

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/307863453>

Semnele jocului problemă la adolescenți – Signs of game addiction at teenagers

Article · April 2015

CITATIONS

0

READS

3,531

2 authors:



Ramona Lupu

Babeş-Bolyai University

17 PUBLICATIONS 110 CITATIONS

SEE PROFILE



Viorel Lupu

Iuliu Hațieganu University of Medicine and Pharmacy Cluj Napoca

46 PUBLICATIONS 550 CITATIONS

SEE PROFILE

REVISTA DE MEDICINĂ ȘCOLARĂ ȘI UNIVERSITARĂ

Journal of School and University Medicine

Volumul II - Nr. 2 - Aprilie 2015

Sub egida
**SOCIETĂȚII MEDICILOR
DIN COLECTIVITĂȚILE
DE COPII ȘI TINERI**



REVISTA DE MEDICINĂ ȘCOLARĂ ȘI UNIVERSITARĂ

Volumul II – Nr. 2 – Aprilie 2015

Journal of School and University Medicine



REVISTA DE MEDICINĂ ȘCOLARĂ ȘI UNIVERSITARĂ

Volumul II – Nr. 2 – Aprilie 2015

Journal of School and University Medicine

Emisă de: Societatea Medicilor din Colectivitățile de Copii și Tineri

Cod de identificare ISSN 2392 – 8875

ISSN-L 2392 – 8344

Bucuresti, 25.04.2015

Adresa redacției: Aleea Băița nr. 1, Cluj-Napoca, județ Cluj

www.medicinascolara.ro

Contact: redactiarmsu@gmail.com

Coperta realizată de: Brudașcă Renata

Tehnoredactare și DTP: Prosperity Exprim SRL

Distribuție: Dr. Maria Zamfirache (București), Dr. Ștefania Vasilescu (București)

Colectiv de redacție

Redactor-șef: Conf. Dr. Aurelia Cordeanu
(UMF București)

Redactor-șefi adjuncți:

Conf. Dr. Călin Lazăr (UMF Cluj-Napoca),

Dr. Adriana Neghirlă (Tg. Mureș),

Dr. Ancuța Pinteș (Cluj-Napoca),

Dr. Cătălina Voinea (Craiova)

Membri:

Conf. Dr. Angela Butnariu (UMF Cluj-Napoca)

Conf. Dr. Valeria Laza (UMF Cluj-Napoca),

Conf. Dr. Gabriela Roman (UMF Cluj-Napoca),

Conf. Dr. Dana Manuela Sîrbu (UMF Cluj-Napoca),

Șef lucrări Dr. Claudia Bala (UMF Cluj-Napoca),

Șef lucrări Dr. Dan Ionuț Cosma

(UMF Cluj-Napoca),

Șef lucrări Dr. Tudor Pop (UMF Cluj-Napoca)

Șef lucrări Dr. Vincze Zoltan

(Universitatea Debrecen),

Asist. univ. Dr. Anca Elena Crăciun

(UMF Cluj-Napoca),

Dr. Cristiana Ciovică (Craiova)

Dr. Narcisa Dinică (Craiova),

Dr. Dorina Duma (Cluj-Napoca),

Dr. Gabriela Gânscă (Cluj-Napoca),

Dr. Liviana Ivănescu (Cluj-Napoca),

Dr. Ileana Mireștean (CSP Cluj-Napoca),

Dr. Rodica Nicolescu (INSP București),

Alexandra Opreș (masterand Franța),

Dr. Daniela Ostroveanu (Austria),

Dr. Cosmina Samoilă (CSP Cluj-Napoca)

Membri onorifici:

Prof. Dr. Oana Mărginean (Tg. Mureș),

Conf. Dr. Cristian Gheonea (Craiova),

Conf. Dr. Ileana Puiu (Craiova),

Dr. Alexandra Cucu (INSP București)

Colaboratori: Dr. Cornelia Amza (Franța), Dr. Marga

Bâlc (Cluj-Napoca), Dr. Bohacs Ildiko (Oradea),

Dr. Camelia Casapu (București), Dr. Natalia Cercel

(Drobeta Turnu-Severin), Dr. Gabriela Clement (Bu-

curești), Dr. Consuela Codreanu (Sibiu), Dr. Oana

Coriu (București) Dr. Corina Diaconescu (Craiova),

Dr. Cristina-Maria Geampalia-Gherghina (Craiova),

Dr. Cristina Mariș (Bistrița-Năsăud), Dr. Adina Ma-

tea (Arad), Dr. Liliana Mureșan (Bistrița-Năsăud), Dr.

Stanca Mureșan (Cluj-Napoca), Dr. Elena Olteanu

(București), Dr. Tatiana Opran (Craiova), Dr. Manuela

Pavel (București), Dr. Brândușa Radu (Târgoviște),

Dr. Gabriela Rus (Tg. Mureș), As. Iacobina Rus (Tg.

Mureș), Psih. Szallai Martin (Tg. Mureș), Dr. Felicia

Țândău (Cluj-Napoca), Dr. Zaira Zăbavă (Pitești)

Consultant engleză: Dr. Claudia Strâmbeanu

Responsabil proces de recenzie: Dr. Gabriela Brișan

Secretar de redacție: Dr. Kristina Moldovan

Secretar general de redacție: Dr. Daniela Rajka

Organizația emitentă:

„Societatea Medicilor din Colectivitățile de Copii și

Tineri“ – vicepreședinte Dr. Daniela Rajka, în parte-

neriat cu Asociația de Medicină Școlară Mureș – pre-

ședinte Dr. Adriana Neghirlă și Filiala Dolj a SMCCCT

– președinte Dr. Cătălina Voinea

– președinte Dr. Cătălina Voinea

Contact: redactiarmsu@gmail.com

Cuprins / Contents

ARTICOLE ȘTIINȚIFICE	5
<i>Studiu privind educația sexuală a adolescenților – A Study about Adolescents Sexual Education – Dr. Adriana Neghirlă, As. Iacobina Claudia Rus, Psih. Szalai Martin</i>	5
<i>Aspecte privind rolul școlii în nivelul activității fizice la copiii din zone urbane cu nivel socio-economic scăzut – Issues about the Role of School in Physical Activity Level in Children Living in Low Income Urban Neighborhoods – Dr. Rodica Nicolescu, Dr. Alexandra Cucu, Dr. Ciprian Ursu, Dr. Ileana Maria Mireștean, Dr. Ioana Anda Curta, Dr. Sorina Irimie, Dr. Camelia Clai, Dr. Mariana Malczyk, Dr. Milos Ion-Petru</i>	14
<i>Corelații între stilul de viață al femeii însărcinate și greutatea/lungimea nou-născutului – Correlations between the Lifestyle of Pregnant Women and Newborn`s Weight/Lenght – Roxana Maria Hadmaș, Conf. Dr. Monica Tarcea, Asist. Univ. Florina Daniela Ruța</i>	22
<i>Experimentul de tip ABAB cu un singur subiect în cercetarea clinică: elemente teoretice și aplicații – The ABAB single case experimental design in clinical research: theoretical issues and applications – Sebastian Pinte</i>	28
<i>Miopia la copil – etiopatogeneză și controlul progresiei – Myopia in Children – Etiopathogenesis and Progression Control – Dr. Simona Sevan</i>	41
<i>Tulburarea comunicării sociale (pragmatice) – Social (Pragmatic) Communication Disorder – Angela Pop</i>	46
<i>Diagnosticul diferențial între autism și alalie. Interviu clinic – Differentiated Diagnosis between Autism and Alalia. Clinical interview – Daniela Cristina Iacob</i>	48
EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE	52
<i>Semnele jocului problemă la adolescenți – Signs of game addiction at teenagers – Psih. Dr. Ramona Lupu, Conf. Dr. Viorel Lupu</i>	52
PROTOCOALE/GHIDURI DE PRACTICĂ	57
<i>Protocol privind curățarea, dezinfectia și sterilizarea în cabinetele medicale școlare. Partea a II-a – Protocol On Cleaning, Disinfection And Sterilising In Medical School Offices. Part II – As. Iacobina Claudia Rus</i>	57
PUNCTE DE VEDERE	59
<i>Noua lege a malpraxisului – Ce trebuie să știm ca să ne ferim de răspunderea civilă în relația medic-pacient? Partea a II-a – The New Law Of Malpractice – What To Know As To Guard Against Civil Liability In The Doctor-Patient Relationship? Part II– Cons. Jurid. Ada Cireap</i>	59
<i>Centralizarea activității cabinetului medical școlar. Partea a II-a– Centralization of the activity of school physicians. Part II – Dr. Daniela Rajka</i>	62
<i>Iubim sănătatea – We love health – Adina Radu</i>	64

STUDIU PRIVIND EDUCAȚIA SEXUALĂ A ADOLESCENȚILOR

¹Adriana Neghirlă, ²Iacobina Claudia Rus, ³Szalai Martin

¹medic primar medicină generală pediatrie, formator îngrijiri paliative, adi_neghirla@yahoo.com

²asistent medical principal pediatrie, ³psiholog școlar specialist, psihoterapeut,

^{1,2}Dispensar Medical Școlar, Târgu Mureș, ³Centrul Județean de Asistență Psihopedagogică, Târgu Mureș

REZUMAT

PREMIZE: Adolescenții prezintă expunere mare la comportamente de risc: fumatul, consumul de alcool, consumul de droguri, comportament sexual cu risc, agresivitatea, sedentarismul.

OBIECTIVE: Evaluarea necesității și eficienței educației sexuale la adolescenți.

METODE: Chestionar cu 19 întrebări (vizând: comportamentul sexual, cunoștințele minimale despre fiziologia aparatului reproducător, metode contraceptive, sarcină, avort și complicații, boli cu transmitere sexuală, surse de informare), aplicat la 99 elevi clasa a IX-a în 2010/2011, la aceiași elevi în clasa a XII-a (65) în 2014 și la 99 elevi clasa a IX-a în 2014, la un liceu din Tg. Mureș. După chestionare s-au desfășurat ore de educație sexuală, în echipă (medic, asistentă, psiholog). Statistica: media, procente, chipătrat.

REZULTATE: Adolescenți activi sexuali (clasa IX 2010 49 %, clasa XII 2014 82 %, clasa IX 2014 31 %), dintre care folosesc metode contraceptive (25%, 61,8%, respectiv 93%) ($p = 0,007$), cunosc metode contraceptive (67%, 75%, 62%) ($p = 0,002$); au aflat despre metodele contraceptive de la: părinți

(53 %, 43 %, 37 %), prieteni/frați (36 %, 41 %, 56 %), TV (19 %, 20 %, 27 %), internet (23 %, 64 %, 30 %), reviste (19 %, 13 %, 9 %), pliante (0 %), afișe (0 %), filme (5 %, 12 %, 12 %), cabinet medical școlar (7 %, 13 %, 6 %), psiholog școlar (5 %, 8 %, 2 %), profesori (16 %, 16 %, 15 %), MF (13 %, 7 %, 9 %), ginecolog/PF (11 %, 6 %, 3 %); nu au noțiuni elementare de fiziologia aparatului reproducător, răspund greșit la întrebări privind durata menstruației (23 %, 49 %, 32 %) și a ciclului menstrual (99 %, 99 %, 95 %), nu știu când are loc ovulația (87 %, 87 %, 99 %).

CONCLUZII: 1. Educația pentru sănătate este recunoscută ca o necesitate și ca un drept al omului în același timp. 2. Practica ne arată însă că includerea educației pentru sănătate, inclusiv a educației sexuale în programele de învățământ este aleatorie. Educația pentru sănătate este disciplină opțională în România din 2004, dar cu impact redus și fără cadre didactice specializate. 3. Educația pentru sănătate necesită o programă coerentă adaptată fiecărei grupe de vârstă, personal special pregătit, metode de predare moderne, (interactive, cu ateliere practice) și voință politică.

CUVINTE CHEIE: adolescent, sex, educație, risc, contraceptive

A Study about Adolescents Sexual Education

ABSTRACT

BACKGROUND : Adolescents shows high exposure to risk behaviors: smoking, drinking, drug use, sexual risk behavior, aggression, lack of exercise.

OBJECTIVE: To evaluate the necessity and effectiveness of sex education to teens.

METHODS: Questionnaire with 19 questions (targeting: sexual behavior, minimalist knowledge about reproductive physiology, contraception, pregnancy, abortion and complications, sexually transmitted diseases, sources of information) applied to ninth-grade students in 2010/2011(99), the same students in class XII (65) in 2014 and to IX grade students in

2014 (99), at a technological school in Tg. Mures. After the questionnaires were conducted sex education to all classes by 1 hour each class, team (doctor, nurse, school psychologist). Statistics: percent, chi test, Pearson test.

RESULTS: sexually active teens (Class IX-2010 49%, Class XII 2014 82%, Class IX 2014 31%), of using contraceptive methods (25%, 61,8%, respectively 93%)($p=0.007$), known methods of contraception (67%, 75%, 62%)($p=0.002$); learned about contraception from: parents (53%, 43%, 37%), friends/siblings (36%, 41%, 56%), TV (19%, 20%, 27%), internet (23%, 64%, 30%), magazines (19%, 13%, 9%), brochures (0%), posters (0%), movies (5%, 12%, 12%), medical school (7%, 13%, 6%), school psychologist (5%, 8%, 2%), teachers (16%, 16%, 15%), MF (13%, 7%, 9%), gynecologist/PF (11%, 6%, 3%); haven't basic knowledge of reproductive physiology,

INTRODUCERE

“Sănătate pentru adolescenții din lume” – raportul OMS din mai 2014 relevă sănătatea și dezvoltarea adolescenților, ce se știe despre sănătatea adolescenților, ce promovează sau subminează sănătatea lor, modul în care comunitățile și țările satisfac nevoile pentru sănătate și dezvoltare ale adolescenților[1]. Raportul OMS urmărește: nutriția și exercițiile fizice, violența și abuzul, sănătatea mentală și boala, sănătatea sexuală și reproductivă, accesibilitatea serviciilor de sănătate, consumul de tutun, consumul de alcool și de droguri, politici și servicii de promovare a sănătății și de educație activă pentru *sănătate a tinerilor*[1]. Scopul raportului OMS este de a arăta importanța de a fi sănătos în anii adolescenței, a motiva guvernele și persoanele fizice să ia măsuri pentru a promova sănătatea adolescenților, de a identifica lacunele în politicile/serviciile de sănătate, de a face schimbările necesare în mediul în care trăiesc adolescenții, de a releva îmbunătățirile semnificative, în cazul în care au avut loc, și de a scoate în evidență unele dintre evoluțiile inovatoare care au loc[1]. Datele epidemiologice ale OMS referitoare la sănătatea adolescenților arată că în 2004 au fost 2,6 milioane de decese la tineri (10-24 ani), din care 97% au avut loc în țările mici și cu venituri medii; ratele de deces au crescut brusc de la adolescența timpurie (10-14 ani), la tineri (20-24 ani), cauzele variază în funcție de regiune și

wrong answer questions regarding the duration of menstruation (23%, 49%, 32%) and menstrual cycle (99%, 99%, 95%), don't know when ovulation occurs (87%, 87%, 99%).

CONCLUSIONS: 1. Health education is recognized as a necessity and as a human right at the same time. 2. Practice shows us that the inclusion of health education, including sex education curricula is aleatory. Health education is optional subject in Romania since 2004, but with little impact without. 3. Health education specialized teachers require, coherent curriculum, tailored to each age group, specially trained teachers for this teaching, modern (interactive, with workshops) and political will.

KEYWORDS: **teenager, sex, health education, risk, contraception**

de sex. În 2012, decesele în rândul adolescenților au fost estimate la 1,3 milioane (126/100 000), în scădere cu 12% față de anul 2000 (1,5 milioane, însemnând 111/100 000). Mortalitatea a scăzut, de-a lungul ultimilor 50 de ani, la toate grupele de vârstă, în toate regiunile, de la copii la adolescenți și adulți tineri, dar în rândul tinerilor (15-24 ani) a scăzut mai puțin decât pentru alte grupe de vârstă, în țările cu venituri mari depășind mortalitatea infantilă, cu excepția grupei de varsta de 15-19 ani/băieți din Mediterana de Est și regiunile America [2,3].

Raportul OMS din mai 2014 arată că:

1. Principalele cauze de deces în rândul adolescenților au fost: accidentele rutiere, HIV/SIDA, sinuciderile, infecțiile căilor respiratorii inferioare, violența, diareea, înecul, meningita, epilepsia, bolile endocrine, hematologice și ale sistemului imunitar.
2. Principalele cauze de boală și handicap în rândul adolescenților au fost: depresia, accidentele rutiere, anemia, HIV/SIDA, auto-vătămare, dureri de spate și de gât, diaree, tulburările de anxietate, astmul bronșic, infecții ale căilor respiratorii inferioare[3]

Sănătatea reproducerii este o stare de completă bunăstare fizică, mentală, socială, și nu doar absența unei boli sau infirmități, în toate aspectele legate de sistemul, de funcțiile și procesele reproducerii.

Sănătatea reproducerii include și date referitoare la:

- Evoluția sarcinii, naștere și lăhuzie, inclusiv sarcina ectopică și avortul spontan
- Disconfortul produs de sarcină și afecțiuni induse de sarcină, sau exacerbarea celor preexistente
- Impactul cumulativ al sarcinilor multiple, inclusiv malnutriție, anemie
- Alte deficiențe: infecții cu transmitere sexuală (ITS), infecții pelvine, fistulă, prolaps, sechele de circumcizie a femeilor, boli cronice, probleme psihologice și de sănătate mintală [3,4].

Sănătatea sexuală reprezintă o bunăstare fizică, emoțională, mentală, socială în raport cu sexualitatea; ea nu este doar absența bolii, disfuncției, infirmității, necesită o abordare pozitivă și respectuoasă a sexualității și relațiilor sexuale, precum și posibilitatea de a avea plăcere, experiențe sexuale în condiții de siguranță, fără constrângere, discriminare și violență [3,4].

Sexualitatea este un aspect central al ființei umane de-a lungul vieții și include aspecte legate de: sex, identitate de gen și roluri, orientare sexuală, erotism, plăcere, intimitate, reproducere. Sexualitatea este experimentată și exprimată în gânduri, fantezii, dorințe, convingeri, atitudini, valori, comportamente, practici, roluri și relații. În timp ce sexualitatea poate include toate aceste dimensiuni, nu toate sunt mereu experimentate sau exprimate. Sexualitatea este influențată de factori biologici și psihologici, sociali, economici, politici și legali, culturali, etici, istorici, religioși, spirituali [3,4].

Drepturile sexuale sunt drepturi ale omului deja legitim recunoscute în legile naționale, documente de drepturi internațional, precum și alte declarații de consens și includ dreptul tuturor persoanelor de a fi libere de constrângere, discriminare, violență, de a avea acces la cele mai înalte standarde de servicii de îngrijire pentru sănătatea sexuală și reproductivă, de a căuta, a primi și beneficia de informații legate de sexualitate, educația sexuală, respect pentru integritatea corporală, alegerea partenerului, a decide să fie activi sexual sau nu, a avea relații sexuale consensuale, căsătorie consensuală, a lua decizia de a avea copii sau nu și când, viață sexuală în condiții de siguranță și plăcere [3,4].

Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului (ODM) adoptate de ONU în anul 2000 vorbesc despre 5 servicii de bază și 8 servicii esențiale care să asigure sănătatea reproductivă și sexuală.

◆ Cele 5 servicii de bază de sănătate reproductivă și sexuală sunt:

1. Îmbunătățirea serviciilor de îngrijire antenatală, intrapartum, postpartum și a nou-născutului
2. Furnizarea de servicii de înaltă calitate pentru planificare familială, inclusiv servicii de infertilitate
3. Eliminarea avorturilor nesigure
4. Combaterea ITS – inclusiv HIV, infecții ale tractului de reproducere (RT), cancerul de col uterin și alte morbidități ginecologice
5. Promovarea sănătății sexuale

◆ Cele 8 servicii esențiale sunt:

1. Educație pentru sănătate și metode de prevenire și control a bolilor frecvente/comune
2. Promovarea aprovizionării adecvate cu alimente
3. Aprovizionare adecvată cu apă potabilă și canalizare de bază
4. Protecția mamei și copilului (inclusiv planificare familială)
5. Imunizare împotriva bolilor infecțioase
6. Prevenirea și controlul bolilor endemice
7. Tratament adecvat al bolilor comune și leziunilor
8. Furnizarea de medicamente esențiale

Principiile de prestare a serviciilor sunt: colaborare intersectorială și între agenții, participarea comunitară în cazul în care oamenii au control asupra propriilor vieți și sănătăți, reorientarea sistemului național de sănătate către asistența medicală primară [5,6].

Conceptul de sănătate sexuală și reproductivă include 6 componente, 5 domenii cheie de acțiune și parteneriat, 3 teme generale, după cum urmează:

▪ **6 componente:** 1. Îmbunătățirea asistenței antenatale, perinatale, postpartum și îngrijirea nou-născuților, 2. Furnizarea de servicii de înaltă calitate pentru planificare familială, inclusiv servicii de infertilitate, 3. Eliminarea avortului nesigur, 4. Combaterea ITS, a cancerului de col uterin, etc., 5. Promovarea

sănătății sexuale, 6. Creșterea capacității de cercetare și consolidarea programului de dezvoltare

▪ 5 domenii-cheie de acțiune și de parteneriat:

1. Colaborare intersectorială și între agenții, 2. Voință politică, 3. Mobilizarea, 4. Reorientarea sistemului național de sănătate către asistența medicală primară, 5. Crearea cadrului legislativ și de reglementare, de susținere, monitorizare, consolidarea, evaluare și responsabilitate.

