



„Inițiativa pentru sănătatea și nutriția gravidei și copilului mic”

RAPORT FINAL

privind

starea de sănătate și nutriție a mamei și copilului mic

din mediul rural

- județele Dolj și Vâlcea -

- Iulie 2010 -

Mulțumiri

Studiul nu ar fi fost posibil fără sprijinul Direcțiilor de Sănătate Publică (DSP) Dolj și Vâlcea care s-au alăturat inițiativei World Vision (WV). Sincere mulțumiri trebuie adresate îndeosebi D-nei. Dr. Luminița Apostolescu, *Director Coordonator, DSP Vâlcea*, D-nei Dr. Maria Murăruș, *Director Coordonator Adjunct – Asistență Medicală, DSP Vâlcea*, D-nei Dr. Narcisa Ionașcu Ispas, *Consilier Superior, DSP Vâlcea*, D-nei Dr. Dolores Tătar, *Director Coordonator, DSP Dolj*, D-nei Dr. Ludmila Prunariu, *Director Coordonator Adjunct, DSP, Dolj*, D-lui Dr. Ștefan Popescu, *Consilier Superior, COSUJ, DSP Dolj*, D-lui Dr. Ionuț Beneduc, *Consilier Superior, Asistența Mamei și Copilului, DSP Dolj* și D-nei Dr. Steliana Boian, *Consilier Superior, Asistența mamei și copilului, DSP Dolj*. La realizarea acestui studiu, o contribuție extrem de importantă au avut și profesioniștii și colaboratorii World Vision și anume D-na Cristina Marin, D-na Corina Popescu, D-na Alina Deliu, D-na Geta Ungureanu și Dr. Gabriela Paleru. Mulțumiri tuturor celor implicați în proiect atât din partea World Vision cât și asistenților medicali comunitari, din partea guvernamentală, care au efectuat munca efectivă de teren, administrând chestionarul persoanelor țintă dar și medicilor de familie din comunitățile investigate pentru sprijinul acordat. Mulțumiri tuturor participanților la focus grupuri care au avut bunăvoința de a participa și contribui la aceste discuții. Nu în ultimul rând merită menționata D-na Christina Moore care a contribuit la elaborarea versiunii în limba engleză a raportului final a componentei de cercetare a proiectului implementat de World Vision România.

Studiul a fost realizat sub coordonarea tehnică asigurată de dr. Magdalena-Simona Pătruleasa, consultant World Vision pentru componenta de cercetare a proiectului.

Autori:

Dr. Magdalena Simona Pătruleasa

Dr. Gabriela Maria Paleru

Sumar

1. Prezentarea proiectului	4
1.1. Scopul proiectului	4
1.2. Obiective și activități.....	4
1.3. Durata studiului	5
1.4. Metodologia cercetării cantitative.....	5
1.5. Aspecte etice.....	9
2. Sănătatea mamei.....	10
2.1. Caracteristici demografice.....	10
2.2. Caracteristici socio-economice.....	14
2.3. Servicii în perioada prenatală	17
2.4. Nașterea.....	27
2.5. Utilizarea contracepției	29
3. Sănătatea și nutriția copilului 0-24 luni.....	33
3.1. Caracteristici demografice.....	33
3.2. Greutatea la naștere	33
3.3. Alăptarea, înțărcarea	34
3.4. Diversificarea alimentației	36
3.5. Gradul de pregătire a mamei/familiei pentru îngrijirea copilului	37
3.6. Intervenții preventive și monitorizarea copilului mic.....	39
4. Discuții și concluzii.....	42

1. Prezentarea proiectului

Acest raport include principalele rezultate ale componentei de cercetare a „*Inițiativei pentru sănătatea și nutriția gravidei și copilului mic*”, proiect pilot implementat în România de către Organizația World Vision România în județele Dolj și Vâlcea. Activitățile de cercetare din cadrul acestui proiect au fost realizate cu sprijinul și colaborarea Direcțiilor de Sănătate Publică din cele două județe, în baza unor parteneriate instituționale între părți.

1.1. Scopul proiectului

Scopul proiectului în cadrul căruia s-a realizat acest raport este acela de a contribui, în conformitate cu Strategia 7-11 a World Vision International, la îmbunătățirea stării de sănătate și nutriție a două grupuri vulnerabile, copiii sub 2 ani și mamele acestora, din mediul rural românesc, prin fundamentarea activităților programatice viitoare a World Vision/România bazate pe dovezi științifice valide.

1.2. Obiective și activități

Activitatea de cercetare realizată în cadrul „*Inițiativei pentru sănătatea și nutriția gravidei și copilului mic*” și-a propus să aducă informații la zi, dovezi științifice privind starea de sănătate și nutriție a mamei și copilului 0-2 ani din comunitățile rurale din cele două județe în vederea fundamentării și prioritizării intervențiilor ce vor fi finanțate și implementate de către World Vision România în cadrul proiectului menționat. Cercetarea realizată în cadrul proiectului a inclus:

- *o componentă de cercetare calitativă*, ce a constatat într-o serie de 4 focus grupuri cu grupuri omogene de furnizori de servicii din mediul rural din cele două județe (medici de familie, asistenți ai medicilor de familie și asistenți medicali comunitari), la care s-au adăugat informațiile obținute din discuțiile cu factorii de decizie din direcțiile județene de sănătate publică.
- *o componentă de cercetare cantitativă*, ce a presupus un studiu epidemiologic de tip anchetă populațională transversală bazat pe un chestionar structurat elaborat în cadrul proiectului și aplicat de către operatorii de interviu selectați de către World Vision mamelor cu copii sub 2 ani care trăiesc în comunități rurale din Dolj și Vâlcea

Componenta calitativă și-a propus promovarea unui cadru favorabil discuțiilor în grupuri omogene de profesioniști din sănătate (medici de familie, asistenți medicali, asistenți medicali comunitari) care să permită colectarea de informații privind funcționarea structurilor sanitare pe componenta de asigurare și promovare a sănătății mamei și copilului sub 2 ani de viață. S-a vizat identificarea plusurilor și minusurilor existente, așa cum sunt ele percepute de către cele trei categorii de furnizori de servicii medicale prin prisma experienței profesionale, a rolului și locului în sectorul sanitar. În acest scop s-au organizat în total patru focus grupuri, două cu asistenți medicali comunitari, unul cu medici de familie și unul cu asistenți medicali ai medicului de familie, cu durată de 60-70 minute, moderate conform planurilor de discuție stabilite anterior. La focus grupuri au participat în medie șase furnizori de servicii.

Componenta de cercetare cantitativă și-a propus să colecteze și să analizeze datele necesare pentru a descrie principalele caracteristici ale populației țintă din perspectiva demografică, socio- economică, a condițiilor de locuit, a accesului la servicii în pre- și post-natal pentru mamă și copil, a factorilor de risc comportamentali, a intervențiilor preventive ce pot influența starea de sănătate și nutriție a mamei și a copilului și a câtorva alte aspecte conexe. Detalii suplimentare privind componenta cantitativă a cercetării sunt prezentate în secțiunea 1.4.

1.3. Durata studiului

Fazele preliminare ale proiectului au avut loc la sfârșitul anului 2009, dar implementarea sa efectivă s-a realizat în perioada ianuarie - iunie 2010.

1.4. Metodologia cercetării cantitative

1.4.1. Populația de studiu. Populația studiată este reprezentată de mamele de vârstă reproductivă din mediul rural a județelor Dolj și Vâlcea și copiii acestora în vârstă de maxim 2 ani, ultimul născut. Femeile care fac parte din populația de studiu au fost incluse în eșantionul de studiu doar dacă au îndeplinit cumulativ criteriile de includere și nu au prezentat criteriile de excludere enumerate mai jos.

Criterii de includere:

- Femeie în vârstă de 15 - 49 ani împliniți până la data de 1 ianuarie 2010;
- Domiciliu în județele Dolj sau Vâlcea, în mediul rural, în comunele eșantionate din listele cu comunitățile rurale din județele respective;
- Femeia are cel puțin un copil în vârstă cuprinsă între 1 lună și 2 ani (vârsta împlinită până la data de 1 ianuarie 2010);
- Ultimul născut eligibil din punctul de vedere al vârstei (conform punctului anterior) s-a aflat în îngrijirea mamei în perioada dintre naștere și momentul interviului. Dacă femeia are mai mult de un copil mai mic de 2 ani la momentul interviului, secțiunea din chestionar referitoare la copil trebuia să aibă în vedere ultimul născut.
- Femeia a acceptat să participe în studiu și să răspundă la chestionar. Cazurile în care femeia a acceptat inițial, dar s-a răzgândit pe parcursul interviului (chestionar incomplet) au fost definite ca fiind cazuri ce refuză participarea, au contactat pentru calcularea ratei de refuz și au fost excluse din analiza finală.

Criterii de excludere:

- Mama are deficiențe mentale/cognitive sau de altă natură care o împiedică să înțeleagă natura și scopul interviului și/sau să furnizeze informațiile solicitate.

Dimensiunea programată a eșantionului de studiu este de 400 de subiecți cu chestionare complete și valide, selectați conform metodologiei de eșantionare descrisă mai jos.

Un număr total de 405 subiecți au fost invitați să participe în studiu, pentru a compensa refuzurile de participare. Din analiza finală au fost excluse în total 10 chestionare care reprezintă fie refuzuri de a participa în studiu, fie chestionare considerate ca fiind incomplete în urma validării acestora. Astfel rata totală de refuz a fost relativ mică, de doar 2,5% din totalul

femeilor invitate să participe (95%IC¹: 1,26 – 4,36). Motivele declarate ale refuzurilor au fost în principal lipsa de timp sau lipsa de interes pentru a participa în studiu.

1.4.2. Eșantionarea. Metodologia folosită pentru construirea eșantionului probabilistic de studiu s-a bazat pe o eșantionare de tip cluster multi-stadială². Principalele avantaje ale acestei strategii de eșantionare sunt: (1) costurile operaționale relativ reduse și (2) faptul că nu este necesară lista completă a unităților individuale de eșantionare (catagrafia populației de studiu sau, eventual, a gospodăriilor eligibile). În acest caz a fost nevoie doar de lista clusterelor (reprezentate de comunitățile rurale din fiecare cluster județean) și ulterior de lista copiilor sub 2 ani din comunitatea respectivă luați în evidență de către medicul/medicii de familie din comunitățile rurale selecționate. Deoarece copiii, inclusiv cei sub doi ani, sunt asigurați de drept, indiferent de statutul de asigurat/neasigurat al părinților lor, această eșantionare de tip multistadial asigură reprezentativitatea necesară a grupului de studiu, chiar dacă selecția cazurilor s-a bazat pe evidențele medicului de familie, pe lista acestuia de practică.

Strategia de eșantionare a cuprins următoarele elemente cheie:

Stabilirea mărimii eșantionului de studiu. Volumul eșantionului a fost determinat astfel încât să corespundă următoarelor caracteristici: interval de încredere de 95%, marjă de eroare de +/- 5% și o frecvență (prevalență) a fenomenului de interes de 50%. Calcularea mărimii eșantionului și a subeșantioanelor s-a bazat pe recomandările OMS³.

Sub-eșantioanele județene au fost calculate astfel încât să se respecte proporțiile dintre populațiile de copii 0-2 ani din cele două județe, ținându-se cont de numărul total de copii în vârstă de 0-2 ani rezidenți în cele două județe, conform statisticilor Centrului de Calcul și Statistică Sanitară al Ministerului Sănătății pentru anul 2008. În cadrul sub-eșantionului județean, proporțiile grupelor de vârstă 0-1 an și 1-2 ani au fost sensibil egale.

Din calculele efectuate, mărimea eșantionului de lucru după rotunjire a fost stabilită la 400 cazuri dintre care: 250 subiecți din județul Dolj și 150 subiecți în județul Vâlcea (Tabel 3).

Principalele etape care au condus la construirea eșantionului inclus în studiu au fost:

- *Eșantionarea de tip cluster pentru stabilirea unităților primare de eșantionare*, cu selectarea comunelor ce urmau să fie incluse în studiu. Astfel, din fiecare județ au fost alese anumite comunități rurale, ținându-se cont de mărimea populațiilor din comunele selectate dar și de nivelul de dezvoltare socio-economică a comunităților respective, așa încât să fie, pe cât posibil, cât mai corect reprezentate comunitățile rurale cu niveluri de dezvoltare diferite, iar subeșantionul

Tabel 3.		Dolj	Vâlcea
Populația de studiu (Sursa)			
No. copii 0 ani (< 1 an)	6268	3400	
No. copii 1 an (1- 2 ani)	6145	3503	
Total copii	12413	6903	
Mărime eșantion de lucru (după rotunjire)	250	150	

¹ Interval de încredere de 95%

² Metodă de eșantionare în care populația este împărțită într-un număr de grupuri (cluster), de unități de eșantionare primară din care sunt extrase sub-eșantioane; din acestea sunt alese grupuri secundare de subeșantionare s.a.m.d.

³ Lwanga S.K., *Sample size determination in health studies: a practical manual*, WHI 1991

județean să fie cât mai reprezentativ pentru populația rurală a județului respectiv. Numărul necesar de cazuri de interviuat în fiecare comună a avut în vedere mărimea populației de copii eligibili din comuna respectivă. În selectarea unităților primare de eșantionare, s-a ținut cont și de aspecte logistice, anume de disponibilitatea resurselor umane ce puteau fi implicate în activitatea de colectare a datelor în teren, de lucrători comunitari WV și asistenți medicali comunitari disponibili.

În total a fost selectat un număr total de 31 unități de eșantionare primară (comune), din care 20 în Dolj și 11 în Vâlcea.

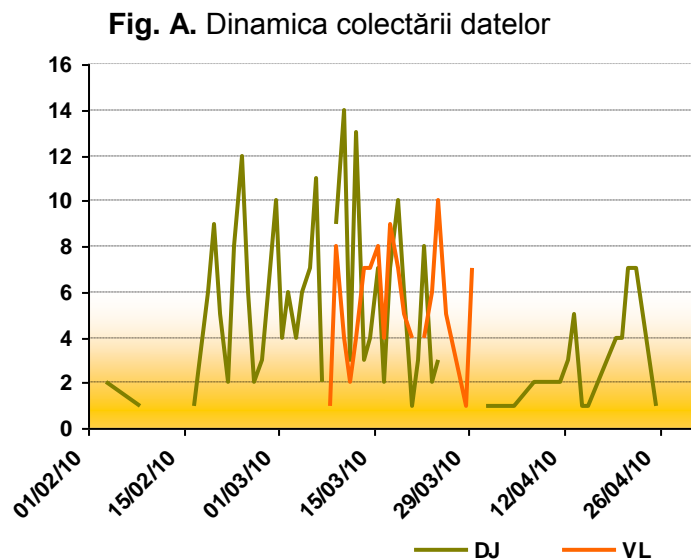
- *Eșantionarea aleatorie stratificată pe grupe de vârstă (0-1 și 1-2 ani) din unități secundare de eșantionare, reprezentate de listele de practică ale medicilor de familie, în limita cuantumului de cazuri alocat comunei respective în cursul etapelor anterioare ce a fost proporțional cu mărimea populației de copii eligibili din comunitatea respectivă.*

Pentru a asigura o cât mai bună reprezentativitate în cadrul comunei respective, în cazul în care în aceeași comunitate funcționează mai mulți medici de familie, subiecții au fost aleși din listele tuturor medicilor de familie practicanți în comunitatea respectivă. Construirea listei de bază cu subiecții de interviuat în fiecare comună s-a făcut prin sub-eșantionarea aleatorie (cu un pas de 3 sau de 4) din clusterelor secundare reprezentate de listele de practică.

- *Corecția pentru non-răspunsuri.* Cazurile de refuz s-au compensat prin înlocuire, dintr-o listă de rezervă construită similar cu lista de bază, ca supliment la lista de bază.

1.4.3. Colectarea datelor s-a efectuat în perioada februarie – aprilie 2010 și s-a bazat pe un chestionar standard. Chestionarul structurat folosit a cuprins 78 întrebări cu răspunsuri preformate, organizate în 7 secțiuni:

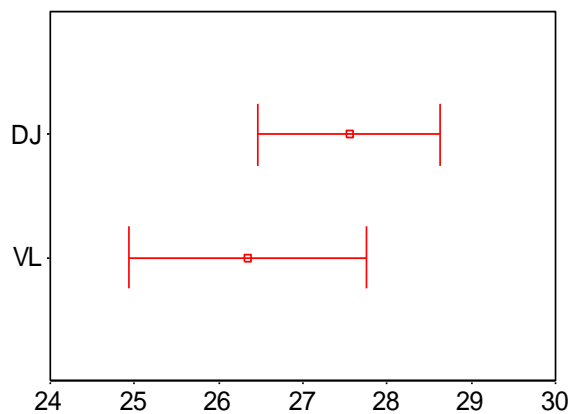
- Parte introductivă (date logistice, formula de informare în vederea obținerii consimțământului informat)
- Date demografice și socio – economice
- Utilizarea contracepției
- Condiții sanitare și de locuit
- Istoric reproductiv
- Sănătatea mamei și a copilului
- Partea finală (formula de încheiere, zona notițelor operatorului).



Nouă chestionare nu au avut înregistrată data interviului dar, în mare, dinamica colectării s-a desfășurat în ritmul prezentat în figura A. Datele pentru majoritatea cazurilor au fost colectate până la sfârșitul lunii martie 2010. În județul Dolj, pentru că avea eșantion mai mare, finalizarea etapei de colectare a datelor s-a realizat înainte de sfârșitul lunii aprilie.

La momentul pretestării chestionarului, s-a apreciat că durata aplicării acestuia ar fi de 25-30 de minute. Pentru a verifica această ipoteză și a evalua gradul de încărcare a operatorilor de interviu în etapa de colectare a datelor s-au folosit informațiile înregistrate în majoritatea chestionarelor privind ora începerii și ora finalizării interviului și s-a calculat durata medie de aplicare a chestionarului. S-au folosit 386 de înregistrări valide pentru această variabilă. S-a constatat că aplicarea chestionarului a durat, în medie, 27 minute (95%IC⁴ : 26,3 – 28 minute). Valoarea medie a fost ușor mai mare în județul Dolj, dar diferența dintre mediile pe județ nu sunt statistic semnificative (T-test, $p > 0,05$).

Fig. B. Durata medie a aplicării chestionarului fct. județ (în minute)



95% IC Durata interviului

Timpu necesar derulării interviului cu subiecții incluși în studiu a putut fi corelat cu vârsta femeii, nivelul educațional sau cu ocupația. Durata medie a interviului a fost ceva mai mare în cazul femeilor rome decât la cele de etnie română, dar diferența mediilor grupurilor a fost neglijabilă (sub 2 minute) și nici nu a atins limita semnificației statistice⁵.

Activitatea de teren a fost desfășurată de un număr 42 operatori de interviu (36 lucrători comunitari World Vision). În județul Dolj au fost implicați și asistenții medicali comunitari, grație sprijinului nemijlocit și mobilizării realizate de Direcția de Sănătate Publică Județeană. Anterior demarării activității în teren, operatorii de interviu au participat la sesiuni de instruire organizate în ambele județe. Aceștia s-au deplasat la

domiciliul persoanei intervievate. Monitorizarea dinamicii colectării datelor a fost realizată de către cei doi Coordonatori Județeni ai World Vision.

1.4.4. Managementul datelor. Conversia datele colectate pe suport de hârtie în format electronic s-a realizat centralizat. Verificarea calității datelor s-a realizat de către coordonatorii județeni dar, la momentul introducerii datelor și în etapa de analiză exploratorie a datelor, etapă obligatorie pentru asigurarea calității datelor, s-a avut în vedere identificarea eventualelor incongruențe din baza de date.

Procesarea datelor cu caracter personal și manipularea chestionarele pe suport de hârtie și a bazei de date electronice s-au făcut așa încât să se respecte prevederile în vigoare privind protecția datelor ce conțin identificatori personali.

