului. *Curierul medical*, 2012, nr. 3(327). 188-192 p.
47. Friptuleac, G., Sabau, D., Rubanovici, V. Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. 2015, 3(60). 41-43 p.
48. Friptuleac, Gr. Igiena locuinței și problemele de sănătate : (curs) / Gr. Friptuleac ; red.: S. Donici ; Univ. de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu". – Chișinău : CEP „Medicina”, 2016. – 62 p. : il. – Bibliogr.: p. 59-61 (33 tit.). – ISBN 978-9975-82-022-6.
49. Gașper, L. Particularități socio-psihologice ale valorilor adolescenților în condițiile migrației evoluția clasei mijlocii în Republica Moldova: premise socio-economice și politice: studiu sociologic (Partea a II-a), 2019, 41-52p.
50. Gherghel A., Familii monoparentale, în „Revista Română de Sociologie”, nr. 5-6, Ed. Academiei Române, București, 1999. 485 p.
51. Gisca, V., Țurcan, L., Topada, A., Cernelev, O. Aspectele consumului de tutun în rândul elevilor din liceele municipiului Chișinău. *Buletin de Perinatologie*. Nr. 3(71) / 2016 / ISSN 1810-5289
52. Gonța, V. Impactul migrației părinților asupra personalității copiilor de diferite vârste. Conferința națională cu participare internațională: Dezvoltarea competențelor socio-emoționale ale copilului și adolescentului - factori implicați ** Băile Felix,, România, 11-12 noiembrie 2011, 45 p.
53. Gorbunov, G. Copiii marcați de migrația parentală de muncă: sănătatea fizică și cea psihosocială. . Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină 1(83)/2020, 65-69 p./ISSN1729-8687/ISSNe2587-3873
54. Gorbunov, G. Costurile medicației suportate de familiile cu copii marcați de migrația parentală de muncă. IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie BULETIN DE PERINATOLOGIE. 2(91) • 2021, 61-68p.
55. Gutțul, A. -/ Alimentația echilibrată a copiilor în școală. Chișinău, 2001, 9 p.
56. Gutțul, A. Starea sănătății și dezvoltării fizice a copiilor din Republica Moldova. Chișinău, 2001. 10-15 p.
57. Gîscă, V. Social economic living conditions of pupils from Moldova / V. Gîscă // *MedEspera 2016 : The 6th International Medical Congress for Students and Young Doctors*, Chisinau, Rep. of Moldova, May 12-14, 2016 : abstr. book. – Chisinau, 2016. – P. 215-216.
58. Gîscă, V., Cernelev, O., Țurcan, L. Sexual behavior among pupils from temporary disintegrate families from Republic of Moldova // *Sporirea rezilienței – dezvoltarea sănătoasă în*

- condiții de risc : conf. a 2-a naț. [cu participare intern.] în Sănătatea Adolescenților, Chișinău, 2016. – (Buletin de Perinatologie. – 2016. – Nr 3). – P. 99. – ISSN 1810-5289
59. Gîscă, V., Țurcan, L. Comportamentul sexual în rândul elevilor din liceele rurale ale Republicii Moldova din familiile temporar dezintegrate. // Culegere de rezumate științifice ale studenților, rezidenților și tinerilor cercetători / Univ. de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. – Chișinău, 2016. 36 p.
 60. HG nr. 1000 din 23 august 2016'. Programul Național de promovare a sănătății pentru anii 2016-2020 (MO nr.277-287 art.1086, 2016).
 61. Holban A. et al. Mecanismul de colaborare intersectorială în domeniul medico-social în vederea prevenirii și reducerii ratei mortalității infantile și a copiilor cu vîrsta de pînă la 5ani la domiciliu. Ghid de aplicare practică. Chișinău: ”Grițevschi Ion”., 2011. 143 p.
 62. Hăbășescu, I. - / Igiena copiilor și adolescenților. Chișinău, 2009, 337-346 p.
 63. Ilieș, A., Domnariu, H., Domnariu, C. Evaluarea comportamentului alimentar la un lot de copii și adolescenți din Județul Sibiu - consumul de fructe și legume. // AMT. - 2012. - Voi. II, nr. 4. 1-3 p.
 64. Iordachescu, F. Tratat de pediatrie. București: LEXI-Comp, 2006. 743 p.
 65. Izimov, N. Caracteristica socioigienică a regimului zilei adolescenților de 15-18 ani. Sănătate publică, Economie și Management în Medicină. Chișinău. - 2008. - nr. 1 (23). 39-41 p.
 66. Iziumov, N., Dănilă, T., Tutunaru, M. Dereglările văzului la elevii claselor I-XII – problemă prioritară a sănătății publice în Republica Moldova. Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Nr. 3(67) / 2016, 107-109 p. / ISSN 1729-8687
 67. Iziumov, N., Tutunaru M., Dănilă, T. Caracteristica comportamentului sexual la adolescenți din Republica Moldova Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale Nr. 1(53) / 2017, / ISSN 1857-0011
 68. Legea cu privire la tutun și la articolele din tutun nr. 278-XVI din 14.12.2007 (MO nr.47-48/139 din 07.03.2008).
 69. Legea nr. 78-XV din 18.03.2004 privind produsele alimentare (MO nr.83-83 art.431 din 28.05.2004).
 70. Lut, I., Woodman, J., Armitage, E., Ingram, A., Harron, K., Hardelid, P. Health outcomes, healthcare use and development in children born into or growing up in single-parent households: a systematic review study protocol, 2021, accesat 10. 09.2021 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7880085/>
 71. Lîsenco, V., Gîsca, V., Carp, V. Dezvoltarea fizică a elevilor din raionul Cahul. Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. 2015, 3(60). 72-73 p.

72. Magdei, M. Sănătatea Publică bazată pe cunoaștere. În: Akademos, nr. 3(18), septembrie 2010. 48-54 p.
73. Manole, V. Codițiile habituale și starea socială a elevilor școlilor secundar profesionale din familiile dezintegrate. Anale științifice a USMF "N. Testemițanu", Problemele actuale sănătate publică și management,, Zilele Universității, 19-21 octombrie, 2011, ediția aXII-a, vol.2. 268-272 p.
74. Manole, V. Consumul de substanțe toxice la elevii școlilor secundar profesionale din familiile temporara dezintegrate. Anale științifice a USMF "N. Testemițanu", Problemele actuale sănătate publică și management,, Zilele Universității 19-21 octombrie, 2011. ediția a XII-a, vol.2. 261-268, p.
75. Manole, V. Evaluarea stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale. În: Sănătate publică, economie și management în medicină. 2020, 2 (84). 66-73 p. ISSN 1729-868
76. Manole, V. Rezultatele examenului medical-complex a elevilor din familiile temporar dezintegrate din instituțiile de învățământ preuniversitar din localitățile rurale, Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale. 2017, 1 (53). 112–115 p.
77. Manole, V. Starea de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate conform adresabilității la punctul medical. În: Materialele Congresului al VIII-lea al specialiștilor din domeniul sănătății publice și management sanitar. 24-25.10. 2019, Chișinău. 188-192 p.
78. Manole, V., Botnari, A., Zbancă, N. Supravegherea de laborator a consumului de sare iodată în raionul Rîșcani. În: Materialele Congresului VI al Igieniștilor, Epidemiologilor și Microbiologilor din Republica Moldova. Chișinău, 2008, vol. I. 185 p.
79. Manole, V., Botnari, A., Grama, M. Aspecte ale alimentației din instituțiile preșcolare. În: Materialele Congresului V al Igieniștilor, Epidemiologilor și Microbiologilor din Republica Moldova. Chișinău, 2003, vol. IB. 188 p.
80. Manole, V., Chișlari, V., Moraru, V. Factorii de risc din locuință a elevilor din localitățile rurale. În: Materialele Conferinței Naționale cu participare internațională "UN MEDIU SIGUR-SĂNĂTATE PROTEJATĂ", Chișinău, 12-13 noiembrie 2020, 64-68 p.
81. Manole, V., Junco, R., Botnari, V. Supravegherea de stat a sănătății publice în prisma controlului sanitaro-bacteriologic de laborator pe perioada aa.2010-2012. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale. 2013,5 (41). 234-236 p. ISSN 1857-0011.
82. Manole, V., Junco, V., Zbancă, N., Junco, R. Realizarea Programului asigurării securității apei potabile în raionul Rîșcani. În: Materialele Congresului VI al Igieniștilor, Epidemiologilor și Microbiologilor din Republica Moldova. Chișinău, 2008, vol. I, 86p.

83. Manole, V., Junco, V., Zbancă, N., Junco, R. Râul Prut ca sursă de apă și sănătate. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale. 2013, 5 (41). 236-238 p. ISSN 1857-0011.
84. Manole, V., Junco, V., Zbancă, N., Junco, R. Unele aspecte ale calității apei din fântânile de mină din localitățile raionului Rîșcani. În: Materialele Congresului VI al Igieniştilor, Epidemiologilor și Microbiologilor din Republica Moldova. Chișinău, 2008, vol. I. 94 p.
85. Manole, V., Pasat, I. Aspecte igienice ale utilizării produselor de uz fitosanitar în raionul Rîșcani. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale. 2013, 5 (41). 239-241 p. ISSN 1857-0011.
86. Manole, V., Zaporojan, A., Lîsenko, V., Carp, V. Aspectele dezvoltării fizice a elevilor din familiile complete și familiile temporar dezintegrate. În: Materialele Conferinței „Probleme actuale ale prevenirii și controlului bolilor netransmisibile”. Chișinău, 2015, 18-20 iunie. În: Sănătate publică, economie și management în medicină. 2015, 3(60). 58-61 p. ISSN 1729-8687.
87. Manole, V., Zbancă, N. Studiarea și evaluarea alimentației din instituțiile de învățământ preuniversitar din raionul Rîșcani. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale. 2013, 5 (41). 238-239 p. ISSN 1857-0011.
88. Marcu, A., et al. Metode utilizate în monitorizarea stării de sănătate. Institutul de Sănătate Publică, București 2002. 44-52 p.
89. Maximenco, E. - / Argumentarea științifică a programului de promovare a sănătății adolescenților la nivel comunitar în Republica Moldova. Autoreferatul tezei de doctor în medicină, Chișinău, 2010.
90. Maximenco, E. Aspecte ale igienei personale la adolescenți. // Curierul medical, nr.1 (307). Chișinău. - 2009. 31-36 p.
91. Maximenco, E., Ețco, C., Bahnarel, I., Calmîc, V., Ștefăneț, S. Activitatea fizică și preocupările din timpul liber ale adolescenților. Sănătate Publică. Economie și Management în Medicină. Chișinău. – 2009 – 1(28). 31-35 p.
92. Ministerul Sănătății al RM. Strategia Națională a Sistemului de Sănătate în perioada 2008-2017. Chișinău: 2007, 74 p.
93. Mocanu, A. Probleme social-psihologice ale copiilor cu părinții peste hotare. Evoluția clasei mijlocii în republica moldova: premise socioeconomice și politice studiu sociologic (Partea a II-a), 2019, 52-60 p.
94. Moroșan, I. Estimarea motricității generale a elevilor de 10-11 ani. Teoria și Arta Educației Fizice în Școală. Chișinău. - 2013. - 1(31). - P.5-1.

95. Nichita, M., Familia – nucleu în educarea și formarea tinerei generații. <https://ro.scribd.com/document/38453441/Articol-Familia>.
96. Opopol, N., Bahnarel, I., Pantea, V. Sănătatea populației - componentă prioritară și indispensabilă în dezvoltarea durabilă a societății. În revista: Buletinul academiei de științe a Moldovei. Chișinău, 2005. nr. 4(4). 1 p.
97. Ordinul MF nr.9 din 15.01.2020 "Cu privire la normele financiare pentru alimentația copiilor/elevilor din instituțiile din învățământ pentru alimentația gratuită a elevilor I-IV din instituțiile de învățământ publice și private, precum și a elevilor claselor V-XII din instituțiile de învățământ din raioanele de est. MO nr.36-43, art.143 publicat 07.02.2020.
98. Ordinul MS nr. 904 din 17.09.12 lista produselor alimentare nerecomandate preșcolarilor și elevilor.
99. Ostrofeț, G. Igiena apei : curs. Vol. I. / G. Ostrofeț, E. Ciobanu, O. Tafuni ; red.: I. Bahnarel ; Univ. de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Catedra Igienă Generală. – Chișinău : CEP „Medicina”, 2016. – 260 p. – Bibliogr.: p. 247-255 (140 tit.). – ISBN 978-9975-82-016-5.
100. Pallan, M., Parry, J., Adab, P. Contextual influences on the development of obesity children: a case study of UK South Asian communities.//Preventive Medicine. - 2012. -(54). 205-211 p.
101. Petrescu, C. Igiena mediului, alimentației și a dezvoltării copilului și a adolescentului. Timișoara: Editura Eurobit, 2008. 282 p. ISBN 978-973-620-376-3.
102. Profilul Migrațional Extins al Republicii Moldova 2014-2018. Raport analitic. Chișinău: MAI al Republicii Moldova, Biroul Migrațiune și Azil, 2019.
103. Prohnițchi, V. „Poverty of Moldovan children left behind by migrating parents”, conducted for UNICEF Moldova, 2005.
104. Proiect MTS. Strategia de dezvoltare a culturii fizice și sportului în RM, 2013-2020.
105. Puiu, I., Cojocaru, A. Intervenție timpurie pentru copilul cu dizabilități. Întrebări frecvente, răspunsuri bazate pe dovezi. Compendiu. Chișinău: 2007. 192 p.
106. Pîsla, M., Arnaut, N., Bahnarel, I., Zepca, V., Cazacu-Stratu, A. Instruirea elevilor claselor primare privind siguranța vieții în caz de incendiu Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Nr. 6(57) / 2014, 112-115 p. / ISSN 1729-8687
107. Radu, C. Atitudinea față de școală a copiilor din familiile temporar dezînregrate. Conferința științifică internațională „Perspectivele și Problemele Integrării în Spațiul European al Cercetării și Educației”, Universitatea de Stat „B.P. Hasdeu” din Cahul, 7 iunie 2016, Volumul II, 244-248p.

108. Radu, C. Efectele emigrării asupra copiilor temporar abandonați de către părinți. Buletinul Științific al Universității de Stat „Bogdan Petriceicu Hasdeu” din Cahul, №. 1 (5), 2017, 167-182p.
109. Radu, C. Modalități de combatere a consecințelor negative determinate de plecarea părinților în străinătate. Buletinul Științific al Universității de Stat „Bogdan Petriceicu Hasdeu” din Cahul №. 1 (1), 2015, 77-88 p.
110. Radu, C. Problemele copiilor din familiile temporar dezintegrate ca urmare a migrației Buletinul Științific al Universității de Stat „Bogdan Petriceicu Hasdeu” din Cahul №. 2 (4), 2016 Științe Umanistice. 135-145 p.
111. Raport privind realizarea, în anul 2020 a Strategiei Naționale privind Ocuparea Forței de Muncă pentru anii 2017-2021, Chișinău, 2021, 11 p.
112. Recomandările pentru un regim alimentar sănătos și activitate fizică adecvată în instituțiile de învățământ din Republica Moldova, aprobate prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 638 din 12.08.2016 (Monitorul Oficial, 2016, nr. 293-305, art. 1435).
113. Referat. Evaluarea funcției respiratorii. <http://www.scribub.com/medicina/EVALUAREA-FUNCTIEI-RESPIRATORII63818.php>.
114. Revenco N., Rudi M., Turea V. și coaut. Pediatrie manual. Chișinău: Centrul Editorial Poligraf Medicina, 2014. 626 p.
115. Rezultatele studiului național în școli privind consumul de tutun, alcool și droguri (ESPAD 2011).
116. Russu-Deliu, R.; Friptuleac, Gr.; Bernic, V.; Șalaru, I. Promovarea sănătății în prevenirea bolilor netransmisibile. Chișinău, „Epigraf” (F.E.-P. „Tipografia Centrală”), 2017, 48 p. ISBN 978-9975-60-279-2.
117. Serbulenco, A., Friptuleac, Gr., Bahnarel, I., Opopol, N., Ețco C. Promovarea sănătății și educația pentru sănătate – probleme de importanță majoră pentru Republica Moldova. Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Nr. 3(67) / 2016, 9-12 p./ ISSN 1729-8687
118. Spinei, L., Jucov, A. Factorii care influențează sănătatea migranților. Curierul medical, 2012, nr. 3 (327). 332-335 p.
119. Spinei, L., Jucov, A. Impactul migrației asupra sănătății copiilor. În: Materialele Conferinței științifico-practice Naționale cu participare Internațională, 4-5 mai 2012. Sănătatea copiilor și factorii exogeni de risc. Chișinău: 2012. 58-63 p.
120. Spinei, L., Jucov, A. Unele aspecte ale sănătății migranților. ANALILE ȘTIINȚIFICE ale USMF Nicolae Testemițanu, Volumul 2, Zilele Universității, Ediția a XII-a, Chișinău, 2011. 239-245 p.

121. Studiul de Indicatori Multipli în Cuiburi, 2012, Raport Final 2014. 49 p.
122. Sănătate Publică și Management, red. responsabil dr. hab. med., prof. univ., D. Tintiuc, Chișinău, 2007. 131 p.
123. Sănătatea copiilor și adolescenților în relație cu mediul, în Sănătatea copiilor în relație cu mediul (raport național), Chișinău, 2007. 134 p.
124. Tiberiu, C. Efecte ale migrației părinților asupra elevilor de ciclu primar din municipiul Hunedoara, rz. tz. de doc. În sociologie, Oradea, 2017. 35 p.
125. Tintiuc, D., Ețco, C., Tintiuc, E., Pancenco, A. Opinia populației privind calitatea serviciilor stomatologice. // Rev. științifico-practică, Sănătate Publică, Economie și Management. Chișinău. - 2012. 4-6 p.
126. Tintiuc, D., Obreja, G. Strategii de promovare a alimentației sănătoase. Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu“. Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Nr. 3(67) / 2016 / ISSN 1729-8687
127. Tutunaru, M., Dănilă, T., Bahnarel, I. Riscul pe care substanțele toxice îl prezintă pentru copii. Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Nr. 6(70) / 2016, 81-83 p. / ISSN 1729-8687
128. Tutunaru, M., Opopol N., Dănilă, T., Iziumov, N., Bahnarel, I. Influența cărnii prelucrate asupra stării de sănătate a populației. Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. 2Nr. 3(67) / 2016, 54-56 p. / ISSN 1729-8687
129. Tutunaru, M., Zepca, V., Iziumov, N., Manole, V. Morbiditatea cronică a elevilor din instituțiile de învățământ profesional conform datelor examenului medical. În: Materialele Congresului VI al Igieniştilor, Epidemiologilor și Microbiologilor din Republica Moldova. Chișinău. 2008, vol. I. 129-135 p. ISBN 978-9975-908-82-5.
130. Tutunaru, M., Zepca, V., Iziumov, N., Manole, V. Morbiditatea elevilor din instituțiile de învățământ profesional conform adresabilității, În: Materialele Congresului VI al igieniştilor, epidemiologilor și microbiologilor din Republica Moldova, 23-24 octombrie, 2008, 121 p.
131. UNICEF, 2015, Copiii rămași fără îngrijire părintească: Evaluarea tutelei oficiale și neofciale în cadrul sistemului de îngrijire și protecție a copilului în Republica Moldova. 25 p.
132. UNICEF, Raportul situația copiilor lumii 2011.
133. Viorica G., Adriana, A., Florin, D. P. Alimentația și mediul de viață în relație cu dezvoltarea copiilor și a tinerilor. Editura „Gr. T. Popa” U.M.F. Iași 2006, 305 p. ISBN(10)973-7906-95-0.