▪ 3 teme generale 1. Acces universal la SRH, 2. Reinnoirea AMP, 3. Dezvoltarea programelor pentru persoanele cu virusul imunodeficienței (HIV) și pentru SRH

Există 13 competențe grupate în patru domenii:

1. atitudinea globală – baza fundamentală a tuturor competențelor – etica
2. conducerea și domeniul managerial – 2 competențe
3. furnizorii de servicii medicale, inclusiv de lucru cu comunitatea, de educație pentru sănătate, consiliere și evaluare a clientului – 4 competențe
4. clinic specific pentru diferite tipuri de sănătate de îngrijire sexuală și reproductivă – 7 competențe

Domeniul 1 – Etica și legislație reprezintă atitudinea globală, se bazează pe cunoștințele de etică și principii, element esențial pentru respectarea drepturilor omului, ale clientului, individual, nu este de fapt un grup de competențe, este baza fundamentală a tuturor competențelor.

Domeniul 2 – Leadership și Management – include competențele 1 și 2, este adresat liderilor de programe naționale SRH, până la nivel de implementare, inclusiv domeniul managerial, rol de conducere, se concentrează pe rolul de lider, este membru echipei pentru a conduce eficient.

Domeniul 3 – Competențe generale de sănătate sexuală și a reproducerii – include competențele 3,4,5,6, cunoștințe generale de: SRH pentru furnizorii de servicii medicale, de lucru cu comunitatea, de educație pentru sănătate, de identificare a gradului de risc, consiliere și evaluare a clientului

Domeniul 4 – Competențe clinice specifice – include competențele 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, șapte competențe clinice specifice pentru diferite tipuri de îngrijire sexuală și reproductivă. Personalul medical poate necesita o serie de competențe din diferite domenii: planificare familială, obstetrică ginecologie, oncologie, neonatologie, medicina familiei[5,7]

Tabelul nr. 1.
Educația sexuală în școlile din Europa [8]

Vârsta	Țara	Disciplina educație pentru sănătate, inclusiv educația sexuală
5 ani	Portugalia	1990 – În curricula, obligatorie la cls. a IX-a
	Anglia	Recomandată – autonomia școlii
6 ani	Belgia	Variabil – autonomia școlii
	Franța	Obligatorie din 2001
	Grecia	Obligatorie din 1995 (1980 progr. pilot)
	Irlanda	Obligatorie din 1987
	Luxemburg și Suedia	Obligatorie din 1970, respectiv 1955
7 ani	Cehia	* Obligatorie + clauză de neparticipare
	Finlanda	Obligatorie din 2001 (cls. VII-IX, 13-15 ani)
8 ani	Cipru	2002 program pilot

9 ani	Germania	Obligatorie din 1990
10 ani	Austria	Obligatorie din 1970, standarde
	Estonia	Obligatorie
11 ani	Bulgaria	Opțională, nu există standarde
	Islanda	Obligatorie din 1975
12 ani	Danemarca	Obligatorie din 1970, nu există standarde
	Norvegia, Polonia*, Slovacia	* Obligatorie + clauză de neparticipare
13 ani	Olanda	1993– obligatorie 3 ani înv. secundar
14 ani	Spania	1970 – inclusă în științele naturii, etc
	Italia	Prof. biologie – aspecte biologice

Tabelul nr. 2. Educația sexuală în România – inclusă în Educația pentru sănătate – opțională, din 2004 [9]

Cls.	CURICULLUM – varianta modulară, 1 ORĂ/SĂPTĂMÂNĂ
I	Eu și familia mea, Roluri în familie
II	Diferențele între fată/ băiat (relații sociale)
III	Percepții reciproce ale băieților și fetelor
IV	Modificări corporale la pubertate Cum am apărut eu pe lume?
V	Sentimentului de iubire față de cei apropiați și a atașamentului față de familie
VI	Prietenia și iubirea: factorii care influențează deciziile de implicare/neimplicare în relații interpersonale
	Ceasul organismului feminin, ceasul organismului masculin Comportament sexual responsabil: atitudini față de debutul vieții sexuale, Mituri legate de sexualizare/comportament sexual (reacții comportamentale față de manifestările anatomo-fiziologice ale pubertății), Infecții cu transmitere sexuală – comportamente cu risc în transmiterea HIV/SIDA
VII	Planuri de viață: familie, relații sociale, impactul vieții sexuale asupra viitorului, Concepția și sarcină – riscurile sarcinii în pubertate și adolescența pentru mamă și copil, Sarcina nedorită și avortul – servicii sociale: planificare familială, consiliere
VIII	Violența în sexualitate, abuzul sexual
	Comportament sexual – valori, toleranță, normalitate și devianță
IX	Planificarea familială. Concepție, contracepție, Comunicare și responsabilitate în relația de cuplu.
X	Parentalitate – avort, abandon, pruncucidere. Consilierea pre și post-testare HIV/SIDA
XI	Disfuncții sexuale la femeie și bărbat, Diagnoza prenatală
XII	Identitate și orientare sexuală. Legislația privitoare la sexualitate. Pornografia și prostituția

PREMIZE: Adolescenții prezintă expunere mare la comportamente de risc: fumatul, consumul de alcool, de droguri, comportament sexual cu risc, agresivitatea, sedentarismul [8,10,11,12,13,14,15]. Un studiu anterior efectuat de noi (2010-2011), arată ca 51% dintre adolescenți și-au început viața sexuală, dar 75% dintre aceștia nu folosesc nici o metodă contraceptivă.

OBIECTIVE : Evaluarea necesității și eficienței educației sexuale la adolescenți

MATERIAL ȘI METODĂ

- Chestionar anonim cu 19 întrebări vizând: comportamentul sexual, cunoștințele minime despre fiziologia aparatului reproducător, metode contraceptive, sarcină, avort, complicații, boli cu transmitere sexuală
- Chestionarul a fost aplicat la un liceu tehnologic din Tg. Mureș, în 2011 la 99 elevi de clasa a IX a și în 2014 la aceiași elevi de clasa a XII a (65) și la alți 99 elevi de cls a IX a.

Structura pe sexe și mediu de proveniență a lotului studiat: vezi Tabelul 3.

- În 2011, după aplicarea chestionarelor, s-au desfășurat ore de educație pentru sănătate/sexuală la toate clasele implicate, pe teme de fiziologia reproducerii, contracepție, boli cu transmitere sexuală, aspecte psihoemoționale, câte 1 oră la fiecare clasă (film 20 minute, discuții, prezentare, distribuire de pliante și broșuri) (medic, psiholog, asistentă medicală).

REZULTATE ȘI DISCUȚII

Adolescenții, peste 50% sunt activi sexual (cls IX 2011 48,5%, cls XII 2014 82,1%, cls IX 2014 31,3%) (Tabel 3). Vârsta medie la care ei și-au început viața sexuală este 15,7 ani, dar ei folosesc metode contraceptive doar 27%, 51%, respectiv 29%, deși cei mai mulți le cunosc (67%, 75%, 62%)(p=0.002) și peste 80% spun că ar alege un contraceptiv la recomandarea medicului specialist.(Tabel 3).

Tabelul nr. 3. Distribuția pe sexe, mediu proveniență, comportamente sexuale cu risc

CLS. AN	SEX		MEDIU				V-AȚI ÎNCEPUT VIATA SEXUALĂ			CUNOAȘTEȚI METODE CONTRACEPTIVE			FOLOȘIȚI METODE CONTRACEPTIVE			NR. PARTENERI SEXUALI		
	M	F	U	R	DA	NU	NU RĂSPUND	DA	NU	NU RĂSPUND	DA	NU	NU RĂSPUND	0	1	≥2	NU RĂSPUND	
IX – 2014	n	53	46	27	72	31	66	2	61	35	3	29	43	27	62	19	16	2
	%	53,5	46,5	27,3	72,7	31,3	66,7	2,0	61,6	35,4	3,0	29,3	43,4	27,3	62,6	19,2	16,2	2,0
IX – 2011	n	14	83	31	64	48	45	6	66	30	3	13	30	5	48	36	12	3
	%	14,1	83,8	31,3	64,6	48,5	45,5	6,1	66,7	30,3	3,0	13,1	30,3	5,1	48,5	36,4	12,1	3,0
XII-2014	n	38	27	28	32	55	12	0	50	10	7	34	30	3	11	20	32	4
	%	56,7	43,3	41,8	58,2	82,1	17,9	0,0	74,6	14,9	10,4	50,7	44,8	4,5	16,4	29,9	47,8	4,5

Se remarcă o creștere semnificativă a procentului celor care folosesc metode contraceptive la elevii claselor a XII-a (61,8%, dintre cei activi sexual), spre deosebire de aceiași elevi în clasa a IX-a (25%, dintre cei activi sexual) ($p=0,007$), ceea ce se corelează și cu scăderea numărului de sarcini la clasele mari, cele mai multe sarcini, la liceeni, se înregistrează la elevii claselor a IX-a și a X-a. Aceste date sunt în acord și cu datele din literatură și cu cifrele raportate de direcțiile de sănătate publică care arată că peste 90 000 de fete cu vârste de maxim 19 ani, din care 3 024 nu împliniseră 15 ani, au născut în perioada 2009 – 2012, iar aproape 39.000 au făcut întrerupere de sarcină în același interval de timp, potrivit datelor Institutului Național de Statistică și ale Ministerului Muncii, iar județul Mureș se află în primele 10 județe din țară cu un număr mare de sarcini la adolescente. De câțiva ani România se află pe primele 2 locuri în Europa în ceea ce privește incidența sarcinilor la adolescenți (14-20 ani), respectiv la adolescente sub 15 ani [10,13].

Afirmativ, elevii au aflat despre metodele contraceptive de la: părinți (53%, 43%, 37%), prieteni/frați (36%, 41%, 56%), TV (19%, 20%, 27%), internet (23%, 64%, 30%), reviste (19%, 13%, 9%), pliante (0%), afișe (0%), filme (5%, 12%, 12%), cabinet medical școlar (7%, 13%, 6%), psiholog școlar (5%, 8%, 2%), profesori (16%, 16%, 15%), medicul de familie (13%, 7%, 9%), ginecologie/planing familial (11%, 6%, 3%) (Tabel 4). Se remarcă importanța discuțiilor cu părinții, frații și prietenii la elevii de clasa a IX-a (37-56%), pe când la cei de clasa a XII-a internetul este cel mai important mijloc de informare (64%). Deși cu ocazia orelor de educație sexuală din școală efectuată la clasă sau individual la cabinetul medical s-au oferit pliante cu metode contraceptive și prevenirea bolilor cu transmitere sexuală acestea au avut impact 0, ei nici măcar nu-și amintesc că le-au primit. Discuțiile sporadice pe teme de contracepție cu profesorii, psihologii și/sau cu medicii școlari/de familie/ginecologi/planing familial au un impact redus (5-15%).

Tabelul nr. 4. Surse de informare asupra metodelor contraceptive accesate de elevi

		AȚI AFLAT DESPRE METODELE CONTRACEPTIVE DE LA:													
CLASA – AN Nr. Elevi	Sursa de informare %	PĂRINȚI PRIETENI/ FRAȚI/SURORI	TV	INTERNET	REVISTE	PLIANTE	FILME	AFIȘE	ȘCOALĂ/ PROFESORI	CABINET MEDICAL	PSIHOLOG	MF	GINECOLOGIE/ PLANNING FAMILIAL	ALTE	
IX – 2014	n	37	56	27	30	9	0	12	0	15	6	2	9	3	0
	%	37	56,6	27,3	30,3	9,09	0	12,1	0	15	6,06	2	9,1	3,03	0
IX – 2011	n	53	36	19	23	18	0	5	0	16	13	5	13	11	0
	%	54	36,4	19,2	23,2	18,2	0	5,05	0	16	13,13	5,1	13	11,11	0
XII-2014	n	29	27	13	42	9	0	8	0	9	7	3	5	4	1
	%	43	40,3	19,4	62,7	13,4	0	11,9	0	13	10,45	4,5	7,5	5,97	1,5

Elevii nu au noțiuni elementare de fiziologie a aparatului reproducător, răspund greșit la întrebări privind durata menstruației (23%, 49%, 32%) și a ciclului menstrual (99%, 99%, 95%), nu știu când are loc ovulația (87%, 87%, 99%) (Tabel 5); dar cunosc câteva dintre semnele de sarcină, complicațiile unui avort, au noțiuni minimale de contracepție (ca metode

contraceptive cunosc prezervativul, contraceptivele orale, “pilula de a doua zi”), știu foarte puține lucruri despre situațiile în care scade eficiența contraceptivele orale (administrarea neregulată) și cunosc doar câteva dintre bolile cu transmitere sexuală (HIV/SIDA, hepatita B, sifilis, gonoree, candidoze).

Tabelul nr. 5. Cunoștințe minimale de fiziologie a reproducerii

CLASA – AN Nr. Elevi	RĂSPUNS %	OVULAȚIA		MENSTRUAȚIA		CICLU MENSTRUAL	
		CORECT	INCORECT	CORECT	INCORECT	CORECT	INCORECT
IX – 2014	n	12	87	69	30	4	95
	%	12%	87,9%	69,7%	30,3%	4,04%	96%
IX – 2011	n	16	83	76	23	0	99
	%	16%	83,3%	76,8%	23,3%	0%	100%
XII – 2014	n	4	63	35	32	0	67
		6%	94%	52,2%	47,8%	0%	100%

Un factor de risc îngrijorător pentru bolile cu transmitere sexuală și pentru sarcinile nedorite este procentul crescut al celor care au mai mult de 2 parteneri sexuali (12 și 16% la clasa a IX-a, respectiv 49% la clasa a XIIa) în condițiile în care utilizarea măsurilor de protecție este foarte redusă (p=0,006) (Tabel 3).

În USA în perioada 1991-2011 rata sarcinilor la adolescente a scăzut de la 6,1% la 2,9% în medie, datorită unor politici coerente de educație și conștientizare a adolescenților și familiilor asupra importanței prevenirii riscurilor la care se expun, de dobândire a abilităților de a lua cele mai bune decizii privind viața lor sexuală [14,15,17,18].

Creierul adolescentului nu este capabil încă pentru decizii ferme, rapide și corecte privind aprecierea riscurilor. La adolescenți zonele creierului care înțeleg esența situațiilor și reglementează hotărârile, în special părțile dorsolaterale și ventromediane ale lobului frontal, sunt încă în dezvoltare și ajung la deplină maturitate doar după vârsta de 20 de ani, la majoritatea oamenilor. De aceea adolescenții trebuie învățați strategii care să-i ajute să evite situațiile periculoase, să recunoască semnele de pericol din jur, să-și limiteze expunerea la substanțe și situații periculoase, să fie stimulați indicii personali și emoționali [15].

Copiii proveniți din familii dezorganizate și/sau monoparentale, din medii conflictuale, din medii socio-economice precare, copiii cu performanțe școlare slabe, cei cu un echilibru psihoemoțional labil au un risc mai crescut de a adopta comportamente de risc, inclusiv sexual. Educația sexuală a adolescenților este o problemă deosebit de delicată, de aceea necesită personal bine pregătit în domeniu și pentru acest segment de vârstă, servicii medicale prietenoase cu adolescenții, care să le asigure confidențialitate și acces facil. Educația pentru sănătate făcută sporadic este inefficientă, un medic școlar care activează în 4-5 unități de învățământ, la 2000-3000 de copii nu are timpul necesar pentru a acoperi constant și continuu nevoile educaționale ale tuturor elevilor. Educația pentru sănătate, inclusiv educația pentru sănătate sexuală și a reproducerii ar trebui să facă parte din curricula de învățământ obligatorie și să beneficieze de cadre didactice specializate, care ar putea fi medici sau asistenți medicali licențiați/nutriționiști-dieteticieni licențiați/ psihologi/profesori cu master în educație pentru sănătate.

CONCLUZII:

1. Educația pentru sănătate este recunoscută ca o necesitate și ca un drept al omului în același timp.
2. Practica ne arată însă că includerea educației pentru sănătate, inclusiv a educației sexuale în programele de învățământ este aleatorie. Educația pentru sănătate este disciplină opțională în România din 2004, dar cu impact redus și fără cadre didactice specializate
3. Educația pentru sănătate necesită o programă coerentă adaptată fiecărei grupe de vârstă, personal specializat (nivel licență, master), metode de predare moderne, interactive, cu ateliere practice și voință politică.

BIBLIOGRAFIE:

1. WHO – “*Health for the world’s adolescents*”, WHO, 2013 http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/adolescent_health2014/en/

2. WHO – *Adolescent health epidemiology*, WHO 2014 http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescence/en/

3. WHO – *WHO calls for stronger focus on adolescent health* <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/en/>

4. WHO – *Developing sexual health programmes*, WHO 2010 http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf?ua=1

5. Martinne Collumbien, Joanna Buzsa, John Cleland, Ona Campbel – *Social science methode for researche on sexual and reproductive health*, WHO 2012

6. **United Nations Development Program – Obiectivele de dezvoltare ale mileniului, ONU 2000**

7. WHO – *Sexual and reproductive health – Core competencies in primary care*, WHO, 2011

8. Annette Britton And Col – *Sexuality Education In Europe – A Reference Guide To Policies And Practices*, Ippf European Network, 2006

9. Ministerul Educației, Cercetării și Tineretului – Curriculum școlar – Programe școlare revizuite pentru disciplina opțională educație pentru sănătate clasele I– a XII-a, în vigoare în 2014

10. *Sarcina la adolescente – o problema la nivel global* <http://www.edumedical.ro/sarcina-la-adolescente-o-problema-la-nivel-global/>

11. UNFPA – *Adolescent Pregnancy, A Reviw of the Evidence*, UNFPA, New York, 2013

12. Robert C. Tasker, Robert J. McClure, Carlo L. Acerini – *Oxford Handbook of Paediatrics*, Oxford University Press, 2010

13. Pricop Florentina și colab. – *Contracepția și sănătatea reproducerii*, Ed. Benett, București, 2006

14. CDC – 2011 *State and Local Youth Risk Behavior Survey*

15. E. Wargo – *Adolescents and Risk: Helping Young People Make Better Choices*, Research FACTs and Findings, Cornell University, 2007

16. ONU – Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels examine le rapport de la Roumanie, 21 novembre 2014, www.ohchr.org

17. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK, Curtin SC, Mathews TJ. *Births: Final data for 2012. Natl Vital Stat Rep.* 2013; 26 (9).

18. Kirby D, Laris BA, Rolleri L. *The Impact of Sex and HIV Education Programs in Schools and Communities on Sexual Behaviors Among Young Adults*. Scotts Valley, CA: ETR Associates; 2006.

ASPECTE PRIVIND ROLUL ȘCOLII ÎN NIVELUL ACTIVITĂȚII FIZICE LA COPIII DIN ZONE URBANE CU NIVEL SOCIO-ECONOMIC SCĂZUT

Dr. Rodica Nicolescu¹, Dr. Alexandra Cucu¹, Dr. Ciprian Ursu¹, Dr. Ileana Maria Mireștean², Dr. Ioana Anda Curta², Dr. Sorina Irimie², Dr. Camelia Claiți³, Dr. Mariana Malczyk³, Dr. Milos Ion-Petru³

¹ Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Național de Evaluare și Promovare a Stării de Sănătate

² Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Regional de Sănătate Publică Cluj-Napoca

³ Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Regional de Sănătate Publică Timișoara

REZUMAT

INTRODUCERE: Un procent considerabil de copii și adolescenți din multe țări europene nu ating nivelul recomandat de activitate fizică.

OBIECTIVE: Identificarea celor mai importante bariere în activitatea fizică la copiii de vârstă școlară.

METODE: Lot de studiu: 948 de elevi cu vârste cuprinse între 7-12 ani, selectați din 16 școli situate în cartiere urbane defavorizate. S-au utilizat chestionare adresate copiilor, părinților și școlilor.

REZULTATE: Majoritatea copiilor (59.28%) desfășoară zilnic, în medie, între 30 și 60 min de activitate fizică. Doar 22.47% dintre copiii studiați respectă recomandarea OMS de cel puțin 60 min de activitate fizică zilnică, iar 17.72% cumulează zilnic

sub 30 min de mișcare. În ceea ce privește activitatea fizică desfășurată în cadrul școlii, 24% dintre elevi au precizat că sunt foarte obosiți după ora de educație fizică. Referitor la activitatea fizică desfășurată în afara școlii, majoritatea copiilor (67.7%) declară că fac mișcare mai mult timp și cu o frecvență mai mare la sfârșit de săptămână.

CONCLUZII: Studiul a relevat o limitare a accesului elevilor la facilitățile existente în școală în afara orelor de educație fizică. Volumul prea mare al temelor pentru acasă este perceput ca o barieră în calea activității fizice. Elevii activi consideră că se descurcă mai bine la orele de educație fizică de la școală, învață mai bine, le place să învețe, le plac orele de educație fizică mai mult și sunt mai puțin obosiți comparativ cu elevii inactivi.

CUVINTE CHEIE: școală, activitate fizică, copii

Issues about the Role of School in Physical Activity Level in Children Living in Low Income Urban Neighborhoods

ABSTRACT

BACKGROUND: A significant percentage of children and adolescents in many European countries do not reach recommended levels of physical activity.

OBJECTIVES: Identifying the most important barriers to physical activity experienced by school age children.

METHODS: The cohort: 948 pupils aged 7-12 years, selected from 16 schools located in deprived urban neighborhoods. We used questionnaires for children, parents and schools.

RESULTS: Most children (59.28%) engage in, averagely, between 30 and 60 minutes of physical activity each day. Only 22.47% of the children respect the recommendation made by the WHO, of at least 60 minutes of daily physical activity, and 17.72% accumulate on average under 30 minutes of daily physical activity. In terms of physical activity performed in school, 24% of students said they were very tired after Physical Education classes. Regarding physical activity performed outside the school, most children (67.7%) say they are moving more time and with greater frequency during weekends.

CONCLUSIONS: The study revealed a limitation of the pupils' access to existent school facilities outside Physical Education classes. Too much homework is perceived as a barrier to physical activity.

INTRODUCERE

Federația Mondială a Inimii și Institutul Național de Sănătate Publică din România au inițiat împreună un studiu pilot de evaluare a obstacolelor în calea activității fizice la copiii cu vârste cuprinse între 7-12 ani, din familii cu venituri mici, rezidente în cartiere defavorizate socio-economic din București, Cluj și Timișoara. Rezultatele acestui studiu vor sta la baza unei campanii care va avea ca scop îmbunătățirea accesului la facilități sportive, a gradului de conștientizare a beneficiilor activității fizice în rândul tinerilor și promovarea unui stil de viață activ.