1.4.5. Analiza datelor. În analiza finală au fost incluse în total 395 chestionare valide repartizate după județul de domiciliu al respondentei după cum urmează: 251 cazuri din județul Dolj și 144 cazuri din Vâlcea.

Analiza datelor s-a realizat folosind programul statistic SPSS 11.0 și a implicat analiza statistică uni- și multi-variabilă a variabilelor de interes realizate cu scopul de identificare a asocierilor statistice dintre variabilele studiate, precum și eventualii factori de confuzie. Au fost aplicate

⁴ Interval de încredere de 95%

⁵ De fapt au este vorba de doar 1-2 cazuri care au necesitat relativ mai mult timp pentru interviu, crescând astfel ușor media acestei variabile în grupul femeilor rome.

testele statistice specifice tipului de variabile luate în studiu (ex. testul χ^2 Chi-square, testul Student T, etc.), iar diferențele testate pentru care s-a obținut o valoare a probabilității p mai mică 0,05 au fost considerate ca fiind statistic semnificative.

Rezultatele obținute și interpretarea acestora sunt prezentate în secțiunea a 2-a a raportului.

1.5. Aspecte etice

Metodologia de eșantionare nu se bazează pe o selecție subiectivă a cazurilor intervievate ci pe una probabilistică, aleatorie din clusterelor selectate.

În plus, interviul efectiv s-a realizat doar după ce femeia invitată să participe în studiu a primit informațiile necesare privind contextul și scopul studiului, confidențialitatea datelor, dreptul de a refuza participarea, precum alte detaliile necesare, așa încât să poată consimți informat la includerea în studiu prin acceptarea interviului. Femeilor li s-a explicat faptul că participarea la interviu nu va afecta în nici un caz furnizarea serviciilor medicale de care au nevoie. S-au luat măsurile necesare pentru asigurarea confidențialității datelor.

2. Sănătatea mamei

2.1. Caracteristici demografice

2.1.1. Vârsta mamei. Per total eșantion, vârsta medie la nașterea celui mai mic copil al femeilor incluse în studiu este de 25,3 ani (95%IC: 24,7–25,8)⁶.

Vârstele medii ale mamelor din sub-eșantioanele județene au valori sensibil egale, situându-se în jurul vârstei de 25 de ani⁷, fără diferențe statistic semnificative între județe (T-Test, $p > 0,05$). Figura 1⁸ prezintă valorile între care se concentrează 50% din subiecții din fiecare județ (dreptunghiuri) precum și alți parametri statistici relevanți pentru descrierea unui eșantion. Se constată că, în ciuda comparabilității mediilor calculate pentru vârsta mamei, există diferențe între cele două sub-populații județene, ele nefiind total comparabile din punctul de vedere al distribuției acestei variabile.

În sub-eșantionul de Dolj este mai bine reprezentată grupa de vârstă de 25-29 ani, în schimb în sub-grupul femeilor rezidente în județul Vâlcea grupa de vârstă cea mai bine reprezentată este cea de 30-34 ani. Mai multe detalii privind distribuția pe grupe cinciinale de vârstă sunt incluse în tabelul 1.

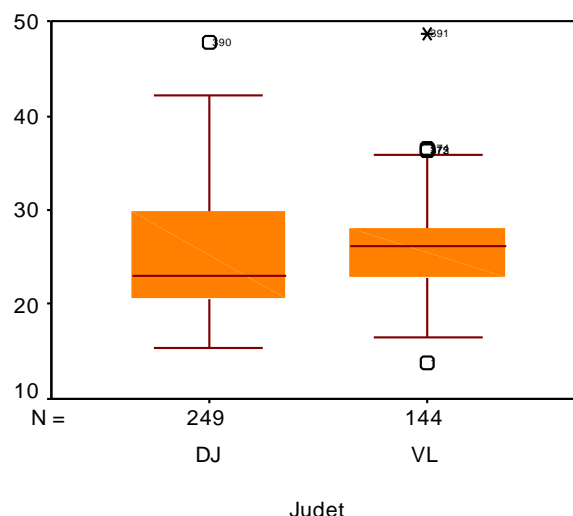
Valorile extreme observate sunt:

- valorile cele mai mici ale vârstei mamei sunt: 13,9 ani (1 caz) și 15 ani (2 cazuri), iar
- valorile cele mai mari ale vârstei mamei sunt: 47 și 48 de ani (câte 1 caz).

2.1.2. Starea civilă. Cele două sub-eșantioane județene sunt comparabile în privința stării civile a respondentelor (tabel 1).

Circa una din zece femei au declarat că trăiesc în uniune consensuală și încă aproape opt din zece sunt căsătorile legal ("*cu acte*"). Din punctul de vedere al responsabilităților în întreținerea copiilor cu implicații socio-economice, nu este de neglijat faptul ca 5% din total eșantion (3,3% și 5,6%, Dolj și respectiv Vâlcea) sunt, în principiu, mame singure (necăsătorite, divorțate sau văduve).

Fig. 1 Distribuția vârstei mamei pe județe



⁶ Din analiză au fost excluși doi subiecți, din lipsa informațiilor privind data nașterii copilului sau vârsta femeii.

⁷ În județe, vârsta medie a mamelor la naștere este 25,1 (95%IC: 24,3 – 25,8), mediana este la 23 ani în județul Dolj și 25,5 (95%IC: 24,7 – 26,5), mediana este la 26,2 ani în județul Vâlcea.

⁸ Dreptunghiul indică intervalul dintre cuartilele a 25-a și a 75-a, între care sunt incluse 50% dintre valori. Liniile verticale ce pornesc de la dreptunghi indică valorile maxime și minime; valorile extreme (*outliers*) din eșantion sunt și ele indicate în grafic.

2.1.3. Nivelul educațional. Tabloul general privind nivelul educațional al femeilor incluse în studiu este notabil, cu atât mai mult cu cât selecția acestora la includerea în studiu a fost aleatorie, pentru ca eșantioanele să fie, ca profil, cât se poate de apropiate de populațiile județene sursă (tabel 1). Din eșantionul studiat se constată că:

- Ponderea analfabetismului în populația rurală studiată ar trebui să fie, măcar teoretic, cel puțin egală cu ponderea celor care declară că nu au mers la școală, adică de minim 1,5%; se observă că ponderea celor care nu au mers la școală este mai mare în Dolj decât în Vâlcea;

Tabel 1. Principalele caracteristici demografice

	DJ		VL		Total	
	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
Vârstă						
15 - 19 ani	13	5,2%	6	4,2%	19	4,8%
20 - 24 ani	21	8,4%	27	18,8%	48	12,2%
25 - 29 ani	123	49,4%	29	20,1%	152	38,7%
30 - 34 ani	33	13,3%	63	43,8%	96	24,4%
35 - 39 ani	43	17,3%	15	10,4%	58	14,8%
40 - 44 ani	10	4,0%	3	2,1%	13	3,3%
45 - 49 ani	6	2,4%	1	0,7%	7	1,8%
Stare civilă						
Căsătorită	211	84,1%	122	84,7%	333	84,3%
În uniune	29	11,6%	14	9,7%	43	10,9%
Divorțată/Văduvă	3	1,2%	-	-	3	0,8%
Necăsătorită	8	3,2%	8	5,6%	16	4,1%
Nivel educațional						
N-a mers la școală	5	2,0%	1	0,7%	6	1,5%
1 - 4 ani	17	6,8%	5	3,5%	22	5,6%
5 - 8 ani	101	40,2%	27	18,8%	128	32,4%
9 -12 ani	108	43,0%	92	63,9%	200	50,6%
> 12 ani	16	6,4%	19	13,2%	35	8,9%
NS/NR	4	1,6%	-	-	4	1,0%
Religie						
Ortodoxă	242	96,4%	143	99,3%	386	97,7%
Alta *	9	3,6%	1	0,7%	10	2,5%
Etnie						
Română	222	88,4%	138	95,8%	360	91,1%
Roma	28	11,2%	5	3,5%	33	8,4%
NS/NR	1	0,4%	1	0,7%	2	0,5%

* Penticostală (5 pers), catolică (2), creștin-evanghelică (1), adventistă (1), nespecificată (1)

- Per total eșantion, peste o treime din femeile chestionate au declarat că au absolvit cel mult 8 clase primare (38%); în Dolj acest procent este mai mare (47%) decât în Vâlcea (22,3%);
- Mamele cu copii 0-2 ani din județul Vâlcea au avut o șansă de circa 1,5 ori mai mare să urmeze liceul și de circa 2 ori mai mare să urmeze o facultate, comparativ cu cele din județul Dolj;
- Ponderea celor cu educație superioară (peste 12 ani școală) este sub 9% per total grup, substanțial mai mică în Dolj (6,4%);

2.1.4. Etnia. Majoritatea femeilor incluse în studiu se declară ca fiind de etnie română. Ponderea femeile autodeclarate ca fiind de etnie romă este de 8% per total grup, mai mare în Dolj (11,2%) decât în Vâlcea (3,5%).

2.1.5. Afilierea religioasă. Majoritatea femeilor au declarat că sunt afiliate religiei ortodoxe și doar un număr mic de femei au alte afilieri religioase (vezi tabelul 1). Dat fiind numărul mic de cazuri din cea de-a doua categorie, nu sunt posibile analize mai aprofundate și semnificative din perspectivă statistică.

Fig.2 Rangul celei mai recente nașteri

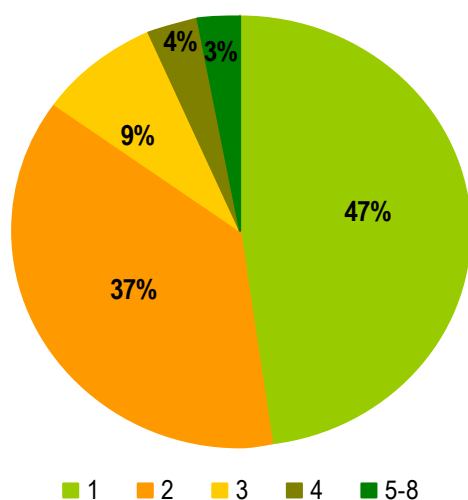
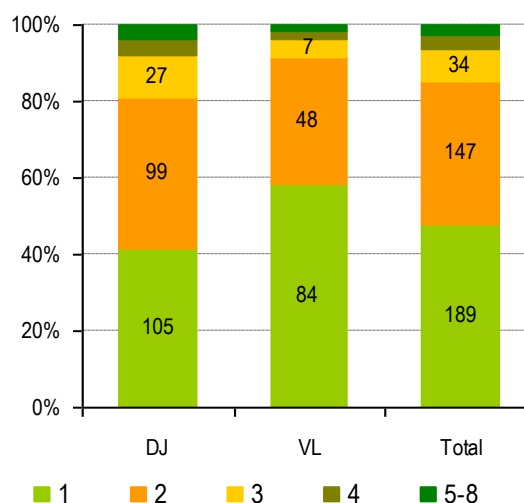


Fig.3 Număr nașteri pe județe



2.1.6. Numărul de nașteri. Numărul mediu de nașteri pe care le-au avut mamicile până la momentul interviului este de 1,8 nașteri per femeie, mai mare în Dolj (1,9 nașteri, 95% IC:1,8 – 2,1) decât în Vâlcea (1,6 nașteri, 95% IC:1,4 – 1,7).

Per total eșantion, aproape jumătate din mame sunt la prima naștere (47%). Ponderea mamelor cu un copil este cu 16 puncte procentuale mai mare în Vâlcea decât în Dolj (58%, față de 42%), în timp ce în Dolj sunt relativ mai bine reprezentate mamele cu doi copii (39% față de 33% în Vâlcea) dar și cele cu peste trei copii (19% față de 8% în Vâlcea).

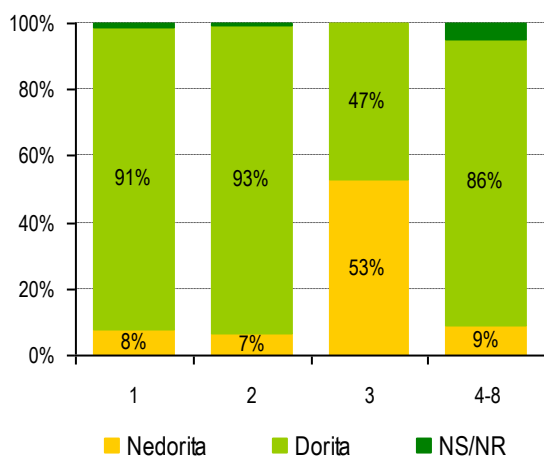
S-a investigat și relația dintre vârsta femeii și numărul de nașteri în antecedente (Fig. 4). Deși teoretic ar fi de așteptat ca probabilitatea de a avea mai multe sarcini în antecedente să crească cu vârsta femeii, figura 4 ne indică un efect de cohortă prin care cu cât vârsta femeii este mai mică, cu atât ponderea mamelor cu trei sau mai mulți copii pare a fi mai mare.

Astfel, datele disponibile (fig. 4) sugerează o modificare inter-generațională a comportamentului reproductiv al tinerelor femei din mediul rural, conform căreia femeile din generațiile mai tinere (15-19 ani și 20-24 ani) par a fi mai înclinate să aibă mai mulți copii la vârste mai tinere decât cohorțele mai mature.

Un argument, insuficient de solid, în favoarea ipotezei că modificarea comportamentului reproductiv la cohorțele mai tinere nu este neapărat un eșec al serviciilor de planificare familială, ci ar putea constitui rezultatul unei opțiuni reproductive informate a femeii și partenerului său de a avea mai mulți copii, ar putea fi legat de faptul că femeile cu patru și mai multe nașteri/copii sunt căsătorite (circa trei sferturi) sau în uniune consensuală (restul). În grupul femeilor cu trei sau mai mulți copii nu au putut fi testate statistic diferențele ce ar putea fi legate de afilierea religioasă și etnia femeii, dar:

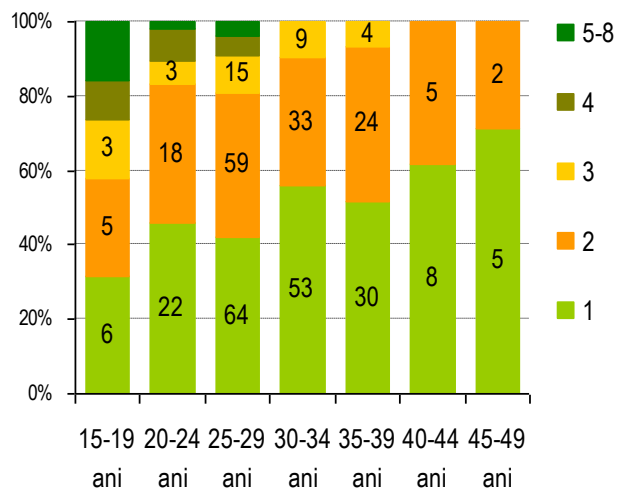
- numărul mediu de nașteri pare a fi mai mare în grupul eterogen al femeilor aparținând altor culte religioase (2,2 nașteri per femeie) decât în grupul celor ce se declară ca fiind ortodoxe (1,7 nașteri per femeie);
- numărul mediu de nașteri este mai mare la femeile care se autodeclară ca fiind de etnie romă decât la cele de etnie română (3 și respectiv 1,75 nașteri per femeie).

Fig.5 Natura ultimei sarcini (dorită sau nedorită) după rangul sarcinii



clase (fig. 6), fiind astfel mai vulnerabile din punct de vedere educațional și implicit din punct de vedere socio-economic.

Fig. 4 Număr de nașteri după vârsta femeii



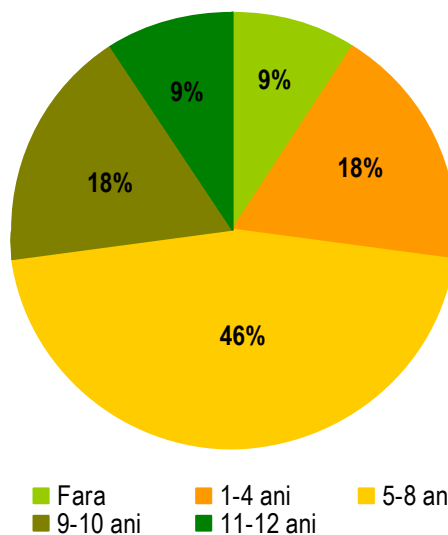
Ponderea femeilor care au declarat că nu și-au dorit ultima sarcină este relativ mică în rândul femeilor cu 1 - 2 copii și a celor cu 4-8 copii (fig. 5).

Totuși, dacă se acceptă ideea că unele femei decid să aibă mai mulți copii și din motive economice, conceptul de "sarcină dorită" poate avea mai multe sensuri în anumite circumstanțe. Această idee transpare din discuțiile cu unii furnizori de servicii, care au afirmat că "unele femei sărace rămân gravide pentru alocația de 200 RON pe lună, care ulterior devine 42 RON, și nu pentru că vor să aibe mai mulți copii". În parte, această ipoteză ar putea fi susținută de faptul că aproape trei sferturi dintre mamele cu 4 - 8 nașteri în antecedente au absolvit cel mult 8

Atunci când femeile își doresc într-adevăr să prevină sarcinile nedorite, accesibilitatea serviciilor de planificare familială de calitate centrate pe client este foarte importantă, mai ales pentru categoriile defavorizate socio-economic. Asistenții medicali comunitari pot veni în sprijinul activității medicilor de familie și pot fi de un real folos în abordarea orientată către client a categoriilor populaționale la risc, dar doar în comunitățile în care aceștia există⁹.

Merită menționat că studiul de față nu a fost conceput pentru a investiga în profunzime aspecte particulare precum determinanții sarcinii nedorite, o eventuală modificare inter-generațională în privința numărului dorit de copii sau factorii care ar putea contribui la opțiunea de a avea un număr mare de copii la cohortele de femei mai tinere din rural. Eșantionul disponibil este subcalibrat pentru permite testarea ipotezei privind efectul generațional și permite doar o analiză descriptivă, exploratorie. Tocmai de aceea, ar fi interesant din punct de vedere științific și util din punct de vedere programatic să se aibă în continuare în vedere această ipoteză, să se realizeze monitorizarea și investigarea mai profundă în viitor a acestui segment de realitate pentru a vedea dacă tendința sugerată de datele reprezentate în figura 4 se consolidează în timp. În cazul în care această tendință se confirmă, ar merita investigați factorii determinați ai unui astfel de fenomen și de evaluat implicațiile pentru mamă și copil, mai ales în contextul crizei economico-financiare curente.

Fig. 6 Nivelul educațional al mamelor cu 4 - 8 nașteri (20 cazuri)

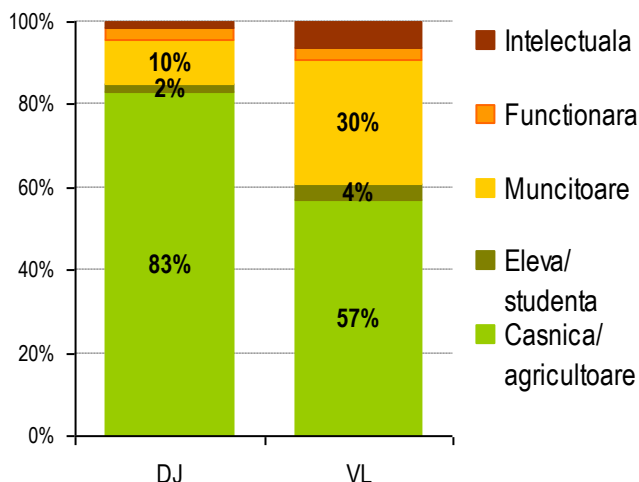


2.2. Caracteristici socio-economice

Statusul socio-economic este frecvent aproximat prin nivelul educațional atins, ocupație, venit sau prin alți indicatori de acest tip. Detalii privind nivelul educațional al mămicilor chestionate sunt prezentate în tabelul 1 și comentate în capitolul anterior.