134. Viorica, G., Adrian, A., Florin, D. P. Alimentația și mediul de viață în relație cu dezvoltarea copiilor și a tinerilor, Iași: Editura UMF„Gh.T. Popa", 2006. 306 p. ISBN 973-7906-95-0.
135. Voina, T., Iziumov, N. Raport privind cercetările științifice la tema: “Evaluarea complexă a stării de sănătate a adolescenților de vârstă premilitară și a recruților (15-18 ani) și evidențierea factorilor ce o determină”, 2006.
136. Voinea, M. Studiu: Tipologia familiilor monoparentale din România. Universitatea din București. Facultatea de Psihologie și Științele Educației. București, 2012.
137. Volcu, G., Volcu, I. Formarea calităților intelectuale la elevi prin educația fizică în aer liber. //Teoria și Arta Educației Fizice în Școală. Chișinău. - 2012. - 2(27). 19-23 p.
138. Voloc, A., Ceban, A., Tocarciuc, L., Bivol, N., Manole, V. Bolile acute ale aparatului respirator și evaluarea factorilor de risc pentru rahitismul carențial la copii de vârstă fragedă. În: Up-to-date în medicina respiratorie/sub red.:Traian Mihăescu, Radu Crișan–Dabija. Iași: Editura Gr.T. Popa, 2017, vol. III. 60-62 p. ISBN 978-606-544-503-1.
139. Voloc, A., Cioban, A., Exantemele virale. Update în medicina respiratorie/sub red.:Traian Mihăescu, Radu Crișan – Dabija. Iași: Editura Gr.T.Popa, 2017 vol.III. 190–195 p. ISBN 978-606-544-503-1.
140. Voloc, A., David, A., Voloc, C. Impactul statusului vitaminei D în corelație cu factorul alimentar și genetic asupra sănătății osoase și dezvoltării fizice a copiilor și adolescenților din Republica Moldova. Raport în plenară la Congresul medical dedicat Zilelor anuale ale Institutului național pentru sănătatea mamei și copilului “Alessandrescu-Rusescu”, București, 23-25 noiembrie 2017.
http://insmc2017.medicalcongresses.ro/Content/Media/Volum_abstracte_INSMC.pdf
141. Voloc, A., David, A., Volokha, A. Aprecieră dezvoltării fizice a copiilor și adolescenților din Republica Moldova în raport cu starea lor nutrițională. Zilele anuale ale Institutului național pentru sănătatea mamei și copilului „Alessandrescu-Rusescu”, București, 23-25 noiembrie 2017.
http://insmc2017.medicalcongresses.ro/Content/Media/Volum_abstracte_INSMC.pdf
142. Voloc, A., Țurea, V. - / Dezvoltarea copilului și conduita în maladiile nutriționale. Chișinău: Tipografia Centrală, 2007, 7-18 p.
143. Zepca, V., Bahnarel, I., Manole, V. Adresabilitatea la medic a elevilor din școlile secundar profesionale din familiile dezintegrate. În: Materialele Conferințe Naționale Medicina Muncii cu Participare Internațională. Sibiu, România, 21-24. 09. 2011. 27 p.

144. Zepca, V., Bahnarel, I., Manole, V. Adresabilitatea la medic a elevilor școlilor profesionale din familiile temporar dezintegrate. Sănătate publică, economie și management. ATM vol II, nr.3, 2011. 1-4 p.
145. Zepca, V., Bahnarel, I., Manole, V. Adresabilitatea la medic a elevilor școlilor secundar profesionale din familiile dezintegrate. Anale științifice a USMF "N. Testemițanu", Zilele Universității 17-19 octombrie, Problemele actuale sănătate publică, și management, ediția aXIII-a, vol.2, p.167-170.
146. Zepca, V., Bahnarel, I., Manole, V. Condițiile habituale și starea socială a elevilor școlilor profesionale din familii dezintegrate. În: Materialele Conferințe Naționale Medicina Muncii cu Participare Internațională, Sibiu, România, 21-24. 09. 2011, 28.
147. Zepca, V., Bahnarel, I., Manole, V. Sexual behavior of secondary professional school students from disintegrated families. În: The 13th DKMT Euroregional Conference on Integrative Medicine, Nutrition and Health. Official Jurnal Fiziologia (physiology). România, Timișoara, 2011, supplement. 45-46 p. ISSN 1223-2076.
148. Zepca, V., Iziumov, N., Manole, V. Considerații epidemiologice despre consumul de produse alimentare de către elevii școlilor profesionale. În: Materialele Congresului VI al Igieniștilor, Epidemiologilor și Microbiologilor din Republica Moldova. Chișinău, 2008, vol. I. 156-161 p. ISBN 978-9975-908-82-5.
149. Zepca, V., Iziumov, N., Manole, V. Determinarea complexității disciplinelor școlare prin metoda de autoapreciere a stării emoționale a elevilor. În: Materialele Congresului VI al Igieniștilor, Epidemiologilor și Microbiologilor din Republica Moldova. Chișinău, 2008, vol. I. 149-151 p. ISBN 978-9975-908-82-5.
150. Zepca, V., Iziumov, N., Tutunaru, M., Coinac, M., Istrati, L., Manole, V., Babără, G., Ivas, N., Popovici, R., Gherman, V., Lupu, S., Loghin, V., Baroncea, A. Particularități ale regimului alimentar al elevilor din școlile profesionale. În: Materialele Congresului VI al Igieniștilor, Epidemiologilor și Microbiologilor din Republica Moldova. Chișinău, 2008, vol. I. 144-145 p. ISBN 978-9975-908-82-5.
151. Zepca, V., Petrescu, C., Iziumov, N., Suruceanu, N., Baroncea, A., Siminițky, S., Manole, V., Babără, G., Ivas, N., Popovici, R., Gherman, V., Istrati, L., Lupu, S. Consumul de tutun de către elevii școlilor secundare profesionale din Republica Moldova. În: Materialele Conferinței Naționale „Sănătatea în relație cu Mediul”, 15 octombrie 2010, Chișinău, 214-215.
152. Zepca, V., Tutunaru, M., Iziumov, N., Manole, V. Complexitatea disciplinelor școlare la specialitatea „Cusutorese”. În: Materialele Congresului VI al Igieniștilor, Epidemiologilor și

Microbiologilor din Republica Moldova, Chișinău, 2008, vol. I. 152-154 p. ISBN 978-9975-908-82-5.

153. Zepca, V., Topada, A. Promovarea mâncării la pachet ca o alternativă a alimentației elevilor pe parcursul orelor petrecute în școală. Partea I (Referat general) / // Revista de Medicină Școlară și Universitară. – 2016. – Vol. 3, Nr 3. 45-49 p. – ISSN-L 2392-8875

154. Zepca.V., Siminovici,V., Țurcan, Topada, A. Adresabilitatea la medic a elevilor claselor a 5-a - 8-a din localitățile rurale ale Republicii Moldova / // Sporirea rezilienței – dezvoltarea sănătoasă în condiții de risc : conf. a 2-a naț. [cu participare intern.] în Sănătatea Adolescenților, Chișinău, 2016. – (Buletin de Perinatologie. – 2016. – Nr 3). 103-104 p. – ISSN 1810-5289

155. Zoltan, A., Lajos, D., Ildikó, G., Tar Gyöngyi, T. The opinion of the population about the medical services, Magyar Epidemiológia, Supplimentum, VIII, évfolyam, 2011, 10 p.

156. Șalaru, I. et al. Ghid de terapie antitabac. 2013. Chișinău, 9-11 p.

157. Cărașuș, M. Separarea temporară a copiilor de părinți - realități, riscuri, consecințe. Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Nr. 1(52) / 2014. 70-73. / ISSN 1729-8687 /ISSNe 2587-3873

158. Meșina, V., Zepca, V.; Arnaur, N., Țigănaș, O. Abilități igienice la elevii din instituțiilor de învățământ primar din Republica Moldova. În: Materialele Conferinței „Probleme actuale ale prevenirii și controlului bolilor netransmisibile”. Chișinău, 2015, 18-20 iunie. În: Sănătate publică, economie și management în medicină. 2015, 3(60). 134-137 p. ISSN 1729-8687.

159. Pînzaru, Iu., Tutunaru, M., Danilă, T. Starea de sănătate a copiilor din instituțiile preșcolare și preuniversitare din Republica Moldova în perioada 2006-2010. Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Nr. 5(40) / 2011.9-14 p. / ISSN 1729-8687 /ISSNe 2587-3873

160. Zaporojan, A., Ion Bahnarel, I., Tarcea, M., Zepca, V., Cazacu-Stratu, A. Evaluarea meniurilor de repartiție din cantinele școlare pe perioada caldă a anului. Sănătate publică, economie și management în medicină Nr.6(57) / 2014. 110-112 p. / ISSN 1729-8687 /ISSNe 2587-3873.

161. Грошев, В.Н., Попова, Н.В. Медицинское обеспечение подготовки граждан Подольска к военной службе, в Здравоохранение Российской Федерации, 2004, nr. 2. 56-57 с.

162. Кучма, В.Р., Рапопорт, И.К. Научно-методические основы охраны и укрепления здоровья подростков России. // Гигиена и Санитария. Москва. -2011. - (4). 53-59 с.

163. Мадейский, Э., Косиба, Г., Яворский, Я. Мнения учащихся начальной школы в отношении содержания уроков физической культуры. // Теория и практика физической культуры. Москва. - 2013 - (6). 35-39 с.
164. Рапопорт, И. К., Бирюкова, Е. Т., Особенности заболеваемости школьников и учащихся профессиональных училищ при завершении образования. В: Гигиена и санитария, 2007, №1. 67-70 с.
165. Ревенко, Е.М., Т. Ф. Зелова, Т.Ф., Никитина, Н.В., Сальников, В.А. Влияние дополнительной физической нагрузки на успеваемость шестиклассников. // Теория и практика физической культуры. Москва. - 2013. -(5). 23-28 с.

Anexa 1. Model de promovare a sănătății în școli

VIZIUNEA: Stabilirea unui model de promovare a sănătății în școli

Obiective:

- Documentarea cu acte normative și experiență în domeniul promovării sănătății în școli.
- Cuantificarea factorilor de risc determinanți ai sănătății al elevilor din familiile temporar dezintegrate și complete.
- Evaluarea cunoștințelor, atitudinilor și practicilor sanogene la elevii din familiile temporar dezintegrate și complete.
- Elaborarea măsurilor specifice de diminuare a impactului fenomenului migrației.
- Evaluarea eficienței activității specialiștilor ANSP, medicului de familie, pedagogilor în domeniul promovării sănătății în școli și introducerea corectivelor.

campanii de comunicare, evenimente de promovare a sănătății, victorine, întreceri sportive, lucru în comunitate, familie, lucru individual cu pacienții din grupele "țintă", invitarea lectorilor, experților pentru "întâlniri- întrebări și răspunsuri", etc.

Imunizări, examene medicale, monitorizarea sănătății, etc.

Lecții, seminare, discuții, teatru, radio, TV local, literatură despre modul de viață sănătos, exemple a vedetelor locale, utilizarea mijloacelor rețelei naționale de Școli care promovează sănătatea, comunități sănătoase, concursuri, etc.

Beneficii: Eficacitate și cost-eficiență înaltă, costuri minime, rezultate impunătoare, etc.

Probleme etice: Oponența unor curente religioase, obiceiuri și tradiții "nesănătoase", nihilism, etc.

Riscuri: Solicitarea insuficientă a serviciilor profilactice, compromiterea activităților, neglijență, etc.

Abordări: interactive, emotive, convingătoare, exemplificate local, optimiste, bazate pe dovezi.

Conținut, componente tehnice



Sarcini funcționale:

Acumularea actelor normative, directive și metodice privind promovarea sănătății elevilor în școli

Acumularea experienței în activitatea specialiștilor ANSP, medicului de familie și pedagogilor privind promovarea sănătății în școli

Efectuarea activităților planificate a specialiștilor ANSP, medicului de familie și pedagogilor în domeniul promovării sănătății în școli

Instruirea în domeniul promovării sănătății în școli

Evaluarea periodică de către ANSP a eficienței activității medicului de familie și pedagogilor în domeniul promovării sănătății în școli

Evidența și raportarea rezultatelor activităților în domeniul promovării sănătății în școli

Evaluarea rezultatelor, criterii, corective

Criterii: Planificarea a cel puțin o oră academică obligatorie din orarul săptămânal al elevilor în domeniul promovării sănătății în școli. Diversificarea metodelor și mijloacelor privind promovarea sănătății în școli. Introducerea stimulentei pentru activitățile pedagogilor și medicului de familie în domeniul promovării sănătății în școli și pentru eficiența lor.



Corective: Se introduc ca rezultat al autoevaluărilor și evaluărilor al activităților pedagogilor și medicului de familie în domeniul promovării sănătății în școli, efectuate cel puțin odată la 2 ani.



Rezultate scontate: Efectuarea a cel puțin o oră academică obligatorie din orarul săptămânal al elevilor în domeniul promovării sănătății în școli. Stabilirea cunoștințelor bune și satisfăcătoare a pedagogilor și elevilor în domeniul promovării sănătății în școli. Autoevaluările și evaluările al activităților pedagogilor și medicului de familie în domeniul promovării sănătății în școli sunt efectuate de către ANSP cel puțin odată la 2 ani.

Anexa 2. Instrumente de evaluare a cunoștințelor, aptitudinilor și practicilor sanogene la elevi

Varianta I

1. Încercuiește afirmația corectă.

- | | | |
|--|----------|----------|
| a. Poți să împrumuți cușma de la un prieten, dacă îți este frig. | A | F |
| b. Rosul unghiilor cu dinții dăunează sănătății tale. | A | F |
| c. Trebuie să faci duș doar atunci când cineva îți indică acest lucru. | A | F |

2. Când te speli pe mâini? Bifează răspunsul corect.

- | | |
|--|--------------------------|
| a. înainte de joacă | ☐ |
| b. de fiecare dată când mâinile sunt murdare | ☐ |
| c. înainte de masă | ☐ |

3. Care din aceste activități poate fi dăunătoare sănătății tale? Bifează.



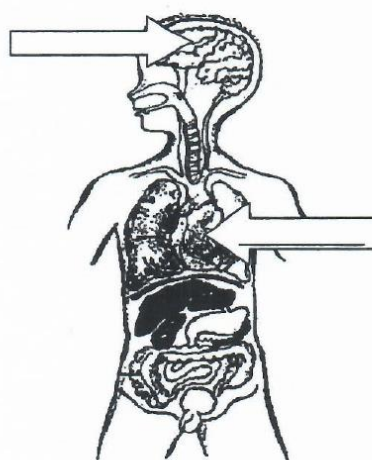
4. Scrie cu ce te îmbraci și încalți pe timp de ploaie ca să nu răcești:

Îmbrăcăminte

Încălțăminte

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

5. Scrie denumirea organelor interne ale omului indicate cu săgeți.



6. Când îți schimbi chiloții și maioul? Încercuți răspunsul corect.

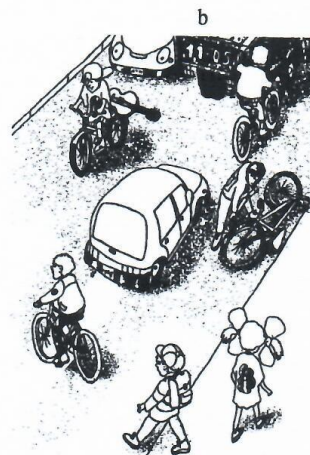
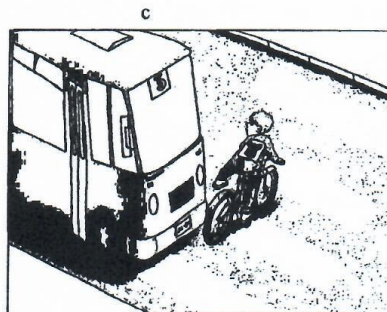
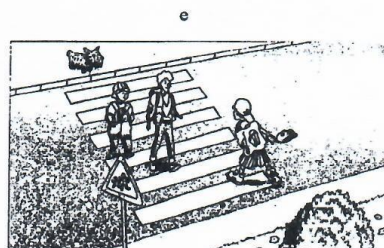
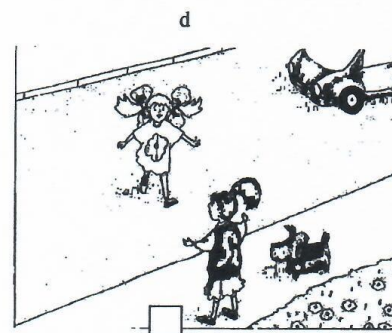
- a. după ce am făcut baie, duș
- b. în fiecare zi
- c. o dată în săptămână

☐
☐
☐

7. Încercuiește numărul de telefon care trebuie să formezi pentru a apela la serviciul de asistență medicală.

- a. 902
- b. 903
- c. 904

8. Privește atent aceste imagini. Bifează imaginea unde copiii traversează strada corect.


☐

☐

☐

☐

☐

Varianța II

1. Încercuiește afirmația corectă.

- | | | |
|---|---|---|
| a. Când strănutăm acoperim nasul și gură cu batista ca să nu împrăștiem microbii. | A | F |
| b. Poți să împrumuți pieptenele tău prietenului, dacă el te roagă. | A | F |
| c. Ne spălăm pe dinți numai sâmbăta. | A | F |

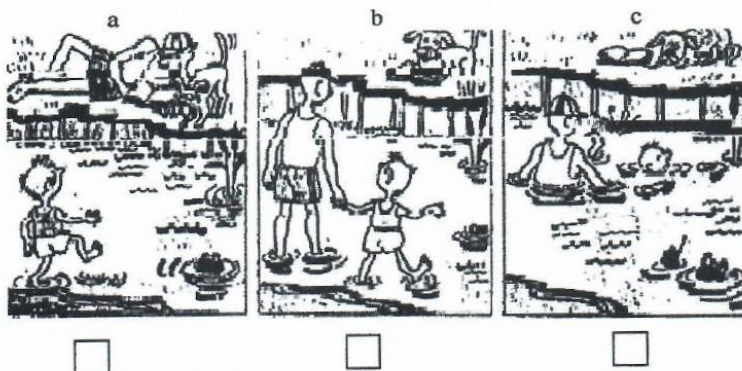
2. Când te speli pe dinți? Bifează răspunsul corect.

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| a. dimineața | ☐ |
| b. seara înainte de somn | ☐ |
| c. de fiecare dată după ce ai mâncat | ☐ |

3. Încercuiește numărul de telefon care trebuie să formezi pentru a apela la serviciul pompieri.

- a. 901
b. 902
c. 903.

4. Bifează imaginea în care băiețelul se comportă corect în apă.



5. Scrie cu ce te îmbraci și încalți iarna când este frig ca să nu răcești:

Îmbrăcăminte

Încălțăminte

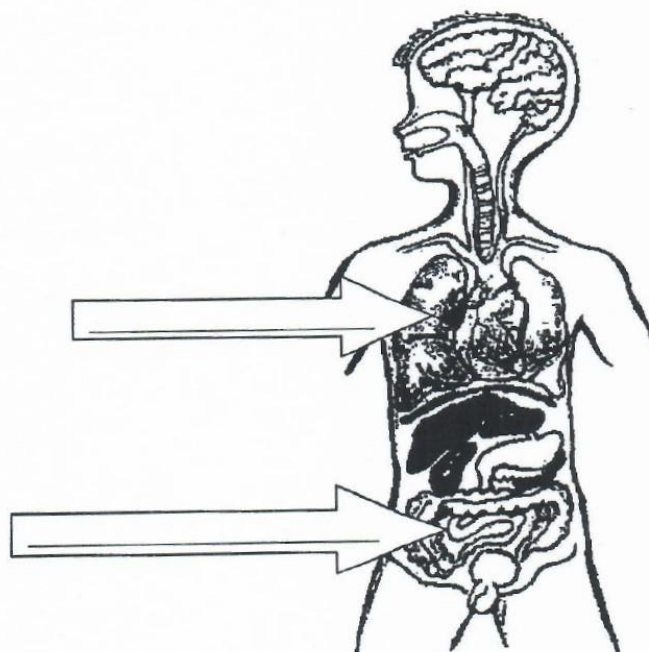
6. Bifează din imagine produsele alimentare care favorizează apariția cariei dentare.

a  măr ☐	b  cola ☐	c  nuci ☐	d  înghețată ☐
e  acadele ☐	f  morcov ☐	g  brânză ☐	h  prăjitură ☐

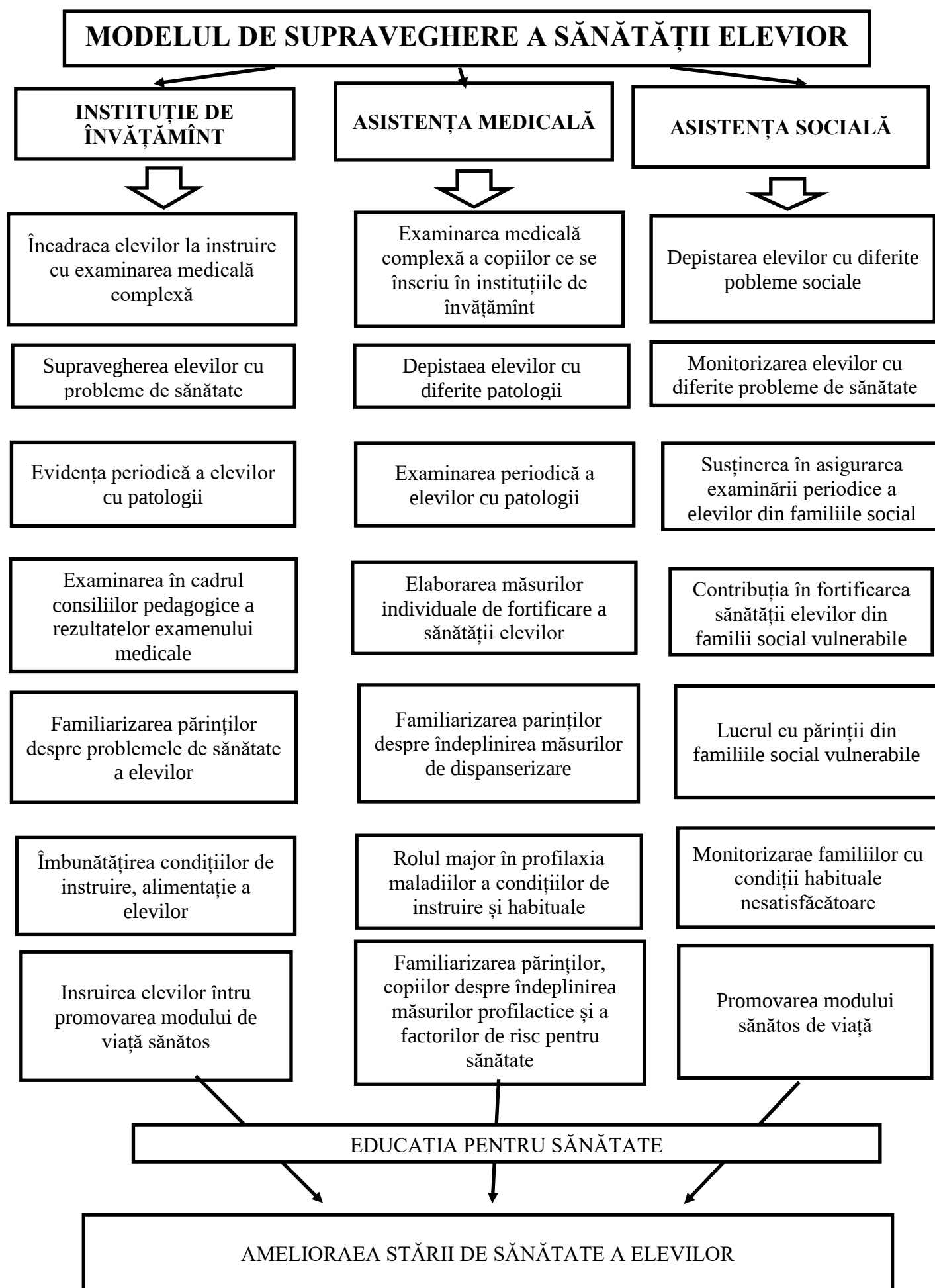
7. Când te speli pe picioare? Încercuiește răspunsul corect.