Un procent considerabil de copii și adolescenți din multe țări europene nu ating nivelul de activitate fizică recomandat [1], [2], [3], [4]. Studiile au arătat că, în medie, unul din trei copii cu vârste cuprinse între 6-9 ani sunt supraponderali sau obezi. Incidența excesului ponderal (inclusiv obezitate) la copiii de 11-13 ani variază de la 5% la peste 25%. Peste 60% din copiii care sunt supraponderali înainte de pubertate vor fi supraponderali la maturitate, ceea ce va conduce la dezvoltarea de boli cronice, cum ar fi bolile cardiovasculare și diabetul de tip 2 [1], [5], [6].

Ținând cont de toate aceste aspecte, promovarea activității fizice se află pe agenda de lucru a principalelor organisme internaționale. Astfel, *Recomandarea Consiliului Uniunii Europene din 26 noiembrie 2013 privind promovarea intersectorială a activității fizice de îmbunătățire a stării de sănătate (2013/C 354/01)* subliniază încă o dată importanța activității fizice în menținerea și îmbunătățirea sănătății, după cum urmează: (1) *Beneficiile activității fizice de-a lungul vieții, inclusiv a activității și a exercițiilor sportive regulate, sunt extrem de importante, printre altele pentru reducerea riscului apariției bolilor cardiovasculare, a anumitor tipuri de cancer și de diabet, pentru îmbunătățirea sănătății sistemului muscular și osos și a controlului greutatei corporale, având de asemenea efecte pozitive asupra evoluției sănătății mentale și a proceselor cognitive.* (3) *Lipsa activității fizice în timpul liber tinde să fie mai des întâlnită în grupurile socioeconomice defavorizate.* (7) *Educația*

Active pupils believe they do better in PE classes at school, learn better, like learning, appreciate PE classes more and are less tired compared to sedentary ones.

KEY WORDS: **school, physical activity, children**

fizică în școli poate fi un instrument eficace de creștere a gradului de conștientizare a importanței HEPA, iar școlile pot fi vizate cu ușurință și eficacitate pentru a introduce activități de acest tip [7].

Conform ultimelor rezultate ale studiului *Health Behavior in School Aged Children (HBSC) – International Report from 2009/2010 Survey*, România se situează:

- pe locul 14 în ordinea descrescătoare a frecvenței elevilor de 11 ani care efectuează cel puțin o oră de activitate fizică pe zi, dintr-un șir de 38 state (32 % băieți, 20 % fete).
- pe locul 17 în ordinea descrescătoare a frecvenței elevilor de 13 ani care efectuează cel puțin o oră de activitate fizică pe zi, dintr-un șir de 38 state (28 % băieți, 13 % fete).
- pe locul 27 în ordinea descrescătoare a frecvenței elevilor de 15 ani care efectuează cel puțin o oră de activitate fizică pe zi, frecvență înregistrată într-un șir de 38 state (16% băieți, 7% fete) [8].

În acest context, studiul își propune să identifice barierele în calea activității fizice pentru copii și părinții lor [9], [10]. Rezultatele studiului, împreună cu informațiile colectate de alte părți interesate, pot ajuta școlile în dezvoltarea unei strategii de promovare a stilului de viață activ [4], [11], [12].

OBIECTIVE

Identificarea celor mai importante bariere/facilități care pot sta la baza dezvoltării abordărilor viitoare de creștere a cuantumului activității fizice la copii și identificarea celor mai convenabile metode pentru populația selectată.

MATERIAL ȘI METODĂ

Studiul se adresează elevilor de ambele sexe cu vârste cuprinse între 7-12 ani proveniți din familii cu venituri mici, din cartiere urbane defavorizate. Copiii au fost selectați din școli identificate de către

inspectoratele școlare locale din București, Cluj și Timișoara, pe baza criteriilor mai-sus menționate.

Cercetarea s-a realizat printr-o serie de patru chestionare ale căror întrebări au fost formulate și agreeate de către membrii echipei studiului:

- Chestionar pentru copiii cu vârste cuprinse între 7-10 ani (școala primară)
- Chestionar pentru copiii cu vârste cuprinse între 11-12 de ani (gimnaziu)
- Chestionar pentru părinți
- Chestionar pentru școli, în scopul cunoașterii reale a facilităților școlii pentru activitate fizică.

Chestionarele includ întrebări cu răspuns deschis și închis, cu răspunsuri pre-codificate (dacă este cazul) [10], [13], [14], [15], [16].

Lotul de studiu a fost estimat la 300 de copii din fiecare oraș (București, Cluj, Timișoara). În fiecare școală selectată s-a efectuat o eșantionare randomizată pe grupe de vârstă, astfel: în București, 8 copii selectați aleator din fiecare grupă de vârstă, în fiecare școală inclusă în studiu, iar în Cluj și Timișoara câte 10 elevi selectați aleator din fiecare grupă de vârstă, în fiecare școală inclusă în studiu. Activitatea de teren a fost proiectată pe parcursul a 3 săptămâni. Un set standard de întrebări a fost proiectat pentru a fi folosit în toate locațiile, iar personalul a fost instruit pentru a evita biass-ul de examinator. Derularea anchetei în școli a avut loc în strânsă colaborare cu cadrele didactice și cu alte categorii de personal școlar. Principiile de bază ale confidențialității și obiectivitatea au fost asigurate pe tot parcursul procesului. Administrarea chestionarelor pentru un grup de 10 de elevi a durat aproximativ 2-3 ore. Chestionarelor destinate copiilor au fost administrate individual (interviu), iar părinții au fost invitați la școală în grupuri de câte 20, în scopul de a completa chestionarul în prezența examinatorului.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

Studiul s-a desfășurat în 16 școli plasate în zone urbane defavorizate social, economic sau etnic. În București au participat la studiu 6 școli – câte una din fiecare sector al capitalei – iar în Cluj și Timișoara câte 5 școli.

Studiul a fost proiectat pentru un lot de 900 de copii (câte 300 de elevi selectați din fiecare dintre

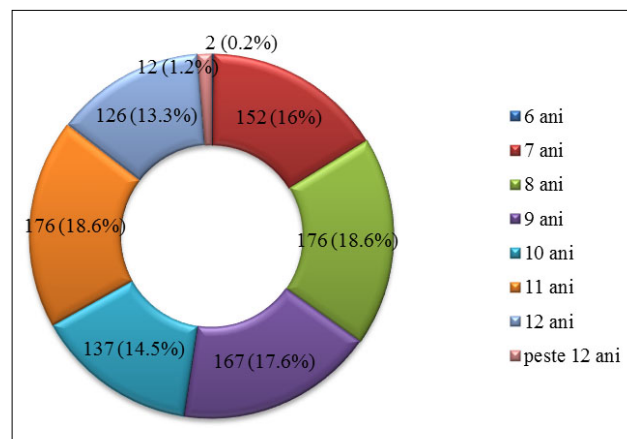
cele 3 orașe incluse în studiu) împreună cu părinții lor. Selectarea subiecților s-a făcut luând în considerare o rată estimativă de răspuns de 70%; rata de răspuns a copiilor a fost de 73%, iar a părinților de 65%, ca urmare, lotul final a fost de **948** de copii și **843** de părinți. Distribuția lotului de studiu în cele 3 orașe este prezentată în tabelul nr. 1.

Tabel nr.1.
Distribuția lotului de studiu în cele 3 orașe

Oraș	Nr. părinți	Nr. copii
București	217	313
Cluj	321	326
Timișoara	305	309
Total	843	948

În ceea ce privește distribuția elevilor pe sexe, lotul de studiu a cuprins 510 fete (53,8%) și 438 (46,2%) băieți, iar componența lotului pe grupe de vârstă este prezentată în Fig. 1.

Fig. 1. Distribuția lotului pe grupe de vârstă.



În lotul studiat s-a înregistrat un procent de 11,4% de familii monoparentale, 87,3% familii biparentale și 1,3% dintre părinți nu au declarat statusul marital. În ceea ce privește situația economică a familiilor participante la studiu, jumătate dintre acestea se încadrează sub nivelul mediu de venit (50,8%), iar un procent de 11% se află la limita sărăciei, cu venituri sub nivelul minim. Nu trebuie ignorat nici procentul de 4,2% de părinți care nu au răspuns la întrebare sau au refuzat să-și declare venitul.

Rezultatele referitoare la accesul elevilor la facilitățile pentru activitate fizică existente în școală, sunt prezentate în tabelul nr.2. Se observă o limitare a

accesului elevilor la facilitățile pentru activitate fizică existente în școală în afara orelor de educație fizică. Pentru îmbunătățirea nivelului de activitate fizică este de dorit ca elevii să poată avea acces la terenul de joacă, terenul de sport sau chiar la sala de sport existente în școala la care sunt înscriși, în timpul pauzelor sau în timpul lor liber.

Tabel nr. 2. Accesul elevilor la facilitățile pentru activitate fizică existente în școală

Accesul elevilor la facilitățile din școală	Sală de sport	Teren de joacă	Teren de sport
Nr. de școli care permit accesul elevilor înaintea orelor/după ore, la:	5	9	12
Nr. de școli care permit accesul elevilor în timpul orelor, la:	15	6	15
Nr. de școli care permit accesul elevilor în pauze, la:	3	12	11
Nr. de școli care nu permit accesul elevilor la:	-	-	1
Nr. de școli care nu au:	3	2	-

Din punctul de vedere al stării de funcționare și al întreținerii spațiilor destinate activității fizice din cele 16 școli luate în studiu, situația se prezintă astfel:

- Doar una dintre *sălile de sport* este nouă, construită în ultimii 5 ani, iar 3 școli nu au deloc sală de sport.

Tabel nr. 3. Distribuția copiilor în funcție de durata activității fizice desfășurate în fiecare zi a săptămânii.

Durata efortului fizic	Procentul copiilor a căror AF se încadrează în durata menționată, în fiecare zi a săptămânii						
	Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică
deloc	8%	10%	10%	11%	11%	8%	11%
30 min sau mai puțin	22%	22%	24%	21%	20%	14%	15%
30-60 min	30%	32%	29%	31%	29%	25%	25%
60 min sau mai mult	39%	36%	36%	36%	40%	53%	49%
Non-răspuns	1%	1%	1%	1%	0%	0%	0%

În ceea ce privește diferența dintre fete și băieți, în Fig.2. este ilustrat modul diferit în care fetele și băieții își repartizează activitatea fizică în decursul unei săptămâni; astfel, se observă pe de o parte, că

- În ceea ce privește *terenurile de joacă* din incinta unităților de învățământ, 4 din cele 14 existente au fost construite în ultimii 5 ani, iar 6 au fost renovate în ultimii 5 ani.
- 5 *terenuri de sport* au fost construite în ultimii 5 ani și 8 au fost renovate.
- Două școli (una din București și una din Cluj) menționează că în ultimii 5 ani au fost construite și amenajate terenuri de sport sintetice, de a căror întreținere se ocupă firma producătoare – atât de asigurarea fondurilor necesare cât și de asigurarea personalului de îngrijire și mentenanță.

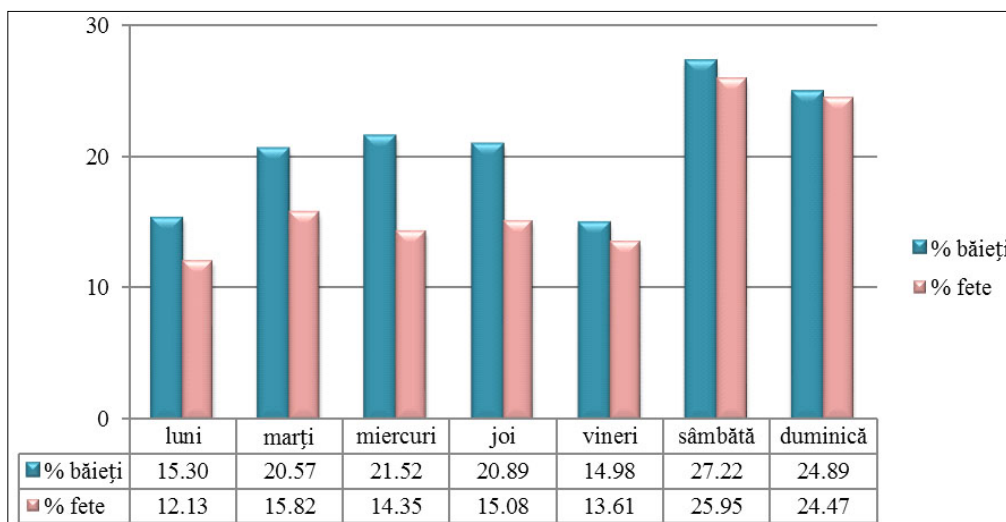
Nivelul activității fizice în lotul studiat.

Organizația Mondială a Sănătății recomandă ca toți copiii și tinerii să efectueze cel puțin o oră de activitate fizică pe zi (aceasta ar include mers pe jos, educație fizică, jocuri sportive, dans, activități fizice în pauze la școală sau în afara ei). Elevii trebuie să desfășoare zilnic o activitate fizică moderată spre intensivă timp de 60 de minute sau mai mult, în forme adecvate dezvoltării, plăcută și diversificată. Doza completă de activitate fizică poate fi cumulată în reprize de cel puțin 10 minute. Trebuie să fie abordate tipuri specifice de activitate în funcție de nevoile grupului de vârstă: creșterea enduranței, dezvoltare motrice, forță, echilibru, flexibilitate [5], [17].

Durata activității fizice desfășurate zilnic, pe parcursul unei săptămâni este prezentată în tabelul nr.3.

băieții sunt mai activi decât fetele, pe de altă parte că băieții își distribuie aproape uniform efortul fizic de-a lungul săptămânii, în timp ce fetele sunt mai active în weekend.

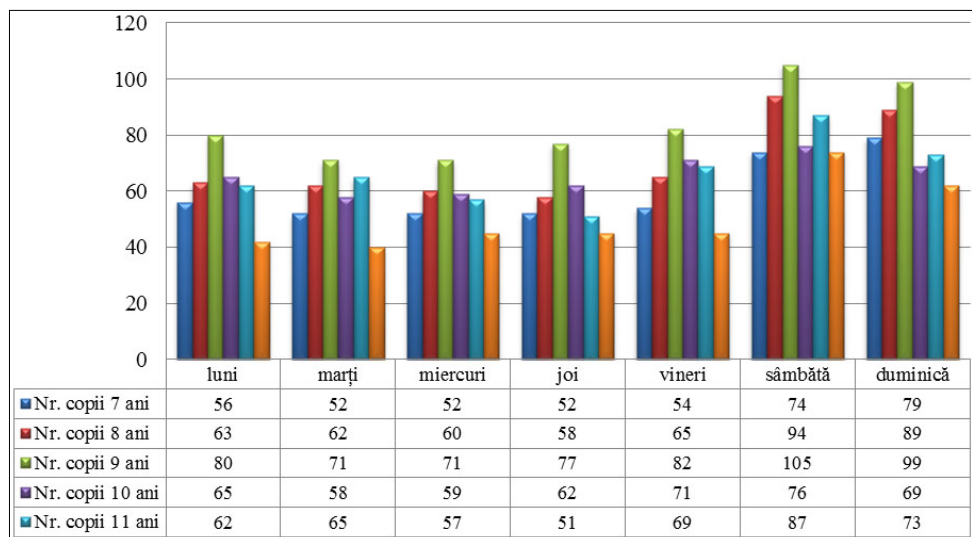
Fig. 2. Repartiția pe sexe a copiilor care acumulează cel puțin 60 de minute de activitate fizică pe zi, în funcție de zilele săptămânii



Referitor la repartiția pe grupe de vârstă a copiilor care desfășoară cel puțin 60 min/zi în funcție de zilele săptămânii, se observă că cei mai activi sunt copiii de 9 ani. De la 7 la 9 ani nivelul activității fizice crește progresiv, iar după 9 ani începe să scadă.

Copiii de 10 și 11 ani au un nivel similar al activității fizice, iar cel mai jos nivel se înregistrează la copiii de 12 ani. Pentru toți copiii se remarcă un nivel mai bun de activitate fizică cu durata de cel puțin o oră în zilele libere de la sfârșitul săptămânii (Fig. 3.).

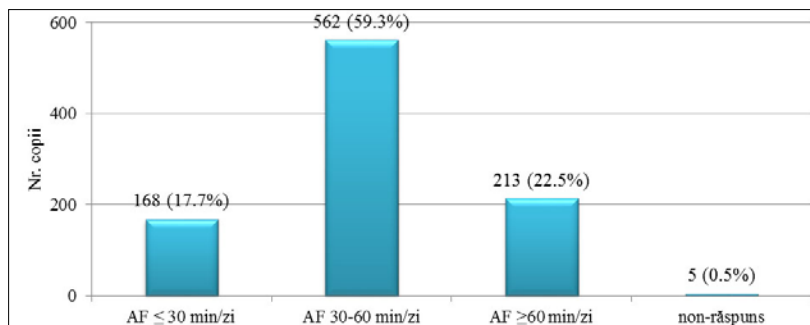
Fig. 3. Repartiția pe grupe de vârstă a copiilor care acumulează cel puțin 60 de minute de activitate fizică pe zi, în funcție de zilele săptămânii.



Făcând o medie a duratei activității fizice zilnice desfășurate în cursul unei săptămâni pentru fiecare copil, se observă mai clar că nivelul de activitate

fizică al copiilor din lotul studiat este scăzut comparativ cu nivelul recomandat pentru vârsta lor (Fig. 4).

Fig. 4. Distribuția copiilor în funcție de durata efortului fizic zilnic.

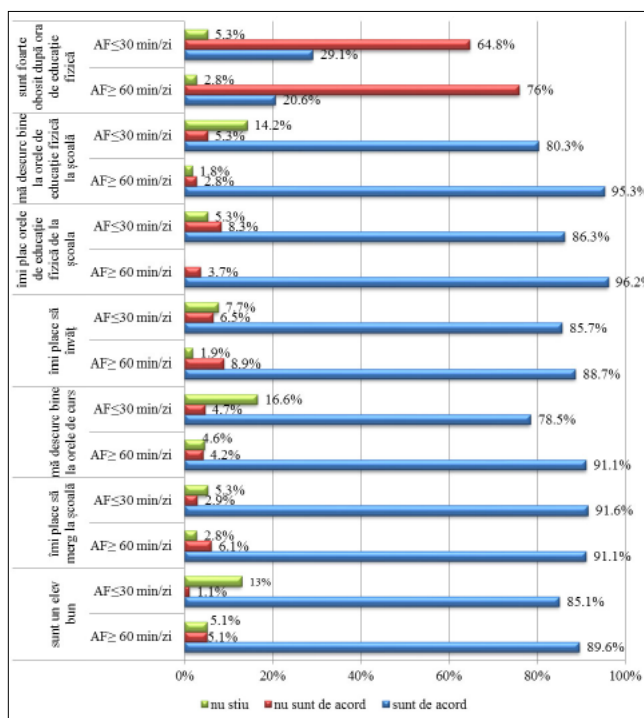


Analizând aceste date, se observă că doar 22.47% din copiii studiați respectă recomandarea OMS de cel puțin 60 min de activitate fizică zilnică. Majoritatea copiilor din lotul studiat (59.28%) desfășoară zilnic, în medie, între 30 și 60 min de activitate fizică. Un procent destul de mare (17.72%) cumulează zilnic, în medie, sub 30 min de activitate fizică.

În ceea ce privește activitatea fizică desfășurată în cadrul școlii, majoritatea copiilor au afirmat că agreează orele de educație fizică (92.4%) și că se descurcă bine la aceste ore (89.1%), însă 24% au precizat că sunt foarte obosiți după ora de educație fizică; aproape toți (92.1%) au menționat că le place

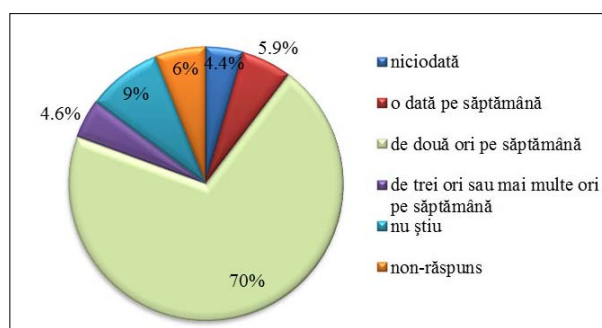
să meargă la școală și că ei consideră că se descurcă bine la orele de curs (87.7%). Analizând comparativ răspunsurile copiilor activi (AF ≥ 60 min/zi) față de cele ale copiilor sedentari (AF ≤ 30 min/zi), referitor la afirmația “sunt foarte obosit după ora de educație fizică” se observă un procent mai mare al copiilor activi (76%) care nu au fost de acord cu această afirmație comparativ cu 64.8% dintre copiii sedentari. Se observă, de asemenea, că elevii activi consideră că se descurcă mai bine la orele de educație fizică de la școală, învață mai bine, le place să învețe și agreează orele de educație fizică mai mult comparativ cu elevii inactivi (Fig. 5).

