

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

Vergil MANOLE,
Agenția Națională pentru Sănătate Publică

Rezumat

Studiul a fost realizat în localitățile rurale din trei regiuni ale Republicii Moldova: Nord, Centru, Sud. Subiecți ai studiului au fost elevii din familii temporar dezintegrate și elevii din familiile complete. Examenului medical complex au fost supuși 1181 de elevi cu vârsta între 7 și 19 ani, inclusiv 550 din familiile temporar dezintegrate. În vederea evaluării adresărilor la punctul medical și a lipsei pe caz de boală, în studiu au fost incluși 2292 de elevi din clasele 1-12, inclusiv 758 din familiile temporar dezintegrate. Media pe caz de boală este mai mare la băieții din familiile dezintegrate ($7,52 \pm 0,53$), comparativ cu băieții din familiile complete ($7,16 \pm 0,32$; $p > 0,05$), iar la fetele din familiile complete, media pe caz de boală e mai mare ($6,73 \pm 0,23$) față de cele din familiile incomplete ($6,51 \pm 0,32$; $p > 0,05$). Nu au fost stabilite diferențe semnificative ale valorilor medii ale masei corporale, capacității pulmonare vitale, forței musculare statice a mâinii stângi și celei drepte a elevilor din familiile dezintegrate față de elevii din familiile complete. Diferențe semnificative au fost determinate la diferite vârste separat. Prin evaluarea factorilor ce influențează starea de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate s-au evidențiat factorii de risc din locuință, din mediul de instruire, din alimentare și comportament (consumul de tutun, activitatea motrică insuficientă).

Cuvinte-cheie: morbiditate, adresabilitate, elevi, familii temporar dezintegrate

Summary

The evaluation of the health condition of students in temporarily disintegrated families in rural areas

The study was done in rural areas of 3 regions of the Republic of Moldova: North, Center, South. The study subjects were students in temporarily disintegrated families and students in complete families. 1191 students with ages between 7 and 19 years old were subject to the complex medical examination, including 550 students in temporarily disintegrated families. With the purpose of evaluating the complaints to the medical office, in the study were included 2292 students between the 1-12 grades, including 758 students in temporarily disintegrated families. The average of confirmed disease cases is bigger with boys in disintegrated families ($7,52 \pm 0,53$), compared to boys in complete families ($7,16 \pm 0,32$; $p > 0,05$), though with girls the average of confirmed cases is bigger in complete families ($6,73 \pm 0,23$) compared to girls in incomplete families ($6,51 \pm 0,32$; $p > 0,05$). Significant differences were not established between students in temporarily disintegrated families compared to complete families for average body mass, vital

lung capacity, right and left hand statically muscle strength. Significant differences were established with different ages separately. In the evaluation of the factors that influence the health state of students in temporarily disintegrated families, the following factors were mentioned – home environment factors, educational environment factors, nutrition, and behavior (tobacco consumption, insufficient physical activity).

Keywords: morbidity, health complaints, students, temporarily disintegrated families

Резюме

Оценка состояния здоровья учащихся из временно дезинтегрированных семей из сельской местности

Исследование проводилось в сельской местности в трёх регионах Республики Молдова (север, центр, юг). Предметом исследования были учащиеся из временно дезинтегрированных семей и учащиеся из полных семей. Комплексный медицинский осмотр прошли 1181 учащийся в возрасте от 7 до 19 лет, в том числе 550 из дезинтегрированных семей. Для оценки обращаемости в медицинский пункт и отсутствия по болезни, в исследование были включены 2292 ученика 1-12 классов, в том числе 758 учащихся из дезинтегрированных семей. Среднее значение случаев заболевания выше у мальчиков из дезинтегрированных семей ($7,52 \pm 0,53$), по сравнению с мальчиками из полных семей ($7,16 \pm 0,32$; $p > 0,05$). В полных семьях у девочек среднее значение выше ($6,73 \pm 0,23$), по сравнению с девочками из дезинтегрированных семей ($6,51 \pm 0,32$; $p > 0,05$). Значительных различий в средних значениях массы тела, жизненной ёмкости легких, статической мышечной силе левой и правой руки у учащихся из дезинтегрированных семей по сравнению с учащимися из полных семей не установлено. Значительные различия были установлены в отдельных возрастных категориях. Оценивая факторы, которые влияют на состояние здоровья учащихся из временно дезинтегрированных семей, были отмечены факторы риска в среде обитания, среде обучения, образе питания и поведенческой среде (потребление табака, недостаточная двигательная активность).