- a. în fiecare seară
- b. o dată în săptămână
- c. la necesitate

8. Scrie denumirea organelor interne ale omului indicate cu săgeți.



Anexa 3. Model de supraveghere a sănătății elevilor



Anexa 4. Implementari

Implementarea rezultatelor științifice a fost realizat prin participarea în cadrulul laboratorului științific la elaborarea promovarea diferitor acte normative, metodice și anume:

1. Recomandări metodice „Privind aplicarea metodelor instrumentale și de laborator la efectuarea supravegherii de stat a sănătății publice în domeniul sănătății copiilor și tinerilor”, aprobate prin Hotărârea Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății din 29.03.2012, proces verbal nr. 1.
2. Recomandări metodice. Privind organizarea alimentației echilibrate în instituțiile pentru copii. Chișinău, 2013, 59 p., aprobate prin Hotărârea Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății din 05.09.2013, proces verbal nr. 3.
3. Ordinul MS nr.904 din 17.09.2012 „Privind aprobarea listei produselor alimentare nerecomandate preșcolarilor și elevilor MO (nr. 205-207, art.1136, 2012).
4. Ordinul MS nr. 1218 din 01.12.2012 „Cu privire la organizarea supravegherii sanitare a instituțiilor de învățământ superior.
5. În perioada anilor 2019-2020 rezultatele cercetării au fost implementate în activitatea practică a următoarelor instituții: Agenția Națională pentru Sănătate Publică, Centrul de Sănătate Publică Chișinău, Centrul de Sănătate Publică Edineț, Centrul de Sănătate Publică Bălți, Centrul de Sănătate Publică Cahul, Direcția Învățământ Tineret și Sport Rîșcani și Direcția Asistență Socială Protecție a Familiei Rîșcani.

Anexa 5. Implementări



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE AL REPUBLICII MOLDOVA
AGENȚIA NAȚIONALĂ PENTRU SĂNĂTATE PUBLICĂ

MD 2028, mun. Chișinău, str. Gh. Asachi 67A, Tel. +373 22 574 501; Fax. +373 22 729 725,
<http://www.ansp.md>, e-mail: office@ansp.md IDNO 1018601000021

04.05.20 din CI/1541

Act de implementare

Prin prezenta, Agenția Națională pentru Sănătate Publică, confirmă că rezultatele studiului științific la teza de doctor în științe medicale “Evaluarea stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale” a dlui Vergil Manole, au fost implementate în activitatea practică a specialiștilor din domeniul sănătății publice și utilizate ca suport informativ și metodic în monitorizarea stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale.

Director ANSP



Nicolae FURTUNĂ



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE AL REPUBLICII MOLDOVA
AGENȚIA NAȚIONALĂ PENTRU SĂNĂTATE PUBLICĂ
CENTRUL DE SĂNĂTATE PUBLICĂ CHIȘINĂU

MD 2001, mun. Chișinău, str. Al. Hujdei 49, Tel. +373 22 574 300, Fax. +373 22 574 300,
<http://www.ansp.md>, e-mail esp.chisinau@ansp.md IDNO: 1018601000021

02-1072 din 07.05.20

Act de implementare

Prin prezenta, Centrul de Sănătate Publică Chișinău, confirmă că rezultatele studiului științific la teza de doctor în științe medicale “Evaluarea stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale” a dlui Vergil Manole, doctorand, Agenția Națională pentru Sănătate Publică, au fost implementate în activitatea practică a specialiștilor din domeniul sănătății publice și utilizate ca suport informativ și metodic în monitorizarea stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale.

Șef CSP Chișinău,
dr.șt.med.



Eudochia TCACI



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE AL REPUBLICII MOLDOVA
AGENȚIA NAȚIONALĂ PENTRU SĂNĂTATE PUBLICĂ
CENTRUL DE SĂNĂTATE PUBLICĂ BĂLȚI

MD-3100, mun. Bălți, str. I. Franco, nr. 46, Tel. +373 231 7-32-15; Fax. +373 231 7-32-15; +373 231 7-51-91
E-mail: cmpbalti@yahoo.com, www.cspbalti.md, cmpmb@ms.md; IDNO: 1007601000159

03-364 din 12.04.2019

Act de implementare

Prin prezenta, Centrul de Sănătate Publică Bălți, confirmă că rezultatele studiului științific la teza de doctor în științe medicale “Evaluarea stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale” a dlui Vergil Manole, doctorand, Agenția Națională pentru Sănătate Publică, au fost implementate în activitatea practică a specialiștilor din domeniul sănătății publice și utilizate ca suport informativ și metodic în monitorizarea stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale.



Șef CSP Bălți

Veaceslav CHIȘLARI



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE AL RM
AGENȚIA NAȚIONALĂ PENTRU SĂNĂTATE PUBLICĂ
CENTRUL DE SĂNĂTATE PUBLICĂ EDINET

Str. Pușkin 16, MD-4600, or Edineț, Tel/Fax +373 (246) 2-39-66
email: espedinet@rambler.ru, esp.edinet@ansp.gov.md

Act de implementare

Prin prezenta, Centrul de Sănătate Publică Edineț, confirmă că rezultatele studiului științific la teza de doctor în științe medicale "Evaluarea stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale" a dlui Vergil Manole, doctorand, Agenția Națională de Sănătate Publică, au fost implementate în activitatea specialiștilor din domeniul sănătății publice și utilizate ca suport informativ în monitorizarea stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale cu direcționarea măsurilor de fortificare a sănătății.

Șef CSP Edineț

Aleona PISTRUGA



REPUBLICA MOLDOVA
CONSILIUL RAIONAL RÎȘCANI
DIRECȚIA ÎNVĂȚĂMÂNT,
TINERET ȘI SPORT RÎȘCANI

Nr. 133/1 din 15.05.2019

Act de implementare

Prin prezenta, Direcția Învățământ Tineret Sport Rîșcani confirmă faptul că rezultatele studiului științific la teza de doctor în științe medicale “Evaluarea stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale” a dlui Vergil Manole, doctorand, Agenția Națională de Sănătate Publică, au fost utilizate ca suport informativ-didactic în monitorizarea stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate din raionul Rîșcani cu elaborarea măsurilor de fortificare a sănătății.

Șef Direcție Învățământ
Tineret și Sport Rîșcani



Viorel Dandara

REPUBLICA MOLDOVA
CONSILIUL RAIONAL RÎȘCANI
DIRECȚIA ASISTENȚĂ SOCIALĂ ȘI
PROTECȚIA FAMILIEI



РЕСПУБЛИКА МОЛДОВА
РЫШКАНСКИЙ РАЙОННЫЙ СОВЕТ
УПРАВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО
ОБЕСПЕЧЕНИЯ
И ЗАЩИТЫ СЕМЬИ

or. Rîșcani, str. Independenței 44
Tel. (256) 2-39-87

г. Рышкань, ул. Индпенденцей 44
тел (256) 2-39-87

Nr. 249/2 din 15.04.2019

Act de implementare

Se confirmă faptul că rezultatele studiului științific la teza de doctor în științe medicale “Evaluarea stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale” a dlui Vergil Manole, au fost utilizate ca suport informativ în monitorizarea stării de sănătate a elevilor ce au rămas fără îngrijirea unuia sau a ambilor părinți din raionul Rîșcani plecați la muncă peste hotare.

Șeful Direcție Asistență Socială

Protecție a Familiei Rîșcani



M. Turca

Mariana Turca

Fişa examinării medicale

Numele, prenumele _____

1. Clasa _____ 2. Genul: m f Născut: _____ 3. Vârsta _____

4. Durata ultimei emigrări a părinţilor:

Mama: m¹ sub 6 luni; m² 6-12 luni m³ peste 1 an

Tata: t¹ sub 6 luni; t² 6-12 luni t³ peste 1 an

5. Masa corporală _____ kg 6. Talia _____ cm 7. IMC _____

Spirometria: 1. _____ 2. _____ 8. _____

Dinamometria: M. Dr. 1. _____ 2. _____ 9 d _____

M. S. 1. _____ 2. _____ 9 s _____

10. Examenul medical:

a. Chirurg-ortoped _____

b. Neurolog _____

c. Oftalmolog _____

d. ORL _____

e. Ginecolog _____

f. Stomatolog

			V	IV	III	II	I		I	II	III	IV	V				
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	
			V	IV	III	II	I		I	II	III	IV	V				

C – carie; P – pulpită; Pt – periodontită; Pl – plombat; 0 – absent

g. Medicul de familie _____

11. Grupa de sănătate _____

” ” _____ 201_

Chestionar privind educația pentru sănătate (pentru învățători cl. primare)

Stimată doamnă (domn). Citiți fiecare întrebare și alegeți un singur răspuns (încercuiți răspunsul respectiv). La unele întrebări, care sunt indicate în chestionar, se pot alege mai multe răspunsuri. Unde este necesar, completați cu răspunsul Dvs. Vă rugăm să răspundeți sincer la fiecare întrebare. Vă mulțumim pentru participare și Vă garantăm confidențialitatea informației.

1. Sexul

- a. masculin b. feminin

2. Lucrați în calitate de:

- a. învățător clase primare
b. metodist
c. manager (director, director adjunct etc.)
d. alta

3. Sunteți învățător în:

- a. clasa 1-a c. clasa 3-a
b. clasa 2-a d. clasa 4-a

4. Lucrați în instituție preuniversitară de la:

- a. oraș b. sat

5. Care sunt semnele (simptomele) de manifestare a gripei?

- a. _____
b. _____
c. _____

6. Cum se procedează în caz de îmbolnăvire de gripă?

- a. _____
b. _____
c. _____

7. Ce măsuri de prevenție a gripei cunoașteți?

- a. _____
b. _____
c. _____

8. Care sunt semnele (simptomele) de manifestare a bolilor diareice acute?

- a. _____
b. _____
c. _____

9. Cum se procedează în caz de îmbolnăvire de bolile diareice acute?

- a. _____
b. _____
c. _____

10. Ce măsuri de prevenție a bolilor diareice acute cunoașteți?

- a. _____
b. _____
c. _____

11. Vi s-a predat în școală disciplina „Educația pentru sănătate”, „Igienă și sanitară”, „Omul și sănătatea” sau alt obiect care va familiarizat cu stilul sănătos de viață?

- a. da b. nu

12. Vi s-a predat în Universitate, Colegiu disciplina „Educația pentru sănătate”, „Igienă și sanitară”, „Omul și sănătatea” sau alt obiect care va familiarizat cu stilul sănătos de viață?

- a. da b. nu

13. Cursurile de instruire profesională continuă includ modulul „Educație pentru sănătate”?

- a. da b. nu

14. Considerați că aveți pregătirea necesară pentru efectuarea educației pentru sănătate a elevilor?

- a. da b. parțial c. nu

15. Cum considerați, este necesar predarea disciplinei „Educația pentru sănătate” elevilor în școală?

- a. da b. nu

16. Cum considerați, este necesar predarea în Universitate, Colegiu a unui curs pentru familiarizarea viitorilor pedagogi cu stilul sănătos de viață?

- a. da b. nu

17. Notați disciplinele predate în clasele primare, în Curriculum-ul cărora există compartimentul „Educație pentru sănătate”.

- a. _____
b. _____
c. _____
d. _____

18. Sunt ghiduri pentru învățătorii claselor primare în domeniul educației pentru sănătate?

- a. suficient c. insuficient
b. parțial d. nu există

19. Există material didactic pentru elevii claselor primare la compartimentul educație pentru sănătate?

- a. suficient c. insuficient
b. parțial d. nu există

20. Le vorbiți elevilor despre pericolele provocate de: (se pot alege câteva răspunsuri)

- a. aragaz
b. curentul electric
c. incendiu
d. apeduct
e. scăldatul în bazine de apă
f. jocul pe gheața bazinelor de apă
g. transportul rutier
h. persoane necunoscute
i. animale vagabonde, domestice, sălbatice
k. insecte (viespi, albine și al.)
l. plante otrăvitoare

Stimați părinți!

Fișa conține confirmări referitoare la starea de sănătate a copilului D-voastră. Citiți fiecare afirmație și luați în cerc răspunsul respectiv. Citiți atent și notați în foaia de răspunsuri fiecare confirmare. Vă mulțumim pentru participare și vă garantăm confidențialitatea răspunsurilor.

1. Sunteți:
a. mama elevului
b. tata elevului
2. Copilul Dvs. învață în școală de la :
a. oraș
b. sat
3. Copilul Dvs. învață în:
a. clasa 1-a
b. clasa 2-a
c. clasa 3-a
d. clasa 4-a
4. După părerea Dvs. copilul Dvs.:
a. este sănătos
b. uneori se îmbolnăvește
c. se îmbolnăvește frecvent
5. Copilul Dvs. se întoarce de la școală obosit:
a. de regulă nu
b. în rare cazuri
c. frecvent
6. Când ați consultat copilul ultima dată la medic fără să fi fost bolnav sau traumatizat?
a. niciodată
b. în ultimul an
c. între 1 și 2 ani în urmă
d. cu mai mult de 2 ani în urmă
7. Care a fost motivul principal pentru care v-ați adresat cu copilul ultima dată la medicul specialist?
a. accident sau traumă/leziune
b. boală sau problemă de sănătate
c. proceduri de vaccinare
d. cu scopul de a face un examen medical (în lipsa unei boli sau a unei probleme de sănătate)
e. vizită repetată
f. pentru a lua niște acte, certificate
g. altul _____
8. Care a fost specialitatea medicului la care ați apelat cu copilul ultima dată?
a. medicul de familie
b. pediatru
c. neurolog
d. cardiolog
e. pneumolog, fiziatru
f. ORL-ist
g. oftalmolog
h. chirurg
i. endocrinolog, diabetolog
k. reumatolog
l. urolog, nefrolog
m. ginecolog, obstetrician
n. oncolog
o. dermatolog
p. ortoped
q. stomatolog (dentist)
r. psihiatru
s. gastro-enterolog
t. traumatolog
u. nu știu, nu-mi amintesc
9. La ultima adresare la medic: (se pot alege câteva răspunsuri)
a. vi s-a prescris tratament
b. vi s-a explicat cauza bolii
c. vi s-au recomandat măsuri de profilaxie a bolii
10. Când v-ați adresat cu copilul ultima dată la un medic stomatolog pentru o verificare, detartraj sau alte tratamente stomatologice?
a. niciodată
b. în ultimul an
c. între 1 și 2 ani
d. cu mai mult de 2 ani în urmă
11. Cum credeți, copilul Dvs. a încercat să fumeze?
a. nu
b. da
c. nu știu
12. La ce vârstă copilul Dvs. a băut pentru prima dată alcool mai mult decât câteva înghițituri?
a. niciodată nu a băut alcool în afară de câteva înghițituri
b. la mai puțin de 7 ani
c. la 7 sau 8 ani
d. la 8 sau 9 ani
e. la 9 sau 10 ani
13. În timpul vieții copilul Dvs. în câte zile a servit cel puțin o înghițitură de alcool?
a. niciodată
b. 1-2 zile
c. 3-9 zile
d. 10-19 zile
e. 20-39 zile
f. 40-99 zile
g. 100 zile sau mai mult
14. Copilul Dvs. își periază zilnic dinții?
a. da, regulat
b. neregulat
c. nu periază
d. nu știu
15. Copilul Dvs. se culcă zilnic la una și aceeași oră?
a. da, regulat
b. neregulat
c. nu
d. nu știu
16. De câte ori pe zi mănâncă copilul Dvs. (acasă și la școală)?
a. 3 ori
b. 3-4 ori
c. 4-5 ori
d. 5 și mai multe ori
17. Ați vorbit copilului Dvs. despre: (se pot alege câteva răspunsuri)
a. Efectele fumatului
b. Efectele consumului de alcool
c. Efectele consumului de droguri
d. Alimentație sănătoasă
e. Cum apar copiii
f. Efectele sedentarismului (hipodinamiei)
18. Considerați că aveți pregătirea necesară pentru efectuarea educației pentru sănătate a copilului Dvs.?
a. da
b. parțial
c. nu
19. Din ce surse Vă informați despre modul sănătos de viață, prevenirea îmbolnăvirii? (se pot alege câteva răspunsuri)
a. medici
b. TV
c. radioul
d. ziare, reviste
e. prieteni, colegi
f. internet
g. altele _____
20. Considerați necesară predarea disciplinei „Educația pentru sănătate” elevilor în școală?
a. da
b. nu
c. nu știu
21. Considerați că copilul Dvs. are zilnic:
a. un număr acceptabil de lecții
b. un număr mare de lecții

Chestionarul 1 (clasele 5-8)

Fișa conține întrebări referitor la comportamentul tău. Citește fiecare întrebare și alege un singur răspuns (încercuiește răspunsul respectiv). La unele întrebări, care sunt indicate în chestionar, poți alege mai multe răspunsuri. Unde este necesar, scrie răspunsul tău. Te rugăm să răspunzi sincer la fiecare întrebare. Îți mulțumim pentru participare și-ți garantăm confidențialitatea răspunsurilor.