Fig. 5. Aprecerea subiectivă a copiilor activi și sedentari cu privire la propriile performanțe școlare



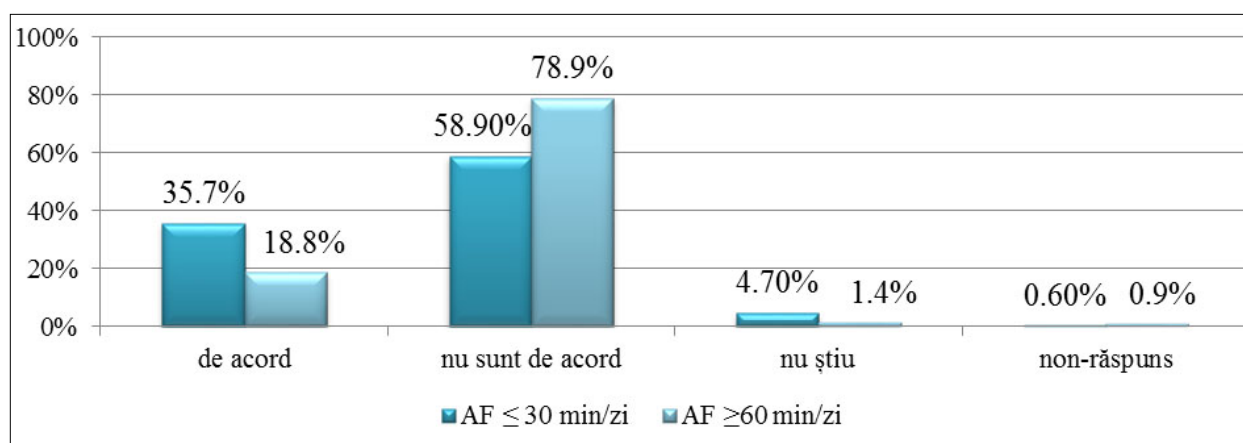
Din punct de vedere al efortului fizic depus în timpul orelor de educație fizică, majoritatea (53.6%) au afirmat că fac efort fizic timp de 20-40 de minute, 26% că fac mai mult de 40 de minute iar 18.6% au precizat că depun efort între 0-20 de minute. În privința utilizării facilităților sportive din cadrul școlii, părinții au menționat în proporție de 70% o frecvență de utilizare de două ori pe săptămână – respectiv în cele două ore de educație fizică prevăzute în curricula de învățământ– 5.9% o dată pe săptămână, 4.6% de trei sau mai multe ori pe săptămână și 9% au afirmat că nu știu (Fig. 6).

Fig. 6. Frecvența utilizării de către copii a facilităților sportive din cadrul școlii din perspectiva părinților



În ceea ce privește activitatea fizică desfășurată în afara școlii, majoritatea copiilor (67.7%) declară că practică activitățile preferate mai mult timp și cu o frecvență mai mare în zilele libere de la sfârșit de săptămână, deoarece ei, părinții sau prietenii lor au mai mult timp la dispoziție. Un procent de 30.3% dintre copii declară că nu e nicio diferență între timpul dedicat activității fizice în weekend față de restul săptămânii. Din totalul copiilor intervievați, 30.1% au afirmat că ar dori să facă mai multă mișcare însă nu pot din cauza volumului mare de teme, 65% au considerat că volumul temelor pentru acasă nu îi împiedică să facă mai multă mișcare, 4.1% au răspuns că nu știu iar 0.6% nu au răspuns. Din subgrupul copiilor activi ($AF \geq 60$ min/zi), 18.77% afirmă că le-ar plăcea să facă mai multă mișcare, dar au prea multe teme de făcut (Fig. 7), spre deosebire de copiii sedentari ($AF \leq 30$ min/zi) care fac această afirmație în proporție de 35.7%. Putem trage concluzia că volumul prea mare al temelor pentru acasă reprezintă o barieră în calea activității fizice într-o proporție mai mică în cazul copiilor activi fizic comparativ cu ceilalți.

Fig. 7. Distribuția copiilor activi comparativ cu cei sedentari în funcție de acordul/dezacordul cu afirmația „aș vrea să fac mai multă activitate fizică, dar am prea multe teme.”



CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI

- Studiul a relevat o limitare a accesului elevilor la facilitățile existente în școală în afara orelor de educație fizică. Pentru promovarea activității fizice în zonele defavorizate și nu numai, este de dorit ca elevii să poată avea acces în timpul pauzelor sau în timpul lor liber la terenul de joacă, terenul de sport sau chiar la sala de sport existente în școala la care sunt înscriși,
- Mai puțin de un sfert dintre copiii investigați respectă recomandarea OMS de cel puțin 60 min de activitate fizică zilnică. Mai mult de jumătate dintre copiii din lotul studiat desfășoară zilnic, în medie, între 30 și 60 min de activitate fizică.
- Pentru toți copiii se remarcă un nivel mai bun de activitate fizică cu durata de cel puțin o oră, în zilele libere de la sfârșitul săptămânii.
- Volumul prea mare al temelor pentru acasă este perceput ca o barieră în calea activității fizice în proporție mai mare de copiii sedentari.
- Elevii activi consideră că se descurcă mai bine la orele de educație fizică de la școală, învață mai bine, le place să învețe, le plac orele de educație fizică mai mult și sunt mai puțin obosiți comparativ cu elevii inactivi.
- Majoritatea copiilor, atât cei activi cât și cei sedentari apreciază facilitățile, dotările școlii pentru sport, precum și profesorul de sport.

BIBLIOGRAFIE

1. WHO Regional Committee for Europe EUR/RC64/12, 64th session + EUR/RC64/Conf.Doc./5. Copenhagen, Denmark, 15–18 September 2014 – Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015–2020, pag.1-4.
2. European Commission/EACEA/Eurydice, 2013. Physical Education and Sport at School in Europe, Eurydice Report. Luxembourg: Publications Office of the European Union. pag.17-44.
3. EU Physical Activity Guidelines – Recommended Policy Actions in Support of Health-Enhancing Physical Activity Approved by the EU Working Group “Sport & Health” at its meeting on 25 September 2008 Confirmed by EU Member State Sport Ministers at their meeting in Biarritz on 27-28 November 2008. pag..3, 23-25.

4. NICE public health guidance Promoting physical activity for children and young people – Issued: January 2009, pag. 25-28, 35-39.
5. World Health Organization. 2010 – Global recommendations on physical activity for health. pag. 16-21
6. Eaton D.K., Kann L., Kinchen S. , Shanklin S, Flint K.H., Hawkins J., Harris W.A., Lowry R., McManus T., Chyen D., Whittle L., Lim C., Wechsler H., 2011 – Youth Risk Behavior Surveillance . Division of Adolescent and School Health, National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention, CDC. pag. 35-37.
7. RECOMANDAREA CONSILIULUI din 26 noiembrie 2013 privind promovarea intersectorială a activității fizice de îmbunătățire a stării de sănătate (2013/C 354/01)
8. Health Behavior in School Children Romania 2010 – “HBSC/WHO Collaborative Study“. pag 27-36
9. Brunton G., Harden A., Rees K., Kavanagh J., Oliver S., Oakeley A. (2003) Children and physical activity – a systematic review of barriers and facilitators – London EPPi – Center, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. Pag. 1-6, 25-26, 32-35, 97-101.
10. Mulvihill C., Rivers K., Aggleton P. 2007– Qualitative research among young people aged 5 to 15 years and parents. – Thomas Coram Research Unit, Institute of Education, University of London. Pag. 6-66.
11. World Health Organization 2013 – Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Pag. 5, 79, 93.
12. WHO Regional Committee for Europe, 2014 – EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020 – 24 February 2014 [updated 12 March 2014] . pag. 3, 11, 17
13. Farley T.A., Meriwether, R.A., Baker E.T., Watkins L.T., Johnson C. C., Webber L.S.– Safe Play Spaces To Promote Physical Activity in Inner-City Children: Results from a Pilot Study of an Environmental Intervention – Am J Public Health. 2007 September; 97(9): pag. 1625-1631
14. Sirard JR, Riner WF Jr, McIver KL, Pate RR, 2005 – Physical activity and active commuting to elementary school.– Medicine and Science in Sports and Exercise [2005, 37(12): pag. 2062-2069]
15. S. J. M. Verstraete , G. M. Cardon , D. L. R. De Clercq , I. M. M. De Bourdeaudhuij, 2006 – Increasing children’s physical activity levels during recess periods in elementary schools: the effects of providing game equipment – European Journal of Public Health, Vol. 16, No. 4, pag. 415–419
16. Taras H., 2009 – Physical Activity and Student Performance at School – Journal of School Health, Volume 75, Issue 6, pag. 214–218
17. Physical Activity Guidelines „Be Active, Healthy and Happy!“ Advisory Committee Report, 2008. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 2008. Pag. 15-19

CORELAȚII ÎNTRE STILUL DE VIAȚĂ AL FEMEII ÎNSĂRCINATE ȘI GREUTATEA/ LUNGIMEA NOU-NĂSCUTULUI

*Hadmaș Roxana Maria – masterand Nutriție Clinică și Comunitară, roxanahadmas@yahoo.com,
Conf. Univ. Dr. Tarcea Monica, As. Univ. Ruța Florina Daniela*

Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu Mureș – Disciplina de Nutriție comunitară și igiena alimentelor

REZUMAT

PREMIZE: Obezitatea reprezintă o problemă majoră de sănătate publică, fiind un factor al creșterii morbidității și mortalității la nivel mondial, 50% dintre copiii obezi riscă să devină adulți obezi.

OBIECTIVE: Obiectivul lucrării este de a demonstra impactul pe care alimentația femeii însărcinate și greutatea acesteia îl are asupra statusului nou-născutului.

METODE: Pentru realizarea studiului s-a folosit un eșantion de 105 subiecți, persoane de sex feminin cu vârste cuprinse între 15 și 35 ani, domiciliate în județul Mureș, cu naștere la termen și copii în vârstă de 0-360 zile.

REZULTATE: Din cei 105 subiecți incluși în studiu 67,61% erau eleve/studente cu vârste cuprinse

între 15 și 25 ani, iar 32,38% erau persoane de sex feminin cu vârste cuprinse între 26 și 35 ani. S-au observat diferențe în stilul de viață al subiecților din cele două categorii, cât și în media greutatea câștigată în timpul sarcinii.

S-a observat o legătură între stilul de viață și greutatea câștigată în timpul sarcinii, rezultatele fiind semnificative statistic ($p=0,0001$) și o asocierie pozitivă semnificativă între greutatea câștigată în timpul sarcinii și greutatea/lungimea nou-născutului ($p=0,0001/p=0,0007$).

CONCLUZII: Comportamentul alimentar și stilul de viață al femeii însărcinate au influențe semnificative statistic asupra stării nou-născutului în ceea ce privește greutatea și lungimea la naștere.

CUVINTE CHEIE: nutriție, gravide, copii, greutate

Correlations between the Lifestyle of Pregnant Women and Newborn`s Weight/Lenght

ABSTRACT

BACKGROUND: Obesity is a major public health problem, being a factor of increased morbidity and mortality worldwide, 50% of obese children have the risk to become obese adults.

AIMS: The objective of this paper is to demonstrate the impact that diet and weight of pregnant women has on newborn`s status.

METHODS: We studied a sample of 105 subjects, females aged between 15 and 35 years, living in Mures county, at term birth or with children aged 0-360 days.

RESULTS Of the 105 subjects included in the study, 67.61% were pupils/students aged 15 to 25

years and 32.38% were females aged between 26 and 35 years. There were visible differences in the lifestyles of the subjects in both categories and the average weight gained during pregnancy. There was a connection between lifestyle and weight gained during pregnancy, the result were statistically significant ($p=0.0001$) and there was a significant positive association between weight gained during pregnancy and newborn`s weight/length ($p=0.0001/p=0.0007$).

CONCLUSIONS: Eating behavior and lifestyle of pregnant women have statistically significant effect on the newborn state in term of weight and length.

KEYWORDS: nutrition, pregnancy, children, weight

INTRODUCERE

Obezitatea reprezintă o creștere anormală a țesutului adipos, fiind o problemă majoră de sănătate publică, Organizația Mondială a Sănătății numind obezitatea infantilă „cea mai serioasă provocare a secolului 21”. Obezitatea și supraponderalitatea nu reprezintă doar probleme estetice, acestea influențează morbiditatea și mortalitatea prin creșterea riscului de hipertensiune arterială, rezistență la insulină și diabet zaharat, boli coronariene, dislipidemii și sindroame metabolice [1,2,3,4,5,6].

Din punct de vedere etiopatogenic putem spune că atât nou-născuții cu greutate mică la naștere cât și cei macrosomi (cu greutate mare la naștere) sunt predispuși dezvoltării acestei patologii, riscul ca aceștia să devină adulți obezi fiind de 50% [1,7,8].

Un raport al OMS-ului din 2013 ne aduce în prim plan incidența la nivel global a acestei afecțiuni, vorbind despre un număr de peste 42 milioane copii obezi cu vârste cuprinse între 0 și 5 ani [9].

Scopul lucrării este de a demonstra impactul pe care alimentația femeii însărcinate și greutatea acesteia îl are asupra statusului nou-născutului.

MATERIAL ȘI METODĂ

Acesta este un studiu retrospectiv realizat pe un eșantion de 105 subiecți. Criteriile de includere în studiu au fost: persoane de sex feminin sănătoase, cu vârste cuprinse între 15 și 35 ani, domiciliat în județul Mureș, cu naștere la termen și copii în vârstă de 0 – 360 zile. Colectarea datelor a avut loc în perioada decembrie 2014 – februarie 2015. Pentru realizarea studiului s-au folosit chestionare cu multiple variante de răspuns care vizau: greutatea și înălțimea mamei, greutatea câștigată în timpul sarcinii, stilul de viață (alimentație și efort fizic susținut), greutatea și lungimea nou-născutului. Pentru analiza alimentației chestionarul a cuprins o serie de întrebări care ne ofereau date cu privire la frecvența consumului anumitor alimente: legume, fructe, cereale, carne, lactate, grăsimi animale, ulei, nuci, semințe, dulciuri, fast-food, alcool și apă.

Analiza greutății câștigate în timpul sarcinii s-a făcut ținându-se cont de indicele de masă corporală (IMC = raportul dintre greutate și pătratul înălțimii) [10,11,12,13] subiecții fiind împărțiți în 2 categorii: cu o creștere normală în greutate și cu o creștere necorespunzătoare (mare/mică). (Tabel 1)

Tabelul nr. 1. Analiza greutății câștigate în timpul sarcinii în funcție de indicele de masă corporală (IMC)

Tip	IMC	Lb	Kg
Subponderal	< 18,5	28 – 40	13 – 18
Normoponderal	18,5 – 24,9	25 – 35	11 – 16
Supraponderal	25 – 29,9	15 – 25	7 – 11
Obez	> 30	11 – 20	5 – 9

Pentru întocmirea studiului am considerat în limite normale următoarele date pentru nou-născut [14,15]: greutate normală 2500 – 4000 grame, lungime normală 48 – 54 cm, vârsta gestațională normală 37 – 41 săptămâni, aceștia fiind ulterior împărțiți în mai multe categorii: cu greutate normală sau greutate mare/mică, cu lungime normală sau lungime mare/mică.

Din punct de vedere al stilului de viață am considerat normale următoarele puncte: 3 mese principale, consum de minim 3 porții de fructe și legume crude zilnic, consum zilnic de lactate sau brânzeturi,

minim 3 porții de cereale sau derivate/zi, minim 2 litri de lichide și efort fizic de aproximativ 30 minute. Au fost subiectul excluderii din stilul de viață sănătos: consumul de alcool și droguri, tutunul, consumul de alimente de tip fast-food, consumul de zaharuri și dulciuri rafinate, consumul preponderent de alimente cu caracter obezogen (grăsimi, mezeluri, sosuri, zahăr, prăjeli), consum scăzut de lichide (sub 1,5 litri/zi), lipsa totală a efortului fizic.

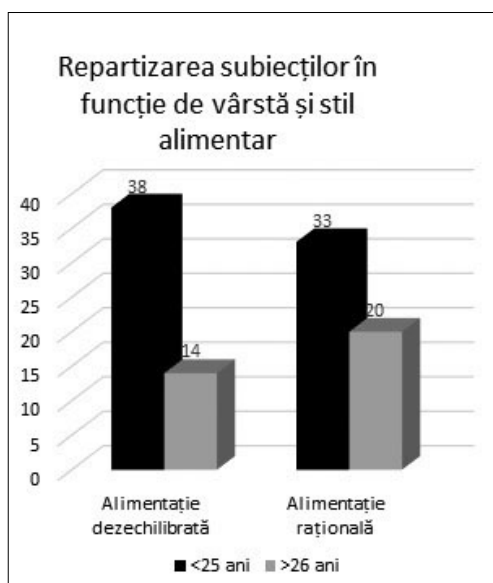
Datele au fost îndosariate și analizate cu ajutorul programelor Microsoft Office Excel, Graphpad și

MedCalc viewer, iar pentru calcularea erorii efective s-a folosit testul Fisher.

REZULTATE

Din cei 105 subiecți incluși în studiu 2,85% (n = 3) erau eleve și 64,76% (n = 68) erau studente cu vârste cuprinse între 15 și 25 ani, iar 32,38% (n=34),

Figura nr. 1. Distribuția subiecților în funcție de vârstă și stil de viață

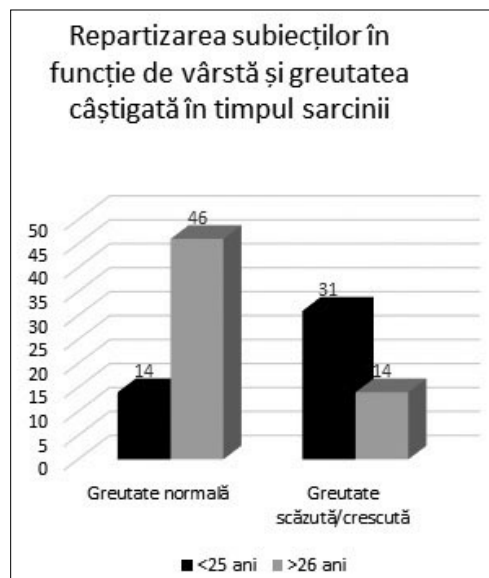


Un procent de 50,47% (n = 53) din totalul de persoane aveau o alimentație rațională, iar 49,52% (n=52) o alimentație dezechilibrată cu un consum de nutrienți sub media recomandată: 19,23% din categoria celor cu alimentație dezechilibrată aveau sub 3 porții de cereale, 9,61% consumau doar ocazional lactate, 73,07% consumau mezeluri regulat, 9,36% ape-lau la produse de tip fast-food și 78,84% consumau frecvent dulciuri rafinate.

Am observat diferențe semnificative și în ceea ce privește activitatea fizică realizată zilnic: 7 (9,85%) dintre persoanele cu vârstă sub 25 ani efectuau peste 60 minute de antrenament/zi, 26 (40,95%) 30 de minute și 38 (51,42%) aveau parte de mai puțin de 30 minute exerciții fizice. La categoria peste 26 ani am observat că o persoană făcea mai mult de 60 minute exerciții fizice, 17 persoane (50%) efectuau peste 30 minute, în timp ce 16 persoane (47,05%) erau sedentare.

erau persoane de sex feminin cu vârste cuprinse între 26 și 35 ani. S-au observat diferențe în stilul de viață al subiecților din categoriile <25 ani și >26 ani (Figura 1), cât și în media greutateii câștigate în timpul sarcinii (Figura 2); aceste diferențe nu au fost semnificative între subiecții eleve și subiecții studente.

Figura nr. 2. Distribuția subiecților în funcție de vârstă și greutatea câștigată în timpul sarcinii



În urma analizării datelor am observat o legătură între stilul de viață și greutatea câștigată în timpul sarcinii, rezultatele fiind semnificative statistic, riscul celor cu un stil de viață neadecvat (n = 52) de a avea o creștere în greutate anormală fiind de 69,23% (n = 36) (p = 0.0001, RR = 4,07, CI = 95%). Riscul celor expuși este 69,23%, riscul celor neexpuși este 16,98%, iar riscul relativ (RR) este 4,07. (Tabel 2)

Riscul celor expuși = (Totalul celor care au avut un stil de viață neadecvat și au avut o creștere anormală în greutate/Totalul persoanelor cu un stil de viață necorespunzător) x 100.

Riscul celor neexpuși = (Totalul celor care au avut un stil de viață adecvat și au avut o creștere anormală în greutate/Totalul persoanelor cu un stil de viață corespunzător) x 100.

Riscul relativ (RR) = Riscul celor expuși/Riscul celor neexpuși

Tabelul nr. 2. Corelația dintre stilul de viață și greutatea câștigată în timpul sarcinii

	Greutate crescută/ scăzută	Greutate normală
Stil de viață necorespunzător	26 (24,76 %)	26 (24,76 %)
Stil de viață sănătos	3 (2,85 %)	50 (47,61 %)

p = 0,0001

În ceea ce privește legătura dintre greutatea câștigată în timpul sarcinii și greutatea copilului la naștere, s-a observat o asociere pozitivă semnificativă: $p = 0.0001$ ($p < 0.05$, CI = 95%, RR = 8,34.), riscul de a avea un copil cu o greutate neadecvată la naștere, în cazul femeilor cu o creștere anormală în greutate fiind de 57,77%. (Tabel 3)

Tabelul nr. 3. Corelația dintre greutatea câștigată în timpul sarcinii și greutatea nou-născutului

	Greutate mare/ mică la naștere	Greutate normală la naștere
Creștere în greutate anormală în timpul sarcinii	26 (24,76 %)	19 (18,09 %)
Creștere în greutate normală în timpul sarcinii	3 (2,85 %)	57 (54,28 %)

p = 0,0001

Din totalul gravidelor cu o creștere anormală în greutate în timpul sarcinii ($n = 45$), 35,5% ($n = 16$) au avut o creștere mică în greutate în timpul sarcinii, iar 64,5% ($n=29$) o creștere mare în greutate. Din totalul gravidelor cu o creștere mică în greutate ($n = 16$), 31,25% ($n = 5$) au dat naștere unui copil cu o greutate mică, 37,5% ($n = 6$) unui copil cu o greutate mare și 31,25% ($n = 5$) unui copil cu o greutate normală. În același timp, din totalul gravidelor cu o creștere mare în greutate în timpul sarcinii ($n = 29$), 20,68% ($n = 6$) au avut un copil cu o greutate mică la naștere, 31,03% ($n = 9$) un copil cu o greutate mare, iar 48,29% ($n = 14$) un copil cu o greutate normală.