Ключевые слова: заболеваемость, обращения, учащиеся, временно дезинтегрированные семьи

Introducere

Sănătatea populației reprezintă un obiectiv de o importanță primordială în politica oricărui stat,

deoarece ea 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 [1, 2, 3]. Exodul părinților peste hotarele țării în vederea unei mai bune asigurări materiale a necesităților a cauzat fenomenul de dezintegrare a familiilor [4, 5]. Referindu-ne la familiile temporar dezintegrate, avem în vedere emigrarea unuia sau a ambilor părinți pe un termen de șase luni. Impactul emigrării este dezorganizarea familiei, cu toate consecințele sociale, morale, medicale, educaționale etc. [6]. Se încearcă o clasificare a tipologiilor familiei cu un singur părinte ca familie dezmembrată – „familie incompletă” sau „familie disimetrică”, iar consecința este dezorganizarea familiei și, ca rezultat, progresarea morbidității generale a copiilor și adolescenților [7]. 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, constatăm că exodul din mediul urban constituie circa 17%, pe când cel din mediul rural – circa 23%. De exemplu, în Chișinău emigrarea constituie aproximativ 9%, pe când în regiunile de nord și de sud ale țării rata emigrării este de 25% [8, 9].

Analiza morbidității ne permite să elucidăm problemele existente, să elaborăm și să apreciem eficacitatea măsurilor de prevenție și a celor curative, organizate la nivelele republican și municipal [10, 11, 12]. Copiii rămași fără îngrijirea membrilor de familie plecați la muncă peste hotare sunt afectați și au necesități specifice, ca rezultat apar unele patologii și complicații ale tractului digestiv, tulburări ale sistemului nervos central, boli ale aparatului respirator, dereglări ale funcției inimii etc. [13]. 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 alimentația necorespunzătoare, de insuficiența informatizării populației, ci și de lipsa răspunderii părinților, pedagogilor, medicilor de posibila pierdere a sănătății [14, 15, 16].

Dezvoltarea fizică a copiilor servește drept indice al sănătății și al stării normale [17]. Starea de sănătate 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 a copiilor către școală etc. [6]. Un alt factor ce influențează starea de sănătate a copiilor este alimentația incorectă. Astfel, consumul insuficient de carne, produse din carne, lapte și produse lactate acide, fructe, legume și un regim alimentar neechilibrat condiționează un deficit de proteine, lipide, săruri minerale și vitamine necesare creșterii și dezvoltării organismului copilului [18, 19]. 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, condiționând apariția diverselor stări morbide [20, 21, 22].

Scopul studiului este constatarea și aprecierea impactului migrației asupra stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale, cu elaborarea recomandărilor de diminuare a consecințelor acestui fenomen.

Material și metode

Evaluarea stării de sănătate a elevilor din familii temporar dezintegrate din localitățile rurale în corelație cu factorii de risc a fost realizată în trei regiuni ale Republicii Moldova (Nord, Centru, Sud), ca lot-martor au servit elevii din familii complete.

Au fost evaluați în total 1181 de elevi cu vârsta între 7 și 19 ani, din ei 549 (46,5%) de sex masculin și 632 (53,5%) de sex feminin. Au fost examinați 550 de elevi din familii temporar dezintegrate, ceea ce constituie 46,6% din cei încadrați în studiul realizat, dintre care 248 (45,1%) băieți și 302 (54,9%) fete. În vederea evaluării adresărilor la punctul medical și a lipsei pe caz de boală, în studiu au fost incluși 2292 de elevi din clasele I-XII, dintre care 1172 de sex masculin și 1120 de sex feminin, 33,1% din numărul total le constituie elevii din familii temporar dezintegrate. A fost anchetat un eșantion de 1501 elevi din clasele V-XII din localitățile rurale ale Republicii Moldova (664 băieți și 837 fete), având la bază respectarea anonimatului.

Rezultate obținute

Evaluarea stării de sănătate a elevilor pentru perioada 2011–2015 denotă o tendință de diminuare a nivelului morbidității generale de la 494,0 cazuri la 1000 elevi în anul 2011 până la 460,0 cazuri la 1000 elevi în 2015. La elevii din instituțiile preuniversitare, nivelul morbidității cronice a crescut de la 133,0‰ în 2011 până la 134,4‰ în 2015 (*figura 1*).