2.2.1. Ocupație, ocupare. Conceptul de “ocupație” este unul destul de dificil de definit, de clasificat printr-un chestionar centrat pe sănătate, dar și

Fig. 7 Distribuția ocupației mamei, pe județe



⁹ Nu au existat resursele necesare pentru ca toate comunele să beneficieze de activitatea desfășurată de asistentul medical comunitar (AMC), deși s-au făcut eforturi de extindere a acestei categorii de personal prin angajarea și formarea unui număr crescând de persoane pe astfel de posturi. În Dolj, spre exemplu, în 2004 erau 20 de comunități deservite de câte un AMC, față de 42 de comunități rurale în 2008, dintr-un total de 104 comune.

de integrat de către persoanele intervievate sau chiar de către interviuatori. De aceea interpretarea rezultatelor ce se bazează pe acest gen de variabile trebuie să se facă cu grijă. În mediul rural, spre exemplu, este greu de trasat limita netă între ceea ce înseamnă femeia “casnică” și cea cu statut de “agricultoare” sau chiar de “muncitoare”. În analiza efectuată au fost agregate categoriile de “casnică” și “agricultoare”. “Muncitoarea” își poate defășura deseori activitatea tot în agricultură, dacă nu cumva localitatea respectivă este apropiată de o zonă urbană industrială unde aceasta este angajată. În ciuda limitelor metodologice inerente, rezultatele analizei descriptive a variabilei privind ocupația femeilor intervievate se corelează destul de bine cu profilul educațional al femeilor din cele două județe (tabel 2 și fig. 7), cel puțin în cazul ocupațiilor de tip “white collar”.

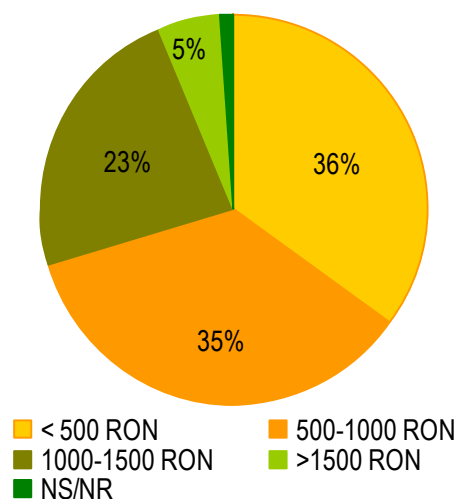
Nu este surprinzător faptul ca în Dolj sunt mai bine reprezentate femeile casnice și agricultoarele decât în județul Vâlcea, în parte pentru că gradul de ocupare în agricultură este destul de mare în Dolj-ul rural. În plus, un nivel educațional mai redus scade șansele de a accesa un loc de muncă, acolo unde există această posibilitate.

Un factor deloc neglijabil ce ar putea explica diferențele dintre cele două județe în privința ponderii mari a femeilor casnice sau ocupate în agricultură poate fi rata șomajului din județul respectiv. Județul Dolj se află printre primele 5 județe cu cel mai înalt procent de șomeri oficial înregistrați (peste 12%), așa cum decurge din rapoartele mediei economice¹⁰ dar și din statisticile oficiale mai recente ale Ministerului Muncii¹¹. Județul Vâlcea se bucură de o situație ceva mai favorabilă în aceeași perioadă (rata șomajului ușor peste 8%).

2.2.2. Venitul familial lunar. Poate chiar mai valoroasă decât informațiile aduse de analiza variabilei privind ocupația mamei sunt cele aduse de întrebarea privind venitul familial lunar (fig. 8), chiar dacă estimatele rezultate sunt bazate pe autodeclarări. Femeile au fost întrebate “câți bani le intră în casă lunar”, în venitul familial lunar fiind incluse toate sursele bănești lunare ale familiei, indiferent de natura acestora (ex. salarii, indemnizații, alocații, pensii, venituri pe concediu, etc.).

Puțin peste o treime din respondente au declarat un venit familial lunar sub 500 RON, încă aproximativ o treime au afirmat că le intră în casă lunar între 500 și 1000 RON/lună. Doar 5% au un venit familial lunar mai mare de 1500 RON. Din analiza la nivel de județ se constată că venitul familial lunar al mamei cu un copil 0-2 ani (tabel 2) este semnificativ mai mare în județul Vâlcea decât în Dolj¹².

Fig. 8 Venitul familial lunar



2.2.3. Condiții de locuit. Pentru a vedea care sunt condițiile de trai în gospodăriile investigate femeile au fost întrebate despre natura sursei de apă folosită pentru uz familial, pentru băut și

¹⁰ Sursa: www.wall-street.ro din 9 Februarie 2010.

¹¹ Este recunoscut faptul că rata reală a șomajului este mai mare decât rata șomajului înregistrat, oficial raportată.

¹² Chi²-test, p<0.05 atunci când se exclud din analiză cele 4 cazuri pentru care nu este disponibilă informația privind venitul familial lunar.

gătit, și despre tipul canalizării din gospodărie. Analiza bazată pe acești doi indicatori (tabel 2) conduce la următoarele concluzii principale:

- Doar una din zece gospodării în care trăiesc mamele cu copii 0-2 ani (11%, 44 respondente) beneficiază de toaletă în interiorul locuinței, marea majoritate locuind în gospodării care au doar latrină în curte. Ponderea gospodăriilor cu latrină este ceva mai mare în Dolj decât în Vâlcea;
- Dacă se acceptă ideea că accesul la apa la robinet în interiorul locuinței (din rețea publică sau proprie) favorizează o mai bună igienă individuală și a locuinței, se poate afirma că situația este mai bună din acest punct de vedere în gospodăriile cu copii 0-2 ani din Vâlcea comparativ cu cele similare din Dolj (51% și respectiv 33%);

Tabel 2. Principalele caracteristici socio-economice

	DJ		VL		Total	
	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
Ocupație						
Casnică/agricultoare	209	83,3%	82	56,9%	82	73,7%
Elevă/studentă	5	2,0%	6	4,2%	6	2,8%
Muncitoare	26	10,4%	43	29,9%	43	17,5%
Funcționară	7	2,8%	4	2,8%	4	2,8%
Intelectuală	4	1,6%	9	6,3%	9	3,3%
Venit familial lunar						
< 500 RON	103	41,0%	35	24,3%	138	34,9%
500-1000 RON	94	37,5%	46	31,9%	140	35,4%
1000-1500 RON	41	16,3%	51	35,4%	92	23,3%
>1500 RON	10	4,0%	11	7,6%	21	5,3%
NS/NR	3	1,2%	1	0,7%	4	1,0%
Alimentare cu apă (pentru gătit și băut)						
Apă la robinet în locuință, rețea publică	39	15,5%	32	22,2%	71	18,0%
Apă la robinet în afara locuinței, rețea publică	29	11,6%	14	9,7%	43	10,9%
Apă la robinet în locuință, rețea proprie	44	17,5%	43	29,9%	87	22,0%
Puț, fântână	124	49,4%	54	37,5%	178	45,1%
Apă de suprafață	15	6,0%	1	0,7%	16	4,1%
Canalizare (toaletă)						
În locuință	25	10,0%	19	13,2%	44	11,1%
În afara locuinței	221	88,0%	122	84,7%	343	86,8%
NS/NR	5	2,0%	3	2,1%	8	2,0%

- Doar 18% dintre gospodăriile femeilor intervievate beneficiază de alimentare cu apă din rețeaua publică, în locuință. Cel mai frecvent, apa folosită pentru gătit și băut este extrasă direct din puț sau fântână (45%) sau este adusă în locuință prin rețeaua proprie de

alimentare cu apă (22%) din aceleași surse. Destul de îngrijorător este faptul că 4% dintre subiecți au declarat că folosesc apă de suprafață (de izvor sau râu) pentru băut și/sau gătit;

- Din datele disponibile, gospodăriile în care trăiesc mamele intervievate și copiii lor oferă condiții ceva mai bune în județul Vâlcea, comparativ cu cele din județul Dolj din perspectiva canalizării și a alimentării cu apă din rețeaua publică care oferă o apă potabilă de o calitate controlată, cel puțin teoretic.
- Doar 29% dintre femei au afirmat că au primit informații privind calitatea apei pe care o folosesc pentru prepararea hranei copilului lor (ex. privind încărcarea cu nitrați) de la medicul de familie sau asistenta sa, de la asistentul medical comunitar sau de la alt personal al primăriei¹³. Sporadic, unele mame au specificat în chestionar faptul că folosesc apa plată pentru hrana bebelușului lor;

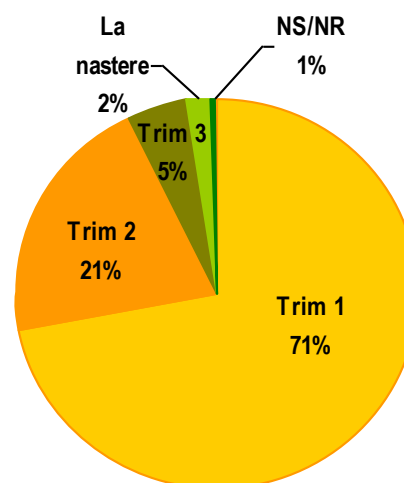
Sunt importante implicațiile asupra sănătății copilului mic pe care le poate avea calitatea apei folosite pentru băut și gătit, mai ales că sudul României este recunoscut ca fiind una din regiunile europene cu cele mai mari concentrații de nitrați¹⁴. Medicii de familie cunosc această problemă și au semnalat faptul că practic în majoritatea localităților situate la șes există pericole legate de concentrația ridicată a nitraților în apa de fântână. Merită menționat că anumite legi/normative naționale favorizează/induc lipsa de reacție eficace a factorilor de decizie de pe plan local în cazul existenței unor riscuri pentru sănătate legate de apa de băut și intrarea într-un cerc potențial vicios. Din discuțiile cu un medic de familie care a solicitat primăriei să marcheze cu tăblițe fântânile din sat care conțin apă bogată în nitrați și/sau cu încărcare microbiologică mare, primăria și-a declinat această intervenție întrucât “*ar risca amenzi legate de mediu*” și obligativitatea de a închide fântâna respectivă. Conform primarului, acest fapt i-ar putea aduce în plus și nemulțumirea sătenilor. Această informație calitativă pune în valoare importanța activităților de informare, educare, conștientizare a populației acolo unde există probleme legate de calitatea apei de băut.

2.3. Servicii în perioada prenatală

O secțiune importantă a chestionarului a vizat investigarea modului în care femeia gravidă interacționează cu sectorul sanitar în perioada prenatală, perioadă extrem de importantă atât pentru sănătatea femeii cât, mai ales, a viitorului copil.

2.3.1. Luarea în evidență și monitorizarea gravidei. Un indicator important al modului în care se realizează urmărirea gravidei este precocitatea luării în evidență a femeii gravide. Fig. 9 prezintă frecvența cu care respondentele

Fig.9 Luarea în evidență a gravidei



¹³ Afirmatia este validă doar dacă se consideră că varianta de răspuns “NS/NR” poate însuma cu varianta de răspuns “Nimeni nu mi-a vorbit despre calitatea apei folosite pentru prepararea hranei copilului”.

¹⁴ În raportul referitor la implementarea Directivei Nitraților, publicat recent de Comisia Europeană, sudul României figurează printre zonele din UE cu cele mai crescute niveluri de nitrați în apă (> 40 mg/l); <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0047:FIN:EN:PDF>, accesat 15 iulie 2010.

au fost luate în evidență la medicul lor de familie, după vârsta sarcinii.

- Per total eșantion, 7 din 10 gravide au declarat că au fost luate în evidență în primul trimestru de sarcină și încă 2 din 10 femei au ajuns la medic în trimestrul al doilea de sarcină.
- Conform propriilor declarații, un număr mic dar niciodată neglijabil de femei au interacționat cu un furnizor de servicii medicale doar la momentul nașterii (7 cazuri, adică 1,8% – fără rotunjirea reprezentată în fig.11), nefiind luate în evidență în sectorul medical primar. Ca detaliu, toate aceste femei au născut în spital, dar eșantionul a inclus câteva femei (5 cazuri, 1,3%) care fuseseră luate în evidență dar au născut la dispensarul local sau chiar la domiciliu (“*la poartă*”). Au existat și două femei (0,5% fără rotunjire) care nu au dat un răspuns la această întrebare.
- Perspectiva medicilor este că *“trebuie ca medicul să afle că femeile sunt gravide și să le cheme pentru luarea în evidență; în general funcționează ‘radioșanțul’ și cu eforturi majore se iau în evidență în primul trimestru”*. Un medic afirma că *“din cele 6 gravide de acum 4 sunt cu risc; femeile tinere, primipare sunt cu risc, fără o explicație; probabil sărăcie, alimentație deficitară”*. Asistenții confirmă această opinie și mai susțin că *“în general, gravidele sunt luate în evidență dar nu prea mai vin ulterior la control”*.

Fig. 10 Luarea în evidență a gravidei după județul de domiciliu

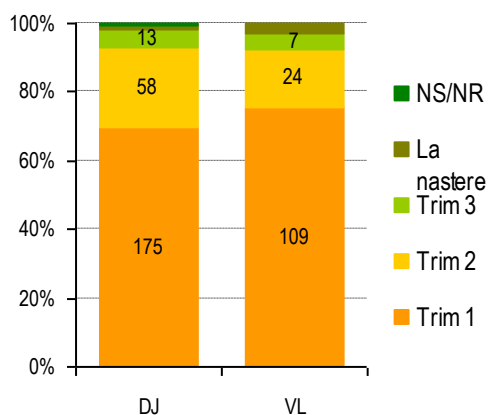


Fig. 11 Luarea în evidență a gravidei după rangul sarcinii

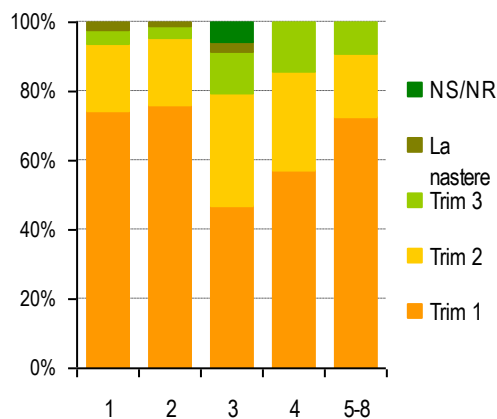


Fig. 12 Luarea în evidență a gravidei după vârsta mamei la naștere

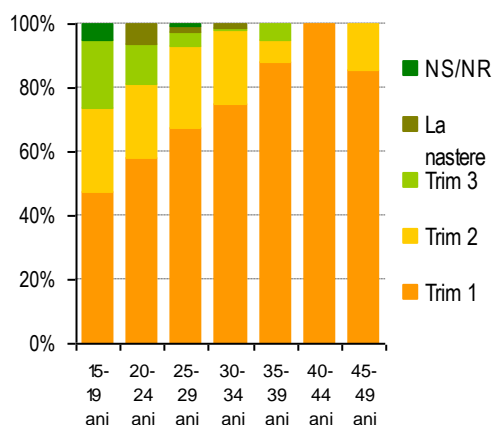
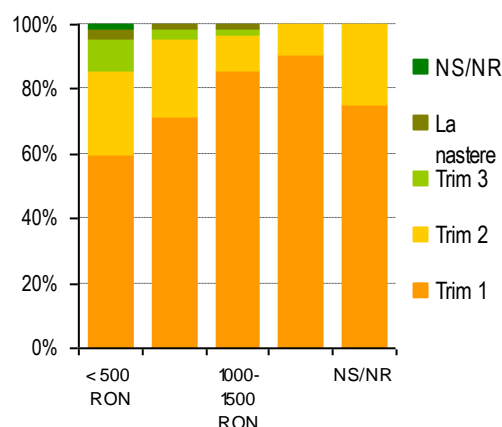


Fig. 13 Luarea în evidență a gravidei după venitul familial lunar



Au fost investigați câțiva parametri demografico-sociali cheie care ar fi putut influența decizia femeii gravide de a se prezenta, mai precoce sau mai târziu în cursul sarcinii, la medicul ei de familie pentru a fi luată în evidență. S-a constatat că:

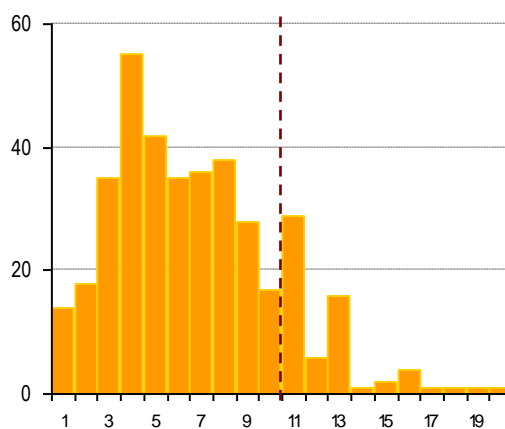
- Adresabilitatea la medicul de familie în primul trimestru de sarcină este ceva mai bună în județul Vâlcea decât în Dolj (76% și respectiv 70%), dar Dolj-ul recuperează în trimestrul doi de sarcină, așa încât la finele trimestrului al doilea de sarcină se ajunge la peste 92% gravide luate în evidență în ambele județe (fig. 10);
- Rangul sarcinii pare a influența adresabilitatea precoce pentru luarea în evidență (fig. 11). La primul sau al doilea copil femeile tind să se prezinte mai devreme la medic, trei sferturi din ele ajungând la medic în primul trimestru de sarcină. În schimb compleanța gravidelor aflate la al treilea copil scade semnificativ, așa încât circa jumătate dintre ele merg la medic mai târziu în cursul sarcinii. În schimb, marile mutipare aflate deja la a cincea naștere sau mai mult revin la un model ceva mai apropiat de cel al femeilor cu unu sau doi copii, poate pentru că sunt conștiente - cel puțin la nivelul comun de înțelegere - de eventualele riscuri asociate mării multiparității;
- Înaintea vârstei de 45 de ani există o relație inversă, aproape liniară, între precocitatea prezentării la medic pentru luarea în evidență și vârsta femeii (fig 12). Astfel, cu cât gravida aparține unei grupe de vârstă mai mici, cu atât este mai mare ponderea celor care sunt luate în evidență mai târziu. Femeile aflate la limita superioară a vârstei reproductive (45-49 ani), ies din modelul aproape liniar aplicabil celorlalte grupe de vârstă. Explicațiile posibile ar fi că nu se așteaptă să mai rămână gravide și descoperă mai târziu sarcina, sau că ajung mai târziu la medic pentru că se jenează să își expună noua sarcină la o vârstă care în mediul rural este considerată una destul de avansată;
- Venitul familial lunar pare a fi corelat direct cu adresabilitatea femeii pentru luarea în evidență cât mai precoce a sarcinii (Fig. 13). Ultima bară, păstrată în grafic din rigurozitate, nu ar trebui folosită pentru comparații, deoarece reprezintă doar 3 chestionare cu răspunsuri lipsă la întrebarea privind momentul luării în evidență .

Aproximativ 90% din mamele care au mers la medic mai târziu de primul trimestru de sarcină au furnizat o motivație pentru acest comportament. În rândul acestora, cel mai frecvent invocate motive au fost: *“nu am știut că eram gravidă”* (39%), lipsa de timp (21%), *“nu am știut că trebuie să mă prezint”* la medic (13%) sau lipsa resurselor financiare (9%).

Odată luate în evidență, cea mai mare parte a femeilor au primit câte un Carnet de Gravidă (93.4%); la momentul interviului peste jumătate din aceste femei au fost capabile să arate intervievatorului acest instrument medical folosit pentru monitorizarea și documentarea sarcinii.