S-a observat o asociere pozitiv semnificativă din punct de vedere statistic și în cazul lungimii nou născutului: $p = 0.0007$ ($p < 0.05$, CI=95%, RR = 2.17), riscul mamelor cu o creștere în greutate anormală de a avea copii cu lungime necorespunzătoare fiind în acest caz de 63%. (Tabel 4)

Tabelul nr. 4. Corelația dintre greutatea câștigată în timpul sarcinii și lungimea nou-născutului

	Cu lungime necorespunzătoare	Cu lungime normală
Creștere în greutate crescută/scăzută	30 (28,57 %)	17 (16,19 %)
Creștere normală în greutate	17 (16,19 %)	41 (39,04 %)

p = 0,0001

DISCUȚII

Aproximativ 50% dintre persoanele incluse în studiu sunt adeptele unui stil de viață neadecvat, iar în ceea ce privește alimentația putem spune că acestea consumau o cantitate de calorii excesivă, alimentația din timpul sarcinii fiind necesar a fi suplimentată cu 0 calorii în primul trimestru de sarcină, 340 calorii pe zi în trimestrul II și cu 420 calorii pe zi în trimestru III. [16]

S-a observat o problemă de alimentație și în privința raportului de macronutrienți, cantitatea de carbohidrați simpli, proveniți din zahăr și dulciuri, fiind crescută; un procent crescut s-a observat și în rândul lipidelor provenite din prăjeli, alimente tip fast-food, grăsimi animale. Acest stil de viață reprezintă o problemă pentru starea de sănătate a întregii populații, iar principala problemă este reprezentată de influența pe care acest stil de viață o are asupra fătului și asupra nou-născutului.

În urma analizării datelor colectate s-au observat diferențe semnificative între stilul de viață al mamelor cu vârstă peste 26 ani și al celor cu vârste cuprinse între 15 și 25 ani (Figura 1), acestea din urmă fiind mai predispuse riscului de a da naștere unui copil cu anomalii în greutatea și/sau lungime. (Figura 2)

Așa cum se observă din rezultatele obținute, aproximativ 52% dintre femeile însărcinate cu vârste cuprinse între 15 și 25 ani au un stil de viață necores-

punzător, lucru care crește riscul de a avea o greutate mai mare pe perioada sarcinii cu 50%.

În 2009, un studiu realizat pe 2128 persoane sugera o corelație între greutatea crescută a mamei și problemele nou-născutului, făcându-se recomandări de minimalizare a riscului prin scăderea greutății materne, lucru pe care îl sugerăm și noi în urma datelor obținute. [17]

J.Sen et al publicau în 2010 o cercetare realizată pe un eșantion de 516 mame, în urma căruia se demonstra că statusul nutritiv maternal este asociat cu greutatea mică la naștere[18], lucru pe care îl putem susține și noi, cu precizarea că am obținut date semnificative care arătau o asociere și cu greutatea mare a nou-născutului. Rezultate asemănătoare au avut și S. Lumbanraja et al. în studiul realizat pe un eșantion de 104 femei. [19]

În urma calculelor statistice s-a demonstrat faptul că un stil de viață nesănătos, respectiv o greutate crescută în timpul sarcinii au o influență puternică asupra greutății nou-născutului (Tabel 3), dar și asupra lungimii acestuia (Tabel 4), fapt demonstrat și de către Leide Irislayne Macena da Costa e Silva et al. într-o cercetare realizată pe un eșantion de 558 de mame din Brazilia. [20]

În 2011 E. Hann et al. au reunit într-o cercetare 78 de studii care demonstau o corelație între greutatea mică a mamei și greutatea anormală a nou-născutului, lucru pe care l-am observat și noi. În studiul nostru am observat că 57% dintre mamele cu o creștere mai mică decât standardele și cele cu o creștere mai mare au dat naștere unor copii cu greutate mai mică/mai mare decât cele normale, lucru care predispune copilul unei supraponderii/obezități la vârstă mică și ulterior adultă. [21]

CONCLUZII

1. Stilul de viață nesănătos a avut o incidență mai crescută în rândul studentelor/elevelor însărcinate cu vârste cuprinse între 15 și 25 ani, comparativ cu femeile însărcinate cu vârste peste 26 ani.

2. Alimentația nepotrivită și lipsa efortului fizic influențează semnificativ riscul de a avea o creștere neadecvată în timpul sarcinii la ambele categorii de vârstă, cei 49,52% subiecți cu alimentație dezechilibrată fiind supuși unui risc de 50% de a avea o creștere anormală în greutate.

3. Creșterea mai mare sau mai mică în greutate, în timpul sarcinii, în raport cu recomandările OMS, cresc riscul de a da naștere unui copil cu o greutate și/sau o lungime mai mare sau mai mică decât standardele de normalitate, respectiv un risc de 57% de a avea copii cu greutate anormală și 63% de a avea copii cu lungime nepotrivită.

4. Comportamentul alimentar și stilul de viață au influențe statistice semnificative asupra stării nou-născutului în ceea ce privește greutatea și lungimea la naștere.

BIBLIOGRAFIE

1. Mărginean CO, *Nutriția copilului sănătos și bolnav*, Ed. University Press, Târgu Mureș, 2010, 124-128
2. Dimosthenopoulos C., Katsilambros N., Kontogianni M. et al, *Clinical nutrition in practice*, Willet Blackwell, Oxford, 2010, 45-47
3. Coșoveanu S., Bulucea D., *Obezitatea la copil – o problemă pediatrică în creștere*, Revista Română de Pediatrie, 2011, vol. LX, nr. 2, pag. 129-135
4. Young D.L., Laquatra I. et al, *Heinz handbook of nutrition*, Ediția 9, H.J.Heinz Company,2003, 229-230
5. Kelly D., Bremner R., Hartley J. et al, *Practical approach to paediatric gastroenterology, hepatology and nutrition*, Wiley Blackwell, 2014, 209-212
6. World Health Organization, *Report of the first meeting of the ad hoc working group on science and evidence for ending childhood obesity*, Geneva, 2014
7. Giosan A., *Study regarding primary obesity in the case of children*, Revista Română de Statistică, 2012, vol. IV, pag. 425-429
8. Duggan C, Watkins J, Walker A. et al, *Nutrition in pediatrics*, Ediția 4, Bc Decker Inc, Hamilton, 2008
9. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/> accesat la 26.02.2015
10. Institute of Medicine, *Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines*, DC: National Academics Press, Washington, 2009
11. Lammi-Keefe C.J., Couch S.C., Philipson E.H. et al, *Handobook of nutrition and pregnancy*, Humana Press, Philipson, 2008, 27-30
12. Compass Group, *Manual of clinical nutrition management*, 2013, pag. A14-A15
13. Whitney E., Rolfes SR., *Understanding nutrition*, Ediția 11, USA, Thomson, 2008, 516-517
14. Stamatina M., Păduraru L., *Neonatologie*, Editura Gr. T. Popa, Iași, 2009, 12-13 și 53-55
15. Aujard Y., Bourrillon A., Gaudelus J. et al, *Pédiatrie*, Editura Ellipses, Paris, 1997, 51-53
16. Hark L., Deen D., Marrison G. et al, *Medical nutrition&disease, A case-based approach*, Ediția 5, Willey Blackwell, 2014, 386-387

17. Oken E., Kleinman K.P., Belfort M.B. et al, *Associations of gestational weight gain with short- and longer- term maternal and child outcomes*, American Journal of Epidemiology, 2009, 170:173-180

18. Sen J., Roy A., Mondal N., *Association of maternal nutritional status, body composition and socio-economic variables with low birth weight in India*, Journal of Tropical Pediatrics, 2010, 56(4): 254-259

19. Lumbanraja S., Lutan D., Usman I., *Maternal weight gain and correlation with birth weight infants*, Procedia – Social and behavioral sciences, 2013, 103:647-656

20. Macena da Costa e Silva L.I., Da Silva Gomez F.M., Valente M.H. et al, *The integrational effects on birth weight and its relations to maternal consitions, Sao Paul, Brazil*, BioMed Research International, 2015, Article ID 615034

21. Han Z., Mulla S., Beyene J. et al, *Maternal underweight and the risk of pretern birth and low birth weight: a systematic review and meta-analyses*, International Journal of Epidemiology, 2011,40:65-101.

EXPERIMENTUL DE TIP ABAB CU UN SINGUR SUBIECT ÎN CERCETAREA CLINICĂ: ELEMENTE TEORETICE ȘI APLICAȚII

Sebastian Pinte

Departamentul de Psihologie, Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației,
Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca

Rezumat

Articolul prezintă o categorie de designuri experimentale cu un singur subiect: designurile de tip ABAB. În afara procedurilor de implementare a acestor designuri în cercetarea clinică, articolul mai discută și problema validității interne a acestui tip de experimente în relație cu cele două asumții fundamentale pe care se întemeiază: reversibilitatea variabilei dependente și principiile etice legate de retrage-

rea intervenției terapeutice. Alături de reflecții asupra principalelor amenințări la adresa validității experimentelor reversibile și de descrierea avantajelor acestor designuri, este descrisă și o tipologie a acestor experimente, pornind de la cele mai simple, de tip B, AB sau ABA până la cele mai complexe precum designul de tip ABAC. Articolul prezintă o abordare detaliată a punctelor cheie în cercetarea experimentală cu un singur subiect accentuând oportunitățile de implementare a designurilor de tip ABAB în cercetarea clinică.

Abstract

The article presents a particular category of single-case experiments: the ABAB experimental designs. Besides the implementation procedures of these designs in clinical research, the article discusses the issue of internal validity, related to the main assumptions of this category of designs: the reversal dependent variable and ethical aspects of intervention retreatment.

Along with reflections upon the main threats to internal validity and advantages of the ABAB designs, we also describe a typology of these experiments, from simple ones like the B design, AB or ABA designs to more complex ones, like the ABAC design. The article presents a detailed approach of the key elements in single-case experiments, underlying implementation opportunities of the ABAB experimental designs in clinical research.

INTRODUCERE

Designurile experimentale de tip ABAB sunt forma cea mai intuitivă și poate cea mai larg răspândită în cercetarea experimentală cu un singur subiect. Această categorie de experimente este cunoscută sub diverse denumiri sau etichete, precum designuri reversibile, designuri cu retragerea intervenției, designuri cu eșantioane temporale echivalente, serii temporale întrerupte cu replicări multiple, designuri cu elemente intraseriale [1].

În anumite lucrări metodologice, designurile de tip ABAB nu sunt etichetate ca atare, problematica lor fiind tratată în categoria mai largă a designurilor reversibile (ex. [2],[3]) considerând că această categorie este mai generală, referindu-se la principiul fundamental al acestor experimente (revenirea comportamentului măsurat la nivelul de bază și implicit utilizarea unor pârgii de asigurare a validității interne pe

baza proprietății anumitor comportamente/variabile dependente de a reveni la nivelul lor inițial în absența unei intervenții specifice asupra acestora).

În ce constă procedura?

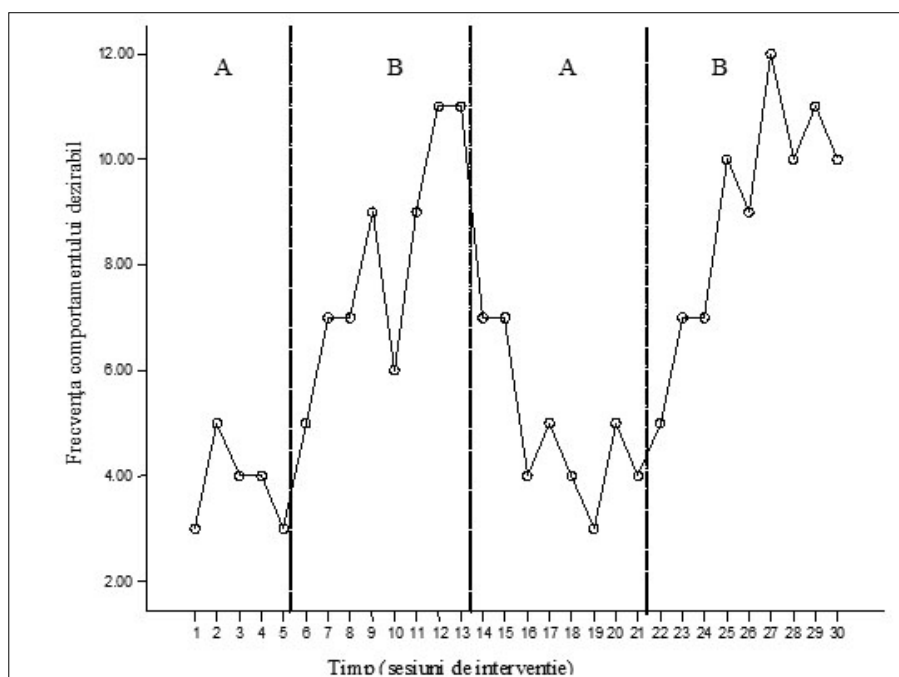
O ilustrare a designului de tip ABAB o reprezintă studiul realizat de Woodard et al. (2005) [4]. Aceștia au testat efectele tratamentului cu dextromethorphan pentru un băiat de 10 ani, diagnosticat cu tulburare de autism, tulburare de dezvoltare pervazivă și tulburare de anxietate generalizată, asupra unor comportamente precum părăsirea sălii de clasă în timpul orelor și tantrum (crize de furie). Studiul s-a desfășurat astfel. Frecvența celor două comportamente amintite mai sus, măsurată prin numărul de incidente zilnice, a fost înregistrată pentru o perioadă de trei luni înaintea începerii tratamentului cu dextromethorphan. După înregistrarea acestui nivel de bază, copilul

a început tratamentul, timp de o săptămână, cu o doză de 30 de mg, timp în care s-a înregistrat în continuare frecvența celor două categorii de incidente. Atunci când a devenit evidentă reducerea frecvenței celor două comportamente indezirabile (reducerea frecvenței până la dispariția cvasi-totală a incidentelor), s-a retras medicația timp de o săptămână, în care s-a urmărit dacă frecvența incidentelor revine la nivelul inițial (de bază). În ultima etapă a experimentului, a fost reintrodus tratamentul timp de trei săptămâni, obținându-se din nou, o frecvență cvasi nulă a celor două tipuri de incidente.

Pornind de la exemplul de mai sus, putem desprinde procedura implicată în general într-un design de tip ABAB. Astfel, se măsoară în prima fază, denumită convențional faza A, nivelul de bază al comportamentului/variabilei dependente. Este vorba despre o

măsurare repetată, la intervale aproximativ egale de timp, a nivelului comportamentului în absența oricărei intervenții. Această măsurare repetată se va încheia doar în momentul în care se poate identifica o stabilitate a comportamentului („așezarea pe o anumită valoare“) sau un anumit patern de variație (ex. o anumită amplitudine de variație, o anumită ciclicitate). Odată obținută această informație legată de nivelul de bază, urmează o fază de intervenție, denumită convențional faza B. Aceasta se traduce printr-o măsurare repetată, dezirabil la aceleași intervale de timp ca în nivelul de bază, pe parcursul unei intervenții care, în principiu, vizează specific modificarea comportamentului măsurat (în figura de mai jos prezentăm pe baza unor date fictive, graficul evoluției frecvenței unui comportament dezirabil, într-un design de tip ABAB).

Figura 1. Ilustrarea datelor într-un design ABAB (exemplu fictiv)



În această secvență a procedurii se pune problema cât de multe repetări ale măsurării trebuie să aibă loc în secvența de intervenție? Răspunsul la această întrebare depinde de contextul specific al cercetării. Astfel, oprirea măsurării se poate face în momentul în care este evidentă o modificare a comportamentului în direcția dorită dacă ceea ce ne-a interesat a fost doar să vedem dacă intervenția e capabilă să producă o modificare. Astfel, în figura 1, se poate

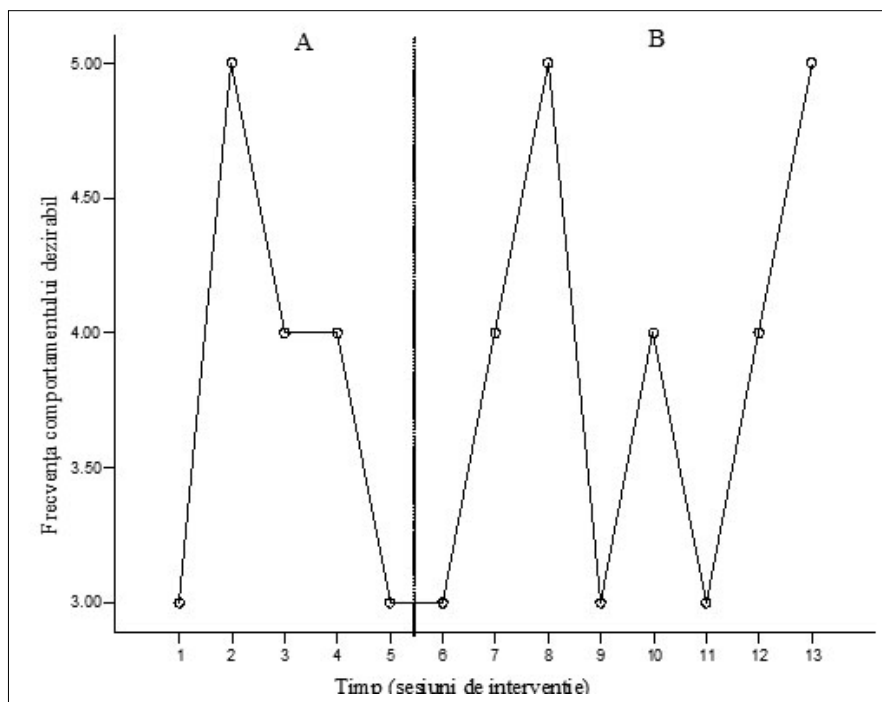
constata de la a doua sesiune de intervenție (sesiunea 7) că performanța obținută este superioară oricărei valori din primul nivel de bază. Desigur, măsurarea pe parcursul intervenției nu se poate opri aici, rămânând încă posibilitatea ca această valoare să fie doar o valoare extremă, ce ar fi putut apărea chiar și în nivelul de bază. Totuși, până la sesiunea 9 se poate observa că orice nouă „doză“ din intervenție generează o performanță mai bună decât oricare valoare obținută în

nivelul de bază. Așadar, dacă obiectivul ar fi fost doar să observăm capacitatea intervenției de a aduce o îmbunătățire, prima secvență B se putea opri aici.

De asemenea, măsurarea comportamentului poate fi sistată și dacă după un număr suficient de

mare de expuneri (aici termenul „suficient“ se stabilește în funcție de background-ul și specificul teoretic al intervenției), e evident că intervenția nu produce nici o modificare. O ilustrare a unei asemenea secvențe este prezentată în graficul de mai jos.

Figura 2. Absența unui efect pe parcursul administrării intervenției (exemplu fictiv)



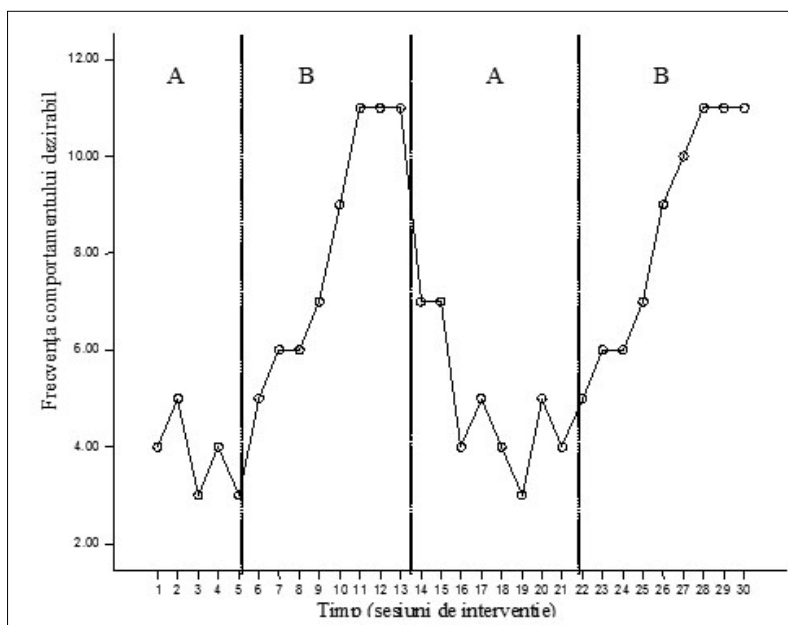
În graficul de mai sus se poate constata că în condițiile măsurării nivelului de bază, frecvența comportamentului variază în registrul 3-5 comportamente. Considerând acest nivel drept unul stabil, s-a trecut la administrarea intervenției și măsurarea performanței în noile condiții. Se poate observa că, deși secvența de intervenție se repetă, comportamentul dezirabil nu părește registrul de variație în care s-a aflat și la măsurarea nivelului de bază. Cu alte cuvinte, se constată că noi administrări ale intervenției nu reușesc să genereze un efect și în consecință vom lua decizia de a sista intervenția și de asemenea întregul experiment de vreme ce a doua secvență AB nu va avea ce efect să replice.

În exemplul de mai sus, este foarte important contextul teoretic în care lucrăm. Astfel, este foarte important ca, din punct de vedere teoretic să ne asigurăm

că intervenția pe care o analizăm nu are o latență mare a schimbării pe care trebuie s-o producă. Dacă această latență este într-adevăr de așteptat să fie mare, este foarte important să-i acordăm potențialului efect timpul pentru a apărea. Altfel, în condițiile în care intervalul de timp după care sistăm intervenția este inclus/încorporat în latența teoretică a efectului scontat, rezultatul interpretării datelor va fi unul de tip „fals negativ“.

Într-un alt context, dacă vrem să vedem cât de mare este schimbarea pe care o poate produce intervenția, vom prelungi secvența de măsurare până vom constata o stabilizare a comportamentului. În aceste condiții, ceea ce va deveni obiect al replicării în a doua secvență AB, va fi nu doar apariția unei schimbări ci și magnitudinea schimbării. În graficul de mai jos este ilustrată o asemenea situație.