- Ce vârstă ai?**
 - 12 ani sau mai puțin
 - 13 ani
 - 14 ani
 - 15 ani
 - 16 ani
- Sexul**
 - feminin
 - masculin
- În ce clasă ești?**
 - a V-a
 - a VI-a
 - a VII-a
 - a VIII-a
- Părinții tăi lucrează?**
 - doar tata (tatăl vitreg sau partenerul mamei)
 - doar mama (mama vitregă sau partenera tatălui)
 - amândoi
 - nici unul
- Care sunt persoanele adulte cu care locuiești în casă?**
 - mama și tata (reali sau adoptivi)
 - doar mama (reală sau adoptivă)
 - doar tata (real sau adoptiv)
 - mama reală și tatăl vitreg
 - tata real și mama vitregă
 - mama și un alt adult/adulți
 - tata și un alt adult/adulți
 - cu bunicii
 - alte rude, ne-rude, sau supraveghetori
- Care din părinții tăi se află la momentul dat la lucru peste hotare?**
 - nici unul
 - tata
 - mama
 - ambii
- Cât de des mergi anual la biserică sau la servicii religioase?**
 - aproape niciodată
 - de câteva ori pe an
 - o dată pe lună
 - de două ori pe lună
 - de trei ori pe lună
 - de patru ori pe lună
- Ai acasă odaia ta separată?**
 - da
 - nu
- Ai patul tău personal?**
 - da, dorm unul singur
 - dormim mai mulți într-un pat
- Vă aprovizionați acasă cu apă rece:**
 - centralizat prin apeduct
 - adusă de la fântână
 - alte surse _____
- Ai apă fierbinte acasă ?**
 - prin apeduct centralizat
 - boiler
 - se încălzea apa la aragaz, plită, etc.
- Este baie în casa părintească?**
 - da
 - nu
- Este WC-eu (toaletă) la casa părintească?**
 - în casă
 - în curte (ogradă)
- Casa în care locuiești se încălzește prin:**
 - sobă (plită)
 - centrală autonomă
 - încălzire centralizată
- Casa părintească este înzestrată cu canalizare?**
 - este fosă septică (groapă betonată cu capac)
 - centralizat
 - nu
- Cât de mulțumit ești de situația financiară a familiei tale?**
 - foarte mulțumit
 - mulțumit
 - nu prea mulțumit
 - nu sunt mulțumit
- În ultimele 30 de zile timp de câte zile ai purtat asupra ta vreo armă rece cum ar fi cuțit, băț?**
 - nici o zi
 - 1 zi
 - 2-3 zile
 - 4-5 zile
 - 6 sau mai multe zile
- În ultimele 30 de zile timp de câte zile nu ai mers la școală pe motiv că te-ai simțit în nesiguranță pe drum spre sau de la școală?**
 - nici o zi
 - 1 zi
 - 2-3 zile
 - 4-5 zile
 - 6 sau mai multe zile
- În ultimele 12 luni de câte ori te-a amenințat sau te-a rănit cineva cu o armă rece cum ar fi cuțit, băț?**
 - niciodată
 - o dată
 - de 2-3 ori
 - de 4-5 ori
 - de 6-7 ori
 - de 8-9 ori
 - de 10-11 ori
 - de 12 ori sau mai multe
- În ultimele 12 luni de câte ori ți-a furat sau ți-a deteriorat (distrus) cineva în mod intenționat la școală bunurile tale, cum ar fi: hainele, cărțile etc.?**
 - niciodată
 - o dată
 - de 2-3 ori
 - de 4-5 ori
 - de 6-7 ori
 - de 8-9 ori
 - de 10-11 ori
 - de 12 ori sau mai multe
- În ultimele 12 luni de câte ori te-ai bătut?**
 - niciodată
 - o dată
 - de 2-3 ori
 - de 4-5 ori
 - de 6-7 ori
 - de 8-9 ori
 - de 10-11 ori
 - de 12 ori sau mai multe
- Ultima dată când te-ai bătut, cu cine te-ai bătut?**
 - niciodată nu m-am bătut
 - cu un necunoscut
 - cu un prieten sau unul pe care-l cunoșteam
 - cu un frate
 - cu sora
- La ce vârstă ai fumat o țigară întreagă pentru prima dată?**
 - niciodată nu am fumat o țigară întreagă
 - la mai puțin de 9 ani
 - la 9 sau 10 ani
 - la 11 sau 12 ani
 - la 13 sau 14 ani
 - la 15 sau 16 ani
- Ai fumat vreodată în mod regulat, adică cel puțin o țigară zilnic, timp de 30 zile?**
 - da
 - nu

25. La ce vârstă ai început să fumezi țigări în mod regulat (cel puțin o țigară zilnic, timp de 30 zile)?
- niciodată nu am fumat țigări în mod regulat
 - la mai puțin de 9 ani
 - la 9 sau 10 ani
 - la 11 sau 12 ani
 - la 13 sau 14 ani
 - la 15 sau 16 ani
26. În ultimele 30 zile în câte zile ai fumat țigări?
- nici o zi
 - 1-2 zile
 - 3-5 zile
 - 6-9 zile
 - 10-19 zile
 - 20-29 zile
 - în toate cele 30 zile
27. În ultimele 30 zile, câte țigări ai fumat pe zi?
- nu am fumat
 - mai puțin de o țigară pe zi
 - o țigară pe zi
 - 2-5 țigări pe zi
 - 6-10 țigări pe zi
 - 11-20 țigări pe zi
 - mai mult de 20 țigări pe zi
28. La ce vârstă ai băut pentru prima dată alcool mai mult decât câteva înghițituri?
- niciodată nu am băut alcool în afară de câteva înghițituri
 - la mai puțin de 9 ani
 - la 9 sau 10 ani
 - la 11 sau 12 ani
 - la 13 sau 14 ani
 - la 15 sau 16 ani
29. În ultimele 30 zile în câte zile ai consumat cel puțin o înghițitură de alcool?
- nici o zi
 - 1-2 zile
 - 3-5 zile
 - 6-9 zile
 - 10-19 zile
 - 20-29 zile
 - în toate cele 30 zile
30. În ultimele 30 zile în câte zile ai băut mai multe ore în șir?
- 0 zile
 - 1 zi
 - 2 zile
 - de la 3 la 5 zile
 - de la 6 la 9 zile
 - de la 10 la 19 zile
 - 20-29 zile
 - în toate cele 30 zile
31. Ce băuturi alcoolice consumi de obicei? (poți alege câteva răspunsuri)
- nu consum alcool
 - bere
 - vin
 - șampanie (vin spumant)
 - rachiu sau votcă, coniac, brandy etc.
32. Până în prezent, de câte ori te-ai îmbătat?
- niciodată
 - 1-2 ori
 - 3-5 ori
 - 6-9 ori
 - 10-19 ori
 - 20-39 ori
 - 40 sau mai multe ori
33. În câte zile din ultimele șapte ai făcut exerciții fizice sau activități sportive (înot, tenis, ciclism, dans sportiv, alergare etc.) pentru cel puțin 20 min. în cursul cărora ai transpirat și ai respirat mai greu?
- nici o zi
 - 1 zi
 - 2 zile
 - 3 zile
 - 4 zile
 - 5 zile
 - 6 zile
 - 7 zile
34. În timpul ultimelor 12 luni, la câte meciuri jucate în echipa școlii sau în alte echipe ai luat parte?
- nici un meci
 - 1 meci
 - 2 meciuri
 - 3 sau mai multe meciuri
35. În câte zile pe săptămână participi la orele de educație fizică la școală?
- nici o zi
 - 1 zi
 - 2 zile
36. În timpul unei ore de educație fizică, câte minute faci exerciții sportive?
- nu merg la orele de educație fizică
 - mai puțin de 10 minute
 - de la 10 până la 20 minute
 - de la 21 până la 30 minute
 - mai mult de 30 minute
37. Știi să înoți?
- da
 - nu
 - nu prea bine
38. Când ai fost consultat ultima dată de către un medic?
- niciodată
 - cu mai mult de 2 ani în urmă
 - între 1 și 2 ani în urmă
 - în ultimul an
39. Când ai fost consultat ultima dată de către un medic stomatolog pentru o verificare, detartraj sau alte tratamente stomatologice?
- niciodată
 - cu mai mult de 2 ani în urmă
 - între 1 și 2 ani
 - în ultimul an
40. Care a fost motivul principal pentru care ai apelat ultima dată la medicul specialist?
- traumă sau rană /leziune
 - boală sau problemă de sănătate
 - proceduri de vaccinare
 - cu scopul de a face un control medical (în lipsa unei boli sau a unei probleme de sănătate)
 - vizită repetată
 - pentru a lua niște acte, certificate
 - altul _____
41. În ultimele 12 luni, de câte ori ai folosit medicamente fără recomandarea medicului?
- niciodată
 - 1-2 ori pe an
 - 1-3 ori pe lună
 - 1 dată pe săptămână
 - la 2-3 zile
 - zilnic
42. Ți s-a vorbit la școală și/sau în cabinetul medical despre: (poți alege câteva răspunsuri)
- Efectele fumatului
 - Efectele consumului de alcool
 - Efectele consumului de droguri
 - SIDA sau infecția HIV
 - Modalități de prevenire a sarcinii
 - Modalități de prevenire a bolilor transmise sexual
 - Alimentația sănătoasă
 - Efectele sedentarismului (hipodinamiei)
43. Ți s-a vorbit la școală despre pericolele provocate de: (se pot alege câteva răspunsuri)
- aragaz
 - curentul electric
 - incendiu
 - apeduct
 - scăldatul în bazine de apă
 - jocul pe gheața bazinelor de apă
 - transportul rutier
 - persoane necunoscute
 - animale domestice, vagabonde, sălbatice
 - insecte (viespi, albine și altele.)
 - plante otrăvitoare

Chestionarul 2 (clasele 9-12)

Fișa conține întrebări referitor la comportamentul tău. Citește fiecare întrebare și alege un singur răspuns (încercuiește răspunsul respectiv). La unele întrebări, care sunt indicate în chestionar, poți alege mai multe răspunsuri. Unde este necesar, scrie răspunsul tău. Te rugăm să răspunzi sincer la fiecare întrebare. Îți mulțumim pentru participare și-ți garantăm confidențialitatea răspunsurilor.

1. Ce vârstă ai?
 - a. 15 ani
 - b. 16 ani
 - c. 17 ani
 - d. 18 ani
 - e. 19 ani
 - f. 20 și mai mulți ani
2. Sexul
 - a. feminin
 - b. masculin
3. În ce clasă ești?
 - a. a IX-a
 - b. a X-a
 - c. a XI-a
 - d. a XII-a
4. Părinții tăi lucrează?
 - a. doar tata (tatăl vitreg sau partenerul mamei)
 - b. doar mama (mama vitregă sau partenera tatălui)
 - c. amândoi
 - d. nici unul
5. Ce studii are tatăl tău (tatăl vitreg sau partenerul mamei)?
 - a. studii superioare (universitate, institut, academie)
 - b. colegiu (tehnicum)
 - c. școală profesională (școala de meserii)
 - d. a absolvit liceul, școala medie
 - e. a absolvit 8 sau 9 clase
6. Ce studii are mama ta (mama vitregă sau partenera tatei)?
 - a. studii superioare (universitate, institut, academie)
 - b. colegiu (tehnicum)
 - c. școală profesională (școala de meserii)
 - d. a absolvit liceul, școala medie
 - e. a absolvit 8 sau 9 clase
7. Care sunt persoanele adulte cu care locuiești în casă?
 - a. mama și tata (reali sau adoptivi)
 - b. doar mama (reală sau adoptivă)
 - c. doar tata (real sau adoptiv)
 - d. mama reală și tatăl vitreg
 - e. tata real și mama vitregă
 - f. mama și un alt adult/adulți
 - g. tata și un alt adult/adulți
 - h. cu bunicii
 - i. alte rude, ne-rude, sau supraveghetori
8. Care din părinții tăi se află la momentul dat la lucru peste hotare?
 - a. nici unul
 - b. tata
 - c. mama
 - d. ambii
9. Cât de des mergi anual la biserică sau la servicii religioase?
 - a. aproape niciodată
 - b. de câteva ori pe an
 - c. o dată pe lună
 - d. de două ori pe lună
 - e. de trei ori pe lună
 - f. de patru ori pe lună
10. Ai acasă odaia ta separată?
 - a. da
 - b. nu
11. Ai patul tău personal?
 - a. da, dorm unul singur
 - b. dormim mai mulți într-un pat
12. Vă aprovizionează acasă cu apă rece:
 - a. centralizat prin apeduct
 - b. adusă de la fântână
 - c. alte surse
13. Ai apă fierbinte acasă?
 - a. prin apeduct centralizat
 - b. boiler
 - c. se încălzește apa la aragaz, plită, etc.
14. Este baie în casa părintească?
 - a. da
 - b. nu
15. Este WC-eu (tualetă) la casa părintească?
 - a. în casă
 - b. în curte (ogradă)
16. Casa în care locuiești se încălzește prin:
 - a. sobă
 - b. centrală autonomă
 - c. încălzire centralizată
17. Casa părintească este înzestrată cu canalizare?
 - a. groapă betonată cu capac
 - b. centralizat
 - c. nu
18. Cât de mulțumit ești de situația financiară a familiei tale?
 - a. foarte mulțumit
 - b. mulțumit
 - c. nu prea mulțumit
 - d. nu sunt mulțumit
19. În ultimele 30 de zile timp de câte zile ai purtat asupra ta vreo armă rece cum ar fi cuțit, băț?
 - a. nici o zi
 - b. 1 zi
 - c. 2-3 zile
 - d. 4-5 zile
 - e. 6 sau mai multe zile
20. În ultimele 30 de zile timp de câte zile nu ai mers la școală pe motiv că te-ai simțit în nesiguranță pe drum spre sau de la școală?
 - a. nici o zi
 - b. 1 zi
 - c. 2-3 zile
 - d. 4-5 zile
 - e. 6 sau mai multe zile
21. În ultimele 12 luni de câte ori te-a amenințat sau te-a rănit cineva cu o armă rece cum ar fi cuțit, băț?
 - a. de 0 ori
 - b. o dată
 - c. de 2-3 ori
 - d. de 4-5 ori
 - e. de 6-7 ori
 - f. de 8-9 ori
 - g. de 10-11 ori
 - h. de 12 ori sau mai multe
22. În ultimele 12 luni de câte ori ți-a furat sau ți-a deteriorat (distrus) cineva în mod intenționat la școală, bunurile tale, cum ar fi: hainele, cărțile etc.?
 - a. de 0 ori
 - b. o dată
 - c. de 2-3 ori
 - d. de 4-5 ori
 - e. de 6-7 ori
 - f. de 8-9 ori
 - g. de 10-11 ori
 - h. de 12 ori sau mai multe
23. În ultimele 12 luni de câte ori te-ai bățut?
 - a. de 0 ori
 - b. o dată
 - c. de 2-3 ori
 - d. de 4-5 ori
 - e. de 6-7 ori
 - f. de 8-9 ori
 - g. de 10-11 ori
 - h. de 12 ori sau mai multe
24. Ultima dată când te-ai bățut, cu cine te-ai bățut?
 - a. niciodată nu m-am bățut
 - b. cu un necunoscut
 - c. cu un prieten sau unul pe care-l cunoșteam
 - d. cu un frate
 - e. cu sora
25. La ce vârstă ai fumat o țigară întreagă pentru prima dată?
 - a. niciodată nu am fumat o țigară întreagă
 - b. la mai puțin de 9 ani
 - c. la 9 sau 10 ani
 - d. la 11 sau 12 ani
 - e. la 13 sau 14 ani
 - f. la 15 sau 16 ani
 - g. la 17 sau 18 ani
 - h. la 19 sau 20 ani
26. Ai fumat vreodată în mod regulat, adică cel puțin o țigară zilnic, timp de 30 zile?
 - a. da
 - b. nu
27. La ce vârstă ai început să fumezi țigări în mod regulat (cel puțin o țigară zilnic, timp de 30 zile)?
 - a. niciodată nu am fumat țigări în mod regulat
 - b. la mai puțin de 9 ani
 - c. la 9 sau 10 ani
 - d. la 11 sau 12 ani
 - e. la 13 sau 14 ani
 - f. la 15 sau 16 ani
 - g. la 17 sau 18 ani
 - h. la 19 sau 20 ani
28. În ultimele 30 zile în câte zile ai fumat țigări?
 - a. nici o zi
 - b. 1-2 zile
 - c. 3-5 zile
 - d. 6-9 zile
 - e. 10-19 zile
 - f. 20-29 zile
 - g. în toate cele 30 zile
29. În ultimele 30 zile, câte țigări ai fumat pe zi?
 - a. nu am fumat
 - b. mai puțin de o țigară pe zi
 - c. o țigară pe zi
 - d. 2-5 țigări pe zi
 - e. 6-10 țigări pe zi
 - f. 11-20 țigări pe zi
 - g. mai mult de 20 țigări pe zi
30. Din ce motive fumezi? (poți alege câteva răspunsuri)
 - a. nu fumez
 - b. fumatul contribuie la buna dispoziție și înlătură stresul
 - c. când fumez comunic mai ușor cu alte persoane
 - d. când mă găsesc între persoane care fumează, nu vreau să creez opinie separată
 - e. pentru că îmi place aroma țigărilor
 - f. pentru că așa am văzut în familie
 - g. pentru a depăși situații conflictuale în familie, la școală, cu prietenii
 - h. pentru că sunt o persoană timidă
 - i. din alte motive

31. Unde fumezi? (poți alege câteva răspunsuri)
- nu fumez
 - acasă
 - la altcineva acasă
 - în incinta școlii
 - pe stradă, în parc
 - în discotecă, bar, restaurant
 - în alte locuri
32. Cu cine fumezi? (poți alege câteva răspunsuri)
- nu fumez
 - cu colegii
 - cu prietenii
 - singur
 - cu familia
33. Când ai cumpărat țigări, ți s-a cerut să dovedești ce vârstă ai?
- niciodată nu am cumpărat țigări
 - da
 - nu
34. La ce vârstă ai băut pentru prima dată alcool mai mult decât câteva înghițituri?
- niciodată nu am băut alcool în afară de câteva înghițituri
 - la mai puțin de 9 ani
 - la 9 sau 10 ani
 - la 15 sau 16 ani
 - la 11 sau 12 ani
 - la 17 sau 18 ani
 - la 13 sau 14 ani
 - la 19 sau 20 ani
35. În ultimele 30 zile în câte zile ai consumat cel puțin o înghițură de alcool?
- nici o zi
 - 1-2 zile
 - 3-5 zile
 - 6-9 zile
 - 10-19 zile
 - 20-29 zile
 - în toate cele 30 zile
36. În ultimele 30 zile în câte zile ai băut mai multe ore în șir?
- nici o zi
 - 1 zi
 - 2 zile
 - de la 3 la 5 zile
 - de la 6 la 9 zile
 - de la 10 la 19 zile
 - 20-29 zile
 - în toate cele 30 zile
37. Ce băuturi alcoolice consumi de obicei? (poți alege câteva răspunsuri)
- nu consum alcool
 - bere
 - vin
 - șampanie (vin spumant)
 - votcă, coniac, brendy, etc.
38. Până în prezent, de câte ori te-ai îmbătat?
- niciodată
 - 1-2 ori
 - 3-5 ori
 - 6-9 ori
 - 10-19 ori
 - 20-39 ori
 - 40 sau mai multe ori
39. Din ce motive consumi băuturi alcoolice? (poți alege câteva răspunsuri)
- nu consum alcool
 - consumul de alcool contribuie la buna dispoziție și înlătură stresul
 - când consum alcool comunic mai ușor cu alte persoane
 - când mă găsesc între persoane care consumă alcool, nu vreau să creez opinie separată
 - pentru că îmi place gustul băuturilor alcoolice
 - pentru a mă recompensa după un efort psihic (examen, altele)
 - pentru că face parte integrantă din ocaziile festive și oficiale
 - pentru că așa am văzut în familie
 - pentru a depăși situații conflictuale în familie, la școală, cu prietenii
 - pentru că sunt o persoană timidă
 - din alte motive
40. Unde consumi alcool? (poți alege câteva răspunsuri)
- nu consum alcool
 - acasă
 - la altcineva acasă
 - în incinta școlii
 - pe stradă, în parc
 - în discotecă, bar, restaurant
 - în alte locuri
41. Cu cine consumi alcool? (poți alege câteva răspunsuri)
- nu consum alcool
 - cu familia
 - cu prietenii
 - cu colegii
 - singur
 - cu persoane necunoscute
42. Când ai cumpărat alcool, ți s-a cerut să dovedești ce vârstă ai?
- niciodată nu am cumpărat alcool
 - da
 - nu
43. Te-ai drogat vre-o dată?
- da
 - nu
44. La ce vârstă ai încercat un drog (narcotic) pentru prima dată?
- niciodată
 - la mai puțin de 9 ani
 - la 9 sau 10 ani
 - la 11 sau 12 ani
 - la 13 sau 14 ani
 - la 15 sau 16 ani
 - la 17 sau 18 ani
 - la 19 sau 20 ani
45. De câte ori ai fost drogat în viața ta?
- niciodată
 - de 1 sau 2 ori
 - de la 3 la 9 ori
 - de la 10 la 19 ori
 - de la 20 la 39 ori
 - de la 40 la 99 ori
 - de 100 sau mai multe ori
46. În ultimele 30 zile de câte ori ai folosit un drog (narcotic)?
- niciodată
 - 1-2 ori
 - 3-9 ori
 - 10-19 ori
 - 20-39 ori
 - 40 sau mai multe ori
47. Din ce motive consumi droguri? (poți alege câteva răspunsuri)
- nu consum droguri
 - consumul de droguri contribuie la buna dispoziție și înlătură stresul
 - când consum droguri comunic mai ușor cu alte persoane
 - când mă găsesc între persoane care consumă droguri, nu vreau să creez opinie separată
 - pentru a mă simți mai bine după ce mi s-a întâmplat ceva neplăcut
 - pentru că îmi place efectul drogurilor
 - pentru a mă recompensa după un efort psihic (examen, altele)
 - pentru că așa am văzut în familie
 - pentru a depăși situații conflictuale în familie, la școală, cu prietenii
 - pentru că sunt o persoană timidă
 - din alte motive
48. Ce fel de droguri ai consumat până în prezent?
- nu consum droguri
 - Canabis, (marijuana, hașiș)
 - Ecstasy
 - Cocaină (crack, freebase, pulbere)
 - Heroină (smack, junk, china white)
 - alte
49. Ce cale folosești pentru administrarea drogurilor? (poți alege câteva răspunsuri)
- nu consum droguri
 - fumat
 - prizat (porții mici)
 - inhalat (a inspira)
 - ingerat (înghițit)
 - injectat (prin injecții)
50. Unde consumi droguri? (poți alege câteva răspunsuri)
- nu consum droguri
 - acasă
 - la altcineva acasă
 - în incinta școlii
 - pe stradă, în parc
 - în discotecă, bar, restaurant
 - în alte locuri
51. Cum ai obținut drogul consumat? (poți alege câteva răspunsuri)
- nu consum droguri
 - mi l-a oferit fratele sau sora
 - mi l-a oferit un prieten
 - mi l-a oferit cineva cunoscut
 - mi l-a oferit o persoană necunoscută
 - a fost împărțit într-un grup de prieteni
 - l-am cumpărat de la un prieten
 - l-am cumpărat de la cineva cunoscut
 - l-am cumpărat de la o persoană necunoscută
 - alte situații
52. În care din următoarele locuri știi că poți cumpăra un drog? (poți alege câteva răspunsuri)
- nu cunosc nici un astfel de loc
 - pe stradă, în parc
 - la școală
 - în imediata apropiere a școlii
 - la discotecă, într-un bar
 - în casa furnizorului (dealer-ului)
 - din farmacie
 - alte