Cele 386 de respondente au afirmat că au fost luate în evidență în cursul sarcinii, indiferent de vârsta sarcinii, și au furnizat informații privind numărul de consultații medicale pe care le-au urmat în cursul sarcinii. Sub rezerva subevaluării numărului de consultații (dacă femeia a uitat), se

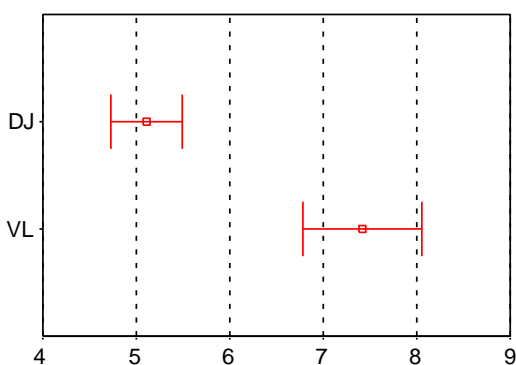
Fig.14 Nr. consultații prenatale histogramă



poate spune că mamele au beneficiat în medie de 5,9 consultații/gravidă (95% IC: 5,6 – 6,3), valoare inferioară numărului recomandat de consultații ce ar trebui efectuate în cursul unei sarcini normale, conform standardelor promovate de IOMC¹⁵ (10 consultații prenatale).

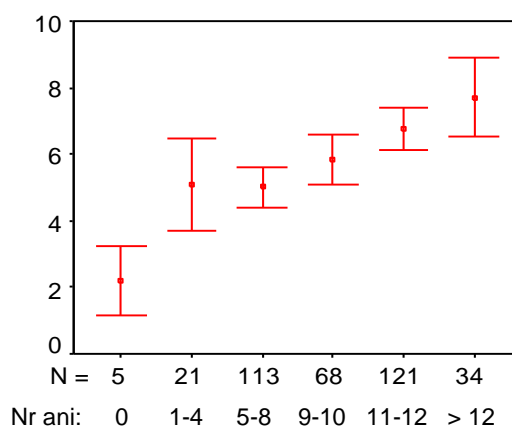
- Pentru mai multe detalii privind acest parametru important, în figura 14 este prezentată histograma numărului total de consultații prenatale efectuate, așa cum a fost el raportat de către respondente. Linia punctată indică valoarea recomandată de forurile tehnic tutelare.
- Opiniile asistenților medicali comunitari întăresc datele anterioare și creionează parte din motivații: *“în general gravidele sunt luate în evidență dar nu prea mai vin ulterior la control”* sau că *“așteaptă ca multe să le vină ‘de-a gata’; sunt gravide care nu au venit niciodată la control după au fost luate în evidență....cele din familii foarte sărace sunt și mai puțin compleante”*

Fig. 15 Nr. consultații în sarcină



95% IC: Nr. mediu consultatii/sarcina

Fig. 16 Nr. mediu consultații în sarcină (medie, 95% IC), fct. niv.educație

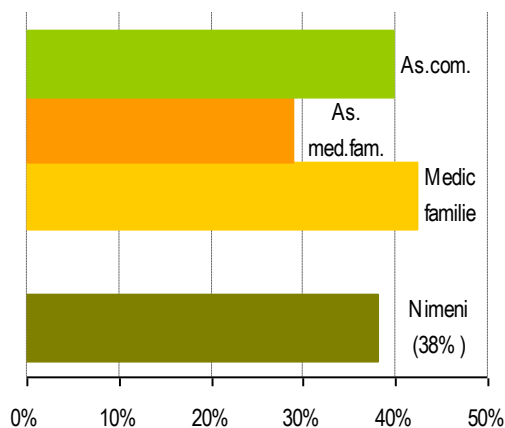


- Există diferențe statistic semnificative între cele două județe în privința numărului mediu de consultații prenatale efectuate (fig. 15). Astfel, cu o medie pe județ de 7,5 consultații/ sarcina (95%IC: 6.8 – 8), județul Vâlcea pare a se poziționa mai bine decât județul Dolj, unde gravidele au beneficiat în medie de doar 5,1 consultații / sarcină (95%IC: 4,7 - 5,5).

- Nivelul educațional al mamei pare să a fi un factor influent în modularea numărului de consultații efectuate în prenatal (fig. 16). Cu cât este mai mare “doza” de educație primită de femeie, cu atât pare a fi mai mare compleanța și/sau interesul acesteia pentru efectuarea numărului necesar de consultații prenatale, cel puțin la nivel de estimate punctuale. Aceste date subliniază importanța efortului de educare, informare a grupurilor vulnerabile pentru schimbarea comportamentelor de risc.

Majoritatea respondentelor (62%) au afirmat că au fost vizitate la domiciliu în cursul sarcinii de unul sau mai mulți profesioniști din sectorul medical: medicul

Fig. 17 Vizita la domiciliu



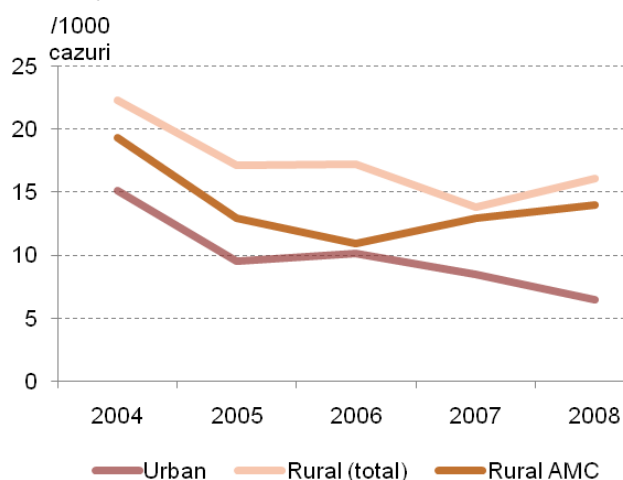
¹⁵ Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului (IOMC), Ministerul Sănătății

de familie și/sau asistenta medicului de familie și/sau asistentul medical comunitar (fig. 17). Se pare că medicul de familie și asistentul medical comunitar interacționează cel mai frecvent cu gravidele, la domiciliul acestora.

De menționat că nu toate comunitățile rurale de unde au fost selectați subiecții incluși în studiu dispun de un asistent medical comunitar, ceea ce poate conduce la idea că rolul acestei categorii de profesioniști este de fapt subevaluat prin datele reprezentate în figura 17. Informațiile calitative colectate în focus grupuri indică faptul că asistenții medicali comunitari joacă un rol extrem de important în realizarea activităților în teren (*outreach*) și în asigurarea legăturii mai strânse între sectorul medical și beneficiarii săi vulnerabili, cu rezultate foarte bune pentru individ și comunitate. Asistenții medicali comunitari sunt cei ce pot instrumenta cel mai bine activitățile în teren, în colaborare cu și sub coordonarea medicilor de familie din comunitatea respectivă, asigurând legătura sistemului cu persoanele din grupurile la risc și defavorizate.

În sprijinul acestei idei vin rezultatele unei cercetări efectuate în județul Dolj. S-a demonstrat că populația din localitățile rurale care beneficiază de asistent medical comunitar, care este coordonat tehnic de către Direcția de Sănătate Publică Județeană, se caracterizează prin indicatori de sănătate mai buni decât populația care trăiește în comunități rurale unde lipsesc asistenții medicali comunitari. În lucrarea *“Asistența medicală comunitară în județul Dolj”*, Dr. Ionuț Beneduc arăta că între 2004-2007, mortalitatea infantilă înregistrată localitățile în care au funcționat asistenți medicali comunitari a fost permanent inferioară celei din populația rurală a județului și chiar sub nivelul mortalității infantile pe județ pentru anii 2004-2007. Autorul aprecia că *„scăderea mortalității infantile în localitățile deservite de asistenții medicali comunitari se datorează în principal supravegherii active a nou-născutului și sugarului (n.a. Fig.18¹⁶)*. *Un trend descrescător a înregistrat și rata avortivității între 2003-2007 în localitățile din Dolj deservite de asistenți medicali comunitari.*“

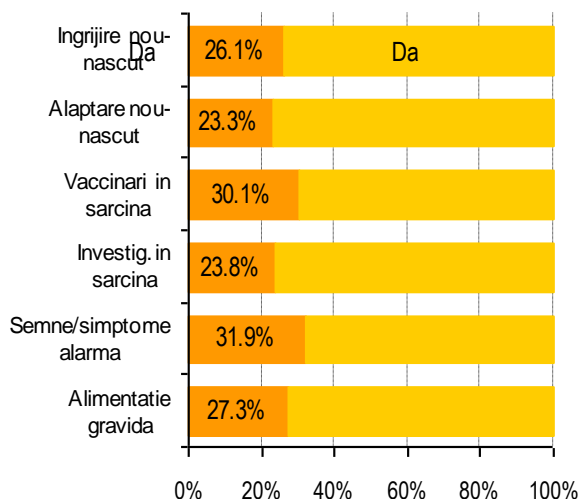
Fig 18. Rata mortalității 0-1an în mediul urban, rural (total) și ruralul deservit de AMC, județul Dolj, 2004-2008



2.3.2. Consilierea gravidei. Procente destul de substanțiale de respondente (între 23% și 32%) au afirmat că nu au primit din partea medicului de familie și/sau a asistentei medicului de familie consilierea/informarea necesară (fig. 19) privind aspectele cheie ale sarcinii (investigații și vaccinări necesare, semnele și simptomele de alarmă în cursul sarcinii, alimentația corectă a gravidei) sau consilierea necesară pentru pregătirea viitoarei mame în ceea ce privește alăptarea și îngrijirea nou-născutului (*“nu i s-a vorbit.”*). O parte dintre femei s-ar putea să fi uitat că medicul/asistenta le-a vorbit despre temele de mai sus, dar ponderile celor care afirmă că nu au fost consiliate sunt prea mari ca să poată fi puse exclusiv pe seama uitării.

¹⁶ Sursă: Beneduc Ionuț, *Asistența medicală comunitară în județul Dolj*; 2008

Fig.19 Consilierea gravidei



Majoritatea femeilor intervievate în studiul WV care au beneficiat de consultația prenatală au declarat că au fost sfătuite, în cadrul acestor consultații, să-și alimenteze copilul la sân: 76,7% în ruralul celor două județe, în 2010. Această valoare este superioară ponderii femeilor afirmativ consiliate pe tema alimentației la sân ce a fost estimată într-o anchetă similară, anume în Studiul Sănătății Reprodusei efectuat în 2004 care reprezenta 64,6% din eșantionul național al SSR 2004¹⁷.

S-au detectat unele diferențe între subpopulațiile rurale ale celor două județe în sensul că județul Dolj pare că performează ceva mai bine decât Vâlcea (diferență relativă de 5-7 puncte procentuale) în materie de consiliere privind alăptarea și îngrijirea nou-născutului, în timp ce femeile din Vâlcea

raportează mai frecvent decât cele din Dolj (diferență relativă de plus 8 puncte procentuale față de Dolj) că li s-a vorbit despre vaccinările necesare în sarcină. Chiar dacă aceste diferențe sunt relativ mici, ele pot fi indicative pentru posibile rutini de practică medicală ce diferă de la un județ la altul, ce ar trebui avute în vedere în design-ul intervențiilor de formare a furnizorilor de servicii medicale și/sau a campaniilor de informare.

Fig. 20 Consiliere/sfaturi privind alăptarea, persoane influențiale

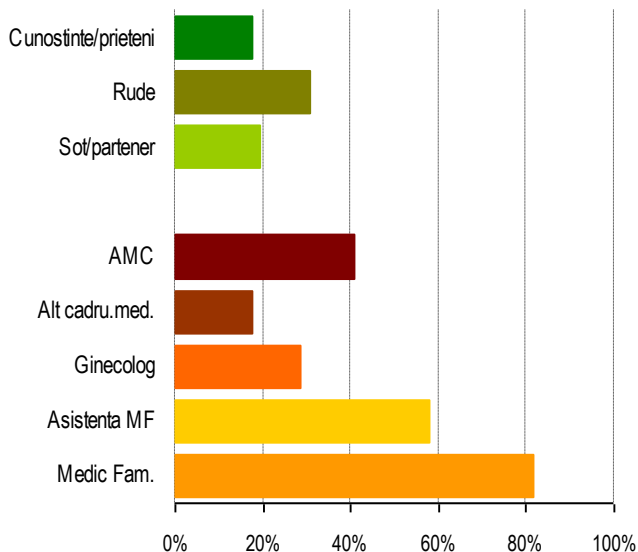
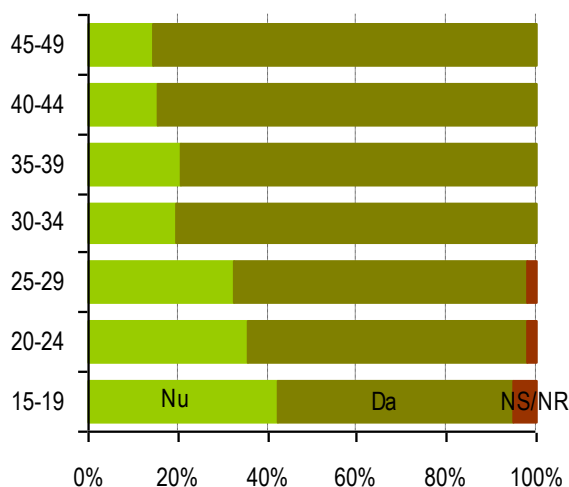


Fig. 21 Consiliere: dieta gravidei



¹⁷ Studiul Sanatatii Reprodusei: România, 2004. RAPORT SINTETIC, mai 2005; Ministerul Sănătății, Banca Mondială, UNFPA, USAID, UNICEF, <http://ftp.unfpa.ro/unfpa/SSRR2004.pdf>.

Mamele au fost rugate să menționeze care sunt persoanele care le-au vorbit despre alăptarea corectă (fig.20). Se observă că eforturile de consiliere ale medicului de familie sunt cele mai vizibile, acesta fiind personajul cel des menționat de femei. Fără a minimiza neaparat rolul altor specialități medicale (ginecolog, pediatru), merită evidențiat rolul asistentului medicului de familie, dar și a asistentului comunitar, acolo unde acesta este instituționalizat. Tot medicul de familie este cel cu care, conform propriilor declarații, femeile se consultă cel mai frecvent atunci când doresc să introducă în alimentația copilului alt lapte decât cel matern.

S-a mai punctat anterior faptul că medicii și asistenții consideră că un rol extrem de important în modelarea comportamentului tinerei mame (vis-a-vis de sarcină, îngrijirea copilului, alăptarea etc.) este deținut de "instituția" soacrei/mamei, care de cele mai multe ori influențează hotărâtor atitudinile și practicile tinerei femei până în măsura în care poate anula recomandările medicului de familie și a asistentei medicale, în condițiile în care în România "*stocul de cunoaștere științifică factuală în domenii relevante pentru sănătate este redus, comparativ cu alte societăți europene*"¹⁸.

O analiză mai detaliată indică faptul că ponderea femeilor consiliate pe teme cheie menționate anterior este corelată cu vârsta femeii. Cu cât femeia este mai tânără, cu atât pare că este mai mică probabilitatea acesteia de a fi consiliată de către medicul de familie și/sau asistenta medicului de familie, conform propriilor rapoarte. Figura 21 prezintă, ca exemplu, ponderea femeilor consiliate privind alimentația gravidei în cursul sarcinii pe grupe de vârstă cincinale. Modelul explicat anterior, observabil în figura 21 se păstrează - cu variații minore - și în privința celorlalte teme de consiliere menționate în figura 19.

Datele cantitative și calitative sugerează că grupul cel mai vulnerabil ca urmare a lipsei de informații corecte este cel al femeilor tinere, adică tocmai cele care clamează într-o mai mare măsură că au nu primit consiliere. Lipsa consilierii sau percepția insuficienței consilierii le face cu atât mai vulnerabile la influențele negative ale mamelor și soacrelor purtătoare ale unor comportamente tradiționale greșite, dar care constituie vectori cu mare influență asupra tinerelor mămici, mai ales, așa cum au declarat furnizorii de servicii ("*intervine soacra, mama care a crescut copii și ...știe*").

2.3.3. Patologia sarcinii, diagnostic și tratament. Cele 386 de respondente care au afirmat că au fost luate în evidență la un moment dat în cursul sarcinii au fost rugate să își amintească dacă, măcar o dată în cursul sarcinii, au avut unul sau mai multe simptome / afecțiuni listate în tabelul 3, dacă au fost internate în spital în perioada prenatală, și dacă au efectuat investigațiile necesare în cursul sarcinii. Interpretarea acestor rezultate trebuie să țină

Tabel 3. Cele mai frecvente patologii în prenatal (autodeclarare)

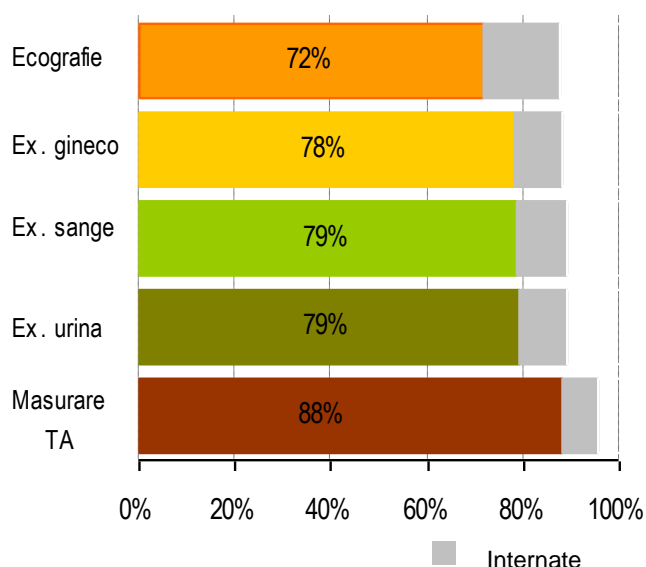
	No.	%
Dureri abd./contractii	173	44.8%
Edeme member	94	24.4%
Cefeele, vertij	86	22.3%
Infecții urinare/disurie	48	12.4%
TA crescută	44	11.4%
Metroragii	38	9.8%
Diabet gestațional	7	1.8%
Epilesie/convulsii	5	1.3%
ITS	2	0.5%
HIV/SIDA	2	0.5%
TBC	1	0.3%

¹⁸ Proiectul STISOC - Știință și societate. Interese și percepții ale publicului privind cercetarea științifică și rezultatele cercetării, 2010, accesat pe 30 iulie 2010 la <http://www.stisoc.ro>.

cont de ceea ce s-ar putea numi “distorsiune de memorie”¹⁹, factor care poate afecta substanțial gradul de precizie a acestor estimate bazate exclusiv pe autoraportare, mai ales în acest caz dat fiind și timpul scurs de la sarcina respectivă.

- Două din trei femei au declarat că au prezentat în cursul sarcinii unu sau mai multe simptome/afecțiuni listate în tabelul 3.
- 28% au afirmat că au avut cel puțin un episod de spitalizare pentru afecțiuni survenite/ agravate în cursul sarcinii. Conform unor furnizori de servicii, parte din aceste internări ar putea fi internări pe termen scurt. Există date calitative care sugerează că astfel de internări cu potențial investigativ recunosc două vârfuri de frecvență: după luarea în evidență și în faza finală a sarcinii, în pragul nașterii.

Fig. 22 Investigații / examinări prentale



Dat fiind ponderile nesatisfăcătoare ale femeilor luate în evidență care au declarat că au efectuat examinările sau investigațiile listate în figura 22, s-a investigat și posibilitatea subraportării acestor evenimente clinice. În acest scop, s-a coroborat ponderea răspunsurilor afirmative cu frecvențele ponderile celor care, deși au afirmat că nu au efectuat o anumită investigație/examinare, au fost spitalizate măcar o dată în cursul sarcinii, deci au fost investigate din punct de vedere medical. Valorile obținute inițial au fost corectate în plus (prin barele gri, figura 22).