Figura 3. Măsurarea comportamentului în intervenție până se identifică magnitudinea maximă a schimbării (exemplu fictiv)



Din figura de mai sus se poate observa că la introducerea intervenției, frecvența comportamentului dezirabil crește aproape continuu până la sesiunea 11. În acest moment, intervenția și-a atins valoarea maximă iar frecvența comportamentului rămâne constantă. În cea de-a doua secvență AB se va urmări, precum în exemplul dat, nu doar replicarea obținerii unei schimbări față de nivelul de bază, ci și replicarea magnitudinii efectului înregistrat în prima secvență AB.

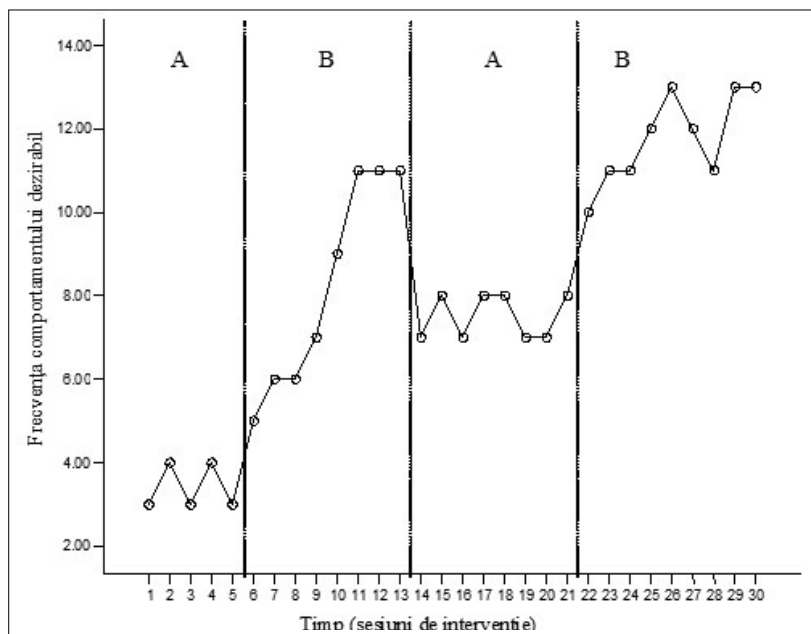
Privind în ansamblu situațiile/condițiile descrise și exemplificate anterior, când una dintre acestea este îndeplinită (apariția schimbării sau atingerea unei anumite magnitudini a schimbării) se sistează intervenția și se reîncepe măsurarea nivelului de bază într-o nouă secvență de tip A.

Cât durează ce-a de-a doua secvență de tip A? Din nou, răspunsul depinde de background-ul teoretic și modul în care evoluează scorurile. În primul rând, este nevoie să permitem un număr suficient de măsurări în așa fel încât, dacă există o anumită latență a

revenirii la nivelul de bază (efect rezidual temporar), aceasta să poată fi evidențiată. Așa cum se poate observa din exemplul prezentat în figura 3, în cea de-a doua secvență de măsurare a nivelului de bază, există un efect rezidual temporar al intervenției care dispare abia după două sesiuni, acestea indicând practic latența revenirii la nivelul de bază. Apoi, în funcție de evoluția datelor, secvența de măsurare trebuie prelungită până la revenirea la nivelul de bază inițial.

Ceea ce trebuie remarcat în acest context este posibilitatea comportamentului de a se stabiliza la un nou nivel de bază, sensibil mai „bun“ (în direcția vizată de intervenție). Această situație, deseori întâlnită, poate evidenția un posibil efect de învățare, generat de faptul că nu toate componentele comportamentului măsurat au fost perfect reversibile. O asemenea situație, ilustrată și în figura 4, nu invalidează demersul experimental, dar în mod sigur pretinde o analiză nuanțată a eficienței intervenției testate.

Figura 4. Stabilizarea comportamentului la un nou nivel de bază (exemplu fictiv)



Așadar, în exemplul de mai sus, se poate constata că la sistarea intervenției din prima secvență B, comportamentul dezirabil își reduce într-adevăr frecvența, însă nu mai atinge valorile înregistrate în primul nivel de bază ci se stabilizează undeva între valorile 7 și 8. O asemenea situație poate ascunde un efect rezidual permanent sau cel puțin care nu dispare în contextul numărului de măsurări pe care le facem. Consecința în cea de-a doua secvență AB poate fi o magnitudine mai mică a efectului (fie pentru că din potențialul maxim al intervenției o parte din efect deja s-a manifestat, fie din cauza unei limite superioare pe care o permite instrumentul de măsură), sau o magnitudine similară primei secvențe AB, dacă este exclusă posibilitatea unui efect de plafon.

În fine, odată încheiată cea de-a doua secvență de măsurare a nivelului de bază se trece la reintroducerea intervenției și continuarea măsurării comportamentului după aceleași principii ca cele enunțate în prima fază de intervenție. Trebuie precizat în acest context că, principiul fundamental sau obiectivul celei de-a doua secvențe de tip AB este replicarea efectului obținut în prima succesiune AB. În măsura în care se obține o replicare fidelă, avem proba empirică a eficienței intervenției pentru pacientul/subiectul particular asupra căruia s-a testat intervenția.

Problema validității interne

Ca orice metodă experimentală și mai particular, ca orice alt tip de design experimental cu un singur subiect, designul de tip ABAB dispune de principii foarte riguroase ale validității interne, sau cu alte cuvinte, de un set de proceduri ghidate de o anumită logică și care ne permite să inferăm eficiența intervenției testate.

Pentru a înțelege mai bine această logică, să analizăm cronologic argumentele pe care le aduce introducerea fiecărei faze a designului ABAB în inferarea eficienței intervenției.

Astfel, în momentul în care avem datele din prima secvență AB, în condițiile în care s-a produs modificarea de comportament dorită, putem afirma că această modificare se poate datora intervenției dar în același timp se poate datora altor factori care ar fi putut să înregistreze o variație simultană cu introducerea intervenției. Cu alte cuvinte există o probabilitate, deocamdată redusă, ca intervenția să fie eficientă. În momentul în care avem și datele din a doua secvență A (avem deci un design de tip ABA), în măsura în care comportamentul revine la nivelul de bază inițial, deja probabilitatea coincidenței intervenției cu alți factori (confundați) se reduce. În termeni probabilistici, dacă probabilitatea factorului confundat era relativ ridicată

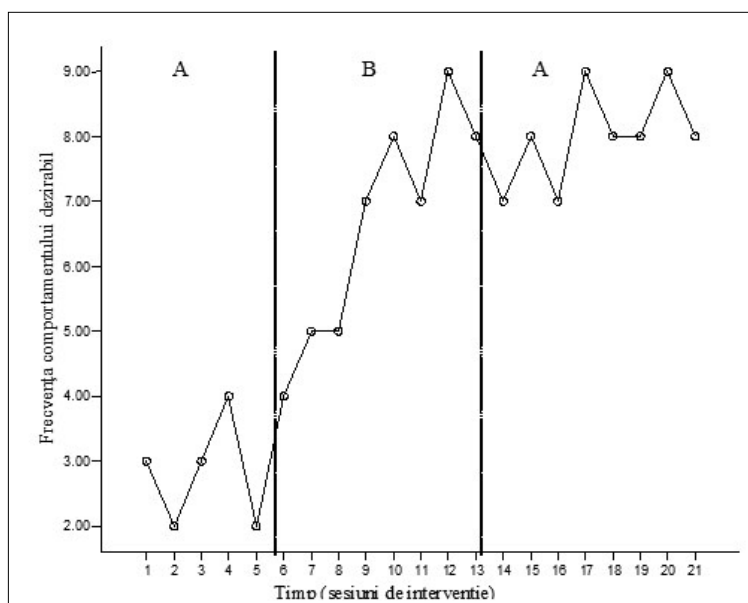
în prima secvență AB (probabilitatea ca factorul confundat să înceapă să acționeze simultan cu introducerea intervenției), probabilitatea de a acționa simultan și de a se și retrage simultan cu intervenția, este mai mică deoarece probabilitatea conjuncției a două evenimente (prin înmulțirea probabilităților) este mai mică decât probabilitatea oricăruia dintre cele două evenimente. În momentul în care se introduce și cea de-a doua secvență B (avem deja designul complet ABAB), în termeni probabilistici, probabilitatea co-incidentei factorului confundat este deja mult redusă. Cu alte cuvinte, probabilitatea ca alt eveniment decât intervenția să genereze schimbarea înregistrată devine foarte mică. Pe de altă parte, gândind succesiunea de secvențe în perechi, ceea ce utilizează designul reversibil de tip ABAB ca argument al eficienței (și probă a validității interne) este *replicarea intra-individuală* a primei secvențe AB în cea de-a doua secvență AB. În măsura în care are loc o replicare fidelă a secvenței, putem afirma eficiența intervenției testate.

În ceea ce privește factorul confundat despre care vorbeam anterior, desigur, înțelegând aici un complex de factori, ceea ce rămâne încă necontrolat experimental este setul de factori care țin de terapeut (experiență, caracteristici personale, relația terapeutică etc.) și care, în studiul clinic controlat de exemplu, sunt controlați prin introducerea grupului de control.

Din tot ceea ce a fost prezentat până acum ca logică a designului reversibil, dar în special argumentul replicării intra-individuale a secvenței nivel de bază-intervenție (AB), se poate identifica cu ușurință asumția de bază a acestui tip de design, referitoare la comportamentul vizat de intervenție: *reversibilitatea*. Cu alte cuvinte, toată construcția logică legată de validitatea internă a acestui tip de design depinde de caracterul reversibil al comportamentului măsurat.

Dacă acesta nu este reversibil, apare o problemă majoră: la retragerea intervenției (a doua fază A), comportamentul nu revine la nivelul de bază. O ilustrare a acestei situații este prezentată în figura de mai jos.

Figura 5. Comportamentul măsurat nu revine la nivelul de bază după retragerea intervenției (exemplu fictiv)



Într-o asemenea situație precum cea ilustrată în figura 5, presupunând că variabila dependentă este reversibilă, vom fi probabil tentați să spunem că modificarea de comportament identificată în prima secvență AB nu a fost generată de intervenție ci de un factor confundat care a acționat concomitent cu introducerea

intervenției dar nu a dispărut odată cu retragerea acesteia și continuă să acționeze și pe fondul măsurării celui de-al doilea nivel de bază. De asemenea, o altă explicație posibilă, dependentă însă de contextul teoretic particular al intervenției, ar fi că poate latența revenirii la nivelul de bază este mai mare decât interva-

lul temporal pe care se întinde numărul de măsurători utilizate în al doilea nivel de bază. Nu în ultimul rând, așa cum am afirmat și în secțiunile anterioare, este posibil să apară și un efect de învățare sau efect rezidual permanent, dar care deja invalidează asumția că acel comportament este unul reversibil. Iată așadar, de ce este important să ne asigurăm că variabila dependentă utilizată în designul de tip ABAB este reversibilă.

Avantaje și limite ale designului ABAB

Un prim avantaj evident din descrierile de mai sus constă în faptul că acest tip de design oferă o replicare a secvenței AB, ceea ce oferă un nivel ridicat de validitate internă, mai ridicat decât al tuturor celorlalte variațiuni ale acestui tip de design.

Utilizarea primei secvențe AB permite construcția unei predicții legate de comportament în afara intervenției și ulterior inferarea unei modificări de comportament prin raportarea evoluției comportamentului în intervenție la predicția făcută anterior. De asemenea, utilizarea primei secvențe AB permite construcția unei predicții legate de modificarea de comportament asociată introducerii intervenției și testarea acestei predicții în cea de-a doua secvență AB.

Nu în ultimul rând, replicarea secvenței AB poate aduce o serie de explicații și nunațări legate de efectele de maturare, efectele de învățare, familiarizarea cu instrumentele de măsură etc., rezultate practic din analiza comparativă a nivelurilor de bază (fazele A) înregistrate pe parcursul experimentului [1].

În ceea ce privește limitele acestui tip de design, una dintre cele mai importante este dificultatea de a identifica cu certitudine caracterul reversibil al comportamentelor. Un comportament poate fi în aparență reversibil, dar, prin anumite mecanisme subtile, mai puțin transparente, să-și conserve nivelul de performanță înregistrat în intervenție (ex. efecte de învățare, efecte generate de familiarizarea cu instrumentele/procedura de măsurare). Efectele utilizării unui

comportament ireversibil în designul de tip ABAB au fost deja discutate în secțiunea anterioară.

O altă limită importantă ține de problema etică sau pragmatică ridicată de retragerea intervenției în anumite situații [2]. Astfel, dacă comportamentul vizat de intervenție este unul nociv sau riscant pentru pacient (ex. comportament auto-mutilant, ideeație suicidară) în ce măsură este justificată retragerea intervenției doar pentru a asigura validitatea internă a studiului?

Nu în ultimul rând, retragerea intervenției, acolo unde s-a produs o schimbare, poate genera demoralizarea pacientului, reacții de furie sau depresie [1], problemă nu doar de relevanță etică dar și practică, amenințând validitatea internă a studiului prin diverși factori potențial confundați pe care îi introduce. Reacția la retragerea intervenției în anumite situații poate chiar agrava simptomatologia înregistrată în nivelul de bază inițial [5].

Variațiuni ale designului de tip ABAB

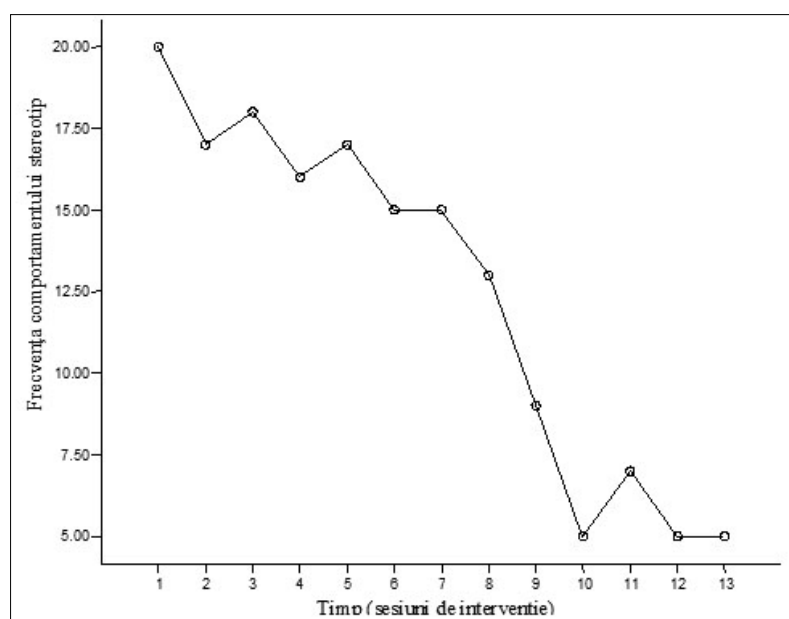
Designul de tip ABAB cunoaște o serie de variațiuni, fiecare dintre ele posedând mai multă sau mai puțină validitate internă în funcție de specificul secvenței AB și de numărul de succesiuni ale acestei secvențe.

Designul de tip B

Un exemplu de date provenite dintr-un design de tip B este prezentat în figura de mai jos.

Cel mai simplu design desprins din această categorie și implicit cel cu validitatea internă cea mai redusă este „designul B“, acesta implicând doar o fază de măsurare în prezența intervenției (Wong, 2010). Acest tip de design permite monitorizarea evoluției comportamentului pe măsură ce se intervine terapeutic asupra acestuia. Ceea ce este important de reținut în acest context este că prin acest tip de design nu poate fi testată o relație cauzală între intervenție și modificările de comportament [6], [7], [8].

Figura 6. Exemplu fictiv de design de tip B. Evoluția frecvenței comportamentului stereotip la un copil diagnosticat cu autism, pe parcursul sesiunilor de intervenție



Dealtfel, este puțin probabil că un asemenea design va fi ales în scop de cercetare, acesta din urmă vizând de regulă nu doar aspecte descriptive ci și inferențiale.

Designul B însă, poate fi o opțiune dezirabilă în diverse situații pe care le întâlnește practicianul, în care nu este necesar un nivel de bază riguros identificat sau este chiar indezirabilă amânarea intervenției doar din acest motiv, ci doar o monitorizare a progresului în terapie. Exemple de situații în care identificarea unui nivel de bază stabil este indezirabilă: situația în care subiectul/pacientul manifestă comportamente automutilante, ideeație suicidală, etc.

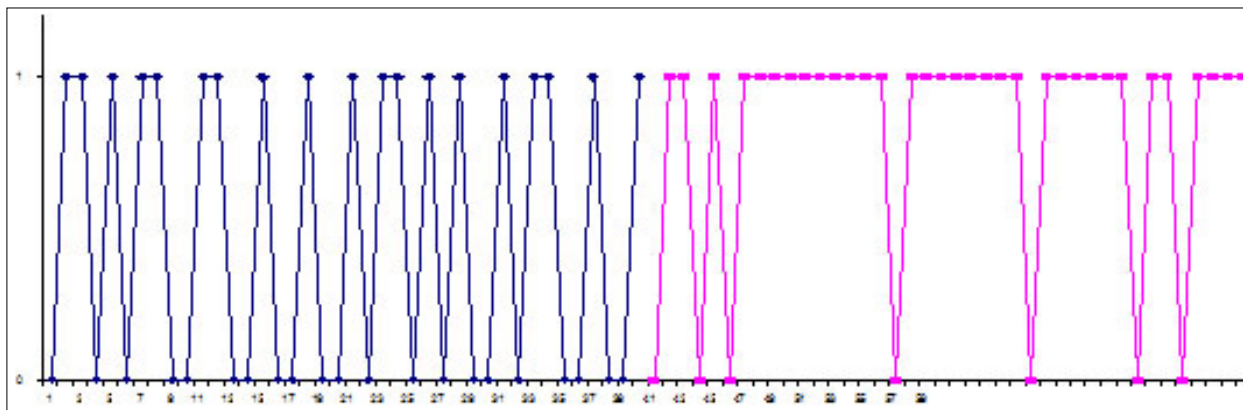
Așadar, designul B este unul mai puțin de cercetare și mai degrabă unul rezultat firesc din activitatea practicianului și implicit din rațiuni practice.

Designul de tip AB

Acest tip de design aduce în plus față de cel precedent măsurarea unui nivel de bază înaintea in-

tervenției. Cu alte cuvinte, acest tip de design poate aduce deja argumente în favoarea unei posibile relații cauzale între intervenție și modificarea de comportament, chiar dacă argumentul nu este unul complet, cu alte cuvinte, chiar dacă validitatea internă a unui asemenea design este încă redusă. Practic, construcția argumentativă este cea pe care am prezentat-o deja când am analizat introducerea fiecărei noi faze în designul de tip ABAB. Așadar, faptul că introducerea intervenției se asociază cu o modificare a comportamentului în faza B comparativ cu nivelul de bază din faza A este deja un argument în favoarea unei posibile relații cauzale, însă încheind experimentul în această secvență, nu este controlată probabilitatea ca factori confundați să acționeze simultan cu intervenția testată și să modifice (prin co-incidentă) comportamentul măsurat. Un exemplu de date rezultate din acest tip de design este prezentat în figura 7.

Figura 7. Un exemplu de design de tip AB (adaptat după Pop, et al., 2013).



Datele din graficul de mai sus provin dintr-un studiu în domeniul roboterapiei, mai precis un studiu care a vizat testarea eficienței unui robot social (Probo) în a-i ajuta pe copiii diagnosticați cu autism să recunoască emoțiile generate în situații sociale specifice [9]. În acest context, în faza A, s-a testat performanța copiilor în identificarea emoțiilor în absența ajutorului oferit de robotul social. În faza B, același tip de performanță a fost măsurat în prezența ajutorului oferit de Probo. Variabila dependentă a fost măsurată binar (0 = nu recunoaște emoția, 1 = recunoaște corect emoția) pentru un număr de 40 de expuneri la situații sociale specifice (animații) în cadrul fiecărei secvențe (nivel de bază și intervenție). Fără a mai intra în toate detaliile analizei vizuale și statistice ale acestui set de date (evoluția unui copil din lotul studiat), se poate observa schimbarea de patern de răspuns la trecerea din nivelul de bază în intervenție.

În ceea ce privește factorii care se pot supra-pune longitudinal cu intervenția, afectând negativ validitatea internă a studiului, o serie de autori au evidențiat și completat în timp o întreagă listă. Ceea ce mai trebuie menționat este că acești factori nu sunt specifici designului experimental de tip AB cu un singur subiect, ci mai generali, amenințând și validitatea internă a studiilor experimentale pe bază de eșantioane dar care nu prezintă și lot de control.

Regresia spre medie. Acest fenomen se referă la tendința scorurilor inițial extreme de a-și modifica valoarea în direcția mediei pe măsură ce se repetă secvența de măsurare (Janosky et al., 2009). Desigur, în cazul studiilor pe bază de eșantioane, este vorba despre deplasarea scorurilor extreme din grup spre media grupului. Cum se pune însă problema regresiei spre medie

în cazul experimentului cu un singur subiect? Dincolo de faptul că în măsurarea nivelului de bază acest fenomen poate genera o falsă tendință (ascendentă sau descendentă) a nivelului de bază, regresia spre medie poate genera și o falsă modificare de comportament de la faza A la faza B, care în condițiile unui număr redus de măsurători sau în condițiile unei analize exclusiv vizuale a datelor, poate induce în eroare.

Schimbările endogene se referă la orice schimbări care apar la nivel intra-individual [10], [11]. Cel mai adesea, schimbările endogene se traduc prin remisiuni spontane, adică modificări ale simptomatologiei în sensul ameliorării, fără un motiv imediat identificabil.

Efectul maturării [10], [11] se referă în sensul său propriu la dezvoltarea biologică și psihologică, ce atrage după sine modificarea unui set larg de variabile ce pot genera modificări ale comportamentului vizat de intervenție. Desigur sensul conceptului de maturizare poate fi și unul mai larg, incluzând maturarea psiho-socială și în consecință identificarea acestui potențial factor confundat chiar și la subiecții adulți. Distorsiunea pe care cel mai probabil o introduce efectul de maturare este acela de supraestimare a efectului intervenției.