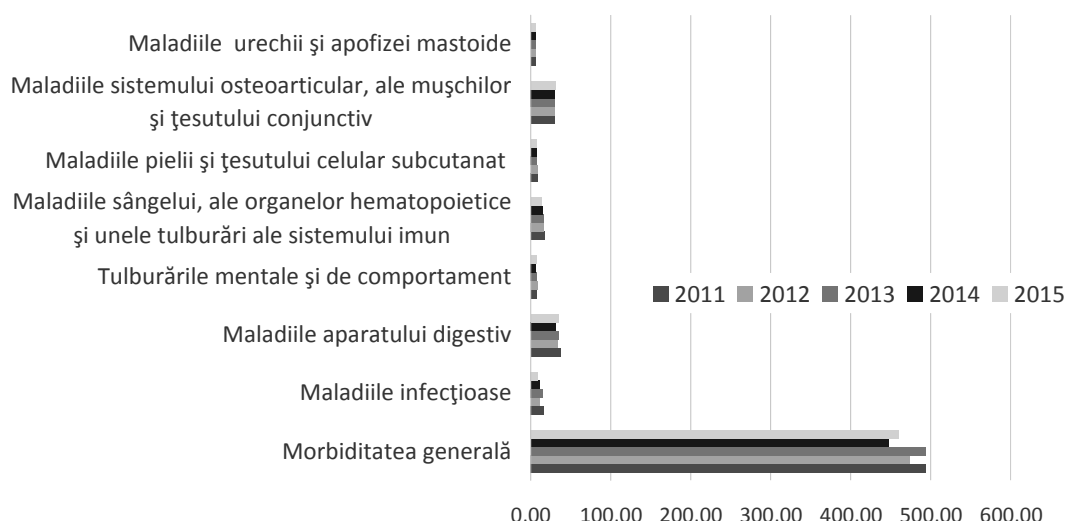


Figura 1. Morbiditatea copiilor din instituțiile de învățământ preuniversitar în perioada 2011-2015 (număr de cazuri la 1000 copii)

În urma examenului medical complex, morbiditatea elevilor din familii dezintegrate constituie 1247,2‰, comparativ cu 1087,2‰ la cei din familii complete, prin urmare nivelul morbidității copiilor din familii dezintegrate este cu 160‰ mai înalt decât în cele complete (tabelul 1).

Tabelul 1

Nivelul morbidității elevilor din familii dezintegrate și din familii complete din localitățile rurale

Morbiditatea generală	Familii dezintegrate	Familii complete	Diferența (+/-)
Media generală	1247,2	1087,2	- 160
Regiunea Nord	1094,1	860,2	- 233,9
Regiunea Centru	1129,6	967,9	- 161,7
Regiunea Sud	1408,8	1384,0	- 21,8

Comparând morbiditatea generală a elevilor din familii temporar dezintegrate între regiunile Nord, Centru și Sud, am constatat că cel mai înalt nivel este în sudul republicii, constituind 1408,8‰ față de regiunile Centru cu 1129,6‰ și Nord cu 1094,1‰ (tabelul 1).

Structura morbidității generale a elevilor din familii temporar dezintegrate ne arată că pe I loc se plasează bolile aparatului digestiv cu 27,5%, pe locul II – bolile aparatului respirator cu 17,6%, pe locul III – maladiile aparatului genitourinar cu 12,2%, pe locul IV – cele ale sistemului osteoarticular, ale mușchilor, țesutului conjunctiv cu 9,2%, pe locul V – bolile ochiului și anexelor sale cu 8,6%, iar pe locul VI – afecțiunile endocrine, de nutriție și de metabolism cu 7,4%.

Examinând morbiditatea generală a elevilor din familiile complete și din cele temporar dezintegrate din mediul rural în funcție de vârstă, am constatat un nivel mai sporit la vârsta de 7 ani (1720‰ și, respectiv, 1240‰). Observăm o creștere lentă a nivelului morbidității până la vârsta de 11 ani, iar apoi o descreștere lentă până la vârsta de 15-16 ani, ce constituie 842,8–909,1‰, și iarăși o creștere rapidă a morbidității generale la vârsta de 17-18 ani, constituind 1344,0‰ și, corespunzător, 1297,8‰. Valoarea coeficientului de corelație între nivelul morbidității elevilor din localitățile rurale din familii temporar dezintegrate și familii complete pe vârste constituie 0,397, ceea ce denotă o corelație medie între fenomene.

Analizând frecvența adresărilor pe parcursul anului de studii conform sexului elevilor, am constatat că fetele solicită mai des (781‰) medicul, comparativ cu băieții (501‰), cu o diferență de 280‰.

Rata adresărilor pe parcursul anului de studii ale elevilor din familii temporar dezintegrate (708‰) este mai mare cu 104‰ decât în familiile complete (604‰). Nivelul morbidității între lunile anului la elevii din familiile temporar dezintegrate și din cele complete denotă o corelație puternică între fenomene, constituind 0,79.

Prin analiza structurii adresărilor (tabelul 2) la punctul medical s-a constatat că pe I loc se plasează bolile aparatului respirator în toate cele trei regiuni ale republicii: Nord – 50‰, Centru – 30,16‰, Sud – 28,09‰. Pe locul II se află bolile aparatului digestiv: Centru – 28,55‰, Sud – 21,29‰, Nord – 15,9‰. Locul III îl ocupă maladiile sistemului nervos: Sud – 18,25‰, Nord – 8,96‰, Centru – simptome și semne clinice – 13,11‰.