Astfel, s-a ajuns la valori corectate de: măsurarea TA – 96% din femei, examen sânge sau urină – 89%, examen ginecologic – 88% și examen ecografic –

87%. Validarea acestui gen de date s-ar putea face prin confruntarea cu informațiile din baza de date a studiului cu cele din Carnetul Gravidei și/sau din arhiva medicului de familie. Prin metodologia sa, studiul nu și-a propus să realizeze acest gen de validare.

Ca detaliu, 86 din cele 386 de femei luate în evidență (23%) au efectuat cel puțin un examen de sânge sau de urină în cursul sarcinii al caror cost a trebuit să fie acoperit din fonduri proprii, deși gravida are prin efectul legii calitatea de asigurat. Nu se poate spune dacă este a fost vorba de o plată formală sau de una informală.

- Se pare că femeile “*află una de la alta*” și “*își cunosc drepturile de a avea acces la analize dacă sunt gravide, acces la servicii de specialitate (ginecologie), dar apoi e problema transportului la oraș pentru cele care nu au mijloace materiale, care suferă de sărăcie*”

S-a încercat aprecierea măsurii în care se realizează combaterea anemiei de sarcină la femeile dispensarizate. În tabelul 3 sunt prezentate frecvențele răspunsurilor afirmative referitoare la întrebările privind administrarea de fier (Fe) și acid folic în cursul sarcinii.

¹⁹ Acest concept este folosit ca echivalent românesc pentru ceea ce în literatura epidemiologica anglo-saxonă este “*recall bias*”.

- Sub 50% dintre femeii afirmă că au urmat tratament cu acid folic și suplimente de fier în cursul celei mai recente sarcinii. Frecvența ceva mai mare cu care femeile își amintesc de tratamentul cu acid folic decât de cel cu fier ar putea fi un fenomen real sau consecința memoriei selective în cazul în care femeile și-ar aminti mai degrabă de un tratament pentru care nu au beneficiat de gratuitate în procurarea acestuia și l-au plătit din propriul buzunar.
- Majoritatea femeilor care afirmă că au efectuat tratament cu produse de fier declară că produsul administrat le-a fost furnizat gratuit (69%), dar eu existat și femeii care au declarat că au plătit - parțial sau integral - pentru produsul de fier recomandat.

Tabel 4. Tratamente în prenatal

Acid folic	189	(49,8%)
Suplim. Fe	162	(42%)
	Gratuit	175 (69,2%)
	Parțial gratuit	57 (22,5%)
	Plătit integral	16 (6,3%)
	NS/NR	5 (2%)
Alte vitamine	254	(65,8%)

OMS a estimat la 30% (95%IC: 10,2–61,9) prevalența anemiei sub 11g/dl la gravide, comparativ cu 20,1% (95%IC: 7,0–45,5) prevalența anemiei sub 12g/dl la femeile negravidă de vârstă reproductivă²⁰. Un studiu IOMC-UNICEF efectuat²¹ în 2005 estima că anemia era prezentă la 42,5% dintre gravide, cu o pondere semnificativ mai mică în mediul rural (mai ales în cazul anemiei sub 9 g/dl). Autorii mai apreciau că peste peste jumătate dintre gravide au făcut tratament profilactic cu fier și polivitamine și că sub trei din zece gravide au luat acid folic.

Conform îndrumarului pentru furnizorii de servicii de sănătate la nivel comunitar “Principii în alimentația copilului și gravidei” publicat de Ministerul Sănătății Publice cu sprijinul UNICEF în 2007: «este necesar ca toate gravidele să ia suplimente de acid folic chiar dacă sunt perfect sănătoase». Același îndrumar menționează că „atunci când anemia este o problemă de sănătate publică, așa cum e România, gravidele ar trebui să ia suplimente de fier timp de 6 luni pe durata sarcinii continuat 3 luni postpartum.”

Din lucrul în focus grupuri s-au desprins idei importante privind depistarea și tratamentul anemiei de sarcină:

- *“anemia este o realitate dacă se depistează; cam 30% din femeii nu își dau interesul și nu își urmează tratamentul; 70% se duc la oraș și își fac analizele”, dar asta depinde și “de cât de săracă este zona și cât de departe este (n.a. localitatea respectivă) de oraș”; în astfel de cazuri “femeile se duc mai rar și mai greu la oraș pentru analize”*
- *în unele comunități rurale “a fost o perioadă când laboratorul venea în comună o dată pe lună; în afară de gravide, restul plăteau analizele (glicemie, colesterol); erau utile”.*
- *“multe femeii nu vin să ia nici medicamentele gratuite precum suplimentele de fier” dar în alte comunități “dacă medicul de familie prescrie preparate de fier mămicile ascultă și se duc la farmacie și își cumpără”, apreciază asistenții.*
- *un medic spunea că: “doctorul le recomandă dar nu are garanția și nici controlul că mamele își iau medicamentele” iar altul afirmă că “din șapte gravide (n.a. în evidență la momentul discuțiilor), două își iau tratamentul, restul nu; intervine și puterea tradiției; dacă până acum*

²⁰ WHO, CDC. Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005: WHO global database on anaemia; 2008.

²¹ Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului prof. dr. „Alfred Rusescu”, UNICEF – Reprezentanța în România, Statusul nutrițional al copiilor în vârstă de până la 5 ani: România – 2005; București:2006.

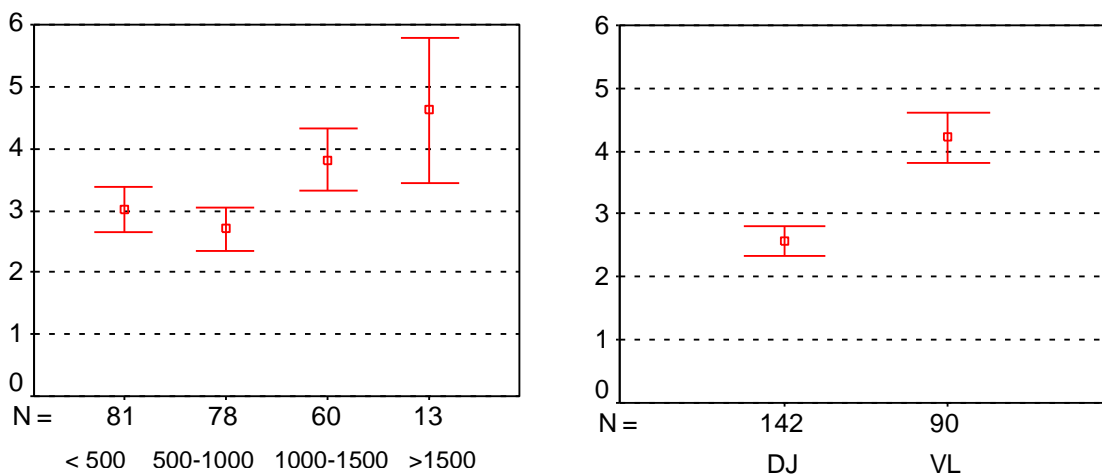
mamele, soacrele lor nu au luat medicamente în sarcină și au născut copii sănătoși, ele de ce să ia acum?”

- atunci când în urma investigațiilor de laborator sau a consultului ginecologic există anumite indicații terapeutice, medicii de familie se confruntă uneori cu probleme deoarece *“ginecologii nu cunosc legislația, prescriu pe rețete medicamente pe care medicul de familie nu le poate prescrie decât pe baza scrisorii medicale”*.

Fară a conta foarte mult pe calitatea raportărilor privind durata tratamentelor profilactice în prenatal, datele arată că tratamentul cu suplimente de Fe a durat în medie 3,2 luni, ceea ce ar echivala cu o durată suboptimală de tratament.

- Datele reprezentate în figura 23 par să pledeze în favoarea ideii că femeile cu posibilități materiale mai mari ar fi mai compleante la un tratament antianemic din perspectiva duratei tratamentului cu suplimente de Fe. Totuși, diferențele dintre cele durată medie a tratamentului în cele patru grupe de venit nu ating limita semnificației statistice.
- Durata medie a tratamentului cu Fe în prenatal pare a fi corelată cu județul de rezidență (fig. 24), diferențele dintre mediile județene fiind statistic semnificative (T-Test, $p < 0,05$).

Fig. 23 și Fig. 24 Durata medie a tratamentului cu suplimente de fier, funcție de venitul familial lunar în RON (*stânga*) și județul de rezidență (*dreapta*)



2.3.4. Factori de risc comportamentali. Conform celor declarate de femeile incluse în studiu, prevalența fumătoarelor în timpul sarcinii în grupul investigat a fost de 18,7% și 4,1% din total respondente au afirmat că au consumat alcool în timpul sarcinii. Foarte probabil, prevalența acestor factori de risc este subestimată în autodeclarări mai ales la gravide, deoarece femeile știu de regulă că nu este indicat să consume alcool și să fumeze în timpul sarcinii și, foarte probabil, se rețin să recunoască auto-expunerea la tutun și mai ales la alcool.

În acest sens pledează discuțiile din cadrul focus grupurilor care au pledat în favoarea ideii că *“femeile cam consumă alcool (cot la cot cu bărbății) și tutun (peste 50%), iar ”dar prevalența consumului de alcool în rândul gravidelor e mai mică decât consumul de tutun”*.

2.4. Nașterea

Asistenții medicali au punctat faptul că *“majoritatea femeilor se duc să nască la oraș; se duc la maternitate cu câteva zile înainte (n.a. de termen). “Cezariana e la modă, toate vor cezariană deși la spital majoritatea nasc normal.”* Rezultatele componente calitative a studiului, opiniile furnizorilor de servicii din sectorul medical primar se coroborează în bună măsură cu rezultatele analizelor statistice efectuate, după cum se observă în figura 25²².

- Astfel, opt din zece femei intervievate (79,2%, 313 femei) au născut pe cale pelvină. Aparent s-a recurs mai frecvent la nașterea pe cale vaginală în Dolj decât în Vâlcea (83.3% și respectiv 76.9%), dar această diferență nu reușește să atingă nivelulul semnificației statistice;
- Un procent destul de însemnat de nașteri (circa una din cinci nașteri) s-au efectuat prin intervenție de tip cezariană.

În plus, majoritatea gravidelor au născut în spital și au fost asistate la naștere de un medic ginecolog la cea mai recentă sarcină (98,7%). Un număr de 5 femei (1,3% din total eșantion) au născut fortuit la dispensarul local sau la domiciliu (chiar și *“la poartă”*), asistate de cadre medicale medii.

Frecvența nașterilor de tip cezariană a fost investigată în funcție de trei parametri importanți, și anume: vârsta mamei la cea mai recentă naștere, venitul mediu lunar al familiei și rangul nașterii:

1. Frecvența nașterii prin cezariană variază cu vârsta gravidei la momentul nașterii după un model mai puțin evident, dar tendința statistică pare a fi una de creștere a probabilității de naștere prin cezariană cu vârsta gravidei la naștere (fig. 26, linia portocalie).
2. Frecvența nașterii prin cezariană este invers corelată cu rangul nașterii. Intervenția tip cezariană este de 2,4 ori mai frecventă la

Fig. 25 Tipul nașterii

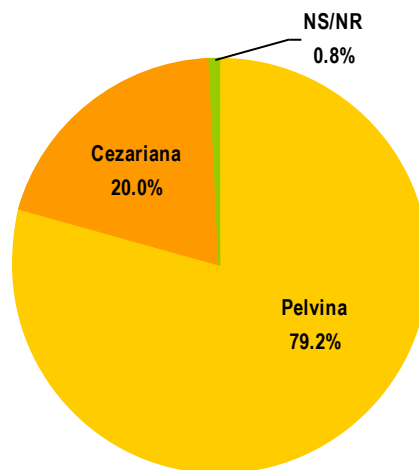
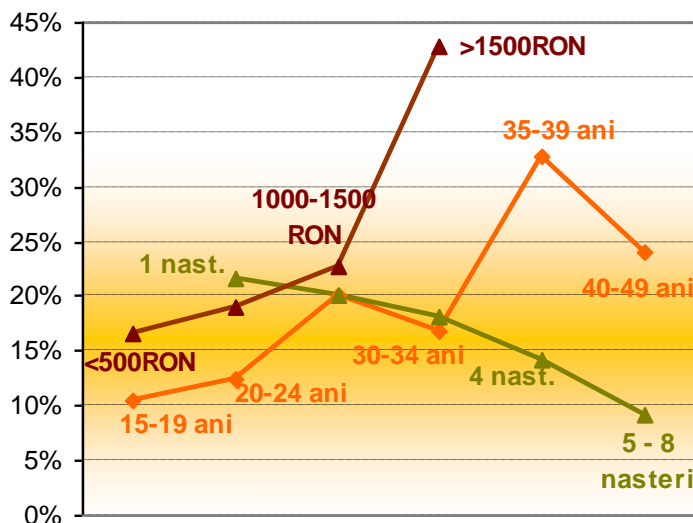


Fig. 26 Pondere nașterilor prin cezariană după: rangul nașterii (*oliv*), vârsta mamei la naștere (*portocaliu*) și venitul familial lunar (*maro*)



²² Două femei (0,8% din total eșantion) nu au precizat dacă au născut prin cezariană sau pe cale naturală (pelvină, vaginală).

primipare decât la multiparele cu 5 - 8 copii (fig. 26, linia oliv). În secțiuni anterioare s-a arătat că marea multiparitate se asociază cu un nivel educațional și economic scăzut.

3. Merită subliniat faptul că frecvența nașterii prin cezariană este direct corelată cu nivelul de venit al familiei, diferențele dintre sub-grupurile de venit sunt statistic semnificative (test χ^2 , $p < 0,05$), iar creșterea poderii nașterilor prin cezariană pare a urma un model de creștere apropiat celei de tip exponențial (fig. 26, linia maro).

Probabilitatea de a naște prin cezariană este de 2,6 ori mai mare în grupa femeilor cu venit familial lunar peste 1500 RON/ lună comparativ cu grupa femeilor provenite din familii mai puțin înstărite (sub 500 RON/lună).

Informațiile de mai sus sugerează că, cel puțin în populația studiată, intervențiile de tip cezariană sunt mai puțin frecvente la femeile cu venituri familiale mai mici. Datele studiului nu permit diferențierea cezarienei electivă²³ de cea realizată din considerente strict medicale, dar este puțin plauzibil din punct de vedere biologic ca gravidele provenite din familii cu venituri familiale mai mari să aibă mai frecvent indicație medicală de naștere prin cezariană decât cele din grupurile cu venit inferior, mai ales că rata cezarienei crește atât de marcat cu nivelul venitului familial. De aceea este foarte probabil ca ratele cezariene substanțial mai mari la gravidele cu venituri mai mari să fie explicate printr-un exces de cezariene electivă la această categorie de paciente. De altfel există studii care au demonstrat faptul că rata cezarienei electivă este direct asociată cu nivelul socio-economic²⁴. Dintr-o perspectivă mai largă rata cezarienei recunoaște o tendință de creștere la nivel mondial, cu importante variații spațio-temporale, inter și intra-naționale²⁵, cercetătorii apreciind că aceasta este modelată de factori mai mult sau mai puțin obiectivi ce țin de sistemul medical în sine, inclusiv de progresele tehnologice, de opțiunile reproductive ale unei anumite populații supuse unor influențe diverse (ex. religioase, culturale, etc.) sau chiar de factori genetici evoluționali²⁶.

Organizația Mondială a Sănătății recomandă pentru țările dezvoltate, ca pondere optimă a nașterii prin cezariană din total nașteri, o valoare de 10-15%. Este necesar ca decizia furnizorului de servicii de a opta pentru o naștere prin cezariană la solicitarea mamei să fie "*individualizată cu atenție și consistentă cu principiile etice*"²⁷. Întrucât gravidele din România par a fi destul de înclinate să opteze pentru cezariană, cel puțin în lumina discuțiilor cu furnizorii de servicii medicale din rural și a datelor acestui studiu (mai ales pentru anumite categorii populaționale), este necesară elaborarea unor intervenții specifice dedicate acestui aspect de sănătate publică (ex. : formarea/informarea furnizorilor, campanii de informarea a populației, etc.). În plus, un sistem funcțional și reactiv ar trebui să asigure cercetarea/evaluarea sistematică a calității serviciilor oferite în secțiile de ginecologie, a modului în care sunt urmate standardele de practică în materie și a măsurii în care femeile sunt corect și eficiente consiliate asupra riscurilor și dezavantajelor relative ale nașterii prin cezariană pentru mamă și nou-născut.

²³ Nașteri prin intervenții chirurgicale de tip cezariană realizate din alte motive decât din necesități de ordin medical.

²⁴ Brian J., Social class and elective caesareans in the English NHS, *BMJ*. 2004 June 12; 328(7453): 1399.

²⁵ "C-section rates around globe at 'epidemic' levels". Associated Press/ msnbc.com. <http://www.msnbc.msn.com/id/34826186/> accesat 25 iunie 2010.

²⁶ Liston WA. Rising caesarean section rates: can evolution and ecology explain some of the difficulties of modern childbirth? *J R Soc Med*. 2003;96:559-561.

²⁷ NIH (2006). "State-of-the-Science Conference Statement. Cesarean Delivery on Maternal Request". *Obstet Gynecol* 107: 1386-97.

2.5. Utilizarea contracepției

Un procent relativ mic de femei cu copii sub 2 ani (3%, 12 cazuri) au declarat ca erau deja gravide la momentul interviului, la sub 2 ani de la nașterea anterioară (fig. 27).

- Este vorba de femei tinere, cu vârste cuprinse între 19-34 ani, rezidente în județul Dolj (10 cazuri) sau Vâlcea (2 cazuri), în mare parte căsătorite (10 cazuri), care nu au folosit nici o metodă contraceptivă înainte de cea mai recentă sarcină.
- Majoritatea aveau deja câte un copil (9 cazuri) sau doi (1 caz), în timp ce două dintre ele aveau deja 4 sau 5 copii la momentul interviului.
- O bună parte au un nivel educațional scăzut (școala primară, 5 cazuri), sunt casnice sau fără ocupație (8 cazuri) și au un venit familial declarat foarte mic (sub 500 RON/lună, 5 cazuri) sau mic (500-1000 RON/lună, 5 cazuri).
- Cea mai mare parte s-au declarat ca fiind de religie ortodoxă (11 cazuri).

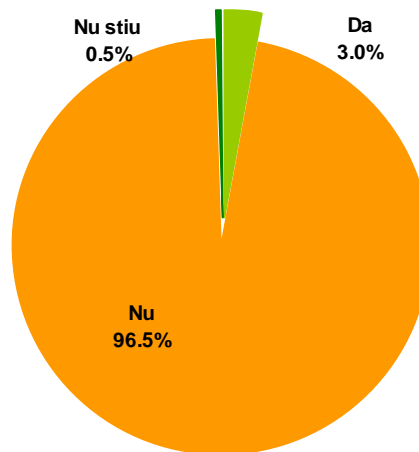
Este posibil ca aceste femei aveau o nouă sarcină la sub 2 ani de la sarcina anterioară pentru că își doresc o familie mai numeroasă. Nivelul educațional și al veniturilor familiale destul de scăzute poate sugera apariția unei noi sarcini într-un interval relativ scurt ce ar putea fi legat și de motivații financiare (ex. indemnizație/alocație pentru copil) și nu doar de propria dorință, motivații religioase sau chiar de un lipsa accesului la servicii de planificare familială. Focus grupurile au sugerat că *“unele femei fac copii să trăiască din alocație, fără să se gândească pe termen lung”*. Din păcate, numărul mic de cazuri nu permite o analiză mai profundă, validă din punct de vedere statistic.