Reactivitatea măsurării [10], [11] se referă la influența pe care actul măsurării unui comportament o are asupra modificării acelui comportament. Acest tip de distorsiune mai apare și sub numele de „*efect de testare*“ (en. „testing effect“) fiind de altfel prezent în foarte multe demersuri investigative ale științelor [5]. Există o serie de situații evidente în care acest efect poate să apară. Astfel, pentru o persoană cu o anumită tulburare (ex. depresie), însuși faptul că i se administrează o scală de măsurare a depresiei poate

implica deja o reducere a simptomatologiei aferente. Componentele „active“ ale unei asemenea modificări pot ține de faptul că pacientul beneficiază de atenția și implicarea terapeutului în secvența de administrare a scalei, sau de „efectul“ parcurgerii itemilor propriu-ziși ai scalei. Aceste elemente sunt și mai evidente atunci când „măsurarea“ include interviul clinic și implicit interacțiunea mai consistentă cu terapeutul. Indiferent de mecanismul unei asemenea influențe, consecința este faptul că în momentul în care avem primul scor de depresie în nivelul de bază, acesta este deja rezultatul unei intervenții. O altă situație posibilă este generată de efectul de învățare a itemilor scalei, sau a principiilor după care aceasta este construită și implicit o creștere a performanței în urma repetării secvenței de măsurare. Exemple evidente pot fi date în acest sens din domeniul măsurării performanțelor cognitive, a performanțelor sociale etc.

Distorsiunea pe care o poate introduce oricare dintre cele două situații prezentate mai sus în interpretarea rezultatului este subestimarea schimbării asociate introducerii intervenției (nivelul de bază măsurat supraestimează nivelul de bază real).

Evenimentele sau trendurile din mediul în care trăiește subiectul [10], [11] se referă la diverse modificări punctuale sau pe termen mai lung care pot genera modificări ale comportamentului vizat de intervenție. Această categorie de factori este numită și „istoric“ (en. history) în contextul cercetării bio-medicale (Janosky et al., 2009) incluzând și evenimente trecute care într-un fel sau altul pot induce modificări comportamentale la distanță în timp. Astfel, de exemplu, pierderea locului de muncă pentru un pacient aflat în psihoterapie pentru depresie va genera probabil o creștere a nivelului simptomatologiei depresive. Sau, o perioadă de instabilitate economică și socială va genera creșteri ale nivelului de anxietate, sau poate perioada sărbătorilor de iarnă va genera o creștere a distresului afectiv etc. Desigur, prezența evenimentelor sau tendințelor în mediu pot contribui nu doar la subestimarea efectului intervenției ca în exemplele

date ci și la supraestimarea acestuia (ex. tendința de reducere a fumatului la nivel societal suprapusă peste intervenții specifice).

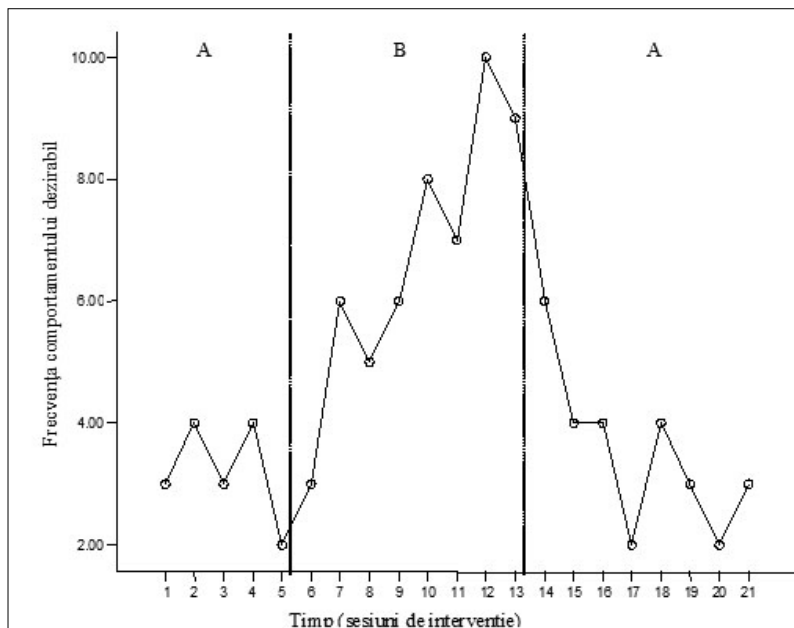
Alături de acești factori, există și o serie de alte elemente care pot distorsiona rezultatele designului AB (efectul Hawthorne, efectul expectanțelor etc), însă de interes pentru noi în acest context au fost doar acei factori care scapă controlului în absența unei replicări a secvenței AB.

În ciuda acestor limitări legate de validitatea internă dubitabilă a designului AB, un avantaj pe care-l prezintă prin raportare la designul B este faptul că evoluția comportamentului în condițiile intervenției are un reper de comparație: nivelul de bază. Practic, pornind de la nivelul de bază, se poate face o predicție asupra modului în care ar trebui teoretic să arate datele din timpul intervenției în așa fel încât să putem spune că nimic nu s-a schimbat.

Designul de tip ABA

Designul ABA este primul din seria celor prezentate care utilizează caracterul reversibil al anumitor comportamente pentru a-și crește validitatea internă. Practic este vorba despre o măsurare a nivelului de bază (A), urmată de o fază de măsurare pe parcursul unei intervenții (B) și o retragere a intervenției pe fondul continuării măsurării variabilei dependente (A) [1]. Așa cum arătam și în cadrul designului de tip ABAB, retragerea intervenției și măsurarea celui de-al doilea nivel de bază reduce probabilitatea factorilor confunđați, crescând implicit validitatea internă a experimentului. Cu alte cuvinte probabilitatea evenimentului „*factorii confunđați (externi) acționează simultan cu intervenția și își încetează influența simultan cu retragerea intervenției*“ e mai mică decât probabilitatea evenimentului „*factorii confunđați acționează simultan cu intervenția*“. Desigur, așa cum am arătat și anterior excepție de la acest raționament fac toate cazurile în care factorii confunđați țin de terapeut sau de elemente asociate procedurii de implementare a intervenției.

Figura 8. Exemplu de date provenite dintr-un design ABA (exemplu fictiv)

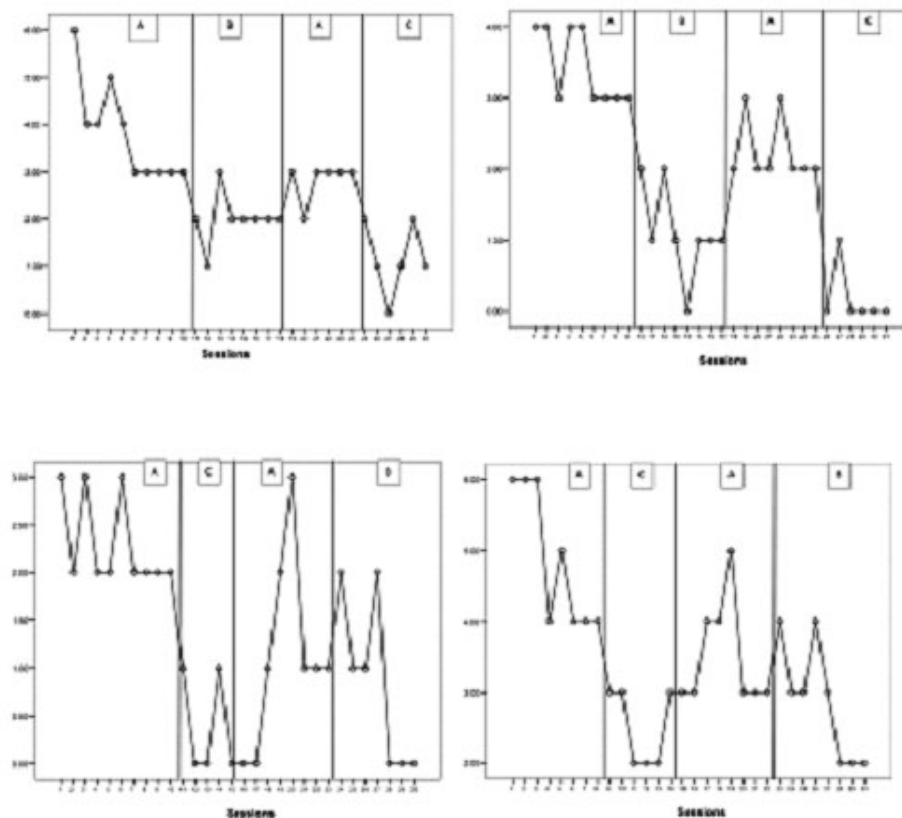


Limitele acestui tip de design țin atât de considerente experimentale cât și de considerente etice. Din punct de vedere experimental, faptul că designul este lipsit de o replicare (completă) a secvenței AB, face ca validitatea internă să fie redusă comparativ cu designul ABAB. Din punct de vedere etic, se consideră că terminarea experimentului cu o fază de măsurare a nivelului de bază nu este dezirabilă, cu atât mai mult dacă în faza B a apărut o schimbare în direcția vizată de intervenție [1].

Designul de tip ABAC

Pe baza caracterului flexibil al designului de tip ABAB, o serie de modificări sau ajustări pot fi implementate pe măsura desfășurării acestui tip de ex-

periment [1]. Astfel, o derivație simplă a designului ABAB este designul de tip ABAC. Într-un asemenea context, faza C poate îmbrăca două forme. Pe de-o parte, aceasta poate fi o adăugare/eliminarea a unei componente din intervenția administrată în faza B. O asemenea modificare poate fi concepută dinainte sau poate să apară pe parcursul derulării experimentului, din necesitatea de a crește eficiența intervenției sau de a testa contribuția specifică a unei componente a intervenției raportată la contribuția totală/grosieră a acesteia. Pe de altă parte, faza C poate fi o cu totul altă intervenție, a cărei eficiență poate fi testată comparativ cu intervenția B. În figura 9 este prezentat un extras din rezultatele unui studiu de tip ABAC.

Figura 9. Exemplu de design ABAC (adaptat după Vanderborght et al., 2012)

Studiul din care provine figura de mai sus a vizat testarea eficienței utilizării poveștilor sociale în îmbunătățirea interacțiunii sociale la copiii cu autism. Fiecare dintre cele patru grafice reprezintă evoluția comportamentului social al unui participant la studiu. Faza A reprezintă nivelul de bază, faza B reprezintă utilizarea poveștilor sociale spuse de terapeut iar faza C, utilizarea poveștilor sociale spuse de către robotul social Probo. Mai precis, pe rând, terapeutul respectiv robotul social le spun copiilor povești sociale menite să-i învețe cum să reacționeze la stimuli sociali precum răspunsul la „salut“, „mulțumesc“ sau împărțirea jucăriilor cu ceilalți participanți la joc [12]. Variabila dependentă în graficele de mai sus (performanța înregistrată pe axa OY) este performanța socială operaționalizată astfel: 6 – absența comportamentului social, 5 – comportament social obținut în urma promptingului gestual, verbal și fizic, 4 – comportament social obținut în urma promptingului fizic și verbal, 3 – comportament social obținut în urma promptingului gestual și verbal, 2 – comportament social obținut în urma promptingului fizic, 1 – comportament social obținut

în urma promptingului gestual și 0 – comportament social obținut în absența oricărui prompting.

În ceea ce privește validitatea internă a unui asemenea demers, aceasta este mai redusă comparativ cu cea a designului de tip ABAB. Aceasta întrucât, în termenii analizei datelor, designul se compune practic dintr-un design ABA pentru testarea eficienței intervenției B și un design AC (practic un design de tip AB). Fără a mai dezvolta în acest context principiile deja enunțate anterior, vom spune doar că testarea celor două intervenții B și C nu vor beneficia de mai multă validitate internă decât cea descrisă în cadrul designurilor ABA respectiv AB.

Dincolo de problemele legate de designul incomplet corespunzător fiecărei intervenții, se mai pune și problema ordinii în care sunt administrate intervențiile din fazele B și C. Astfel, este posibil ca testând comparativ eficiența a două intervenții, cea de-a doua în ordinea administrării să beneficieze de un efect cumulativ la care contribuie cea dintâi, dovedind în analiza datelor o performanță mai bună (efect de ordine) fără ca în realitate între cele două intervenții să existe o diferență de eficiență. O asemenea situație

poate fi controlată prin alternarea ordinii celor două intervenții. Aceasta se poate realiza printr-o alternare intraindividuală (ABAC ACAB) sau prin alternare inter-individuală pe subiecți cu caracteristici foarte similare (subiectul 1 ABAC, subiectul 2 ACAB). Această din urmă situație este ilustrată și în figura 9. Astfel, se poate observa variația succesiunilor fazelor B și C de la un copil la altul, pentru a controla efectul de ordine și de asemenea faptul că performanța în faza C tinde să fie mai bună (nivele reduse de prompting necesar manifestării comportamentului social) decât în faza B, chiar și la variații ale succesiunii celor două faze.

Concluzii

Sintetizând prezentarea făcută mai sus, este important de reținut în primul rând că experimentul de tip ABAB mizează pe asumția reversibilității comportamentelor măsurate, de respectarea acestei asumții depinzând întreg eșafodajul logic al acestui tip de demers experimental. Principala modalitate de asigurare a validității interne a acestui tip de design este replicarea intraindividuală a unei secvențe de tip AB, adică a unei succesiuni *nivel de bază* → *intervenție*. În măsura în care se reușește o replicare fidelă a efectului în cea de-a doua secvență AB, se obține proba eficienței intervenției asupra subiectului/participantului supus studiului.

Așa cum am arătat anterior, designul de tip ABAB nu se pretează oricărui tip de variabilă de studiat, sau oricărui context concret de cercetare. În situațiile în care comportamentul nu este unul reversibil sau în care retragerea intervenției și implicit revenirea la nivelul de bază ridică probleme de ordin etic, desigur că se va apela la un alt tip de design experimental, adecvat situației concrete.

De asemenea, trebuie reținut faptul că designul de tip ABAB reprezintă mai degrabă o familie de designuri experimentale decât un design unic. Astfel, această categorie include tipurile B, AB, ABA, ABAC, ABACABAC etc. Desigur, este evident că nu toate acestea merg pe principiul reversibilității. Astfel, designurile B și AB nu implică revenirea la nivelul de bază, prin aceasta fiind discutabil dacă trebuie incluse sau nu în familia ABAB. Opțiunea noastră este aceea de a le include totuși aici întrucât reprezintă formele cele mai simple de design cu un singur subiect iar din punct de vedere explicativ, discutarea lor prin rapor-

tare la ABAB permite evidențierea mai clară a particularităților fiecăruia dintre aceste tipuri.

Nu în ultimul rând, punctăm aici faptul că niciodată nu ne alegem un anumit design experimental pentru ca ulterior să adecvăm variabilele la tipul de design, ci pornim invers, de la o problemă de cercetare transpusă în studiul anumitor variabile, iar în funcție de specificul acestora (ex. definiție de lucru, modalități posibile de măsurare) alegem designul experimental adecvat, evitând în felul acesta probleme ulterioare de interpretare a rezultatelor.

BIBLIOGRAFIE

1. Neuman, S. B., McCormick, S. (Eds.) (1995). Single-subject experimental research: Applications for Literacy, International Reading Association, Newark, Delaware
2. Matson, J., L., Turygin, N. C., Beighley, J., Matson, M. L. (2012). Status of single-case research designs for evidence-based practice. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 931-938
3. Wong, S. E. (2010). Single-case evaluation designs for practitioners. *Journal of Social Service Research*, 36, 248-259
4. Woodard, C., Groden, J., Goodwin, M., Shanower, C., Bianco, J. (2005). The Treatment of the Behavioral Sequelae of Autism with Dextromethorphan: A Case Report. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(4), 515-518
5. Janosky, J. E., Leininger, S. L., Hoerger, M. P., & Libkuman, T. M. (2009). Single subjects designs in biomedicine. New-York: Springer.
6. Nugent, W. R. (2010). Analyzing single system data. Oxford: Oxford University Press
7. Riley-Tillman, T. C., & Burns, M. K. (2009). Evaluating educational interventions. Single case design for measuring response to intervention. New-York: The Guilford Press.
8. Tawney, J. W., & Gast, D. L. (1984). Single subject research in special education. New York: Merrill.
9. Pop, C. A., Simut, R., Pinteș, S., Saldien, J., Rusu, A., David, D., Vanderfaeillie, J., Lefeber, D., Vanderborght, B., (2013). Can the social robot Probo help children with autism to identify situation-based emotions? A series of single case experiments. *International Journal of Humanoid Robotics*, 10(3), <http://www.worldscientific.com/doi/abs/10.1142/S0219843613500254>
10. Cook, T. D., & Campbell, D. T. (1979). Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings. Boston, MA: Houghton Mifflin Company.
11. Barker, C., Pistrang, N., & Elliott, R. (2002). Research methods in clinical psychology: An introduction for students and practitioners (2nd ed.). Chichester, England: John Wiley & Sons.
12. Vanderborght, B., Simut, R., Saldien, J., Pop, C., Rusu, A. S., Pinteș, S., Lefeber, D., David, D. (2012). Using the Social Robot Probo as Social Story Telling Agent for Children with ASD. *Interaction Studies*, 13(3), 348-372

MIOPIA LA COPIL – ETIOPATOGENEZĂ ȘI CONTROLUL PROGRESIEI

Dr. Simona Sevan

Clinica de Oftalmologie Pediatrică Iris, Cluj-Napoca

Miopia este considerată a fi principala cauză de reducere a acuității vizuale la nivel mondial. Prevalența acesteia în populație este de 30-40% în Europa, atingând proporții epidemice în Asia unde se raportează prezența acesteia la 70-80% din populație [1]. La naștere doar 5% din copii sunt miopi, la marea majoritate miopia debutând mai târziu.

Miopia este un viciu de refracție sferic în care razele luminoase provenite de la distanță focalizează într-un punct focal secundar situat în fața retinei, astfel încât pe retină apare un cerc de difuziune, care determină vederea neclară a obiectului aflat la distanță. Aceasta reflectă un dezechilibru între puterea dioptrică a globului ocular și lungimea axială a acestuia. În mod tipic, miopul vede obiectele aflate la distanță neclar, în timp ce vederea la aproape este în general neafectată (excepție de la regulă făcând miopiile forte).

Etiopatogeneza miopiei și potențialele metode de control ale progresiei miopiei la copil sunt încă incomplet elucidate [2]. Dezvoltarea oculară normală este determinată genetic în mare măsură, dar multiple studii au demonstrat faptul că mediul de viață este de asemenea un factor important. Studiile genetice au raportat prezența genelor implicate în apariția miopiei pe 15 cromozomi diferiți, purtătorii acestor gene având un risc de zece ori mai mare de a dezvolta miopie comparativ cu populația nepurtătoare [3]. Principalul factor causal în apariția shiftului miopic este creșterea lungimii axiale a globului ocular [4]. Ochii normali cresc în timpul zilei și staționează nocturn. Se pare că absența inhibiției nocturne a creșterii axiale a globului ocular favorizează evoluția spre miopie [5]. Creșterea circadiană a lungimii axiale a globului ocular este corelată în diverse studii cu nivelul retinian de dopamină, care scade cu aproximativ 30% diurn [6], injectarea intraperitoneală de L-Dopa la animale relevând o inhibiție a shiftului miopic și chiar regresia miopiei, corelate cu creșterea nivelului retinian de dopamină [7]. Cercetările efectuate nu au stabilit însă o doză optimă de dopamină care să suprimă complet creșterea axială a globului ocular, sugerând faptul că

progresia spre miopie este un proces complex, nivelul retinian de dopamină fiind doar unul din factorii etiopatogenetici.

Pe lângă componenta genetică și cea neurochimică o nouă teorie încearcă să explice corelarea progresiei spre miopie cu mediul de viață. Teoria “near work” sugerează rolul activităților prelungite la aproape (citit, privitul monitoarelor calculatoarelor, telefoanelor, Ipadurilor), ce solicită acomodarea, ca factor favorizant al progresiei spre miopie, mai ales la copii, la care dezvoltarea globului ocular este un proces activ [8-9]. Această ipoteză explică corelațiile din diverse studii între miopie, nivelul IQului și educație. Se pare că incidența miopiei crește cu nivelul de educație [10-12], existând corelații între miopie și un IQ ridicat [13]. De asemenea, există multiple raportări în literatura de specialitate care sugerează faptul că acei copii care petrec mai mult timp efectuând activități în aer liber au rate mai mici de progresie spre miopie [14-15], expunerea prelungită la lumină părând a fi factor protector [16]. Teoria “near work” nu explică însă în mod singular progresia spre miopie, ea fiind contraargumentată de unii cercetători care analizează prevalența miopiei la copiii cu sindrom Down. Aceasta este similară cu cea din populația generală, chiar dacă aceștia au adesea dificultăți de citire, iar activitățile vizuale la aproape sunt mai reduce.

Au fost propuse multiple clasificări ale afecțiunii, în funcție de vârsta la care debutează, valorile acesteia și etiopatogenie.