53. Cu cine consumi droguri? (poți alege câteva răspunsuri)
- nu consum droguri
 - cu familia
 - cu prietenii
 - cu colegii
 - singur
 - cu persoane necunoscute
54. Ai avut vreo dată tentativă (încercare) de suicid (sinucidere) până la această vârstă?
- nu
 - una
 - mai multe
55. În ultimele 12 luni te-ai gândit în mod serios la tentativa (încercarea) de sinucidere?
- da
 - nu
56. În ultimele 12 luni de câte ori ai încercat cu adevărat să te sinucidzi?
- niciodată
 - o dată
 - de 2 sau de 3 ori
 - de 4 sau de 5 ori
 - de 6 sau de mai multe ori
57. În ultimele 12 luni, te-ai simțit vreodată atât de trist sau fără speranță aproape în fiecare zi pentru 2 sau mai multe săptămâni consecutiv, încât ai renunțat la unele activități obișnuite?
- da
 - nu
58. În familia ta sunt persoane care au încercat să se sinucidă?
- da
 - nu
59. Ai avut vreodată relații sexuale?
- da
 - nu
60. La ce vârstă ai avut pentru prima dată o relație sexuală?
- nu am avut niciodată relații sexuale
 - la mai puțin de 12 ani
 - la 12 ani
 - la 13 ani
 - la 14 ani
 - la 15 ani
 - la 16 ani
 - la 17 ani
 - la 18 ani
 - la 19 ani
 - la 20 ani
61. În ultimele 3 luni cu câte persoane ai avut relații sexuale?
- nu am avut niciodată relații sexuale
 - nu am avut relații sexuale în ultimele 3 luni
 - cu 1 persoană
 - cu 2 persoane
 - cu 3 persoane
 - cu 4 persoane
 - cu 5 persoane
 - cu 6 și mai multe persoane
62. Cu câte persoane ai avut relații sexuale în viața ta?
- nu am avut niciodată relații sexuale
 - cu 1 persoană
 - cu 2 persoane
 - cu 3 persoane
 - cu 4 persoane
 - cu 5 persoane
 - cu 6 și mai multe persoane
63. Ai băut alcool sau ai folosit droguri (narcotice) înainte de ultima relație sexuală?
- nu am avut niciodată relații sexuale
 - da
 - nu
64. Dacă nu ai avut relații sexuale, care este motivul? (răspund numai cei care nu au avut relații sexuale) (poți alege câteva răspunsuri)
- vreau să aștept până voi fi mare sau până la căsătorie
 - sunt pregătit încă emoțional
 - nu vreau să risc o sarcină sau o boală
 - nu am întâlnit pe nimeni cu care aș vrea să am relații sexuale
 - nu am avut șansa s-o fac
 - nimeni nu mi-a cerut
 - convingerile mele religioase sunt împotriva
65. Te-a forțat vreodată cineva să ai relații sexuale?
- da
 - nu
66. Ai forțat vreodată pe cineva să aibă relații sexuale cu tine?
- da
 - nu
67. Ultima dată când ai avut o relație sexuală, ce metodă ai folosit tu sau partenerul tău pentru a preveni graviditatea? (alege doar un răspuns)
- nu am avut niciodată relații sexuale
 - nu am folosit nici o metodă
 - pastile contraceptive
 - prezervativ
 - eliminarea externă
 - alte metode
68. De câte ori ai rămas însărcinată sau ai lăsat pe cineva însărcinată?
- niciodată
 - 1 dată
 - de 2 sau mai multe ori
 - nu sunt sigur
69. Ce metodă contraceptivă folosești tu sau partenerul/partenera? (poți alege câteva răspunsuri)
- nu am început viața sexuală
 - nici o metodă
 - prezervativul
 - pastile contraceptive
 - calendarul
 - contraceptive injectabile
 - coitus interruptus
 - diafragma
 - steriletul
 - substanțe spermicide (ovule, bureți intravaginali, altele)
 - alte
70. În câte zile din ultimele șapte ai făcut exerciții fizice sau activități sportive (înot, tenis, ciclism, dans sportiv, alergare etc.) pentru cel puțin 20 min. în cursul cărora ai transpirat și ai respirat mai greu?
- nici o zi
 - 1 zi
 - 2 zile
 - 3 zile
 - 4 zile
 - 5 zile
 - 6 zile
 - 7 zile
71. În timpul ultimelor 12 luni, la câte meciuri jucate în echipa școlii sau în alte echipe ai luat parte?
- nici un meci
 - 1 meci
 - 2 meciuri
 - 3 sau mai multe meciuri
72. În câte zile pe săptămână participi la orele de educație fizică la școală?
- nici o zi
 - 1 zi
 - 2 zile
73. În timpul unei ore de educație fizică, câte minute faci exerciții sportive?
- nu merg la orele de educație fizică
 - mai puțin de 10 minute
 - de la 10 până la 20 minute
 - de la 21 până la 30 minute
 - mai mult de 30 minute
74. Știi să înoți?
- da
 - nu
 - nu prea bine
75. Când ai fost consultat ultima dată de către un medic?
- niciodată
 - cu mai mult de 2 ani în urmă
 - între 1 și 2 ani în urmă
 - în ultimul an
76. Când ai fost consultat ultima dată de către un medic stomatolog pentru o verificare, detartraj sau alte tratamente stomatologice?
- niciodată
 - cu mai mult de 2 ani în urmă
 - între 1 și 2 ani
 - în ultimul an
77. Care a fost motivul principal pentru care ai apelat ultima dată la medicul specialist?
- traumă sau rană /leziune
 - boală sau problemă de sănătate
 - proceduri de vaccinare
 - cu scopul de a face un control medical (în lipsa unei boli sau a unei probleme de sănătate)
 - vizită repetată
 - pentru a lua niște acte, certificate
 - altul
78. Care a fost specialitatea medicului la care ai apelat ultima dată?
- medicul de familie
 - neurolog
 - cardiolog
 - pneumolog, ftiziater
 - ORL-ist
 - oftalmolog
 - chirurg
 - endocrinolog, diabetolog
 - reumatolog
 - urolog, nefrolog
 - ginecolog, obstetrician
 - oncolog
 - dermatolog
 - ortoped
 - stomatolog (dentist)
 - psihiatru
 - gastro-enterolog
 - nu știu, nu-mi amintesc
79. În ultimele 12 luni, de câte ori ai folosit medicamente fără recomandarea medicului?
- niciodată
 - 1-2 ori pe an
 - 1-3 ori pe lună
 - 1 dată pe săptămână
 - la 2-3 zile
 - zilnic

80. Ți s-a vorbit la școală și/sau în cabinetul medical despre:

(poți alege câteva răspunsuri)

- a. Efectele fumatului
- b. Efectele consumului de alcool
- c. Efectele consumului de droguri
- d. SIDA sau infecția HIV
- e. Modalități de prevenire a sarcinii
- f. Modalități de prevenire a bolilor transmise sexual
- g. Alimentația sănătoasă
- h. Efectele sedentarismului (hipodinamici)

81. Ți s-a vorbit la școală despre pericolele provocate de:

(poți alege câteva răspunsuri)

- a. aragaz
- b. curentul electric
- c. incendiu
- d. apeduct
- e. scăldatul în bazine de apă
- f. jocul pe gheața bazinelor de apă
- g. transportul rutier
- h. persoane necunoscute
- i. animale domestice, vagabonde, sălbatice
- k. insecte (viespi, albine și altele)
- l. plante otrăvitoare

Următoarele întrebări se referă la starea proprie de sănătate.

Citiți-le și alegeți variantele care vă corespund.

82. Ce plângeri aveți?

- 1. slăbiciune,
- 2. extenuare (oboseală),
- 3. sudoripare (transpirație),
- 4. iritabilitate (sunteți iritat, nervos),
- 5. sunteți plângăreț,
- 6. dereglarea somnului,
- 7. cefalee (dureri de cap),
- 8. vertije (amețeli),
- 9. văjăit în urechi,
- 10. senzație de leșin,
- 11. întunecarea în fața ochilor,
- 12. înțepături în regiunea inimii,
- 13. palpații (bătăi accelerate ale inimii),
- 14. scăderea capacității de muncă,
- 15. scăderea atenției,
- 16. tremurul ușor al mâinilor;

83. Ați avut?

- 17. greață,
- 18. pirozis („jigăraie”, arsură la stomac),
- 19. scăderea poftei de mâncare,
- 20. vomitare periodică;

84. Ați avut în abdomen (burtă)?

- 21. dureri permanente,
- 22. dureri periodice,
- 23. dureri surde,
- 24. dureri sub formă de spasme (crampe),
- 25. dureri sub coaste din stânga (hipocondrul stâng),
- 26. dureri sub coaste în centru (în regiunea stomacului),
- 27. dureri sub coaste din dreapta (hipocondrul drept),
- 28. dureri pe toată suprafața abdomenului,
- 29. dureri pe nemâncate,
- 30. dureri după luarea mesei,
- 31. dureri ce nu depind de luarea mesei,
- 32. diaree (pântecăraie),
- 33. constipații (reținerea maselor fecale pe câteva zile),
- 34. senzație de gust neplăcut (metalic) în gură,
- 35. uscăciune în gură,
- 36. salivă abundentă,
- 37. sângerări ale gingiilor;

85. Ați avut dereglări ale ciclului menstrual (completează numai fetele):

- 38. ciclu menstrual neregulat,
- 39. menstruații cu durată de peste 7 zile,
- 40. menstruații cu durată până la 3 zile,
- 41. menstruații dureroase,
- 42. menstruații cu eliminări scunde (în cantități mici),
- 43. menstruații cu eliminări abundente (în cantități mari);

86. Ați avut:

- 44. tuse periodică,
- 45. tuse uscată,
- 46. tuse cu eliminarea de spută în cantități mici (tuse „umedă”),
- 47. tuse permanentă,
- 48. tuse cu eliminări abundente de spută (tuse „umedă”),
- 49. tuse sub formă de accese,
- 50. accese de respirație îngreuiată,
- 51. accese de sufocare,
- 52. respirație grea (înăbușire) la efort fizic moderat,
- 53. dureri înțepătoare în cutia toracică,
- 54. uscăciune în nas,
- 55. senzație neplăcută de „zgârie” în gât,
- 56. rinită (guturai) permanentă,
- 57. rinită (guturai) care apare numai în sălile de clasă, cabinete,

87. Aveți dureri în articulații care se intensifică la mișcări?

- 58. în articulațiile umărului,
- 59. în articulațiile cotului,
- 60. în articulațiile mâinii,
- 61. în articulațiile genunchiului;

88. Aveți dureri în regiunea articulațiilor mici ale mâinii?

- 62. ale degetelor mâinii,
- 63. ale primului deget (degetului mare),
- 64. dureri sau senzație de greutate în membrele superioare și inferioare care se intensifică spre sfârșitul zilei de muncă;

89. Aveți dureri în regiunea unor grupuri de mușchi?

- 65. ale membrelor superioare,
- 66. ale membrelor inferioare,
- 67. ale gâtului,
- 68. ale spatelui,
- 69. din regiunea lombară (ale șalelor);

90. Aveți senzații neplăcute sau dureri surde, chinuitoare continuu în regiunea?

- 70. membrelor superioare,
- 71. membrelor inferioare,
- 72. mâinilor,
- 73. senzație de „furnicătură”, de „răcire”, de „sensibilitate la frig”, sau de „amortire” ale:
 - a. membrelor superioare,
 - b. membrelor inferioare,
 - c. mâinilor,
 - d. labci picioarelor,
- 74. paliditatea bruscă a pielii mâinilor la frig;

91. Simțiți la ochi:

- 75. hiperemia (înroșirea) pleoapelor,
- 76. pruritul (mâncărimea) pleoapelor,
- 77. senzație „de arsuri” la pleoape,
- 78. lăcrămație,
- 79. senzație „de nisip” în ochi,
- 80. senzație de durere acută în ochi,
- 81. senzație „de arsură” în ochi,
- 82. fotofobie (dureri în ochi la lumină puternică),
- 83. diplopie periodică („se văd două imagini”),
- 84. înrăutățirea capacității de a vedea în depărtare,
- 85. înrăutățirea capacității de a vedea în apropiere,
- 86. senzație de „istovire și oboseală” după lucrul la calculator,
- 87. senzație de „istovire și oboseală” la efectuarea unor lucrări mici și exacte;

92. Aveți dureri surde în regiunea?

- 88. ochilor,
- 89. frunții,
- 90. parietală (creștet);

93. Simțiți pe piele?

- 91. prurit (mâncărimea pielii),
- 92. senzație „de arsură, de căldură” a pielii,
- 93. hiperemia (înroșirea) pielii,
- 94. uscăciunea pielii,
- 95. descuamarea pielii (pielea se „macină”);

94. Apariția pe piele a:

- 96. veziculelor („bulcelor”),
- 97. fisurilor („crăpăturilor”),
- 98. focarelor umede,
- 99. crustelor („cojițelor”),
- 100. căderea părului,
- 101. deformare a unghiilor.

Anexa 6. Rezultatele investigațiilor de laborator a bucatelor finite (dejun)

Nr/0	Denumirea bucatlor	Masa, gr		Compozența chimică în grame												Compozența minerală				Valoarea calorică		
		conf. recepturii.	reală	Substanțe uscate			Proteine			Glucide			Lipide			Ca	Mg	Fosf	Fier	teoretică	minimal	admisibil
				Conf.recept.	Min.admis	Reale	masa port	min.admisib	reale	Conf.recept.	min.admisib	reale	Conf.recept.	min.admisib	reale	Conf.recept.	Conf.recept.	Conf.recept.	Conf.recept.			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
2012	L.T.Liviu Damian	495,0	432,1	113,0	107,9	100,9	9,6	9,4	8,7	63,6	59,5	46,2	17,5	16,7	28,7	5,8	9,2	24,4	0,50	498,6	472,2	526,5
	Gimnaziul Rîșcani	730,0	753,1	122,6	116,2	154,8	12,0	11,7	15,5	69,2	64,5	83,7	14,5	13,1	30,5	6,7	7,9	21,0	0,35	507,6	468,1	737,4
	L.T.Costești	440,0	517,9	147,5	142,1	119,9	23,8	22,9	17,7	72,6	69,1	68,1	22,8	21,8	17,9	11,0	25,3	57,8	0,77	637,9	607,3	547,4
	Gimnaziul Vasileuți	600,0	671,1	168,8	164,4	152,1	30,9	30,5	28,7	79,0	77,0	85,3	28,3	26,3	13,8	61,3	15,4	71,0	0,70	757,3	723,9	639,8
	L.T.Recea	550,0	482,0	147,3	142,8	139,8	16,6	16,4	16,0	111,5	107,3	106,2	10,9	10,8	10,9	53,9	23,1	90,5	1,50	618,5	573,4	608,0
2013	Gimnaziul Rîșcani	870,0	609,4	129,3	121,0	123,3	12,3	12,0	12,1	83,4	76,3	86,7	10,4	9,5	5,3	5,7	11,2	29,2	0,59	488,0	482,5	492,1
	Gimnaziul Petrușeni	520,0	634,8	132,8	127,4	118,8	10,2	10,0	9,1	79,2	74,6	74,1	22,5	21,9	22,8	9,7	10,6	25,7	0,75	571,9	539,4	541,9
	L.T.Dm. Cantemir Rîșcani	530,0	495,5	156,0	149,6	118,0	19,5	18,8	13,7	82,7	78,7	65,7	32,3	30,6	24,0	6,2	24,9	53,6	1,40	751,6	718,4	570,6
	L.T.Nihorni	460,0	473,5	102,5	98,7	109,9	20,0	19,2	18,2	49,6	47,7	65,7	11,1	10,0	9,9	6,4	12,6	49,7	1,10	426,6	403,0	471,1
	Gimnaziul Hiliuți	500,0	589,3	166,8	160,2	153,6	19,8	19,5	18,7	107,9	103,4	112,8	23,8	22,0	11,8	35,8	16,8	67,0	1,20	744,4	700,5	635,9
2014	L.T. Corlăteni	565,0	573,6	161,5	157,9	154,7	30,3	29,5	28,3	97,1	94,9	96,7	16,5	15,9	19,0	38,1	14,7	41,8	1,05	676,0	655,6	685,9
	Gimnaziul Singureni	520,0	509,6	125,5	116,7	103,0	26,7	25,8	19,9	55,6	48,9	47,8	15,4	14,2	10,4	26,3	9,7	46,2	0,92	543,9	491,7	455,5
	Gimnaziul Braniște	400,0	392,0	125,5	125,5	123,1	16,9	16,9	16,9	82,7	82,7	82,7	7,3	7,3	7,3	45,2	16,9	87,6	0,73	538,8	538,8	529,2
	Gimnaziul Cucușii Vechi	530,0	662,3	149,5	142,2	102,9	18,6	17,9	10,9	89,6	84,5	61,2	15,9	14,4	1,7	10,9	27,1	85,7	1,01	647,8	603,7	224,2
	L.T. Zăicani	610,0	615,9	158,6	154,0	121,4	19,3	18,9	15,7	76,0	72,7	57,0	36,0	35,1	31,9	9,6	15,9	62,3	0,80	774,1	747,2	616,8
2015	L.T. Nihoreni	550,0	533,8	127,5	121,7	110,0	21,6	20,8	18,0	73,8	69,7	60,6	9,6	8,7	14,4	7,1	14,8	54,3	1,30	525,5	492,1	489,2
	Media	554,4	559,1	139,7	134,3	125,4	19,3	18,8	16,8	79,6	75,7	75,0	18,4	17,4	16,3	21,2	16,0	54,2	0,9	606,8	576,1	548,2
	eroarea mediei	113,0	96,5	20,0	20,0	19,5	6,5	6,3	5,7	16,7	16,8	19,6	8,5	8,2	9,2	19,3	6,1	22,5	0,3	110,3	107,4	117,4

Anexa 7. Aviz favorabil al Comitetului de Etică a Cercetării

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

UNIVERSITATEA
DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
«NICOLAE TESTEMIȚANU»
DIN REPUBLICA MOLDOVA



MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF MOLDOVA

STATE MEDICAL
AND PHARMACEUTICAL UNIVERSITY
«NICOLAE TESTEMIȚANU»
OF THE REPUBLIC OF MOLDOVA

MD 2004, Chișinău, bd. Ștefan cel Mare și Sfânt, 165; tel. (+37322) 24-34-08; fax: 24-23-44; e-mail: rector@usmf.md; www.usmf.md

nr. 1
la nr. 9 din 20. vi. 2012

Aviz favorabil al Comitetului de Etică a Cercetării

La proiectul tezei de doctorat cu titlul „*Evaluarea stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate*”, realizat de doctorandul Manole Vergil, Conducătorul Științific : Bahnarel Ion, d.h.ș.m., prof.univ., Consultant Științific : Constantin Ețco, d.h.ș.m., prof.univ.

Comitetul de Etică a Cercetării USMF „Nicolae Testemițanu”, examinând la ședința din 17 septembrie 2012 următoarele documente:

1. Forma de solicitare pentru evaluarea etică a cercetării.
2. Protocolul proiectului.
3. Forma acordului informat.
4. Fișa de informare a participanților.
5. CV-urile doctorandului și conducătorului științific.
6. Adnotare la teza de doctorat.

A decis că proiectul de cercetare „*Evaluarea stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate*”, realizat de doctorandul Manole Vergil corespunde exigențelor etice.

Lista nominală a membrilor CEC prezenți în ședință: Spinei Larisa, Nemerenco Ala, Nacu Viorel, Curocichin Ghenadie, Rusu Natalia, Eugen Diug, Gramma Rodica, Gavriliuc Mihail.