La respondentele care nu erau gravide la momentul interviului (382 femei) sau nu erau sigure dacă erau gravide (1 persoană), s-a analizat profilul prevalenței utilizării contracepției în scopul evitării sarcinilor nedorite și spațierii dorite a nașterilor, anterior celei mai recente sarcini (fig 28) și după cea mai recentă naștere (fig.29). S-au avut în vedere metodele moderne (*contraceptiv oral, injectabil sau local, sterileț și/sau prezervativ*) dar și metodele tradiționale (*amenoree de lactație, coitus interruptus, sau abținerea periodică / metoda calendarului*).

Rezultatele analizei privind utilizarea contracepției anterior celei mai recente sarcini (echivalent cu “ever use”) arată că:

- Circa cinci din zece femei au declarat că nu au utilizat nici o metodă de contracepție (51,2%, 196 persoane).
- Circa patru din zece femei (38,9%, 149 cazuri) au utilizat metodele moderne de contracepție.
- Metodele tradiționale de contracepție au fost utilizate de un procent relativ mic de femei (7%, 27 persoane).
- 2,1% dintre femei (8 cazuri) sunt foste utilizatoare ale ambelor metode de contracepție, atât tradiționale cât și moderne, anterior celei mai recente sarcini.

Fig.27 Dacă este gravidă la momentul interviului



Profilul prevalenței utilizării contracepției în prenatal este diferit de cel observat în postnatal, la cea mai recentă sarcină.

- În postnatal, două din trei mame s-au declarat ca fiind utilizatoare de contracepție modernă și/sau tradițională, în timp ce circa una din trei femei nu utilizau nici o metodă de prevenire a sarcinii după nașterea ce mai recentă.
- Ameliorarea relativă cea mai marcată este observată în cazul prevalenței contracepției moderne: 54,6% în postnatal față de 38,9% anterior celei mai recente sarcini.
- Ponderea mamicilor care au afirmat că nu foloseau contracepția la momentul interviului, deci în postnatal, este substanțial mai mică (31,1%) decât cea anterioară celei mai recente sarcini (51,2%).
- Cresc ușor și ponderile femeilor utilizatoare de contracepție tradițională (de la 7% la 9,1% în postnatal) și a celor care folosesc combinații de metode moderne și tradiționale (de la 2,1% la 3,7% în postnatal).
- În postnatal apare o nouă categorie de răspunsuri. În lipsa unei vieți sexuale active la momentul interviului (ex. partener plecat din țară) un mic procent de femei au declarat că nu folosesc contracepția pentru că "Nu este cazul". Ponderea acestor femei care nu sunt astfel expuse riscului de avea o sarcină nedorită și deci nu au nevoie de contracepție este mică, de 1,3% (5 cazuri).

A fost investigată nu doar natura metodei contraceptive folosite (modernă sau tradițională) ci și prevalența utilizării după tipul metodei folosite la momentul interviului. S-a constatat că:

- În ordine descrescătoare a frecvenței, cel mai folosite metode moderne de contracepție sunt: pilula (112 cazuri), prezervativul (57), contraceptivul injectabil (29) și steriletul (29 cazuri).
- Metoda tradițională cel mai frecvent menționată de mămici este *coitus interruptus*. Pare că femeile percep amenoreea de lactație ca fiind o metodă tradițională care nu le oferă suficientă protecție, idee ce transpare din opiniile asistenților medicali comunitari care apreciau că "femeile știu că deși alăptează pot să rămână gravide".

Fig.28. Utilizarea contracepției anterior celei mai recente sarcini

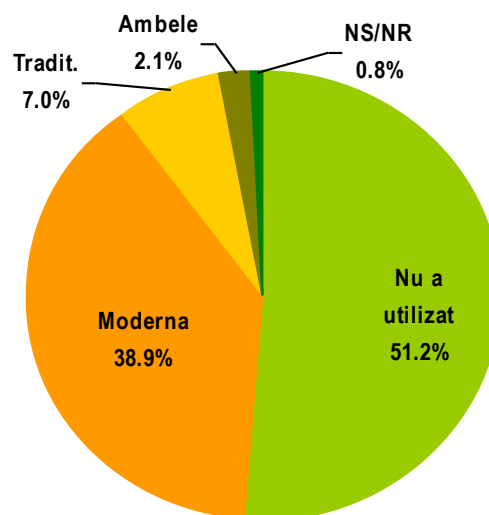
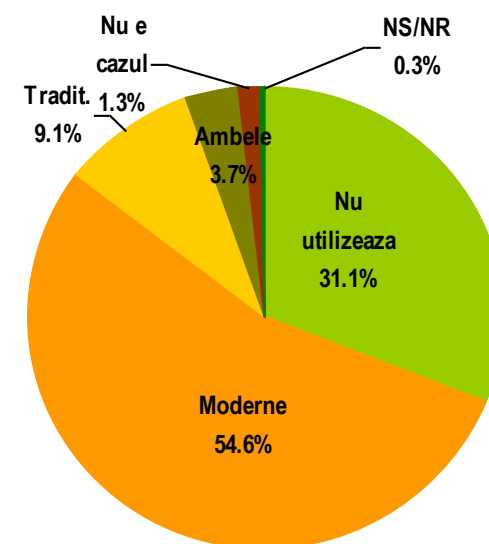


Fig.29. Utilizarea contracepției după cea mai recentă sarcină (la momentul interviului)



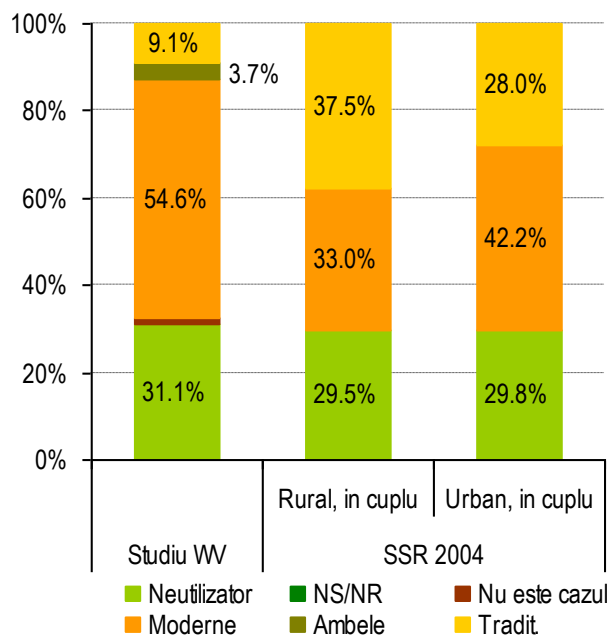
- Sub 4% au declarat ca utilizează în paralel atât metode tradiționale, cât și metode moderne. Acest mix de metode se bazează pe folosirea unei metode moderne, care este de regulă prezervativul și pe una sau două metode tradiționale, de regulă *coitus interruptus* și/sau metoda calendarului.

Informațiile rezultate din studiul cantitativ arată că preferințele femeilor sunt cel puțin parțial în contradicție cu preferințele unora dintre furnizorii de servicii. Astfel, informațiile colectate în cursul focus grupurilor cu asistenții medicali comunitari sugerează ideea că metoda de contracepție preferabilă în postnatal ar fi *“injectabilul”* deoarece *“unele uită să își ia pilula”*. Se pare că există și concepții greșite privind contracepția modernă în randul femeilor legate de faptul că *“multă lume nu e de acord cu sterilele deoarece se tem de cancer”*. În plus, asistentele comunitare consideră că la femeile aflate sub contraceptive orale, eșecul contracepției și sarcina neintenționată se asociază nu de puține ori cu faptul că nu este respectată periodicitatea administrării metodei.

Din perspectiva disponibilității contraceptivelor gratuite în cadrul programului național de planificare familială, cele mai multe informații provin din componenta calitativă a cercetării efectuate. Din focus grupurile cu furnizorii de servicii s-a extras ideea că *“nu prea mai sunt contraceptive”* iar aprovizionarea cu produse conform *“method mix”*-ul (combinația de metode contraceptive) promovat inițial în cadrul programului național de planificare familială este tot mai problematică. De menționat că un *“method-mix”* adecvat ar trebui să asigure accesul la o paletă variată (ex. contraceptive orale, injectabile și prezervativ) și eficiență de metode moderne, paletă din care femeile pot alege în consultare cu furnizorul lor de servicii de planificare familială din asistența medicală primară, metoda cea mai indicată în situația dată. Este destul de îngrijorător faptul că accesul la contraceptive gratuite, atât cât sunt ele disponibile în cadrul programului național poate fi limitat din cauza faptului că *“medicii se cam feresc să se mai încarce și cu contraceptive”*, cel mai probabil din cauza birocrăției aferente și/sau a lipsei de motivație. Cel puțin până în anul 2008, complementar formării furnizorilor din medicina primară, s-a asigurat accesul adecvat la produse gratuite prin sistemul complex de distribuție de contraceptive, s-au realizat campanii de informare a populației și s-a asigurat un management de calitate al programului la nivel județean și național.

Pentru a pune într-o perspectivă mai largă rezultatele studiului WV, rezultatele obținute au fost comparate cu cele ale unor inițiative similare. Cea mai recentă anchetă națională de sănătate care a investigat prevalența utilizării contracepției la femeile de vârstă reproductivă din România a fost realizată prin Studiului Sănătății Reprodusei efectuat în anul 2004 (SSR 2004). Rezultate comparative ale celor două studii sunt prezentate în figura 30.

Fig.30 Prevalența utilizării contracepției, femei de vârstă reproductivă
(Sursa: Studiul WV 2010 și SSR 2004)



Sub rezerva diferențelor metodologice²⁸ dintre cele două studii (ex. eșantionare, populația țintă), din figura 30 se observă diferențe destul de marcate între cele populațiile rurale ale celor două cercetări dincolo de ponderea sensibil egală a neutilizatoarelor, de circa 30-31%.

- Ponderea utilizării metodelor tradiționale în grupul femeilor incluse în studiul WV este de circa 4 ori mai mică comparativ cu cea din populația feminină rurală a SSR 2004.
- În studiul WV se constată o prevalență substanțial mai mare a contracepției moderne la femeile din mediul rural din cele două județe comparativ cu subpopulația națională de femei din rural investigate în SSR 2004.
- Prevalența utilizării contracepției moderne la femeile din rural a depășit în 2010 chiar și valorile “campioane” care se înregistrau în 2004 la femeile din mediul urban.

Interpretarea rezultatelor de mai sus trebuie să țină cont de faptul că Vâlcea și mai ales Dolj-ul sunt județele cu o foarte bună acoperire teritorială cu servicii de planificare familială, prin numărul relativ mare de medici de familie și asistenți medicali formați în cadrul programului național de profil, astfel încât aceștia să poată furniza servicii de planificare familială. Ar fi interesant de analizat situația unor județe cu un grad mai mic de acoperire cu furnizori formați, dar în lipsa unor contra argumente se poate aprecia că rezultatele de mai sus pledează în favoarea eficacității programului național de profil al Ministerului Sănătății.

Aceste evoluții pot fi considerate ca fiind un succes în materie de schimbare a comportamentului reproductiv al femeilor din rural ca urmare a derulării programului național de planificare familială menit să reducă rata avorturilor la femeile de vârstă reproductivă din România, program implementat cu sprijinul financiar și tehnic asigurate de Agenția pentru Dezvoltare Internațională a Statelor Unite (USAID) prin implementatorul programului, John Snow Inc. Acest fapt ar trebui să constituie un argument în favoarea asigurării sustenabilității programului național de planificare familială la parametri adecvați, mai ales în condițiile în care dificultățile de ordin economico-financiar la care va fi expusă populația vulnerabilă în perioada de criză ar putea prejudicia ameliorarea indicatorilor de impact ai programului înregistrată în anii anteriori.

²⁸ Principala diferență metodologică între cele două studii este dată de faptul că datele din Studiul Sănătății Reprodusei (2004) reflectă gradul de utilizare curentă a metodelor contraceptive, la femeile în cuplu (care de regulă prezintă cea mai mare prevalență a utilizării contracepției), ca estimate de nivel național, în timp ce studiul WV efectuat șase ani mai târziu se bazează pe date din doar două județe, fiind colectate doar de la femei rezidente în mediul rural, ce sunt mame de copii 0-24 luni, indiferent de statusul lor marital. Din studiul WV s-au ales spre comparație informațiile privind utilizarea curentă a contracepției, adică cea declarată de femei la momentul interviului

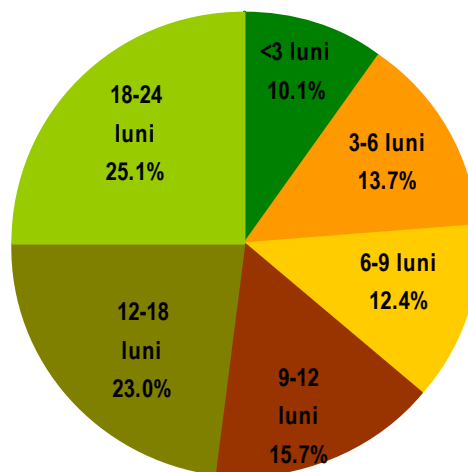
3. Sănătatea și nutriția copilului 0-24 luni

3.1. Caracteristici demografice

Explorarea principalelor caracteristici demografice ale eșantionului de copii cu vârste cuprinse între 0-24 luni arată că:

- Eșantionul este format din 394 de subiecți, dintre care 183 băieți (46,3% din eșantion) și 211 fete (53,4%);
- Cele două sub-eșantioane județene sunt comparabile din perspectiva distribuției pe sexe;
- Stratificarea eșantionului de copii luat în studiu după grupe trimestriale de vârstă (sub 3 luni, 3-6 luni, 6-9 luni, 9-12 luni, 12-18 luni și 18-24 luni) este prezentată în figura 31²⁹. Distribuția pe grupele de vârstă 0-1 an și 1-2 ani este echilibrată prin design-ul studiului, acestea au ponderi aproximativ egale

Fig.31 Distribuția eșantionului de copii după grupa de vârstă



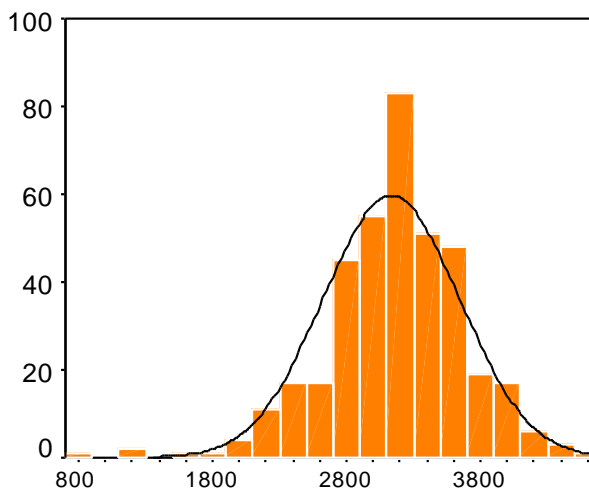
3.2. Greutatea la naștere

Datele privind greutatea la naștere sunt disponibile pentru un număr de 382 copii. Distribuția grupului în funcție de acest parametru este destul de simetrică și de apropiată de distribuția normală (fig. 32).

- Greutatea medie la naștere este de 3133 grame, valoare destul de apropiată de mediana grupului (3200 grame);
- Valorile minimă și maximă sunt de 850 și respectiv 4500 grame.

Greutatea medie la naștere este semnificativ mai mare în grupul de băieți (3215 grame, 95% IC: 3139 – 3291) decât în cel de fete (3061 grame, 95% IC: 2992 – 3130) (T-test, $p < 0,05$). Nu au putut fi puse în evidență variații ale greutății la naștere cu grupa de vârstă a mamei, nivelul educațional al

Fig.32 Greutate la naștere - histogramă



²⁹ Etichetele straturilor de vârstă reprezentate în figura 31 sunt simplificate în sensul că subiecții pentru care vârsta este egală cu valorile superioare ale intervalelor de vârstă sunt de fapt incluși în analiză în grupa de vârstă imediat următoare, ci nu din ambele grupe de vârstă delimitate de această valoare. Ex. un copil în vârstă de 3 luni face parte din grupa de vârstă 3-6 luni și nu din cea inferioară, similar unul de 6 luni în grupa de vârsta de 6-9 luni, șamd.

mamei, nivelul de venit al familiei, rangul sarcinii și nici măcar cu fumatul în cursul sarcinii – ceea ce vine să sprijine rezervele privind calitatea datelor privind fumatul.

Aceste estimate sunt, probabil, mai imprecise decât măsurătorile efectuate în studiul IOMC și UNICEF, care atrăgea atenția asupra deficiențelor nutriționale existente la nou-născut, apreciind că: la nivel național, greutatea medie la naștere este constant mai redusă la fete la care se situează între 3100 - 3150 g, iar la băieți situată este între 3230 - 3270 g; aceste valori sunt inferioare mediei pentru țările Europei de Vest³⁰.

3.3. Alăptarea, înțarcarea

Cea mai mare parte a nou-născuților (93,7%) au beneficiat de alăptare la sân, dar 6,3% dintre bebeluși nu au ajuns sugă lapte matern. Ponderea sugarilor alaptati la sân, pentru o durată variabilă de timp, este comparabilă cu cele estimate în alte studii efectuate în România: 92,2% 88% (SSR, 2004) și (IOMC-UNICEF, 2005). Conform furnizorilor de servicii, *“cele care nu alăptează au venit din maternitate cu biberonul deja introdus, deși mamele stau cu copiii în aceeași cameră”*.

Aproape jumătate din acești copii care primesc lapte matern (47,7%) au fost puși la sân pentru prima dată în primele 6 ore de la naștere (fig. 33). Încă un sfert din copii au început alimentația la sân la 6 - 12 ore de la naștere. Nu sunt de neglijat cei 15% care au fost puși la sân la peste 24 ore după naștere. Organizația Mondială a Sănătății recomandă începerea alăptării în prima oră după naștere.

Fig.33 Momentul inițierii alăptării (număr de ore de la naștere)

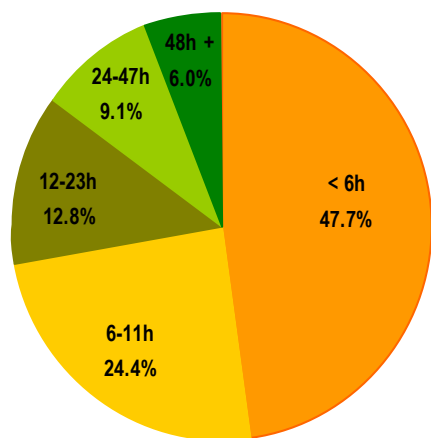
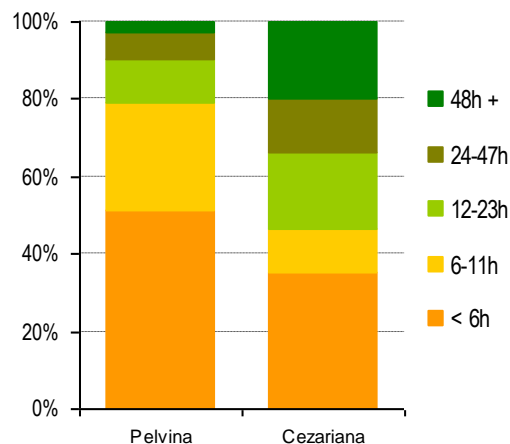


Fig.34 Momentul inițierii alăptării după tipul nașterii



Din discuțiile în focus grupuri, era previzibil faptul că nou-născuții prin cezariană sunt dezavantajați în privința inițierii precoce a alăptării la sân, așa cum se și constată din figura 34. Spre exemplu, inițierea alăptării la sân s-a făcut în primele 6 ore postpartum: la unu din doi copii în cazul nașterii pe cale naturală și unu din trei copii în cazul nașterii prin cezariană. Conform UNICEF după cezariană se recomandă ca mama să alăpteze în primele 30 de minute după ce este capabilă să reacționeze.