Tabelul 2

Structura adresărilor la punctul medical, pe regiuni

N/o	Centru	Nord	Sud
1	Bolile aparatului respirator 30,16‰	Bolile aparatului respirator 50‰	Bolile aparatului respirator 28,09‰
2	Bolile aparatului digestiv 28,55‰	Bolile aparatului digestiv 15,9‰	Bolile aparatului digestiv 21,29‰
3	Simptome și semne clinice 13,11‰	Maladiile sistemului nervos 8,96‰	Maladiile sistemului nervos 18,25‰
4	Leziuni traumatice, otrăviri, alte consecințe ale cauzelor externe 6,10‰	Bolile sistemului osteoarticular, mușchilor, țesutului conjunctiv 6,65‰	Bolile pielii și țesutului celular subcutanat 15,74‰
5	Maladiile sistemului nervos 5,75‰	Maladii infecțioase și parazitare 4,91‰	Maladiile aparatului genitourinar 8,94‰
6	Bolile pielii și țesutului celular subcutanat 5,03‰	Boli infecțioase și parazitare 4,62‰	Bolile aparatului circulator 3,22‰

Analizând în republică media unui caz de boală în zile la fetele din familiile complete comparativ cu cele din familiile dezintegrate, am constatat o valoare mai sporită la fetele din familii complete, ce constituie $6,73 \pm 0,23$, față de $6,52 \pm 0,32$ la cele din familii dezintegrate ($p > 0,05$). La analiza mediei unui caz de boală la băieții din familii complete, comparativ cu cei din familii dezintegrate, am determinat o valoare mai înaltă la băieții din familiile dezintegrate, care constituie $7,52 \pm 0,53$, față de $7,16 \pm 0,32$ la cei din familiile complete ($p > 0,05$).

Analizând numărul total de cazuri înregistrate la 1000 eleve în total pe republică, am constatat un nivel mai sporit la fetele din familiile complete, acesta fiind de 490,88‰, comparativ cu 417,69‰ la cele din familii dezintegrate. În rândul băieților, un nivel mai înalt s-a atestat la cei din familiile complete – 344,04‰, comparativ cu 330,48‰ la cei din familii dezintegrate.

Cercetând structura lipsei elevilor pe caz de boală, am constatat că ponderea cea mai înaltă o constituie bolile aparatului respirator – 63,22%, după care urmează cele infecțioase și parazitare – 9,58%, bolile pielii și țesutului celular subcutanat – 6,53%, maladiile aparatului digestiv – 4,13%, apoi bolile aparatului genitourinar – 3,16%.

Comparând mediile masei corporale între sexe în grupa de vârstă de la 7 până la 19 ani, am stabilit că la fete mediile masei corporale, începând cu vârsta de 7 ani, cresc lent până la 13 ani, apoi se atestă o stagnare la 14–16 ani și iarăși o ușoară creștere. La băieți, mediile masei corporale de la 7 până la 14 ani sunt în creștere, la vârsta de 15–16 ani se observă o

stagnare, dar de la 17 până la 19 ani are loc o sporire bruscă în medie cu 7–14 kg.

Comparând media taliei fetelor din familiile temporar dezintegrate cu cea a fetelor din familiile complete, s-a stabilit că indicii diferă nesemnificativ: aceștia cresc la vârstele de 7, 8, 12, 14, 15, 18 ani și sunt puțin mai mici la 9, 10, 11, 13, 16, 17, 19 ani. Comparând valorile mediilor taliei băieților din familiile dezintegrate și din cele complete, am determinat că acestea sunt nesemnificativ mai mari la vârstele de 7, 8, 11, 13, 16, 18 și 19 ani și puțin mai mici la 9, 10, 12, 14, 15 și 17 ani.

Media indicelui de masă corporală (IMC) la fetele din familii complete și la cele din familii dezintegrate este în creștere (*figura 2*). Evaluarea mediei IMC pe vârste la băieții din familii complete și din familii dezintegrate de asemenea este în creștere.

La băieți, valorile capacității vitale pulmonare sunt mai mari decât la fete și se diferențiază crescător odată cu înaintarea în vârstă. Fetele din familii dezintegrate au la vârsta de 7 ani o medie a capacității vitale de $1014,29 \pm 67,01$, care la fel este în creștere și ajunge la $2533,33 \pm 167,50$ la 19 ani. Capacitatea vitală pulmonară la băieții din familii temporar dezintegrate are o medie de $1272,73 \pm 93,51$ la 7 ani, care crește continuu până la $4322,22 \pm 451,78$ la 19 ani (*figura 3*). În general pe țară nu s-au depistat diferențe semnificative în determinarea capacității vitale a elevilor din familii temporar dezintegrate comparativ cu cei din familii complete ($p > 0,05$), cu excepția vârstei de 7 ani la băieții din familii complete ($1036,36 \pm 45,27$) comparativ cu cei din familii dezintegrate ($1273,73 \pm 93,51$; $p < 0,05$).