Președintele
Comitetului de Etică a Cercetării

Mihail Gavriliuc

**Anexa 8. Morbiditya elevilor din instituțiile de învățământ preuniversitar în perioada
anilor 2011-2020**

Nr. d/o	Maladiile	Anii								
		2011	2012	2013	2014	2015	2017	2018	2019	2020
1	Morbiditya generală	494,0	474,1	493.4	447.0	460,4	483,2	493,1	469.0	355,4
2	Morbiditya cronică	132,0	141,5	129.2	130.3	134,4	130,8	119,0	124.0	114,0
3	Maladiile infecțioase	16,6	11,2	14.9	10.8	8,6	11,1	14,0	10.4	7,1
4	Maladiile aparatului respirator	189,8	175,8	193.3	170.0	176,4	155,1	169,3	147.4	115,8
5	Maladiile aparatului digestiv	37,2	33,6	34.2	31.8	34.8	94,5	96.8	91.0	73,9
6	Maladiile sistemului nervos	36,4	36,4	35.8	34.6	34,3	26,8	25,5	24.4	22,0
7	Tulburările mentale și de comportament	7,1	8,1	8.0	6.8	7,1	6,7	5.7	6.4	5,4
8	Bolile ochilor și anexelor sale	48,6	51,4	53.5	50.3	51,1	48,5	47.3	50.1	44,1
9	Malad. sâng., ale org. hemat. și unele tulb. ale sist. imun	17,2	16,6	16.1	14.3	13,3	11,3	11.5	10.3	9,3
10	Malad. endocr, de nutriție și metabolism	19,4	18,9	19.3	17.2	18,1	17,7	17.6	18.1	16,6
11	Maladiile pielii și țesutului celular subcutanat	9,3	8,3	7.7	7.2	7,1	6,0	6.4	6.2	4,9
12	Maladiile aparatului genito-urinar	26,0	24,7	23.9	22.7	21,1	17,1	15.2	14.9	9,1
13	Malad. sistem. ost.-artic, ale muș.și țes.conj.	29,7	29,8	30.5	30.6	30,7	28,4	27.1	28.0	16,8
14	Malad. Apar. circulator	15,9	16,1	15.7	14.5	14,0	12,9	12.1	12.0	10,3
15	Malad. urechii și apofizei mastoide	5,7	5,7	5.9	5.6	5,7	5,7	5.4	5.1	4,3
16	Lez.traum, otr. și alte cons. ale cauz externe	10,8	10,2	9.6	9.5	9,1	9,1	8.5	9.3	5,5

Anexa 9. Date referitor la adresabilitatea elevilor la punctul medical: centru, nord, sud

Anexa 9.1. Datele adresabilității din regiunea centru

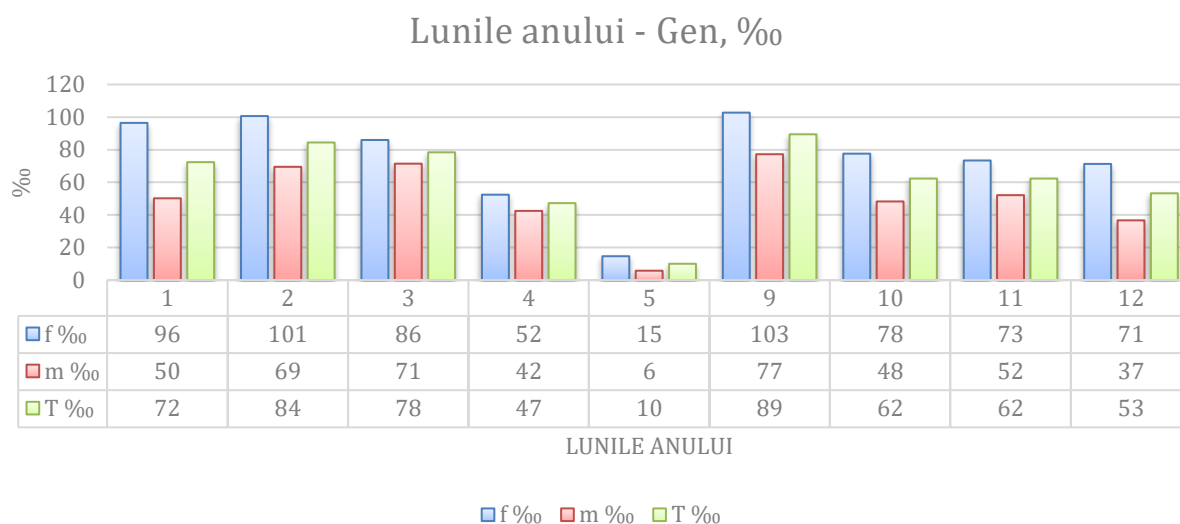


Figura A9.1.1. Datele adresărilor după gen pe parcursul anului de studii

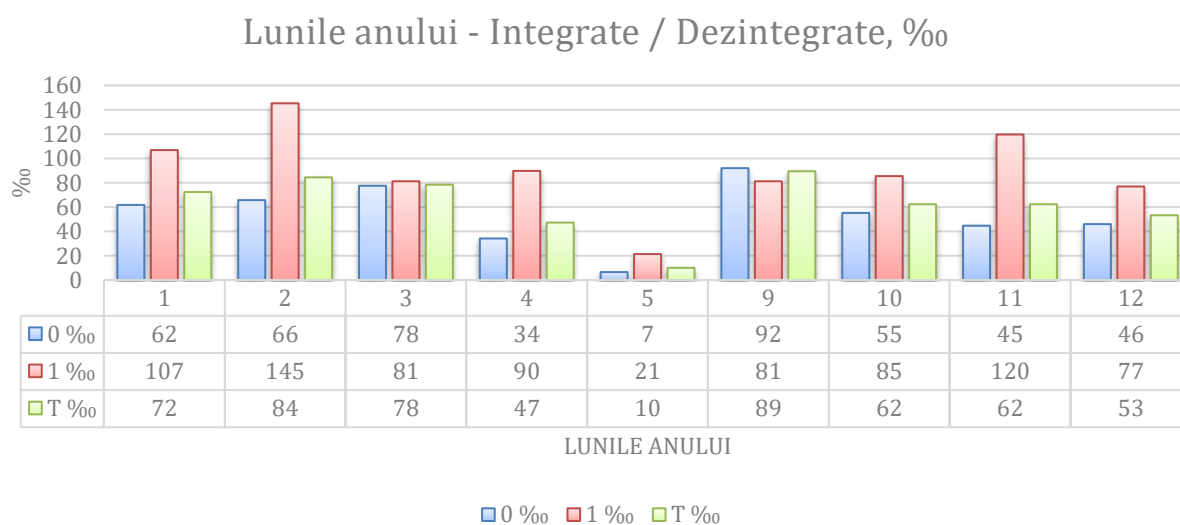


Figura A9.2.1. Datele adresărilor elevilor din familii complete și temporar dezintegrate pe parcursul anului de studii

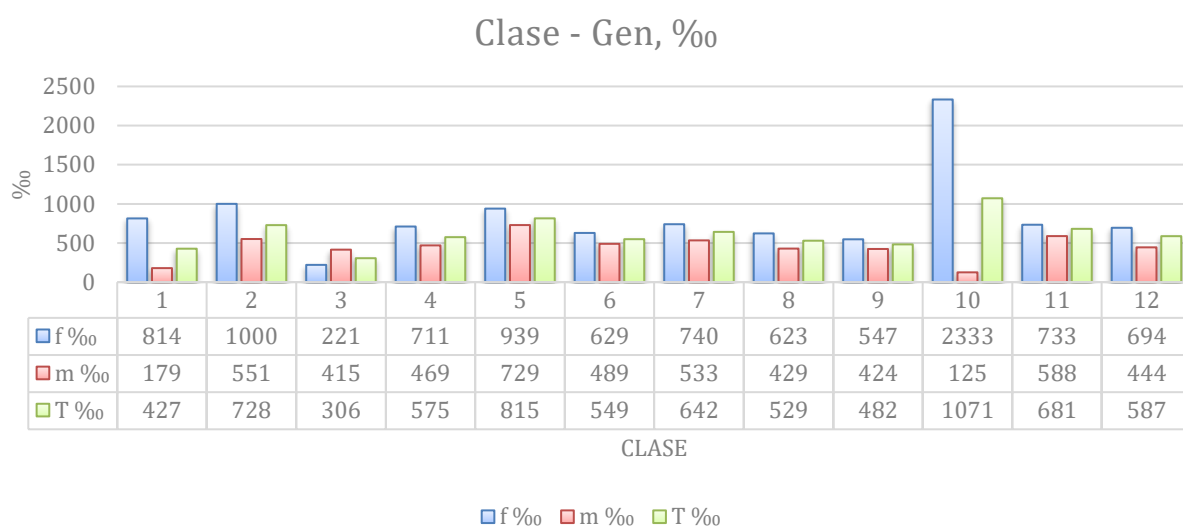


Figura A9.3.1. Datele adresărilor după gen pe clase

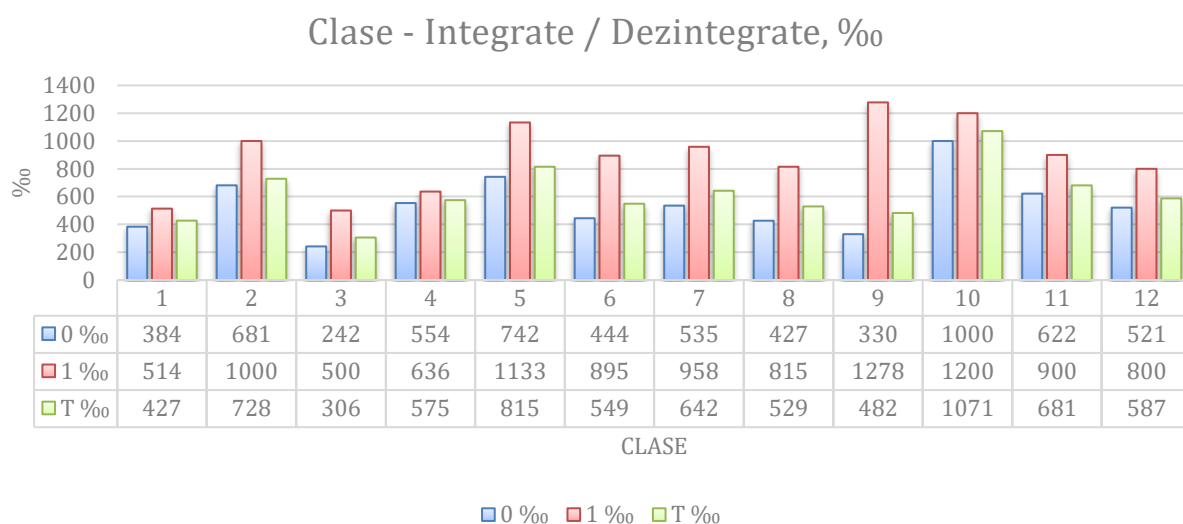


Figura A9.4.1. Datele adresărilor elevilor din familiile complete și familii temporar dezintegrate pe clase

Anexa 9.2. Datele adresabilității din regiunea nord

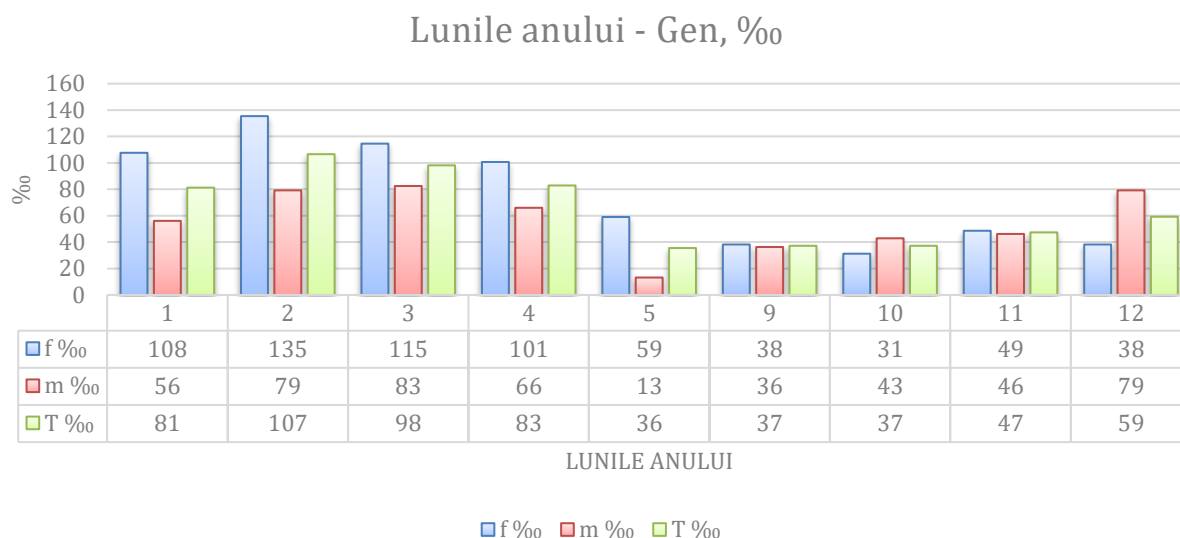


Figura A9.2.1. Datele adresărilor după gen pe parcursul anului de studii

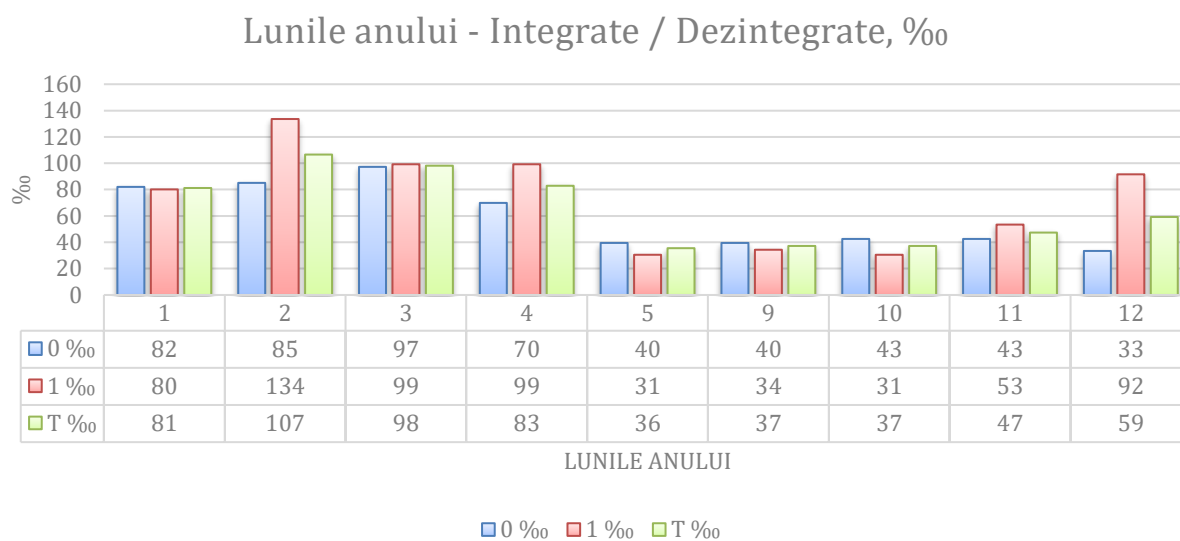


Figura A9.2.2. Datele adresărilor elevilor din familii complete și temporar dezintegrate pe parcursul anului de studii

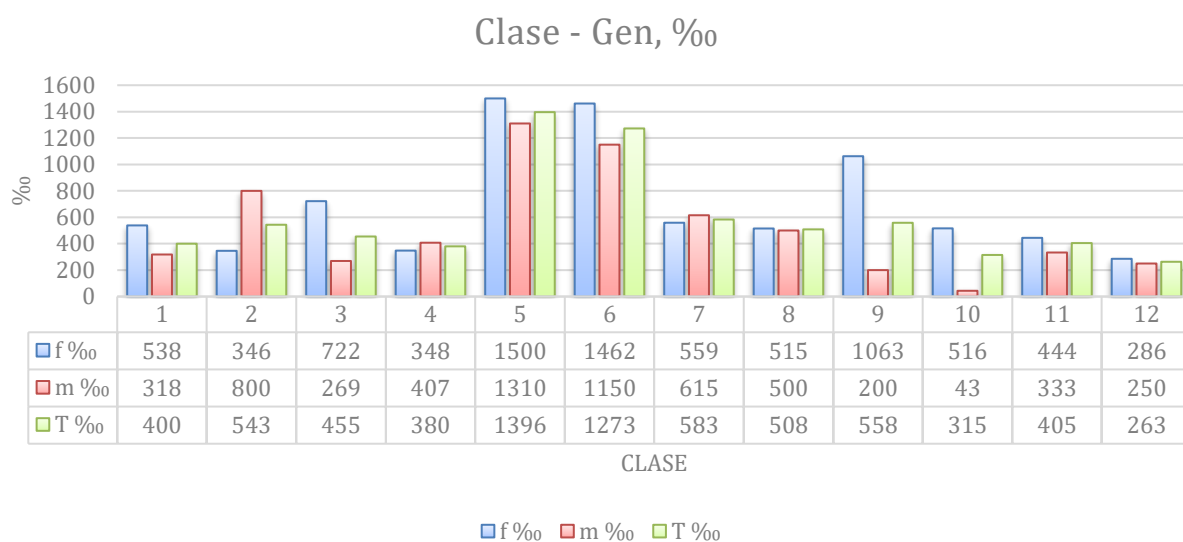


Figura A9.2.3. Datele adresărilor după gen pe clase

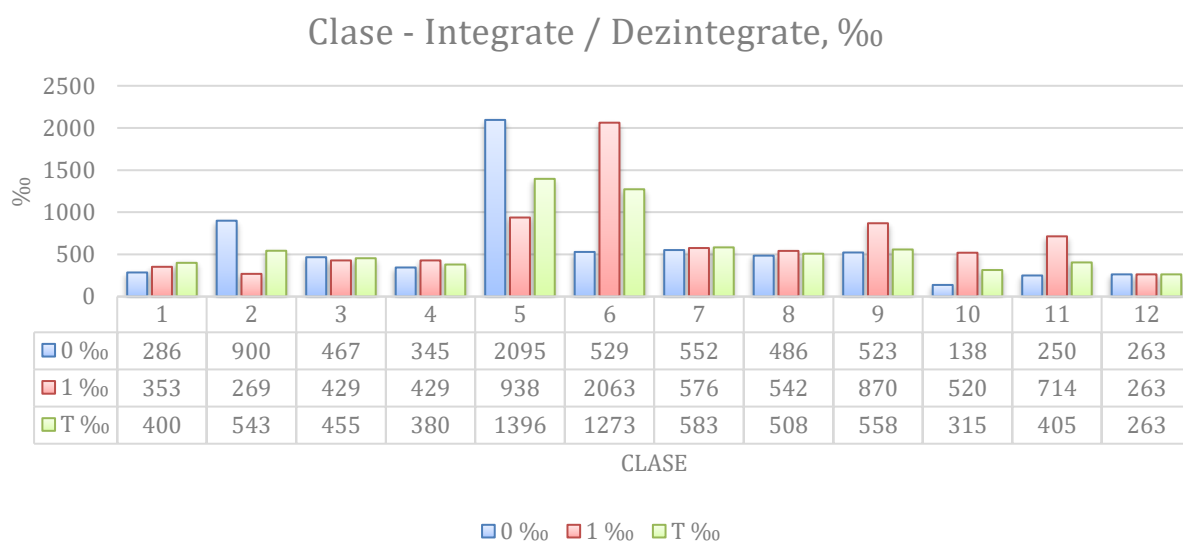


Figura A9.2.4. Datele adresărilor elevilor din familiile complete și familii temporar dezintegrate pe clase