³⁰ Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului prof. dr. „Alfred Rusescu”, UNICEF - Reprezentanța în România, Statusul nutrițional al copiilor în vârstă de până la 5 ani: România – 2005; București: MarLink, 2006; pg:44.

Din datele reprezentate în figura 35 se observă că o bună parte din mame renunță la alimentația exclusiv bazată pe lapte matern destul de devreme după naștere. Astfel, aproximativ 40% dintre bebeluși au fost alimentați exclusiv la sân până la vârsta de trei luni și încă circa 33% sunt alimentați doar cu lapte matern până la 6 luni de viață. Conform mamei, 4,5% dintre copii mai sunt hrăniți exclusiv cu lapte matern dincolo de 12 luni de viață (până la maximum 20 luni).

Organizația Mondială a Sănătății recomandă alimentație exclusivă cu lapte de mamă în primele 6 luni de viață. În eșantionul nostru, peste jumătate dintre sugari au fost înțărcați înaintea împlinirii vârstei de 6 luni: 33% la cel mult 3 luni și încă 22% la 4-6 luni de viață.

Fig.35 Alimentație exclusivă la sân (luni)

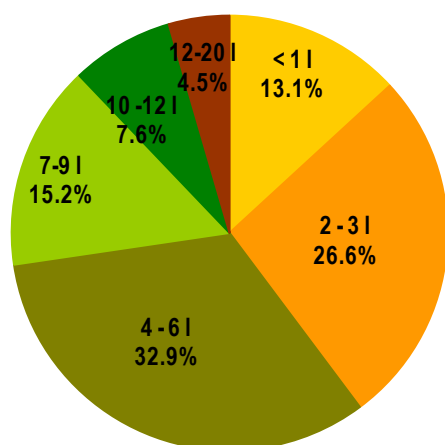


Fig.36 Înțărcarea (luni)

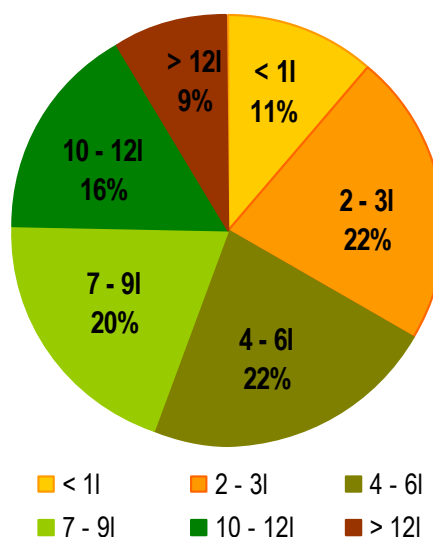
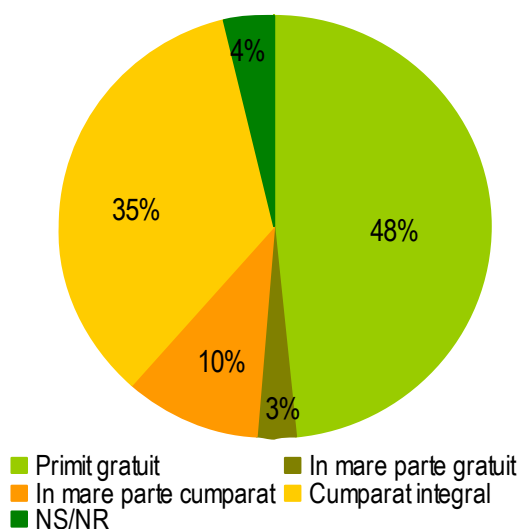


Fig.37 Surse de procurare a laptelui praf tip formula



Înțărcarea pare că se face de regulă după o perioadă de tranziție cu alimentație mixtă, în care laptele de mamă este cel mai frecvent complementat cu lapte de vacă, în accepțiunea asistenților medicali. Mamele afirmă în schimb că:

- pentru complementarea (inițial) și înlocuirea (în final) a laptelui matern, au recurs cel mai frecvent la lapte praf - formula pentru sugari (42,5 %, 168 cazuri). Circa jumătate au afirmat că și-au procurat laptele praf formula în mod gratuit, deci prin programul național (fig.37) iar furnizorii de servicii au afirmat că unele primării nu se îngrijesc de procurarea laptelui praf distribuit prin programul național;
- a doua cea mai frecventă menționată opțiune pentru înlocuirea laptelui matern

este laptele de vacă (30%, 119 cazuri), soluție de altfel ieftină și ușor accesibilă femeilor din

mediul rural. Datele disponibile arată că preferințele femeilor pentru anumite tipuri de lapte nu par să depindă de nivelul de venit al familiei.

Analizele efectuate în 2005 pe un eșantion național acoperitor pentru toată populația (urban și rural) arătau că: *prevalența copiilor înțărcați era de 40,7% la vârsta de trei luni*, de 63,1% la 6 luni și de 87% la 12 luni³⁰. Se pare că prevalența alăptării exclusive în România a înregistrat un declin în ultimele două decenii. Același studiu menționa că *”în 1991, peste 90% dintre sugari erau alăptați pe o perioadă mai mare de 9 luni; în același timp, la 50% dintre copii laptele de vacă era introdus înainte de 6 luni” și că în 2004 “doar 16% dintre copiii cu vârsta între 0 și 5 luni au fost alăptați exclusiv”*.

Motivele cele mai frecvent invocate de către mamele chestionate în justificarea introducerii altori lăpturi sunt, în ordinea descrescătoare a frecvenței: cantitatea insuficientă de lapte (73%), refuzul sugarului de a se alimenta la sân (13%), îmbolnăvirea mamei (6,7%).

În schimb, conform participanților la focus grupuri, durata relativ mică a alăptării la sân la mare parte din sugari s-ar putea explica prin faptul că o concepție destul de răspândită în rândul femeilor este că *”laptele de mamă nu mai este bun după o anumită vârstă (n.a.: a copilului)”*. *“De multe ori mamele înțarcă copilul din proprie inițiativă chiar dacă au lapte; alteori o fac și din comoditate sau din rațiuni estetice”*. Se pare că *“majoritatea femeilor vin și cer lapte praf pentru că nu mai vor să alăpteze (să nu depindă de copil); din zece gravide dacă alăptează două până la un an; peste un an, doar excepțional”, mai și “greșesc prepararea laptelui praf, nu respectă măsurile la lapte”*.

În materie de tehnica alăptării la sân, unii furnizorii au apreciat că *“mamelor nu li se explică nici în spital importanța pauzei de noapte”, iar acasă, “majoritatea femeilor nu fac pauza de 2 1/2 – 3 ore dintre mese, deși asistentele sfătuiesc mamele să le dea ceai/apă între mese - concepții ce nu concordă de altfel cu recomandările internaționale la zi.*

3.4. Diversificarea alimentației

În discuțiile cu medicii de familie și cu asistenții medicali s-a subliniat că modul incorect de realizare a diversificării alimentației copilului constituie o problemă destul de larg răspândită.

Datele arată că introducerea alimentelor noi în alimentația copilului nu urmează nici o regulă, este practic atât de haotică de parcă nu ar exista recomandări de bună practică în acest domeniu, după cum se poate observa din tabelul 5. Spre exemplu, gălbenușul de ou și brânza de vaci sunt introduse în alimentația copilului începând cu luna a 5-a (minimă) și până în luna a 12-a de viață, pe un interval cu durata de 7 luni. Mamele consideră în mod greșit că albușul de ou trebuie introdus mai devreme de 12 luni de viață.

Dintre deficiențele legate de diversificarea alimentației ce au fost punctate de către furnizorii de servicii merită menționate următoarele aspecte: *“Diversificarea alimentației se face foarte repede (pe la 2 luni) deoarece copiii se constipă de la ceaiul de colici; apoi intervine și soacra sau mama care a crescut copii și știe să crească: unele dau copilului și mâncare gătită de la 4-5 luni”* în condițiile în care majoritatea *“folosesc pentru gătit untură nu uleiul.”* *“Asistentul medical comunitar (AMC) discută cu mama și familia; deși de față cu AMC-ul mamele ascultă aparent, cum pleacă AMC-ul soacra revine și o determină să revină asupra deciziei și obiceiurilor alimentare; mai mult, a fost un caz în care soacra a făcut demersuri de a schimba medicul de familie care încerca să informeze mama cum să facă o diversificare corectă.”*

Tabel. 5 Diversificarea alimentației (luni)

	Medie	95%IC		Mediana	Minimă	Maximă	Max – Min
		Lim.inf	Lim.sup.				
Suc fructe	5.5	5.0	6.0	6	3	7	4
Compot/ piure fructe	5.9	5.5	6.4	6	4	8	4
Supă legume	5.9	5.9	6.4	6	4	7	3
Cereale fără gluten	6.1	5.5	6.7	6	4	9	5
Cereale cu gluten	6.8	5.7	8.0	6	5	14	9
Brânză vaci	6.5	5.7	7.3	6	5	12	7
Carne	7.9	6.6	9.1	7	5	14	9
Galbenuş ou	8.0	6.9	9.1	8	5	12	7
Albuş ou	7.8	6.6	9.0	7	6	12	6
Mâncarea adultului	9.2	9.2	10.7	8	6	15	9

Din datele disponibile pare că mamele țin, în general, cont de tipul de sare folosit pentru prepararea alimentelor copilului, majoritatea afirmând că au folosit doar sare iodată pentru gătit, dar calitatea datelor nu permite formularea unei concluzii ferme pe această temă.

Este evident că variabilitatea extrem de mare a practicilor în materie de diversificarea alimentației sugarului impune eforturi substanțiale pentru promovarea unor practici cât mai corecte în alimentației copilului mic.

3.5. Gradul de pregătire a mamei/familiei pentru îngrijirea copilului

S-a dorit evaluarea gradului de pregătire a mamelor pentru a îngriji corect copilul; s-a recurs la analiza parametrilor prezentați mai jos.

3.5.1. Semne și simptome de alarmă. Cele 395 de mame au fost solicitate să aleagă dintr-o listă de semne sau simptome ale copilului pe cele care le-ar îngrijora atât de tare încât să le determine să ducă imediat copilul la medic. Frecvențele răspunsurilor pozitive sunt prezentate în tabelul 6 demonstrează deficitul informațional al mamicilor pe teme importante legate de creșterea și îngrijirea copilului mic și foarte mic.

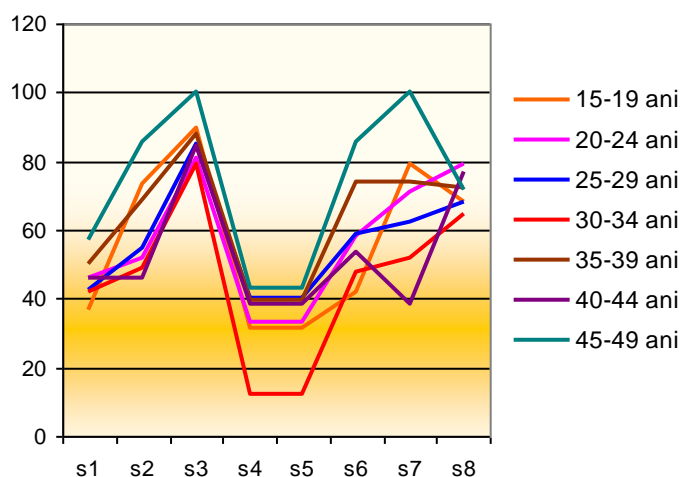
Tabel 6. Percepția mamelor privind semnele și simptomele de alarmă la copilul sub 2 ani (% mame alertate)

Semne/simptome (s1-s8)	No.	%
s1. Nu poate suge/bea lichide	174	43,9
s2. Plânge fără motive, îndelungat	222	56,1
s3. Febră	331	83,6
s4. Respiră frecvent, dificil și/sau şuierat	239	60,5
s5. Bătăi ale aripilor nasului	127	32,1
s6. Înghite cu dificultate	229	57,8
s7. Diaree/scaun moale	276	69,7
s8. Sânge în scaun	276	69,7

Spre exemplu, se constată că prezența anumitor simptome destul de severe precum “sânge în scaun” ar alerta doar 7 din 10 mame.

Dintre factorii ce par a influența atitudinea mamei sunt de menționat vârsta copilului și rangul copilului. Pentru același simptom, mamele de copii mai mici tind să fie mai adesea alertate decât cele cu copii mai mari de 1 an și cu cât rangul copilului este mai mic.

Fig.38 Ponderea mamelor alertate de simptomele s1- s8 după grupa de vârstă



Pe de altă parte, dacă pentru cele 8 semne/ simptome (notate prin s1 - s8) în tabelul 6 se analizează frecvența cu care se alertează femeile în funcție de grupa de vârstă a mamei, se constată că nu există un gradient clar legat de vârstă. Asta înseamnă că vârsta nu este un predictor al capacității mamei de a răspunde eficace riscurilor la care este expus copilul ei. Doar anumite semne sau simptome cu potențial mai mare de alertare a mamelor.

Se poate deduce că astfel reacții se bazează de minusuri informaționale ale mamelor ce au rămas practic neacoperite de consiliere sau de vreo campanie de informare și, în lipsa unor intervenții eficace, riscă să se transmită prin

contaminare de la o generație la alta, mai ales în mediul rural. Este de dorit ca o analiză profundă a nevoilor de informație ale femeii să stea la baza intervențiilor de formare a asistenților medicali sau a altor furnizori de servicii astfel încât să vină optimal în întâmpinarea nevoilor beneficiarelor, a deficiențelor existente.

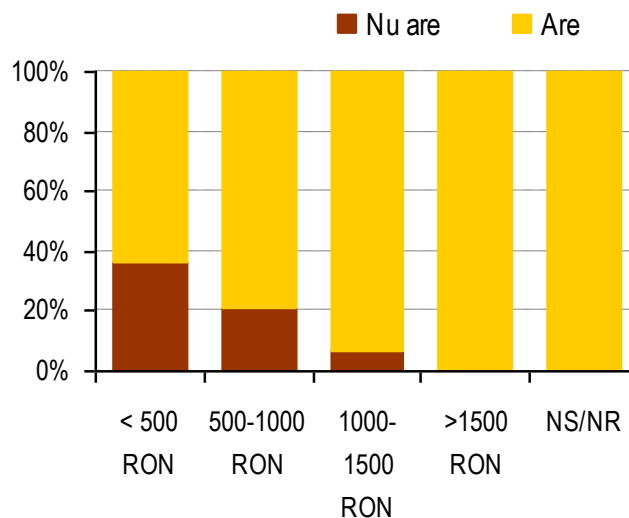
3.5.2. Disponibilitatea unui termometru medical. S-a încercat evaluarea gradului de pregătire

a mamei, în fond al gospodăriei din care ea face parte, pentru a răspunde unor patologii manifestate printr-un puseu febril apărut la copil. S-a ales un indicator foarte simplu și ușor de măsurat. Astfel, mamele au fost întrebate dacă dețin un termometru medical în casă iar rezultatele obținute la analiza acestei variabile sunt foarte informative. Mamele au declarat că :

- aveau termometru – în 76,6% din cazuri (302 mame);
- nu aveau termometru – în 21,5% din cazuri (85 mame);
- informație absentă (NS/NR) – în 2,3% din cazuri (9 mame).

Acest parametru pare a se corela direct cu venitul familiei, așa încât este mai probabilă absența unui aibă termometru

Fig 39. Disponibilitatea unui termometru în casă funcție de venitul familial



medical în casă familiilor relativ mai sărace (fig. 39).

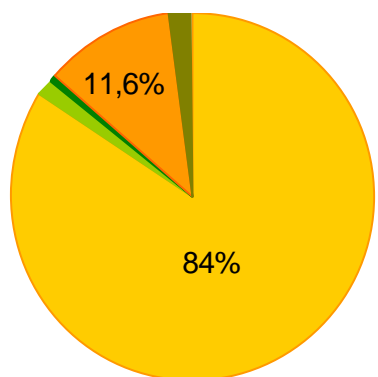
3.5.3. Condiții de igienă individuală. Una din întrebările incluse în chestionar a fost: “ Vi s-a întâmplat să nu vă spălați pe mâini cu apa și săpun înainte de a alăpta/hrăni copilul sau a-i prepara hrana?”, cu trei alternative de răspuns: “da”, “nu” și “nu știu/nu răspund”. Ar fi fost poate de așteptat o predominanță absolută a răspunsurilor de tip “nu”, fie pentru că mamele respectă această condiție igienică, fie pentru că s-ar ascunde nerespectarea ei. În mod destul de neașteptat, 39% dintre femei (154) au admis cu sinceritate că li s-a întâmplat acest lucru. Rata non-răspunsurilor a fost relativ mică, de doar 21 de cazuri (5,6%).

3.6. Intervenții preventive și monitorizarea copilului mic

3.6.1. Combaterea anemiei și rahismului. UNICEF Romania aprecia în 2005 că două treimi dintre copiii de 1–2 ani de la sate au un nivel al hemoglobinemiei (Hb) sub 11g/dl. Cu cât “nivelul de educație a mamei este mai ridicat, cu atât media și mediana hemoglobinei sunt mai crescute”: 66% din copiii mamelor cu mai puțin de 5 clase fiind anemici, iar aproape o cincime dintre aceștia au anemie gravă (Hb < 9g/dl). “Totodată, copiii mamelor cu mulți copii sunt mai frecvent anemici: la 1–2 ani prevalența.” O concluzie importantă era că în România anulului 2005 “nu s-a produs încă un efect pozitiv al creșterii economice și al reformei din sistemul de sănătate asupra morbidității prin deficit de fier” în ciuda existenței unor programe naționale de suplimentare gratuită pentru sugar și gravidă, fapt ce “ridică problema eficacității acestor intervenții”.

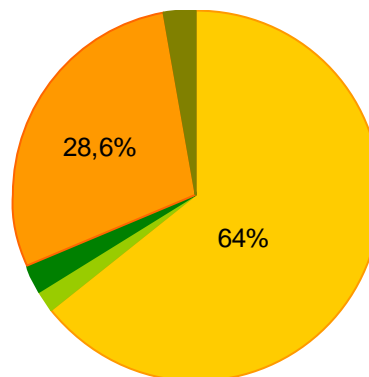
În figurile 40 și 41 sunt prezentate informații privind măsurile de prevenție a rahismului și a anemiei la copii, așa cum rezultă din declarațiile mamelor. Prevenirea anemiei s-a făcut la 66,8% dintre copiii 0-2 ani, iar prevenirea rahismului prin administrarea de vitamina D s-a realizat la circa 84,6% dintre aceștia, preponderent ca urmare a unei recomandări medicale.

Fig.40. Administrare vit. D



■ Recomandat, administrat
■ Recomandat, neadministrat
■ Nerecomandat, administrat
■ Nerecomandat, neadministrat
■ NS/NR

Fig.41 Administrare suplim. Fe



■ Recomandat, administrat
■ Recomandat, neadministrat
■ Nerecomandat, administrat
■ Nerecomandat, neadministrat
■ NS/NR

Gradul de compleanță la recomandările medicului vis-a-vis de administrarea vitaminei D și a suplimentelor de fier la copil este destul de bună și, ca urmare, ponderea cazurilor

necompleante la indicatiile medicului în cele doua cazuri fiind redusă. Nici autoadministrarea celor două medicații nu lipsește, dar aceasta reprezintă sub 2% din total eșantion.

Furnizorii de servicii considerau că:

- *“Daca medicul de familie prescrie preparate de fier mămicile ascultă și se duc la farmacie și își cumpără”*;
- *“Vigantol-ul³¹ nu se mai dă din maternitate” și poate de aceea ‘majoritatea femeilor nu știu ce e Vigantolul, cum și cât trebuie să administrat’*;
- *“Prin programului național de la DSP nu se acoperă toată populația, dar se poate da gratuit pe rețetă și atunci mama trebuie să se ducă la farmacie cu rețeta”*.