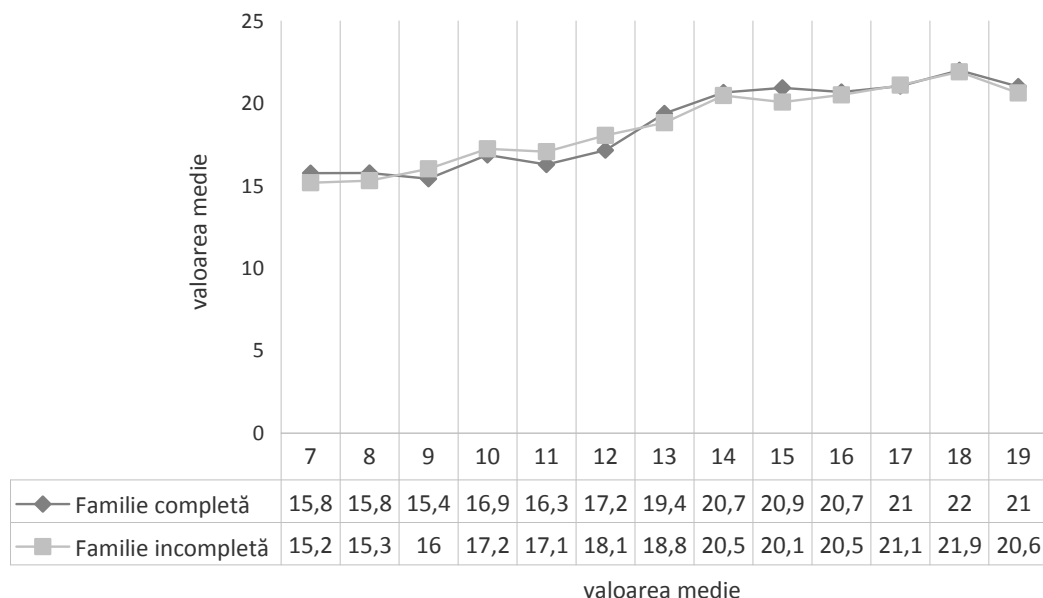


Figura 2. Dependența IMC de vârstă la fete

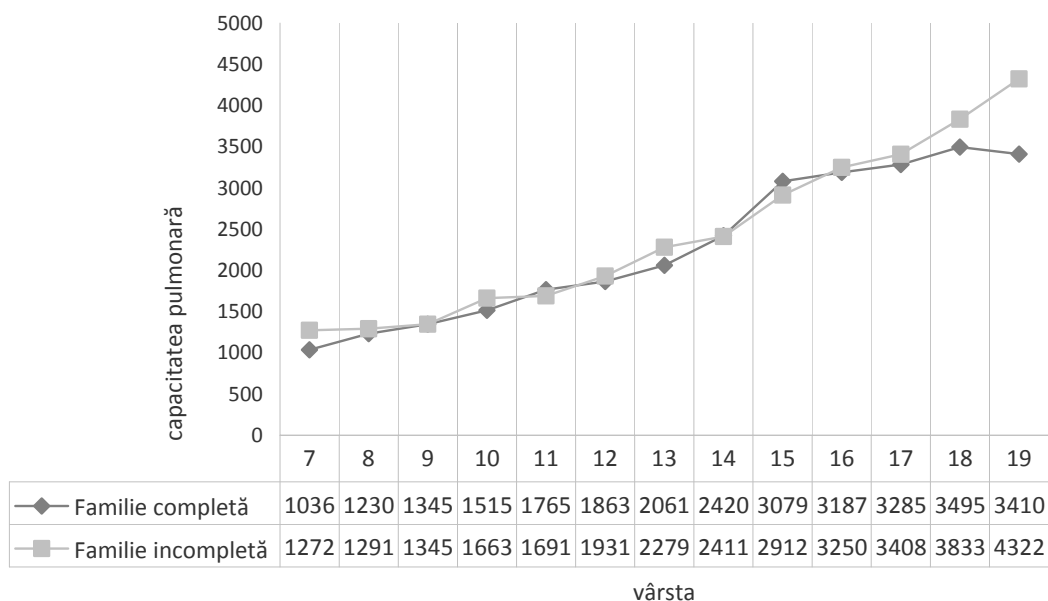


Figura 3. Dependența indicatorului de spirometrie de vârstă la băieți

Dinamometria mâinii drepte la fetele din familii temporar dezintegrate variază de la 8,14 kg la vârsta de 7 ani până la 51,2 kg la 19 ani. În aceste familii, la 7 ani fetele au o forță musculară de $6,36 \pm 0,25$ kg, care sporește odată cu vârsta până la $26,00 \pm 1,26$ kg la 19 ani.

Băieții din familii temporar dezintegrate au o forță musculară de $8,73 \pm 0,87$ kg la mâna dreaptă la 7 ani, care crește până la $48,56 \pm 1,56$ kg la 19 ani. Băieții din aceste familii au o medie a dinamometriei la mâna stângă de $8,09 \pm 0,78$ kg la 7 ani, care sporește până la $41,78 \pm 2,17$ kg la 19 ani.

Diferențe semnificative pe republică ale forței musculare a mâinii stângi și a mâinii drepte la băieții

și fetele din familiile dezintegrate și din cele complete nu s-au determinat, iar pe vârste avem diferențe la 18 ani la fete la mâna dreaptă și la 16 ani la băieți la mâna dreaptă.