Anexa 9.3. Datele adresabilității din regiunea sud

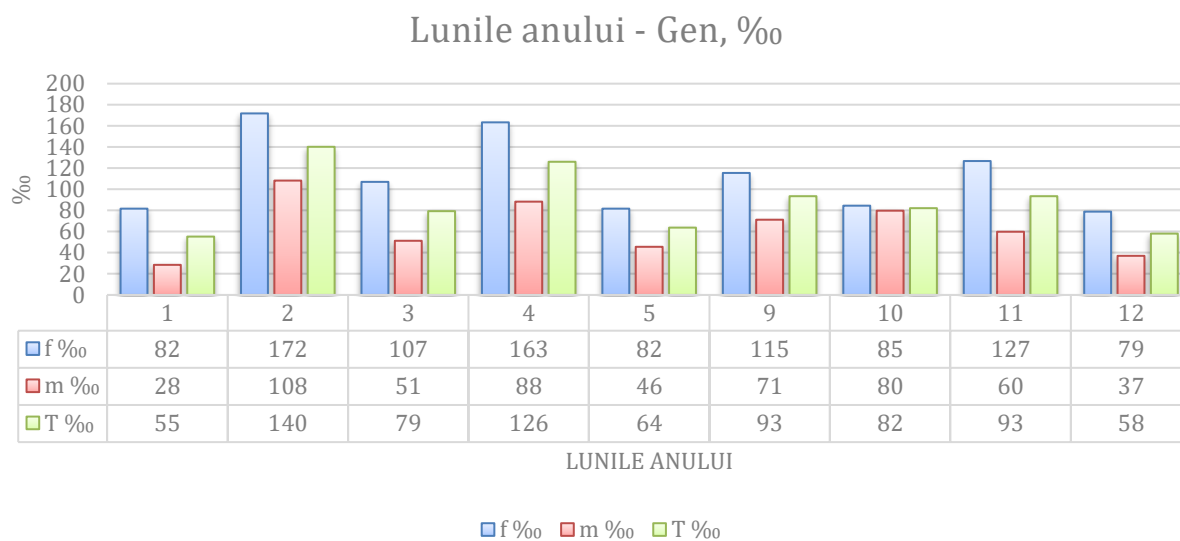


Figura A9.3.1. Datele adresărilor după gen pe parcursul anului de studii

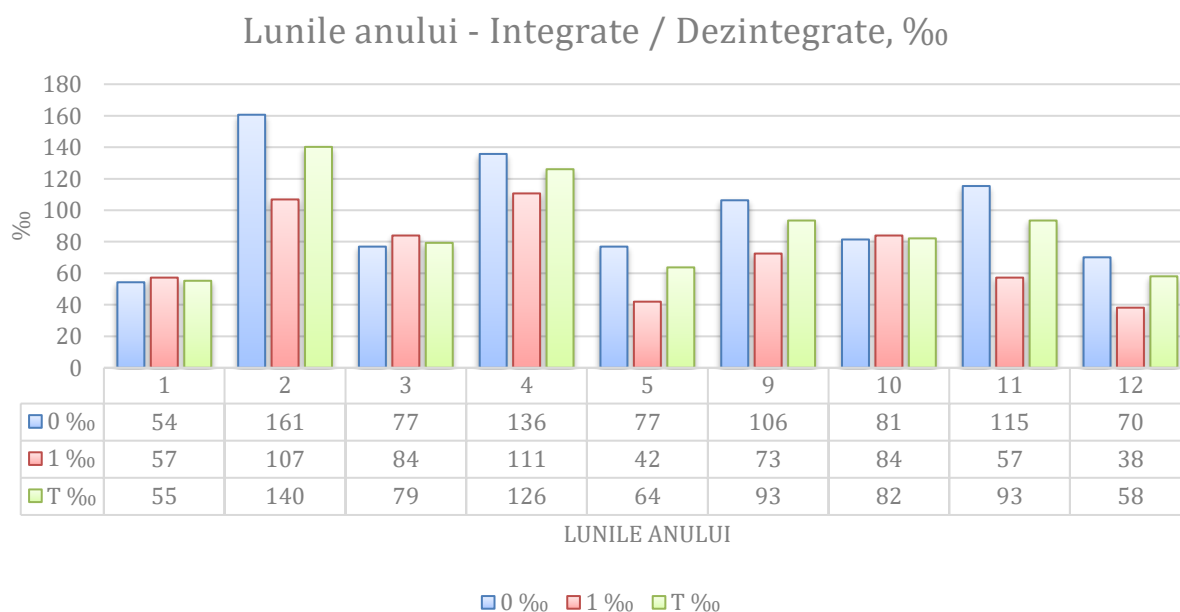


Figura A9.3.2. Datele adresărilor elevilor din familii complete și temporar dezintegrate pe parcursul anului de studii

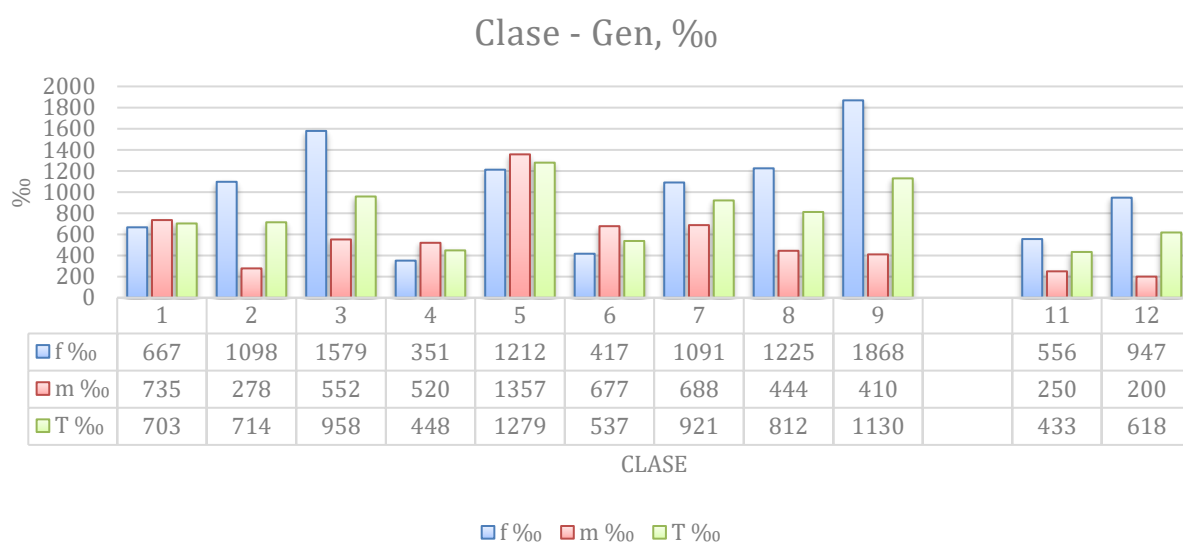


Figura A9.3.3. Datele adresărilor după gen pe clase

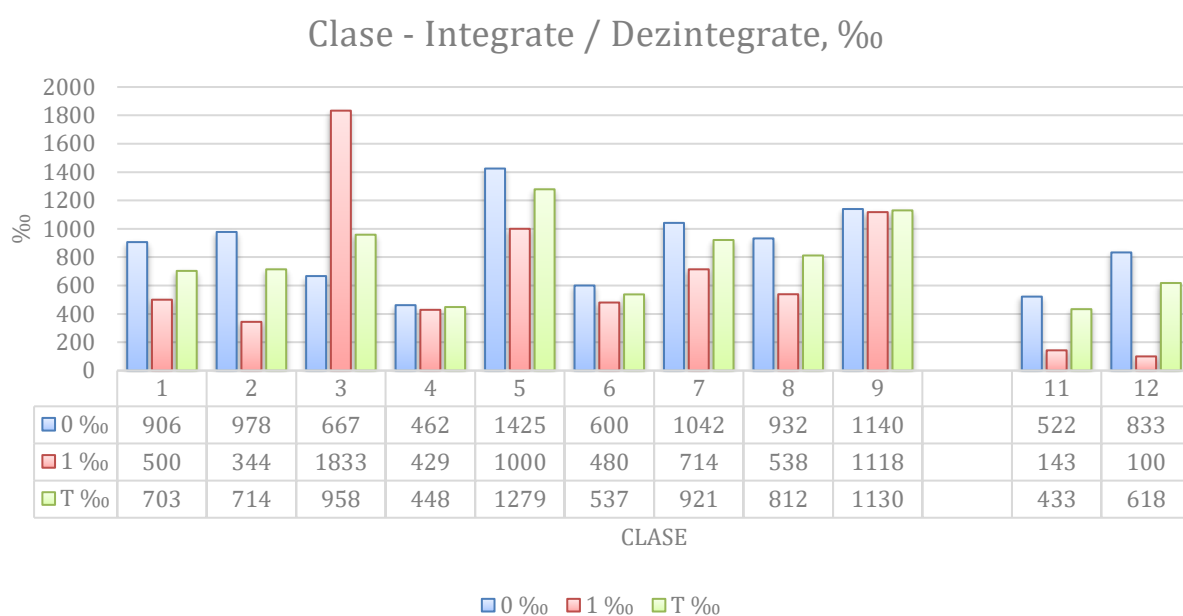


Figura A9.3.4. Datele adresărilor elevilor din familiile complete și familii temporar dezintegrate pe clase

Anexa 10. Date referitor la lipsa elevilor pe caz de boală

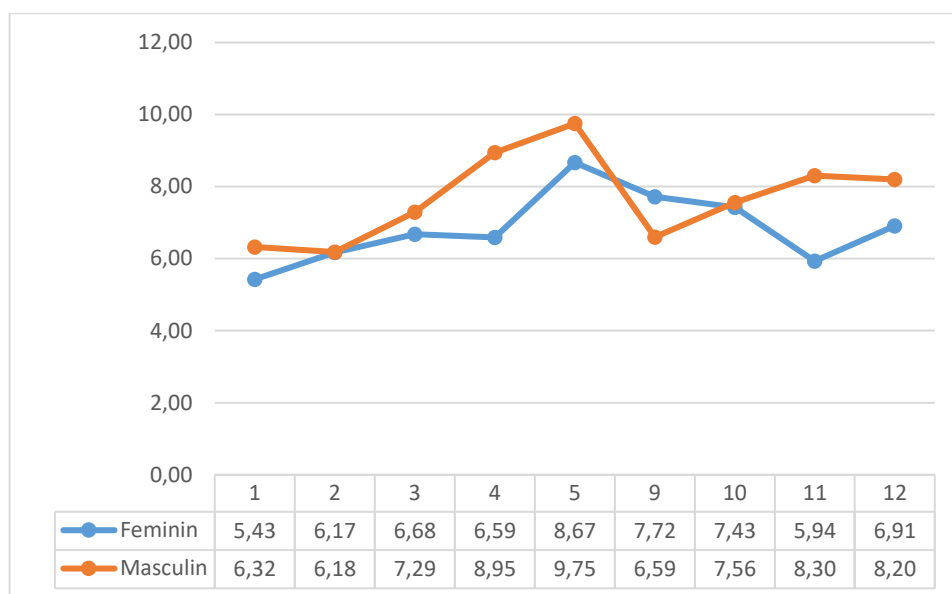
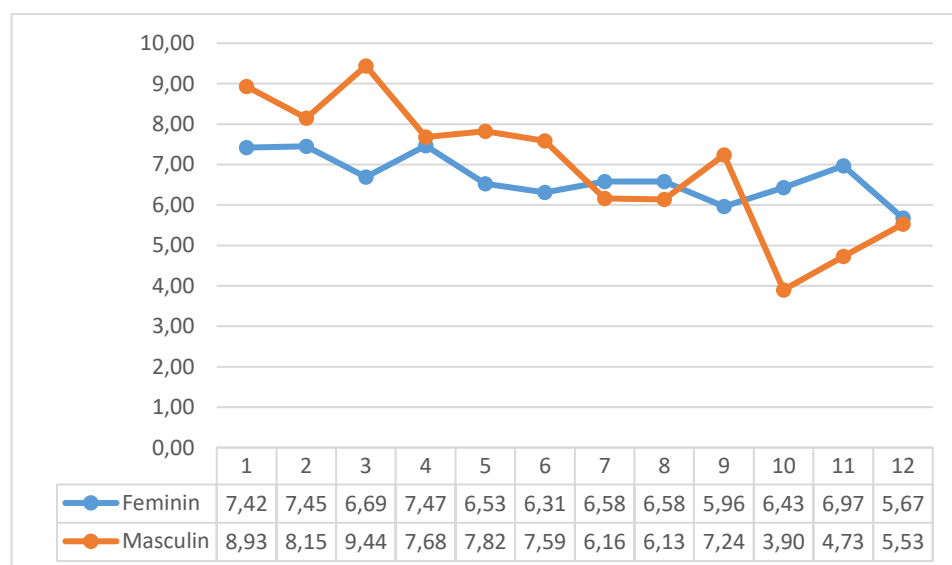


Figura A10.1. Media lipsei pe caz de boală gen feminin/ masculin pe parcursul anului



Fifura A10.2. Media lipsei după gen între clase

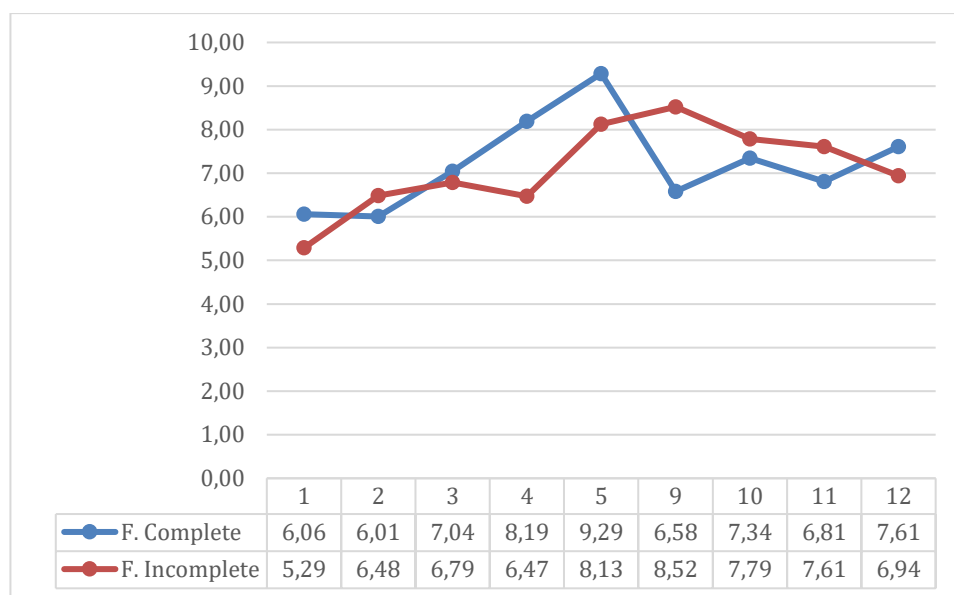


Figura A10.3. Media lipsei elevilor din familii complete și dezintegrate pe parcursul anului de studii

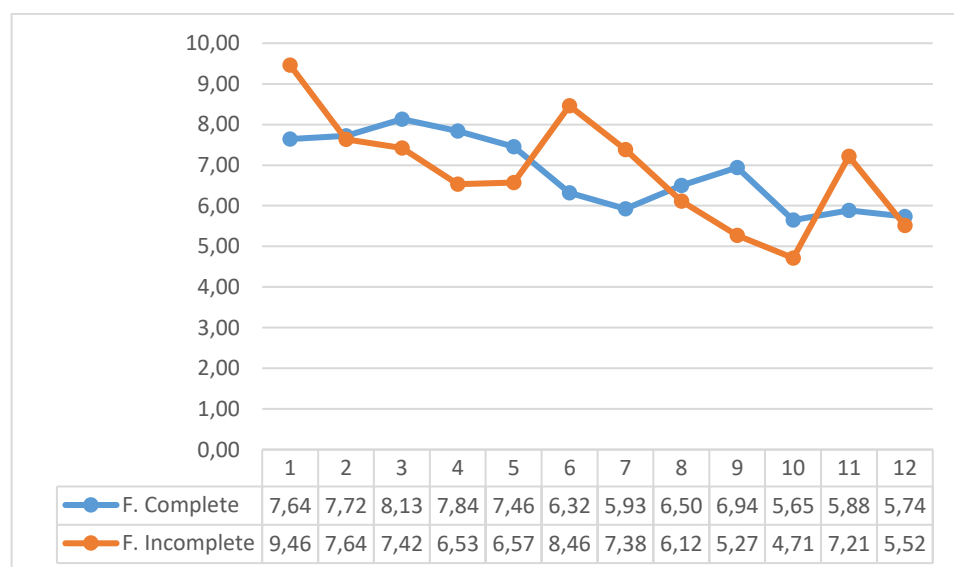


Figura A 10.4. Media lipsei elevilor din familii complete și dezintegrate între clase

Anexa 11. Date referitor la standardele intervalelor sigmale, repartitia elevilor cu dezvoltarea fizică disarmonioasă, repartitia elevilor în funcție de vîrstă și IMC

Tabelul A11.1. Repartizaarea elevilor în dependență de incadrarea lor în clasele sigmale a dezvoltării fizice.

Vârsta (ani)	Gender	Numărul	Dezvoltare fizică armonioasă cu indicii:										
			Familii temporar dezintegrate					Numărul	Familii complete				
			Fort e mici	Mici	Mijloc ii	Mari	Fort e mari		Fort e mici	Mici	Mijloc ii	Mari	Fort e mari
			%(n)	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)		%(n)	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)
7	F	6	-	-	4	2	-	7	-	2	4	1	-
	M	7	-	2	3	2	-	10	-	3	4	2	1
8	F	8	-	-	7	1	-	13	-	2	10	1	-
	M	9	-	3	4	2	-	17	1	2	11	2	1
9	F	8	-	2	5	1	-	7	1	2	3	1	-
	M	10	-	4	4	2	-	6	-	1	4	1	-
10	F	6	-	2	3	1	-	9	-	2	6	1	-
	M	11	-	2	6	3	-	10	-	3	7	-	-
11	F	11	2	2	6	1	-	13	3	1	6	3	-
	M	14	-	4	7	3	-	12	1	4	6	1	-
12	F	9	-	5	4	-	-	14	2	-	10	2	-
	M	6	-	2	4	-	-	11	2	5	4	-	-
13	F	9	1	1	6	1	-	17	3	2	10	2	-
	M	12	2	1	8	1	-	7	1	1	5	-	-
14	F	11	-	2	8	1	-	11	1	2	7	1	-
	M	5	1	1	3	-	-	16	3	2	6	5	-
15	F	13	1	-	11	1	-	10	1	1	6	2	-
	M	6	-	1	3	2	-	13	2	3	7	1	-
16	F	11	1	3	7	-	-	8	-	2	4	2	-
	M	8	-	2	3	3	-	4	-	-	4	-	-
17	F	8	-	3	3	2	-	4	-	-	4	-	-
	M	6	-	2	1	3	-	3	-	-	3	-	-
18	F	6	-	1	5	-	-	8	-	3	4	1	-
	M	8	-	2	3	3	-	4	1	-	3	-	-
19	F	3	-	1	2	-	-	3	-	1	2	-	-
	M	6	-	-	5	1	-	3	-	-	3	-	-
Σ	F	109	4,6 % (5)	20,2 % (22)	65,1% (71)	10,1 % (11)	-	124	8,9 % (11)	16,1 % (20)	61,3% (76)	13,7 % (17)	-
	M	108	2,8 % (3)	24,1 % (26)	50% (54)	23,1 % (25)	-	116	9,5 % (11)	20,7 % (24)	57,7% (67)	10,4 % (12)	1,7 % (2)

Tabelul A11.2. Repartizarea elevilor cu dezvoltare fizică disarmonioasă

Vârsta (ani)	Gend	r-nul Rîșcani					r-nul Cahul				
		nr	supraponderali		subponderali		nr	supraponderali		subponderali	
			n	%	n	%		n	%	n	%
7	F	4	1	25	3	75	10	5	50	5	50
	M	-	-	-	-	-	7	2	28,6	5	71,4
8	F	10	3	30	7	70	9	2	22,2	7	77,8
	M	4	2	50	2	50	8	1	12,5	7	87,5
9	F	7	3	42,8	4	57,2	10	4	40	6	60
	M	7	3	42,8	4	57,2	8	3	37,5	5	62,5
10	F	3	1	33,3	2	66,7	11	4	36,4	7	63,6
	M	3	1	33,3	2	66,7	20	10	50	10	50
11	F	7	2	28,6	5	71,4	15	8	53,3	7	46,7
	M	5	2	40	3	60	17	9	52,9	8	47,1
12	F	4	2	50	2	50	16	6	37,5	10	62,5
	M	3	1	33,3	2	66,7	10	4	40	6	60
13	F	18	8	44,4	10	55,6	6	3	50	3	50
	M	7	3	42,8	4	57,2	12	5	41,7	7	58,3
14	F	8	4	50	4	50	18	8	44,4	10	55,6
	M	1	1	100	-	-	6	2	33,3	4	66,7
15	F	7	3	42,8	4	57,2	19	8	42,1	11	57,9
	M	1	-	-	1	100	10	6	60	4	40
16	F	7	3	42,8	4	57,2	1	-	-	1	100
	M	4	2	50	2	50	3	1	33,3	2	66,7
17	F	8	3	37,5	5	62,5	2	1	50	1	50
	M	4	1	25	3	75	1	-	-	1	100
18	F	4	1	25	3	75	4	1	25	3	75
	M	7	2	28,6	5	71,4	1	1	100	-	-
19	F	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	M	1	-	-	1	100	1	-	-	1	100
Total	F	87	34	39,1	53	60,9	121	50	41,3	71	58,7
	M	47	18	38,3	29	61,7	104	44	42,3	60	57,7

Tabelul A11.3. Repartizarea fetelor și băieților de 7-19 ani în funcție de vârstă și IMC