3.6.2. Vaccinarea. Studiului arată că 24 din 395 de copii au fost în situația de a pierde o rundă de vaccinare, dar majoritatea informațiilor privind vaccinarea copilului 0-2 ani sunt mai ales de natura calitativă.

Din discuțiile în cadrul focus grupurilor s-au extras idei importante:

- *“Unele mămici refuză vaccinarea datorită religiei (exemplu, așa i s-a spus mamei la o mânăstire) deși se duce să nască la spital.”*
- *“Până acum nu au fost cazuri de difterie, tetanos, dar au fost cazuri de TBC la un copil sub un an”*;
- Furnizorii de servicii afirmă că sunt proactivi și fac eforturi pentru a asigura o acoperire vaccinală optimală mai ales că *“acum, cei care vin din maternitate nu mai vin cu BCG-ul făcut”, ‘asistentele și medicii de familie sunt informați de la maternitate dacă se efectuează BCG-ul; în situațiile în care BGC-ul nu se face (copil în greutate sub 2 kg în maternitate) medicul de familie este informat.’*;
- Medicii de familie s-au declarat extrem de nemulțumiti de episoadele recente de discontinuitate în asigurarea vaccinurilor necesare sugarului (ex. vaccin anti TBC) și au tras un semnal de alarmă asupra riscurilor pentru sănătate generate de acestea.

3.6.3. Vizitele la domiciliul copilului

constituie pentru furnizorii de servicii o oportunitate de consiliere a mamei și familiei apropiate în legătură cu creșterea și îngrijirea copilului mic.

Gradul de acoperire a populației țintă cu vizite la domiciliu este foarte probabil influențat de factori multipli, de la mărimea comunității, relief mărimea populației arondate și până la factori ce tin de furnizorul de servicii.

- În ciuda programului încărcat, medicii de familie par să-și facă timp să viziteze copilul la domiciliul acestuia măcar o dată. Conform mamei, 79% din copii au fost vizitati de medic.
- Și asistenta medicului de familie contribuie în bună măsură la monitorizarea copilului. Sub rezerva că nu în toate comunitățile de reședință ale mamelor incluse în studiu există asistenți medicali comunitari, se pare că asistenții medicali comunitari sunt în general foarte eficiente.

Tabel 7. Vizita la domiciliu în funcției de furnizorul de servicii

	Total		DJ		VL	
	no.	%	no.	%	no.	%
Medic. fam.	313	79	194	77	119	83
As. MF	230	58	153	61	77	53
AMC	190	48	130	52	60	42

³¹ Produs de vitamina D.

- Cadrele medii din Dolj par să performeze ceva mai bine decât colegii lor din județul Vâlcea, în timp ce situația pare a fi inversată în cazul medicilor.

4. Discuții și concluzii

Cercetarea cantitativă a investigat atitudini, percepții și practici ale mamelor cu copii sub 2 ani, rezidente în mediul rural din cele două județe, privind aspectele cheie ale sănătății și nutriției acestor două populații de interes. Intenția a fost aceea de a colecta dovezi care să fundamenteze o mai bună înțelegere a situației și de a permite modelarea, în funcție de nevoile și realitățile din teren, a viitoarelor intervenții planificate în cadrul proiectului World Vision. În completarea datelor de tip cantitativ au fost aduse și valoroase informații de tip calitativ, colectate de la furnizorii de servicii medicale și sociale (medici de familie, asistenți medicali ai medicului de familie și asistenți medicali comunitari). Raportul s-a bazat în principal pe datele cantitative, dar ori de câte ori a fost necesar și posibil, acestea au fost coroborate și cu informațiile de natură calitativă obținute din focus grupuri.

Anchetele populaționale au, în general, atât avantaje cât și dezavantaje specifice bine documentate în literatura de specialitate, iar rezultatele obținute, deși extrem de valoroase din punct de vedere programatic, trebuie întotdeauna interpretate cu grijă, având în vedere limitele inerente unei astfel de cercetări epidemiologice. Am ales ca în cele ce urmează să punctăm avantajele cheie, dar și limitele principale.

Astfel, studiul se bazează pe un eșantion destul de important și, cel puțin teoretic, modul de selecție (eșantionare) al acestuia ar trebui să îi poată oferi o bună reprezentativitate pentru populația sursă. Reprezentativitatea la nivel național nu poate fi garantată. Rata de răspuns destul de bună constituie un avantaj evident al studiului. Metoda de cercetare cantitativă aplicată furnizează doar informații cu caracter descriptiv, fără a permite furnizarea unor dovezi cu caracter explicativ privind eventualele relații de tip cauză-efect. În contextul costurilor relative reduse ale unei astfel de anchete, studiile transversale își potențiază valoarea când sunt repetate la anumite intervale de timp, după aceeași metodologie. O limitare importantă a rezultatelor obținute poate fi legată de acuratețea datelor ce este influențată de însăși metoda de colectare a datelor, metoda care se bazează pe autoraportare. În acest caz se pot întâlni, cel puțin în teorie, răspunsuri intenționat modificate, distorsiuni de memorie sau insuficientă înțelegere a întrebărilor de către respondente. Și agenții de colectare a datelor, operatorii de interviu, pot influența modul de raportare a respondenților la chestionarul aplicat prin chiar rolul acestora în comunitatea respectivă, gradul de familiaritate cu tema în cauză sau prin gradul lor de implicare. Formarea preliminară a acestora este importantă dar nu poate suplini lipsa de experiență semnificativă în astfel de activități și nici nu poate nivela eventualele influențe aduse de profilul ocupațional al acestora, gradul de implicare, volumul de muncă necesar sau de alți factori relevanți. Anumii parametri precum cei ce țin de statusul socio-economic, deși importanți, sunt destul de greu de cuantificat și măsurat într-o anchetă centrată pe aspecte de sănătate.

Aspectele cele mai importante puse în lumină de acest studiu sunt prezentate în cele ce urmează.

- Stratificarea eșantionului studiat în funcție de județul de rezidență arată că sub-grupurile județene nu sunt total comparabile din punctul de vedere al caracteristicilor socio-demografice, în general eșantionul femeilor din Vâlcea având parametri ceva mai favorabili (ex. nivel educațional și ocupație, venit familial, condiții de locuit).
- S-a constatat o posibilă modificare inter-generațională a comportamentului reproductiv al tinerelor femei din mediul rural, în sensul că femeile din generațiile mai tinere (15-24 ani) par a fi mai înclinate să aibă mai mulți copii decât cohorțele mai mature. Numărul mediu de

nașteri per femeie inclusă în eșantion este semnificativ mai mare în Dolj decât în Vâlcea. Din coroborarea informațiilor cantitative cu cele calitative, se pare că femeile cu un statut socio-economic mai scăzut sunt mai înclinate să facă mai mulți copii, eventual și din cauza faptului că astfel își asigură un venit familial suplimentar. Totuși, această posibilă concluzie trebuie privită cu grijă, iar factorii ce influențează comportamentul reproductiv în funcție de statusul socio-economic ar merita investigați în detaliu în viitor.

- Cel mai frecvent (67%), apa folosită în gospodărie pentru gătit și băut este apă fântână/puț, într-o zonă recunoscută ca având una din cele mai mari încărcări cu nitrați din Europa. Doar trei din zece dintre femei au afirmat că au primit informații privind calitatea apei pe care o folosesc pentru prepararea hranei copilului lor (ex. privind încărcarea cu nitrați) de la furnizorii de servicii medicale sau de la alt personal al primăriei. Doar una din zece gospodării în care trăiesc mamele cu copii 0-2 ani beneficiază de toaletă în interiorul locuinței, restul gospodăriilor având doar latrină.
- Circa șapte din zece gravide au declarat că au fost luate în evidență în primul trimestru de sarcină și încă două din zece femei au ajuns la medicul de familie în trimestrul al doilea de sarcină. Adresabilitatea la medicul de familie în primul trimestru de sarcină este ceva mai bună în județul Vâlcea decât în Dolj, dar Dolj-ul recuperează în trimestrul doi de sarcină, așa încât ponderea femeilor luate în evidență în primele două trimestre de sarcină ajunge să fie comparabilă în cele două județe la finele trimestrului doi (92%). Luarea în evidență precoce este cu atât mai bună cu cât este vorba de prima sau a doua sarcină, cu cât vârsta femeii la momentul nașterii este mai mare și cu cât venitul familial lunar este mai ridicat.

Cele mai invocate motive pentru luarea în evidență mai tardiv au fost: faptul că nu a știut că este gravidă, lipsa de timp, faptul că nu a știut că trebuie să se prezinte la medic și lipsa resurselor financiare.

- Conform propriilor raportări, pe toată durata sarcinii, mamele au beneficiat în medie de circa 6 consultații/gravidă. Numărul mediu de consultații prenatale pare a fi mai bun la femeile cu nivel educațional mai ridicat și relativ mai mic în Dolj decât în Vâlcea. Informațiile calitative arată că asistenții medicali comunitari constituie o verigă extrem de importantă în realizarea activităților în teren (*outreach*) și în asigurarea legăturii mai strânse dintre sectorul medical și beneficiarii săi vulnerabili, cu rezultate foarte bune pentru individ și comunitate din perspectiva indicatorilor privind sănătatea mamei și copilului, efect demonstrat într-un studiu efectuat în județul Dolj în 2008.
- În percepția persoanelor intervievate, ponderea femeilor consiliate de către personalul medical privind aspectele cheie ale sarcinii și alăptarea copilului mic pare a fi suboptimală, mai ales la femeile mai tinere care sunt și cele mai vulnerabile la eventualele influențe negative din partea familiei/anturajului imediat. Faptul că femeile mai în vârstă clamează în mai mică măsură că nu au fost consiliate (ex. pe tema alăptării) poate fi pus pe seama experienței acumulate în sarcinile anterioare sau încrederii mai mari în sine și propriile acțiuni, ceea ce diminuează nevoia aparentă de informații.

S-au detectat unele diferențe între sub-populațiile dintre cele două județe, în sensul că județul Dolj pare că performează ceva mai bine în materie de consiliere privind alăptarea și îngrijirea nou-născutului, în timp ce femeile din Vâlcea raportează mai frecvent că li s-a vorbit despre vaccinările necesare în sarcină. Chiar dacă diferențele nu sunt foarte mari, această informație poate fi indicativă pentru posibile variații în practica medicală a profesioniștilor dintr-un județ sau altul, iar o astfel de eventualitate merită să nu fie neglijată și eventual investigată mai departe. Este posibil ca factori subiectivi precum percepțiile individuale și memoria femeii să contribuie la această imagine.

- Majoritatea gravidelor au fost investigate clinic (ex. 96% măsurarea tensiunii arteriale, 88% examen ginecologic), paraclinic (ex. examen de sânge 89%) și imagistic (ecografice 87%), fie în ambulator, fie în mediu spitalicesc. Deși au asigurare medicală prin efectul legii, opt din zece mame au declarat că au plătit teste hematologice în prenatal. Aceste plăți pot influența negativ compleanța femeii la monitorizarea corectă a sarcinii.
- Din informațiile calitative colectate privind diagnosticul și tratamentul anemiei la gravidă această patologie constituie o realitate care pune probleme în practica de zi cu zi mai ales și din perspectiva compleanței gravidelor la tratamentul indicat. Prevenirea anemiei la gravide constituie o problema de sănătate publică ce nu trebuie neglijată.
- Nașterea se realizează doar excepțional în afara mediului spitalicesc, iar în cazurile excepționale în care femeile care au născut la domiciliu/la dispensar, acestea afirmă că au fost asistate de un cadru medical mediu.

Două din zece femei din mediul rural au născut prin cezariană; probabilitatea de a naște prin cezariană este direct corelată cu vârsta gravidei la naștere și mai ales cu nivelul venitului familial lunar și invers corelată cu rangul sarcinii. Probabilitatea de a naște prin cezariană este de 2,6 ori mai mare în grupa femeilor cu venit familial lunar peste 1500 RON/ lună comparativ cu grupa femeilor provenind din familii mai puțin înstărite (sub 500 RON/lună). Studiul cantitativ nu permite calcularea frecvenței cezarienei electivă, dar datele calitative indică o mare preferință a femeilor pentru acest gen de naștere. De aici derivă importanța consilierii gravidei privind riscurile și dezavantajele nașterii prin cezariană în cazurile ce optează pentru cezariană electivă, dar și monitorizarea acestui parametru în serviciile de obstetrică.

- Prevalența utilizării contracepției arată că programul național de planificare familială a produs o modificare favorabilă și aparent sustenabilă a comportamentului reproductiv la femeile din mediul rural. Frecvența utilizării metodelor contraceptive în scopul prevenirii sarcinilor nedorite este mare în eșantionul studiat raportat la evaluările efectuate la nivel național în anul 2004, progresul fiind mai mare în cazul utilizării contracepției moderne. Prevalența utilizării contraceptivelor moderne în mediu rural care reiese din acest studiu depășește rata observată în mediu urban din 2004. Această evoluție poate fi considerată un succes în materie de schimbare a comportamentului reproductiv al femeilor din rural ca urmare a derulării programului național de planificare familială. Recomandarea este de a continua susținerea programului național, mai ales asigurarea disponibilității contraceptivelor gratuite la nivelul medicului de familie și încurajarea furnizorilor să rămână în program, mai ales în contextul problemelor financiare cu care se confruntă populația în perioada de criză pentru a preveni declinul indicatorilor de impact ai programului după o perioadă de ameliorare evidentă.
- Prima alăptare a nou născutului este destul de întârziată, mai ales la copiii născuți prin cezariană, contrar recomandărilor OMS și UNICEF. Doar circa patru din zece bebeluși au fost alimentați exclusiv la sân până la vârsta de trei luni și încă circa trei din zece mai sunt alimentați doar cu lapte matern până la 6 luni de viață. Acest fenomen pare a fi în mare parte atribuit percepțiilor greșite ale femeilor privind calitatea laptelui matern, și/sau tehnicilor deficitare de alăptare și deficiențelor încă prezente în promovarea alăptării la sân, inclusiv în maternități. Patru din zece mame au afirmat că au recurs cel mai frecvent la lapte praf formula pentru sugari pentru complementarea (alimentația mixtă) și înlocuirea a laptelui matern după înțarcare, în mare parte procurat exclusiv gratuit prin programul național (48%), Mamele folosesc frecvent laptele de vacă pentru alimentația copilului sub 1 an. Furnizorii de servicii au afirmat că unele primării nu se îngrijesc de procurarea laptelui praf distribuit prin

programul național, ceea ce scade accesul copiilor eligibili la o alimentație adecvată statusului lor nutrițional.

- Cel mai frecvent mamele au primit informații privind alăptarea copilului de la: medicul de familie, urmat de asistentul medicului de familie și de asistentul medical comunitar. Furnizorii de servicii se declară nemulțumiți de influența anturajului familial imediat (mama și/sau soacra) asupra comportamentului femeii din cauza practicilor nesănătoase impuse/promovate de către acestea, atât în materie de alăptare cât și în ceea ce privește diversificarea alimentației copilului. Aceștia au afirmat că alăptarea nu este sistematic încurajată în maternitate.
- Domeniul poate cel mai deficitar în materie de îngrijire a copilului sub 2 ani pare a fi cel legat de practicile în diversificarea alimentației. Lipsa unor răspunsuri la întrebările din această categorie face ca aceste date să fie de o calitate ceva mai slabă. În orice caz, se constată diferențe marcate între vârsta minimă și cea maximă (în luni) la care sunt introduse în alimentația copilului diverse alimente noi (chiar și de 9 luni). Mâncarea adultului este introdusă în medie la 9,2 luni, iar vârsta cea mai mică raportată de mame a fost de 6 luni. Aceste date concordă cu informațiile primite de la furnizorii de servicii, mai ales de la asistenții medicali comunitari și de asistenții medicului de familie, care au punctat o serie de deficiențe importante, inclusiv introducerea precoce a alimentației pregătite pentru adult în hrana copilului mic chiar și la 4-5 luni. Studiul a investigat practicile și nu cunoștințele femeilor, de aceea nu este clar dacă femeile știu când/cum trebuie realizată diversificarea corectă și transpun defectuos în practică aceste cunoștințe, spre exemplu din motive economice, sau dacă factorul determinant este lipsa cunoștințelor adecvate. Oricare ar fi situația, consilierea susținută a femeii și eventual a factorilor influențiali din familia acesteia este extrem de importantă.
- Un alt aspect îngrijorător este legat de gradul de recunoaștere de către mame a semnelor/simptomelor de alarmă la copil ce ar putea impune un consult medical. Studiul indică un deficit informațional important al mamelor pe teme majore legate de creșterea și îngrijirea copilului mic și foarte mic. S-a constatat, spre exemplu, că prezența unor hemoragii digestive exprimate prin "sânge în scaun" nu alertează decât șapte din zece mame. Mamele par că se alertează mai ușor în cazul copiilor mai mici (mai ales sub un an), iar vârsta femeii nu pare a fi un predictor al capacității ei de a răspunde eficace riscurilor vitale la care poate fi expus copilul ei în condițiile unor patologii acute.
- Din discuțiile în focus grupuri transpare importanța asigurării produselor cu regim de gratuitate care sunt menite să prevină unele afecțiuni tipice în pre- și post-natal la mamă și/sau copil (ex. anemie, rahitism) care sunt, de altfel, intervenții preventive ale căror eficiență și eficacitate au fost de mult timp demonstrate pe plan național și mondial. Având în vedere perioada dificilă pe care o tranzităm din punct de vedere economic este necesar ca aceste intervenții preventive să nu fie expuse economiilor bugetare și aceste produse (suplimente de fier și vitamina D) să fie nu doar gratuite, dar și accesibile populației țintă. Un semnal de alarmă ar trebui tras în ceea ce privește vaccinarea adecvată a copilului mic. De exemplu, vaccinul BCG a lipsit o perioadă din 2010 în maternitățile din cele două județe și chiar dacă s-a încercat compensarea prin vaccinarea în teritoriu de către medicii de familie în astfel de cazuri există riscul ca unii sugari să rămână nevaccinați.
- Asistenții medicali comunitari constituie un capital uman extrem de important căroro autoritățile locale responsabile trebuie să le asigure locul și rolul cuvenit prin prisma beneficiilor pe care aceștia le aduc sau le pot aduce sănătății comunității în care își desfășoară activitatea. Activitatea acestora are nevoie de un real și durabil sprijin din

partea autorităților locale (primării). Chiar dacă modul de finanțare a acestora cade direct sau indirect în responsabilitatea primăriilor, este foarte important ca rolul de coordonare tehnică asigurat de direcțiile de sănătate publică să fie păstrat.

Putem concluziona că studiul aduce informații variate, inedite și interesante privind populația rurală din cele două județe, ce pot constitui instrumente utile pentru decidenții și profesioniștii din sectorul sanitar și pentru autorităților locale, în vederea alegerii celor mai bune abordări în materie de asigurare și promovare a sănătății populației prin alocarea corespunzătoare a resurselor necesare și monitorizarea atingerii obiectivelor propuse. Există multiple și diverse probleme de sănătate a gravidei, mamei și copilului 0 – 2 ani care se pretează la intervenții din dezvoltate de sectorului neguvernamental, în parteneriat și în sprijinul sectorului public, mai ales în contextul provocărilor aduse de criza economico-financiară curentă. Studiul permite identificarea mix-ului optimal dintr-o paletă largă de intervenții la nivel comunitar (ex.: formarea - informarea personalului medical și nemedical implicat, campanii de informare, educare, comunicare a populației țintă, inclusiv a anturajului influențial pentru atitudinea și comportamentul mamei, activități de advocacy și lobby, monitorizare, evaluare și cercetare, parteneriate inter-institutionale la nivel regional sau local, etc.) care să asigure o ameliorare efectivă a situației, pe măsura gradului mare de prioritate pe care îl are sănătatea mamei și copilului mic pentru orice națiune responsabilă.