Caracterul și multitudinea factorilor de risc au influențe nefaste asupra sănătății populației, în special asupra sănătății copiilor și adolescenților. Analizând mediul de trai al elevilor din familiile temporar dezintegrate în comparație cu cele complete în perioada caldă a anului, cercetând indicatorii microbiologici și ai măsurărilor instrumentale, am stabilit următoarele: numărul total de germeni în încăperile de locuit din familiile dezintegrate ($163,2 \pm 2,21$) este mai mare decât în cele complete

(151,3±2,08); numărul fungilor în încăperile de locuit ale familiilor dezintegrate (26,9±5,63) de asemenea este mai mare decât în cele complete (22,65±3,56). Temperatura aerului în locuințele familiilor dezintegrate (28,4±0,37°C) este mai înaltă comparativ cu cea din locuințele familiilor complete (27,74±0,43°C). Umiditatea în încăperile de locuit din ambele tipuri de familii constituie 44%. Nivelul zgomotului constituie circa 61 dB. Concentrațiile de NO₂, formaldehidă, benzină sunt sub limitele admisibile.

În perioada rece a anului, în privința indicatorilor microbiologici și ai măsurărilor instrumentale am stabilit următoarele: numărul total de germeni în încăperile de locuit ale familiilor dezintegrate (28,5±2,54) este mai mare decât în cele complete (27,7±2,5); numărul fungilor în încăperile familiilor dezintegrate (3,7±0,82) este mai mic comparativ cu familiile complete (4,8±1,28). Temperatura aerului în locuințele familiilor dezintegrate (17,3±0,41°C) este mai mică în comparație cu cele complete (17,46±0,7°C). Umiditatea în încăperile familiilor dezintegrate (65,35±2,54%) este mai mare ca în cele ale familiilor complete (62,6±2,58%). Nivelul zgomotului constituie aproximativ 62 dB. Concentrațiile NO₂, formaldehidei și benzinei sunt sub nivelul limitelor admisibile.

Rezultatele evaluării factorilor fizici la locurile de studii în instituțiile preuniversitare din localitățile rurale, pe parcursul perioadei 2011-2015, demonstrează că avem obiective ce nu sunt conforme normelor sanitare, inclusiv locuri de studii. Pe parcursul ultimilor cinci ani, parametrii microclimaterici nu corespund normelor sanitare și constituie 8,73%, ponderea probelor neconforme colectate la locul de studii au alcătuit 4,17%. Nici iluminarea în această perioadă nu corespunde normelor sanitare la 7,86% din numărul total de obiective supuse verificării, ponderea numărului locurilor de muncă ce nu corespund normelor iluminatului constituind 21,83%.

Calcularea cantității medii zilnice a produselor alimentare din școli în perioada rece a anului arată că se servește o singură masă, iar elevii 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 medie a produselor alimentare, calculată pentru toate instituțiile incluse în studiu, în perioada caldă a anului denotă că în alimentația elevilor există un deficit 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%) 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%).

Datele studiului relevă că 3,2% dintre fetele și 14% dintre băieții claselor gimnaziale, precum și 12,2% dintre fetele și 61,1% dintre băieții din clasele liceale au fumat cel puțin o țigară în întregime. Rata cea mai mare se înregistrează printre băieții din clasele liceale, depășindu-i cu 47,1% pe băieții din clasele gimnaziale.

Cea mai fragedă vârstă la 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. Cele mai frecvente motive din care se fumează sunt: în 16,7% cazuri, fumatul contribuie la buna dispoziție și înlătură stresul; 9,5% întrebuințează țigări când se găsesc între persoane care fumează, nedorind să creeze opinie separată; 20,6% fumează din alte motive. Elevii care fumează au menționat că în 53,9% cazuri mai frecvent fumează cu prietenii și numai în 7,1% cazuri fumează singuri.

Conform rezultatelor studiului realizat, doar 20,3% din elevii din mediul rural obișnuiesc să îndeplinească zilnic exerciții fizice de intensitate înaltă cel puțin 20 de minute. Alte 17,6% fac exerciții fizice doar o singură zi pe săptămână, 15,6% – 2 zile, 12,1% – 3 zile, 7,2% – 4 zile, 5,4% – 5 zile, 2,5% – 6 zile. Cu regret, 19,3% din elevii anchetați nu manifestă un interes viu față de mișcare și exercițiile fizice. S-a constatat de asemenea că băieții din mediul rural 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 828 de fete, 92 sunt foarte active îndeplinind zilnic cel puțin 20 de minute exerciții fizice, 11,1%; p<0,0001). Cel mai înalt nivel de implicare a elevilor în activitatea fizică s-a atestat în clasele gimnaziale (V-IX).