Vârsta (ani)	Gender	Numărul	IMC										
			r-nul Rîșcani					Numărul	r-nul Cahul				
			Subpond. severa	Subpond.	Normopond.	Suprapond.	Obezi		Subpond. severa	Subpond.	Normopond.	Suprapond.	Obezi
			(n)	(n)	(n)	(n)	(n)		(n)	(n)	(n)	(n)	(n)
7	F	10	-	40(4)	30(3)	20(2)	10(1)	17	-	52,9(9)	41,2(7)	5,9(1)	-
	M	7	-	71,4(5)	14,3(1)	-	14,3(1)	17	5,9(1)	35,3(6)	29,4(6)	17,7(3)	5,9(1)
8	F	18	5,6(1)	5,6(1)	66,7(13)	16,6(3)	-	22	-	50(11)	27,3(6)	18,2(4)	4,5(1)
	M	13	7,7(1)	46,2(6)	38,4(5)	7,7(1)	-	25	4(1)	40(10)	40(10)	16(4)	-
9	F	15	6,7(1)	66,7(10)	20(3)	6,7(1)	-	17	-	23,5(4)	64,7(11)	5,9(1)	5,9(1)
	M	17	-	58,8(10)	23,5(4)	5,9(1)	11,8(2)	14	7,1(1)	7,1(1)	28,6(4)	28,6(4)	35,7(4)
10	F	9	-	44,5(4)	33,3(3)	22,2(2)	-	20	-	50(10)	35(7)	15(3)	-
	M	14	7,1(1)	57,1(8)	21,5(3)	7,1(1)	7,1(1)	30	-	25(10)	50(20)	15(6)	10(4)
11	F	18	1,1(2)	61,1(11)	22,2(4)	5,6(1)	-	28	-	78,6(22)	7,1(2)	10,7(3)	3,6(1)
	M	19	-	36,8(7)	31,6(6)	21,1(4)	10,5(0)	29	-	48,3(14)	44,8(13)	3,4(1)	3,4(1)
12	F	13	15,4(2)	46,1(6)	23,1(3)	15,4(2)	-	30	-	66,7(20)	26,7(8)	3,3(1)	3,3(1)
	M	9	11,1(1)	55,6(5)	11,1(1)	11,1(1)	11,1(1)	21	4,8(1)	38,1(8)	23,8(5)	28,6(6)	4,7(1)
13	F	27	-	48,2(13)	25,9(7)	18,5(5)	7,4(2)	23	4,3(1)	39,1(9)	43,5(10)	13,1(3)	-
	M	19	5,3(1)	63,1(12)	21,1(4)	10,5(2)	-	19	-	47,4(9)	31,6(6)	21(4)	-
14	F	19	-	47,4(9)	42,1(8)	10,5(2)	-	29	3,5(1)	44,8(13)	31(9)	17,2(5)	3,5(1)
	M	6	-	50(3)	33,3(2)	16,7(1)	-	22	-	545(12)	31,8(7)	9,1(2)	4,5(1)
15	F	20	-	45(9)	50(10)	5(1)	-	29	3,5(1)	48,3(14)	37,9(11)	10,3(3)	-
	M	7	-	57,1(4)	28,6(2)	14,3(1)	-	23	-	47,8(11)	21,7(5)	21,7(5)	8,7(2)
16	F	18	-	66,7(12)	27,8(5)	5,5(1)	-	9	-	55,5(5)	44,5(4)	-	-
	M	12	8,3(1)	75(9)	16,7(2)	-	-	7	-	57,1(4)	14,3(1)	28,6(2)	-
17	F	16	6,2(1)	62,5(10)	31,2(5)	-	-	6	-	-	83,3(5)	16,7(1)	-
	M	10	-	40(4)	40(4)	20(2)	-	4	25(1)	25(1)	-	50(2)	-
18	F	10	10(1)	60(6)	10(1)	10(1)	10(1)	12	-	33,3(4)	58,3(7)	-	8,7(1)
	M	15	-	66,7(10)	26,7(4)	6,6(1)	-	5	-	80(4)	20(1)	-	-
19	F	3	-	66,7(2)	33,3(1)	-	-	3	-	100(3)	-	-	-
	M	7	-	100(7)	-	-	-	4	-	100(4)	-	-	-
Σ	F	196	4,1(8)	49,5(97)	33,7(66)	10,7(21)	2(4)	245	1,2(3)	50,6(124)	35,5(87)	10,2(25)	2,4(6)
	M	155	3,2(5)	58,1(90)	24,5(38)	9,7(15)	4,5(7)	220	2,3(5)	42,7(94)	35,4(78)	13,2(29)	6,4(14)

Tabelul A11.4. Date referitor la indicele masei corporale (sud, centru, nord)

IMC										
		Fete						Baieti		
		Familie completa			Familie incompleta			Familie completa		
Vars	nr	media	nr	media	P	nr	media	nr	media	P
7	7	15,72 ± 0,42	9	14,93 ± 0,27	p>0,05	9	15,50 ± 0,46	7	16,31 ± 0,57	p>0,05
8	12	16,02 ± 0,61	12	16,12 ± 0,63	p>0,05	10	15,76 ± 0,34	13	15,02 ± 0,74	p>0,05
9	9	15,48 ± 1,20	6	16,20 ± 0,49	p>0,05	9	16,66 ± 0,81	7	15,92 ± 0,59	p>0,05
10	11	16,50 ± 0,65	9	18,08 ± 0,97	p>0,05	21	16,41 ± 0,61	20	17,28 ± 0,55	p>0,05
11	18	16,22 ± 0,47	11	17,15 ± 0,81	p>0,05	12	17,24 ± 0,57	15	17,20 ± 0,63	p>0,05
12	11	17,49 ± 0,53	18	17,94 ± 0,36	p>0,05	11	18,22 ± 0,97	12	16,77 ± 0,32	p>0,05
13	10	18,20 ± 0,92	12	19,41 ± 0,61	p>0,05	10	18,37 ± 0,72	11	19,88 ± 0,85	p>0,05
14	16	19,84 ± 0,75	10	19,79 ± 1,08	p>0,05	12	18,74 ± 0,95	10	18,63 ± 0,63	p>0,05
15	16	19,82 ± 1,04	16	20,33 ± 0,60	p>0,05	13	20,81 ± 0,66	11	20,14 ± 1,15	p>0,05
16	4	19,96 ± 0,85	7	20,98 ± 0,94	p>0,05	4	21,37 ± 1,65	3	21,65 ± 1,07	p>0,05
17	4	20,69 ± 0,46	2	23,77 ± 3,25	p>0,05	3	22,30 ± 2,92	1	20,24 ± 0,00	
18	9	22,75 ± 2,07	3	22,11 ± 1,14	p>0,05	5	21,09 ± 0,52	1	19,96 ± 0,00	
19	4	20,10 ± 0,72	0	0,00 ± 0,00		1	9,07 ± 0,00	1	21,20 ± 0,00	
	131		115			120		112		
IMC										
		Fete						Baieti		
		Familie completa			Familie incompleta			Familie completa		
Varsta	nr	media	nr	media	P	nr	media	nr	media	P
7	0	0,00 ± 0,00	1	14,01 ± 0,00		0	0,00 ± 0,00	1	16,25 ± 0,00	
8	9	15,70 ± 0,49	1	11,96 ± 0,00		7	18,28 ± 0,95	13	17,36 ± 0,79	p>0,05
9	4	16,88 ± 1,25	8	16,36 ± 0,86	p>0,05	16	16,13 ± 0,48	7	16,32 ± 0,92	p>0,05
10	15	17,13 ± 0,65	12	16,48 ± 0,63	p>0,05	7	17,97 ± 0,88	4	16,60 ± 0,48	p>0,05
11	5	16,64 ± 0,52	8	17,63 ± 1,28	p>0,05	7	19,63 ± 1,45	8	18,26 ± 1,55	p>0,05
12	5	16,61 ± 1,05	5	18,84 ± 2,76	p>0,05	5	16,84 ± 1,66	3	20,06 ± 2,16	p>0,05
13	7	21,52 ± 1,07	4	18,47 ± 0,36	p<0,05	10	19,15 ± 1,04	7	19,95 ± 1,29	p>0,05
14	9	21,83 ± 1,53	14	21,95 ± 0,91	p>0,05	8	19,14 ± 0,71	5	24,08 ± 2,46	p>0,05
15	14	22,56 ± 1,08	9	18,86 ± 0,82	p<0,02	9	19,59 ± 0,94	11	19,16 ± 0,61	p>0,05
16	4	21,89 ± 0,75	4	20,78 ± 1,29	p>0,05	6	21,06 ± 1,18	3	19,66 ± 1,00	p>0,05
17	8	20,63 ± 0,79	4	22,46 ± 0,96	p>0,05	6	21,10 ± 0,92	5	20,86 ± 0,72	p>0,05
18	6	20,92 ± 1,02	7	21,95 ± 0,63	p>0,05	3	22,37 ± 0,64	1	20,86 ± 0,00	
19	14	21,18 ± 0,61	7	20,75 ± 0,67	p>0,05	7	22,47 ± 0,83	4	23,00 ± 0,80	p>0,05
	100		84			91		72		
IMC										
		Fete						Baieti		
		Familie completa			Familie incompleta			Familie completa		
Varsta	nr	media	nr	media	P	nr	media	nr	media	P
7	7	15,81 ± 0,91	4	16,03 ± 0,93	p>0,05	2	14,39 ± 0,73	3	17,43 ± 2,81	p>0,05
8	7	15,45 ± 0,76	12	14,77 ± 0,51	p>0,05	6	15,57 ± 0,84	8	15,34 ± 0,40	p>0,05
9	9	14,73 ± 0,55	7	15,52 ± 0,42	p>0,05	8	15,79 ± 0,69	8	16,17 ± 0,42	p>0,05
10	5	16,98 ± 1,34	5	17,56 ± 1,13	p>0,05	10	16,28 ± 0,47	6	16,45 ± 1,08	p>0,05
11	7	16,28 ± 0,75	11	16,58 ± 0,71	p>0,05	7	17,59 ± 0,69	11	19,32 ± 0,84	p>0,05
12	8	17,05 ± 0,92	5	17,70 ± 1,72	p>0,05	6	17,44 ± 1,58	4	18,39 ± 1,63	p>0,05
13	15	19,20 ± 0,77	14	18,44 ± 1,07	p>0,05	11	16,97 ± 0,46	6	17,24 ± 0,69	p>0,05
14	7	21,00 ± 0,83	10	19,11 ± 0,69	p>0,05	4	19,82 ± 1,59	3	18,82 ± 0,31	p>0,05
15	12	20,54 ± 0,54	8	20,94 ± 0,75	p>0,05	7	19,00 ± 0,55	2	20,25 ± 2,69	p>0,05
16	7	20,42 ± 0,64	11	20,13 ± 0,64	p>0,05	6	17,94 ± 0,66	6	19,37 ± 0,75	p>0,05
17	4	22,20 ± 1,14	11	20,14 ± 0,89	p>0,05	5	18,92 ± 1,27	6	22,72 ± 1,19	p>0,05
18	10	22,00 ± 1,92	1	21,04 ± 0,00		12	20,47 ± 0,80	4	19,53 ± 0,51	p>0,05
19	1	22,54 ± 0,00	2	20,21 ± 1,93		2	20,13 ± 0,54	4	20,30 ± 0,55	p>0,05
	99		101			86		71		

Anexa 12 Date privind cunsumul de produse alimentare

Tabelul A12.1. Cantitatea de produse alimentare consumate de un copil pe zi în școli și licee

Denumirea produselor alimentare	Incluse în rația zilnică (media pe 2 zile), g		Norma fiziologică, g/zi la 1 copil		Devierile, g		Cota devierilor, %	
	1 dată	De 2 ori	1 dată	De 2 ori	1 dată	De 2 ori	1 dată	De 2 ori
Pâine de grâu	113,1	70,5	40	110	-73,1	-39,5	+182,8	-35,9
Făină de grâu	7,6	0,68	2,9	8	-4,7	-7,3	-162,1	-91,3
Crupe	77,2	35,2	15	41,2	+62,2	-8,7	+414,6	-21,1
Lapte	53,8	53,6	100	275	-46,2	-221,4	-46,2	-80,5
Cartofi	87	4,4	94	258,5	-7	-281,1	-7,4	-108,7
Legume	41,1	34,3	90	247,5	-48,9	-213,2	-54,3	-86,1
Zahăr	46,6	43,3	14	38,5	+32,6	+4,8	+232,9	+12,5
Ulei	12,9	4,8	3,6	10	+9,3	-5,2	+258,3	-52
Pește	6,4	10,7	22	60,5	-15,6	-49,8	-70,9	-82,3
Carne	47,6	20,8	20	55	+27,6	-34,2	+138	-62,2
Fructe proaspete	20,6	0	50	137,5	-29,4	-137,5	-58,8	-100
Sare	5	1,7	1	2	+4	-0,3	-400	-15
Cacao	0,4	0,6	1,7	2	-1,3	+1,6	-76,5	+80
Unt	9,4	15,4	10	27,5	0,6	-12,1	-6	-44
Fructe uscate	1,6	0	3	8,2	-1,4	-8,2	46,6	-100
Paste făinoase	30,5	10	2,5	7,0	+28	+3	+1120	+42,9

Tabelul A12.2. Costul unui gram de produs folosit la alimentația copiilor după datele economiei naționale pe anul 2011

Denumirea prouselor alimentare	Norma fiziologică, g pe o zi la un copil	Prețul unui g de produse normate, lei	Prețul produselor, lei
Pâine de grâu	40	0,007	0,28
Făină de grâu	2,9	0,005	0,015
Crupe	15	0,013	0,2
Lapte	100	0,004	0,4
Cartofi	94	0,003	0,04
Legume	90	0,002	0,18
Zahăr	14	0,012	0,17
Ulei	3,6	0,022	0,08
Pește	22	0,025	0,55
Carne	20	0,02	0,4
Fructe proaspete	50	0,005	0,25
Sare	1	0,005	0,005
Cacao	1,7	0,14	0,24
Unt	10	0,05	0,5
Fructe uscate	3	0,04	0,12
Paste făinoase	2,5	0,011	0,03

Tabelul A12.3. Cantitatea de produse alimentare consumate de un copil pe zi în licee

Denumirea produsului alimentar	Cantitatea din rație zilnică (media pe 5 zile),g	Norma fiziologică, g pe o zi la 1 copil	Devierea,g	Cota devierii, %
Crupe	30,4	10,2	+20,2	+198,04
Carne	33,3	36,4	-3,1	-8,5
Pește	6,3	17,1	-10,8	-62,9
Făină de grâu	1,6	3,6	-2	-55,5
Pâine	71,6	36,4	+35,2	+96,6
Paste făinoase	5,3	2,5	+2,8	+112
Zahăr, produse de cofetărie	20,7	12,7	+8	+62,9
Unt	5,02	9,1	-4,08	-44,8
Lapte	26,1	87,3	-61,2	-70,1
Brânză de vaci	3,5	9,7	-6,2	-63,9
Cașcaval	1,5	2,5	-1	-40
Smântână	0,7	2,5	-1,8	-72
Ulei	7,36	3,6	+3,75	+104,4
Legume	58,5	91	-32,5	-35,7
Fructe proaspete	11,1	25,4	-14,3	-56,3
Sare	1,89	1	+0,89	+89
Ou	4,2	0,2	+4	+2000
Fructe uscate	0,4	12,7	-12,4	97,6

Tabeul A12.4. Cantitatea de trofine calorigene consumate de un elev la o masă

Trofina calorigenă	Cantitatea din rația zilnică (media pe 5 zile, g)	Norma fiziologică, g pe o zi la 1 copil	Devierea, g	Cota devierii, %
Proteine total	24,5	15,4	+9,1	+59,1
Proteine animale	9,04	9,2	-0,16	-1,7
Lipide	21,9	15,8	+6,1	+38,6
Glucide	106,7	67	+39,7	+59,3
Energie kcal	687,5	470	+217,5	+46,3

Tabelul A12.5. Cota de acoperire cu trofine a normei zilnice din masa consumată la școală

Trofina	Cantitatea din rația zilnică(media pe 5 zile. g/mg)	Norma zilnică pentru masa gratuită, g	Cota de acoperire a normei zilnice pentru masă gratuită, %
Proteine total, g	24,5	15,4	159,1
Proteine animale, g	9,04	9,2	98,3
Lipide, g	21,9	15,8	138,6
Glucide, g	106,7	67	159,3
Calciu, mg	180,8	220	82,2
Fosfor, mg	326,4	330	98,9
Magneziu, mg	102,5	50	205
Fier, mg	6,8	2,4	283,3
Vitamina C. Mg	18,4	12	153,3
Vitamina B1, mg	0,43	0,24	179,2
Vitamina B2. Mg	0,29	0,28	103,6
Vitamina PP. Mg	3,71	3	123,7
Vitamina A(retinol). mg	0,71	0,2	355
Energie, kcal	687,5	470	146,3

Declarația privind asumarea răspunderii

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

Vergil Manole

Data

Curriculum vitae al autorului

Nume	MANOLE
Prenume	VERGIL
Anul și data nașterii	6 august 1962
Locul nașterii	s. Hiliuți, r-nul Rîșcani
Adresa	MD-5600 Rîșcani, str. Muzicescu, 10
Tel.	025623180, 067123192
E-mail	manole.vergil@gmail.com
Naționalitatea	Român
Starea civilă	Căsătorit

EDUCAȚIE

2011 – 2015	Studii în doctorat
2006 - 2008	Masterat în Școala de Management în Sănătate Publică, USMF „Nicolae Testemițanu” Master în Managementul Sănătății Publice, Diploma Nr. 040 din 14.11.2008
Ciclul de perfecționare	
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău (Republica Moldova)	
▪	Nutriția umană și siguranța alimentelor (2016)
▪	Supraveghearea epidemiologică a infecțiilor nosocomiale (2015)
▪	Igiena copiilor și adolescenților (2015)
▪	Igiena generală (2011)
▪	Epidemiologia de intervenție (2011)
2017	Confirmarea categoriei superioare de calificare în igiena copiilor și adolescenților
1979 – 1985	Universitatea de Stat de Medicină Chișinău, Specialitatea „Igiena, Sanitaria, Epidemiologie” (KB nr.581231)
1969 – 1979	Școala medie, s..Hiliuți, r-nul Rîșcani

EXPERIENȚA DE MUNCĂ:

din 2018 – prezent	șef adjunct CSP Bălți
din 2011 - 2015	cercetător științific stagiar netitular, laboratorul „Igiena copiilor și adolescenților”, CNSP
din 2005 –2018	medic șef Centrul de Sănătate Publică Rîșcani, prin cumul medic în igiena copiilor și adolescenților
1988	angajat la Stația Sanitaro-Epidemiologică din or. Rîșcani în calitate de medic în igiena copiilor și adolescenților, activînd în această funcție pînă în anul 2005
1985	angajat Stația Sanitaro-Epidemiologică din or. Taraclia în calitate de medic în igiena comunală

ALTE ACTIVITĂȚI

Din 1985– Membru al Asociației Igieniştilor
Din 2008 – Membru al Societății Masterilor în Sănătate Publică

PARTICIPĂRI LA CONFERINȚE ȘI CONGRESE

Conferinței Naționale „Sănătatea în relație cu Mediul”, 15 octombrie 2010, Chișinău.

Conferința Națională Medicina Muncii cu Participare Internațională, SIBIU, 21-24 septembrie 2011.

USMF "N. Testemițanu", Zilele Universității 17-19 octombrie, Problemele actuale sănătate public și management, ediția XII, 2012.

Conferința "Probleme actuale ale prevenirii și controlului bolilor netransmisibile". Chișinău, 2015, 18-20 iunie.

Congresul al IV-lea al medicilor de familie din Republica Moldova cu participare internațională 16-17 mai 2018.

Congresul de pediatrie socială din Cluj-Napoca, 12-15 septembrie 2018.

Materialele Conferinței de pneumologie INSPIR, Iași, 13-16 iunie 2018.

Congresul al VII-lea al specialiștilor din domeniul sănătății publice și management sanitar cu participare internațională, 24-25 octombrie 2019, Chișinău.

Conferința Națională cu participare Internațională „UN MEDIU SIGUR - SĂNĂTATE PROTEJATĂ”, 12-13 noiembrie 2020, mun. Chișinău, Republica Moldova.

LUCRĂRI ȘTIINȚIFICE ȘI ȘTIINȚIFICO-METODICE PUBLICATE

Rezultatele cercetărilor au fost publicate în 17 lucrări științifice, inclusiv 5 de sinestătător; 7 articole în reviste științifice recenzate, 2 articole în culegeri ale forurilor științifice cu participare internațională, 4 articole în culegeri științifice naționale, 4 rezumate/ abstracte/ teze la foruri științifice cu participare internațională.

ABILITĂȚI

Posedarea limbilor: Româna – maternă, Rusă – fluent, Engleza – satisfăcător - dicționar

Computer: Windows, MacOS X, MS Office, Access, Excel, Power Point, Internet Explorer