Analiza și evaluarea rezultatelor cercetării denotă că în timpul ultimelor 12 luni, 48,8% din elevii anchetați nu s-au implicat în activități sportive extrașcolare, 13,8% participând doar la un singur meci, 10% – la două meciuri, iar 27,4% – la trei meciuri și mai multe. Cei mai mulți (33,1%) raportează că, în cadrul lecției de educație fizică, obișnuiesc 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.

Din totalul de respondenți, 45,0% declară că pot înota bine, 25,7% cunosc doar câteva procedee, iar 29,3% nu știu să înoate. Studiul a scos în evidență faptul că 71,7% de băieți din mediul rural știu să înoate și doar 8,7% nu au deprins această formă de activitate fizică. Capacitatea fetelor de a înota constituie un procentaj mult mai mic comparativ cu băieții, și anume 24,0%.

Discuții

Datele obținute în studiul efectuat sunt originale și unice pentru Republica Moldova, confirmând impactul medico-social negativ al dezintegrării familiilor asupra copiilor. La elevii din aceste familii au fost stabilite legături strânse între starea lor de sănătate și vârstă, sex vizavi de factorii de risc din locuință, din mediul de instruire, de alimentare și de comportament (consumul de tutun, activitatea motrică insuficientă).

La elevii din familii temporar dezintegrate, morbiditatea generală este mai înaltă (1247,2‰) comparativ cu morbiditatea la cei din familii complete (1087,5‰). Pe I loc se plasează bolile aparatului digestiv cu 27,5%, pe locul II – bolile aparatului respirator cu 17,6%, pe locul III – maladiile aparatului genitourinar cu 12,2‰, pe locul IV – afecțiunile sistemului osteoarticular, ale mușchilor și țesutului conjunctiv cu 9,2%.

Analizând media unui caz de boală în zile pe republică la fetele din familii complete comparativ cu cele din familii temporar dezintegrate, am constatat o valoare mai sporită la fetele din familii complete, ce constituie $6,73 \pm 0,23$ față de $6,52 \pm 0,32$ la cele din familii dezintegrate ($p > 0,05$). În rândul băieților pe republică, un nivel mai sporit al adresărilor se atestă la cei din familii complete și constituie 344,04‰, comparativ cu cei din familii dezintegrate – 330,48‰.

Capacitatea pulmonară vitală pe vârste a arătat la băieții din familii temporar dezintegrate valori mai înalte decât la cei din familii complete (7, 8, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 19 ani), cu excepția vârstelor de 14 și de 15 ani. Aceasta este o constatare, dar care este explicația? De ce vârstele de 14, 15 ani decad? Ce date raportează alți autori?

Nu au fost determinate diferențe semnificative pe republică privind forța musculară a mâinii stângi și a mâinii drepte la băieții și la fetele din familii dezintegrate și din cele complete, iar pe vârste avem diferențe la 18 ani la fete la mâna dreaptă și la 16 ani la băieți la mâna dreaptă.

În perioada rece a anului, în familiile temporar dezintegrate numărul total de germeni constituie

28,5 m³, fungii – 3,7 m³, zgomotul – $61,9 \pm 0,05$, coeficientul de iluminare artificială – $25,4 \pm 10,5$, iar umiditatea relativă – 65,35%, valorile fiind puțin mai sporite. În perioada caldă a anului, în familiile temporar dezintegrate este mai sporit numărul total de germeni (163,2) și numărul fungilor (26,9). Măsurările instrumentale ne-au arătat că coeficientul iluminatului natural este mai jos în familiile dezintegrate, temperatura este la același nivel (28°C) și valoarea umidității relative constituie 44%.

Parametrii microclimaterici nu corespund normelor sanitare și constituie 8,73%, ponderea probelor neconforme colectate la locul de studii a alcătuit 4,17%. Iluminarea, pe parcursul ultimilor cinci ani, nu corespunde normelor sanitare la 7,86% din numărul total de obiective supuse verificării, ponderea numărului locurilor de muncă cu un nivel necorespunzător al iluminatului constituie 21,83%.

Concluzii

1. Analiza rezultatelor cercetării stării de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale demonstrează existența unei probleme stringente medico-sociale.

2. Factorii de risc (condițiile de instruire, habituale, alimentația, comportamentul etc.) influențează direct starea de sănătate a elevilor din familiile temporar dezintegrate din localitățile rurale.

3. În urma examenului medical complex s-a determinat că morbiditatea generală și adresabilitatea la elevii din familiile temporar dezintegrate sunt mai înalte, comparativ cu morbiditatea elevilor din familiile complete. În același timp, mai des lipsesc pe caz de boală elevii din familiile complete, atât de sex feminin, cât și de sex masculin.

4. Diferențe semnificative ale valorilor mediei masei corporale a elevilor din Republica Moldova nu au fost stabilite, dar în regiunea Centru există o diferență la fetele de 15 și 16 ani din familii complete și la băieții de 14 ani din familii complete.

5. Mediile aritmetice ale valorilor taliei elevilor din familii complete față de valorile medii aritmetice ale celor din familii dezintegrate nu demonstrează o diferență semnificativă în dezvoltare, cu excepția valorilor mai joase la băieții de 13 ani și la fetele de 18 ani din familiile complete.

6. Diferențe semnificative ale mediei aritmetice a indicelui masei corporale al elevilor din familiile complete față de familiile dezintegrate nu au fost observate, cu excepția că la fetele de 12 ani din familii complete indicii sunt mai mici, iar la 14 ani indicii sunt mai mari, în comparație cu fetele de aceeași vârstă din familii dezintegrate.

7. Cercetarea capacității pulmonare vitale pe vârste a stabilit valori comparabile, cu excepția vârstelor de 14 și 15 ani la băieți. Cea mai fragedă vârstă 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 și 18 ani. Băieții fumează mai frecvent decât fetele.

8. Băieții din mediul rural demonstrează o activitate motrică mai înaltă comparativ cu fetele, indiferent de tipul familiei.

Bibliografie

1. Ceană D., Tarcea M., Ureche R. Evaluarea stării de sănătate a populației adulte din județul Vâlcea, 2005. In: *Revista de Igienă și Sănătate Publică* (România). 2007, vol. 57, nr. I, pp. 23-29.
2. Ețco C. et al. Unele opinii ale lucrătorilor medicali din AMP privind conduita de supraveghere a copiilor. In: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*. 2007, nr. 6(21), pp. 77-79.
3. World Health Organization. *Action Plan 2008-2013*, pp. 5-10.
4. Băsescu G., Petre N., Angi D. *World Vision România. Bunăstarea copilului din mediul rural*. Cluj-Napoca: RISOPRINT, 2014.
5. Bălățescu S, Nacter C. Bunăstarea văzută prin ochii copiilor români: rezultatele studiului internațional "Lumea copiilor" (ISCWeB). In: *Revista Universitară Clujeană*. 2016. 70 p.
6. Gutțul A. *Starea sănătății și dezvoltării fizice a copiilor din Republica Moldova*. Chișinău, 2001, pp. 10-15.
7. Voinea M. *Tipologia familiilor monoparentale din România*. Universitatea din București. Facultatea de Psihologie și Științele Educației. București, 2012.
8. *Studiul de Indicatori Multipli în Cuiburi*, 2012. Raport Final. 2014. 49 p.
9. UNICEF, 2015. *Copiii rămași fără îngrijire părintească: evaluarea tutelei oficiale și neoficiale în cadrul sistemului de îngrijire și protecție a copilului în Republica Moldova*. 25 p.
10. Семенищенкова Т.А. Гигиенические аспекты формирования преневротических отклонений у старшекласников. В: *Гигиена и санитария*. 2003, № 4, с. 34-37.
11. Чернякина Т. Профилактика заболеваемости старшекласников при интенсивном обучении путем коррекции дезадаптационных и до нозологических состояний. В: *Санитарный врач*. 2005, № 11, с. 44-51.
12. Целиковская Н.Ю. Социально-гигиенические факторы и здоровье детей. В: *Гигиена и санитария*. 2001, № 2, с. 58-60.
13. Cheianu-Andrei D. ș.a. *Impactul migrației asupra copiilor și vârstnicilor lăsați fără îngrijirea membrilor de familie plecați la muncă peste hotare*. Chișinău: CEP USM, 2011, pp. 129-146.
14. Groșev V.H., Popova H.B. Медицинское обеспечение подготовки граждан Подольска к военной службе. В: *Здравоохр. Рос. Федерации*. 2004, № 2, с. 56-57.
15. Михалюк Н. Состояние самочувствия школьников в зависимости от образа жизни. В: *Санитарный врач*. 2005, № 8, с. 55-57.
16. Рапопорт И.К. Оценка динамики заболеваемости школьников по результатам профилактических осмотров. В: *Гигиена и санитария*. 2006, № 6, с. 48-51.
17. Voloc A., Țurea V. *Dezvoltarea copilului și conduita în maladiile nutriționale*. Chișinău: Tipografia Centrală, 2007, pp. 7-18.
18. Gutțul A. *Alimentația echilibrată a copiilor în școală*. Chișinău. 9 p.
19. Vlaicu B. *Comportamente cu risc la adolescenții din județul Timiș*. Timiș, 2007. 425 p.
20. Bivol A. *Aspecte medico-sociale ale maladiilor tractului gastrointestinal la adulți în Republica Moldova*: rez. tz. dr. med. Chișinău, 2006. 21 p.
21. http://www.paginamedicala.ro/stirimedicale/BCV_tumorilesiboliledigestivesuntprincipalelecauze-de-deces-ale-romanilor_13543
22. Vlaicu B. *Comportamentul de risc la studenții din județul Timiș*. Timișoara: Eurobit, 2009. 261 p.

Vergil Manole, doctorand,

Agenția Națională pentru Sănătate Publică,

tel.: 067123192, e-mail: manole.vergil@gmail.com