În funcție de vârsta la care debutează, miopia se clasifică în:

- Miopia congenitală – prezentă la naștere, cu evoluție progresivă spre creșterea valorilor dioptrice;
- Miopia dobândită – cea mai frecventă formă de miopie, cu debut în copilăria mică sau adolescență, cu progresie până în jurul vârstei de 21 de ani, vârstă până la care se contraindică chirurgia de corecție ;

- Miopia cu debut tardiv – la adulții peste 20 de ani;

În funcție de valoarea acesteia (exprimată în dioptrii) se consideră:

- Miopie mică – miopia cu valori mai mici de -3.00 dioptrii;
- Miopie medie – miopia cu valori între -3,00 și -6,00 dioptrii;
- Miopie mare – miopia cu valori peste 6 dioptrii; aceasta este miopia cu riscuri de complicații asociate: dezlipire de retină, cataractă, luxație de cristalini, glaucom primitiv cu unghi deschis;

Etiopatogenetic, miopia se clasifică în:

- Miopie axială – este forma cea mai frecventă la copil, în care globul ocular are o lungime axială mai mare decât normal (pentru fiecare 0,4 mm de elongație miopia crește cu o dioptrie)^[17];
- Miopia de curbura – generată de accentuarea curburii corneene, care apare tipic în keratoconus;
- Miopia de indice – indusă de creșterea indicelui de refracție cristalinian (hiperglicemia din diabetul zaharat, cataractă);

Cea mai frecventă formă de miopie la copil este miopia simplă (miopia școlară), afecțiune care apare la un copil anterior sănătos ocular, în jurul vârstei de 7-10 ani. Are o evoluție progresivă la pubertate, atingând un platou la 18-20 de ani. Miopia este determinată poligenic, iar factorul “near work” are de asemenea rol etiologic. Simptomul principal este vederea neclară la distanță. Vederea la aproape este în general bună, excepție făcând miopiile mari, în care obiectele trebuie apropiate mult de ochi pentru a fi văzute clar. La debutul miopiei copilul poate să fie asimptomatic, pe măsură ce valorile miopiei cresc apărând și primele semne: îngustarea fantei palpebrale pentru a obține o claritate mai bună a imaginii, cefalee datorită convergenței oculare mai reduse la miop și raportarea vederii neclare a obiectelor mici aflate la distanță.

Aproximativ 3% din miopi prezintă miopia degenerativă (malignă) cu valori mari, progresive până la -20-30 dioptrii, însoțită de leziuni caracteristice la nivelul fundului de ochi și de riscul unor complicații oculare importante (dezlipire de retină, cataractă, glaucom). Se transmite genetic, autozomal recesiv și este

determinată monogenic. Acuitatea vizuală este redusă și la distanță și la aproape fără corecție optică, iar la valori mari sau când se asociază leziuni la nivel retinian vederea nu este maximală nici cu corecție optică.

Diagnosticul se stabilește prin examen oftalmologic efectuat la copil și tânăr obligatoriu cu cicloplegie (instilații oculare ce realizează paralizia medicamentosă temporară a mușchiului ciliar), pentru a se evita falsul diagnostic de miopie sau supracorecția acesteia.

Prevalența în creștere a miopiei are implicații semnificative economice și sociale, terapiile pentru reducerea progresiei generând un interes tot mai mare. Nu există metodă universal acceptată pentru profilaxia progresiei miopiei și, deși au fost propuse multiple terapii în încercarea de a reduce progresia, studiile au arătat adesea rezultate contradictorii^[18].

Principalele metode de tratament a simptomelor vizuale din miopie sunt: corecția optică cu lentile aeriene (ochelarii), lentilele de contact (moi și dure) și chirurgia refractivă^[19]. Dintre acestea, la copil pot fi utilizate doar primele două, chirurgia refractivă practicându-se la adult, după stabilizarea valorilor miopiei (1-2 ani).

Corecția cu lentile aeriene implică prescrierea lentilelor divergente, cu valoarea cea mai mică, care oferă o acuitate vizuală maximă. Este cel mai frecvent mod de corecție în miopie, mai ales la copii.

Un studiu raportat în New Scientist sugera faptul că subcorecția miopiei ar cauza progresia mai rapidă, însă corectitudinea acestor rezultate a fost pusă sub semnul întrebării^[20]. Avantajul ochelarilor este dat de siguranța portului pentru suprafața oculară și de costurile mai reduse comparativ cu alte metode de tratament la copil. Dezavantajele sunt generate de aberațiile lentilelor aeriene cu valori mari care micșorează periferia câmpului vizual, datorită marginilor groase ale lentilei, care micșorează imaginea percepută și induc aberații cromatice, ce pot face dificil desenul sau pictura la miopii cu valori dioptrice mari. În plus, portul ochelarilor nu influențează progresia miopiei, rolul acestora fiind exclusiv optic.

În scopul prevenției progresiei miopiei s-a sugerat portul “ochelarilor de citit”, pentru a elimina efortul de acomodare, însă în unele studii portul ochelarilor bifocali sau progresivi, cu dioptrie diferită pentru vederea la aproape, nu a determinat diferențe semnificative în progresia miopiei față de grupul de

control ^[21]. Pe de altă parte, “ The American Optometric Association’s Clinical Practice Guidelines for Myopia” se referă la numeroase studii care indică eficiența lentilelor bifocale în controlul progresiei miopiei și o recomandă drept o metodă de control a miopiei ^[22].

Corecția optică cu lentile de contact câștigă tot mai mult teren datorită avantajelor acestora: prin poziționarea lor pe suprafața corneană se elimină micșorarea imaginilor prezentă la lentilele aeriene, limitarea câmpului vizual și aberațiile cromatice. Lentilele de contact moi pot corecta miopia cu valori dioptrice mari, la copilul mic indicându-se mai ales în cazul anizometriilor mari (diferențe foarte mari dioptrice între cei doi ochi, ce nu permit corecția cu ochelari). La copil însă există limitări generate de siguranța portului lor, existând riscul complicațiilor infecțioase corneene generate de manipularea și întreținerea improprie a lentilelor. Lentilele de contact moi, monofocale, au exclusiv rol optic și nu influențează progresia miopiei la copii și adolescenți. Studii recente sugerează însă faptul că lentilele de contact moi bifocale, cu putere dioptrică pozitivă în periferia lentilei, pentru vederea la aproape, reduc cu aproximativ 35% progresia miopiei la copii comparativ cu lentilele monofocale ^[22-23].

Ortokeratologia este metoda de control a progresiei miopiei la copil și adolescent care a luat o amploare considerabilă în ultimii ani. Multiple studii prospective au arătat reducerea progresiei miopiei cu 30-50% comparativ cu portul ochelarilor sau a lentilelor de contact moi ^[24-25]. Eficiența ortokeratologiei în controlul progresiei miopiei pare să fie similară atropinei, medicament care are dezavantajul efectelor adverse oculare și generale și a efectului de rebound la sistarea administrării, considerate inacceptabile de majoritatea medicilor pentru terapia de lungă durată. Tratamentul constă în aplicarea zilnică, pe durata somnului de noapte, a unor lentile de contact rigide, cu permeabilitate crescută la oxigen, lentile răspunzătoare pentru aplatizarea centrului cornean, prin redistribuirea celulelor epiteliale centrale corneene spre periferia acesteia, reducând astfel miopia pe parcursul zilei. Avantajul constă în primul rând în controlul progresiei miopiei la copil, dar și în vederea clară, fără ochelari, de-a lungul zilei, cu impact psihologic pozitiv asupra copilului și îmbunătățirea calității vieții. Efectul lor este reversibil la încetarea portului ^[26]. Adaptarea este relativ ușoară,

indicându-se copiilor mai mari de 8-9 ani, cu miopie progresivă. Un studiu relativ recent indică ortokeratologia drept o metodă eficientă de control a progresiei miopiei la copiii mai mari, de sex feminin, care au avut valori dioptrice mici la debut, anumiți parametri anatomici oculari (iris mare, diametru pupilar mare), cu părinți cu nivele reduse ale valorilor miopiei ^[27]. Metoda s-a dovedit eficientă în controlul progresiei miopiei în primii trei ani de tratament, comparativ cu majoritatea tratamentelor utilizate în trecut pentru controlul miopiei care s-au dovedit eficiente doar în primul an de tratament ^[28]. Studii recente au subliniat importanța imaginii periferice retiniene în progresia miopiei. Lentila de ortokeratologie reduce defocusarea retiniană periferică hipermetropică răspunzătoare de creșterea în lungime a globului ocular, efect absent în cazul ochelarilor sau a lentilelor de contact moi. Rata de renunțare la tratament pare să fie mai mică la copiii tratați cu lentile rigide (ortokeratologie) comparativ cu purtătorii de ochelari sau lentile de contact moi ^[29], criteriul psihologic fiind unul important, vederea clară fără ochelari în timpul zilei fiind adesea o motivație puternică pentru continuarea tratamentului. Complicațiile raportate, legate de portul acestor lentile de contact, sunt similare celor prezente la lentilele de contact moi (keratite infecțioase, care pot afecta funcția vizuală), instruirea părinților și copilului în scopul prevenției acestora fiind un pas esențial la inițierea tratamentului. Părinții copiilor care optează pentru această metodă de tratament trebuie să ia în calcul atât beneficiile reducerii progresiei miopiei cât și riscul infecțios ^[30].

Medicația topică antimuscarinică a fost indicată de asemenea copiilor miopi sub 18 ani, cu încetinirea progresiei miopiei în unele studii ^[31]. Substanțele utilizate sunt: pirenzepine gel, ciclopentolat și atropină 1% în instilații, însă efectele adverse oculare generate de midriază și cicloplegie (vedere neclară la aproape, fotofobie) le-au limitat utilizarea pe scară largă. Atropina 1% și 0,5% s-a dovedit eficientă în controlul progresiei miopiei, existând însă un efect de rebound important la sistarea medicației, cu o creștere a lungimii axiale a globului ocular accelerată ^[32]. Un studiu mai recent a demonstrat eficacitatea atropinei 0.1% și 0.01% în instilații zilnice în încetinirea progresiei miopiei, cu un efect cicloplegic mai slab și o tolerabilitate mai bună comparativ cu atropina 1%, sugerând potențialul atropinei 0,01% drept terapie

medicamentoasă pentru controlul progresiei miopiei la copil. De asemenea, utilizarea atropinei 0,01% se asociază cu un efect de rebound mai slab comparativ cu atropina 1% [33].

Corecția chirurgicală a miopiei se poate realiza după vârsta de 18 ani, atunci când există o stabilizare a valorilor dioptrice pe un interval de minim 1-2 ani. Chirurgia refractivă include tehnici care utilizează laserul excimer, implante refractive sau implante corneene intrastronale. Chirurgia laser (PRK; LASIK; LASEK) realizează ablația țesutului cornean central, variabil în funcție de valoarea miopiei și poate corecta miopia până la valori de 11D, în funcție și de grosimea corneană centrală. Miopiile peste această valoare sau cele mai mici, dar cu grosimi corneene mai mici, pot beneficia de implante refractive (de camera anterioară sau posterioară), poziționate intraocular în fața cristalinului.

Există o serie de **metode alternative** propuse pentru controlul progresiei miopiei incluzând exerciții oculare de relaxare (ex: tehnica Bates), care se bazează pe principiul relaxării oculare și eliminării tensiunii oculare ce cauzează viciul de refracție, considerând toate viciile de refracție funcționale, deci curabile. Un review din anul 2005 asupra studiilor efectuate pentru a valida eficiența acestor exerciții concluzionează că nu există dovezi clare care să ateste eficiența acestor metode în tratamentul miopiei [34].

În concluzie, există diverse metode propuse pentru controlul progresiei miopiei, momentan singurele confirmate ca având eficiență în studii multiple fiind atropina administrată topic și ortokeratologia.

Bibliografie:

1. Fredrick DR (May 2002). "Myopia". *BMJ* 324 (7347): 1195–9.
2. Sivak, Jacob (2012). "The cause(s) of myopia and the efforts that have been made to prevent it". *Clinical and Experimental Optometry* 95 (6): 572–582.
3. Verhoeven VJ, Hysi PG, Wojciechowski R, Fan Q, Guggenheim JA, Höhn R, MacGregor S et al "Genome-wide meta-analyses of multiethnic cohorts identify multiple new susceptibility loci for refractive error and myopia". *Nature Genetics* 45 (3): 314–318.
4. Tejedor J, de la Villa P (2003). "Refractive changes induced by form deprivation in the mouse eye". *Investigative Ophthalmology & Visual Science* 44 (1): 32–36.
5. Weiss S, Schaeffel F (1993). "Diurnal growth rhythms in the chicken eye: Relation to myopia development and reti-

nal dopamine levels". *Journal of comparative physiology. A, Sensory, neural, and behavioral physiology* 172 (3): 263–270.

6. Boulamery A, Simon N, Vidal J, Bruguerolle B (2010). "Effects of L-Dopa on Circadian Rhythms of 6-OHda Striatal Lesioned Rats: A Radiotelemetric Study". *Chronobiology International* 27 (2): 251–264.

7. Mao J, Liu S, Qin W, Li F, Wu X, Tan Q (2010). "Levodopa Inhibits the Development of Form-Deprivation Myopia in Guinea Pigs". *Optometry and Vision Science* 87 (1): 53–60.

8. Lieberman, Daniel E. *The Story of the Human Body: Evolution, Health, and Disease*. New York: Pantheon Books, 2013. Print

9. Shaw, Seang-Mei (2001). *Nearwork in early-onset myopia*. *Investigative Ophthalmology and Visual Science*. 43: 332-339.

10. Sperduto RD, Seigel D, Roberts J, Rowland M (1983). "Prevalence of myopia in the United States". *Arch. Ophthalmol.* 101 (3): 405–7.

11. Mavracanas TA, Mandalos A, Peios D, Golias V, Megalou K, Gregoriadou A, Delidou K, Katsougiannopoulos B (2000). "Prevalence of myopia in a sample of Greek students". *Acta Ophthalmol Scand* 78 (6): 656–9.

12. Wu, Hui-Min; Seet, Benjamin; Yap, Eric Peng-Huat; Saw, Seang-Mei; Lim, Tock-Han; Chia, Kee-Seng (April 2001). "Does Education Explain Ethnic Differences in Myopia Prevalence? A Population-Based Study of Young Adult Males in Singapore". *Optometry & Vision Science* 78 (4): 234–239.

13. Rosenfield, Mark and Gilmartin, Bernard (1998). *Myopia and nearwork*. Elsevier Health Sciences. p. 23. ISBN 978-0-7506-3784-8.

14. Dirani, M., et al. (2009). Outdoor activity and myopia in Singapore teenage children. *British Journal of Ophthalmology* 93: 997-1000.

15. Rose, K.A., et al. (2008). Outdoor activity reduces the prevalence of myopia in children. *Ophthalmology* 115: 1279-85.

16. Cui, Dongmei; Trier, Klaus; Ribell-Madsen, Søren Munk (May 2013). "Effect of Day Length on Eye Growth, Myopia Progression, and Change of Corneal Power in Myopic Children". *Ophthalmology* 120 (5): 1074–1079.

17. Cline, D; Hofstetter HW; Griffin JR (1997). *Dictionary of Visual Science* (4th ed.). Boston: Butterworth-Heinemann. ISBN 0-7506-9895-0.

18. Saw SM, Gazzard G, Au Eong KG, Tan DT (November 2002). "Myopia: attempts to arrest progression". *Br J Ophthalmol* 86 (11): 1306–11.

19. "AOA Clinical Practice Guidelines – Myopia". *American Optometric Association*. 2006. Retrieved 2015-02-17. Jump up ^ Chung K, Mohidin N, O'Leary DJ (October 2002). "Undercorrection of myopia enhances rather than inhibits myopia progression". *Vision Res.* 42 (22): 2555–9.

20. Saw SM, Gazzard G, Au Eong KG, Tan DT (November 2002). "Myopia: attempts to arrest progression". *Br J Ophthalmol* 86 (11): 1306–11.

21. American Optometric Association. *Optometric Clinical Practice Guideline: Care of the patient with myopia*. 1997.

22. Anstice NS, Phillips JR. Effect of dual-focus soft contact lens wear on axial myopia progression in children. *Ophthalmology*. 2011;118:1152-1161.
23. Sankaridurg P, Holden B, Smith E 3rd et Al. Decrease in rate of myopia progression with a contact lens designed to reduce relative peripheral hyperopia: one-year results. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2011;52:9362-9367.
24. Cho P¹, Cheung SW, Edwards M. The longitudinal orthokeratology research in children (LORIC) in Hong-Kong: a pilot study on refractive changes and myopic control. *Cur Eye Res* 2005;30:71-80.
25. Walline JJ, Jones LA, Sinnott LT. Corneal reshaping and myopia progression. *BR J Ophthalmol* 2009; 93:1181-1185.
26. Hui-Ju Lin, Lei Wan, Fuu-Jen Tsai, Yi-Yu Tsai, Liuh-An Chen, Alicia Lishin Tsai, Yu-Chuen Huang. Overnight Orthokeratology Is Comparable With Atropine in Controlling Myopia Hui. *BMC Ophthalmol*. 2014;14(40).
27. Santodomingo-Rubodo J, Villa-Collar C, Gilmarin B, Gutierrez -Ortega R. Myopia control with orthokeratology contact lenses in Spain. Predictive factors associated with myopia progression. *Optom Vis Sci*. ; [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24037063](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24037063):2013 Sep 12.
28. Gwiazda J. Treatment options for myopia. *Optom Vis Sci* 2009; 86:624-628.
29. Santodomingo-Rubido J, Villa-Collar C, Gilmarin B, Gutierrez -Ortega R. Orthokeratology versus spectacles: Adverse events and discontinuations. *Optom Vis Sci* 2012;89:1133-1139.
30. Hsiao, Ching-Hsi MD; Lin, Hsin-Chiung MD; Chen, Yeong-Fong MD; Ma, David H. K MD, PhD; Yeh, Lung-Kun MD; Tan, Hsin-Yuan; Huang, Samuel C. M MD; Lin, Ken-Kuo MD. Infectious Keratitis Related to Overnight Orthokeratology. *Clinical Sciences* 2005; 24 : 783-788.
31. Walline JJ, Lindsley K, Vedula SS, Cotter SA, Mutti DO, Twelker JD (2011). "Interventions to slow progression of myopia in children". *Cochrane Database Syst Rev* (12): CD004916.
32. Yan-yan Song, Hao Wang, Bai-song Wang, Hong Qi, Zheng-xing Rong, and Hong-zhuan Chen. Atropine in Ameliorating the Progression of Myopia in Children with Mild to Moderate Myopia: A Meta-Analysis of Controlled Clinical Trials. *Journal of Ocular Pharmacology and Therapeutics*. 2011, 27(4): 361-368.
33. Monte D. Mills. Strategies to Prevent the Progression of Myopia. AAPOS & SNEC Joint Meeting. August 15, 2013.
34. Rawstron JA, Burley CD, Elder MJ (2005). "A systematic review of the applicability and efficacy of eye exercises". *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 42 (2): 82-8.

TULBURAREA COMUNICĂRII SOCIALE (PRAGMATIC)

Angela Pop, angela_logo@yahoo.com

profesor logoped, CJRAE Mureș

Tulburarea comunicării sociale (pragmatic) reprezintă o categorie nouă de diagnostic introdusă odată cu adoptarea celei mai recente ediții a manualului pentru diagnosticul și statistica tulburărilor mintale, DSM-5, în anul 2013. Scopul acestui material îl constituie prezentarea unor aspecte legate de această tulburare: caracteristici, criterii de diagnostic, istoricul cercetărilor care au condus la delimitarea ei ca tulburare distinctă în cadrul categoriei mai generale a tulburărilor de comunicare.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) este manualul realizat și publicat de *American Psychiatric Association (APA)* și folosit de către clinicieni și cercetători pentru diagnosticul și clasificarea tulburărilor mintale. DSM-5, cea mai recentă ediție a acestuia, reprezintă rezultatul unui proces de revizuire care a durat 14 ani. Părerile diferitelor categorii de specialiști implicați în acest domeniu (medici, psihologi, psihoterapeuți) referitor la schimbările aduse de DSM-5 au fost împărțite, un procent destul de mare declarând că nu utilizează încă manualul. Dar există totuși destul de mulți specialiști care consideră utilă noua clasificare și noile criterii de diagnostic, în particular pe cele care se referă la tulburările de comunicare (1).

Tulburarea comunicării sociale (*social communication disorder – SCD*) face parte din grupa tulburărilor de comunicare, care conform noilor criterii de diagnostic din DSM-5 (2) cuprinde alte câteva categorii:

- Tulburarea limbajului (*language disorder*) – include acele tulburări de limbaj care în DSM-IV erau cuprinse în cadrul tulburărilor de limbaj expresive și mixte receptiv-expresive.
- Tulburarea sunetelor vorbirii (*speech sound disorder*) – o nouă denumire pentru categoria anterior desemnată prin diagnosticul de tulburări fonologice.
- Tulburarea de fluentă cu debutul în copilărie (*childhood-onset fluency disorder*) – o nouă denumire pentru balbism.

În raport cu DSM-IV-TR, SCD apare așadar ca un nou diagnostic, desemnând tulburările caracterizate prin dificultăți persistente în utilizarea socială a comunicării verbale și nonverbale. Aceste deficite sunt și o componentă a tulburărilor din spectrul autist (ASD), dar pentru diferențierea de acestea, SCD nu poate fi diagnosticată în cazul prezenței unor comportamente, interese sau activități restrictive, repetitive (3).

Persoanele care prezentau simptomele SCD erau incluse anterior, conform clasificării din DSM-IV-TR, în categoria tulburărilor pervazive de dezvoltare nespecificate altfel (PDD-NOS) din grupa tulburărilor de tip autist (ASD). În DSM-5, SCD este distinctă de ASD; diagnosticul de ASD trebuie să fie exclus pentru ca o persoană să poată fi diagnosticată cu SCD.

SCD reprezintă așadar o categorie de tulburări desprinse din grupa ASD și transferate în grupa tulburărilor de comunicare.

Includerea SCD în noul manual de diagnostic, ca o categorie distinctă, are la bază o istorie destul de îndelungată de cercetări și dezbateri. În anii '80, în cadrul tulburărilor specifice de limbaj (*specific language impairment – SLI*) a fost descris un subtip al acestora pentru care a fost propusă denumirea de „tulburare semantic-pragmatică“ (*semantic-pragmatic disorder*) (Rapin și Allen, 1983; Bishop & Rosenbloom, 1987). Ulterior, a fost propusă denumirea de „tulburare a limbajului pragmatic“ (*pragmatic language impairment – PLI*) de către Comti-Ramsden și Botting (1999), Bishop (2000) (4).

Unii autori au contestat statutul distinct al acestei categorii a tulburărilor de comunicare, considerând că ar fi doar o formă de autism înalt funcțional (Brook și Bowler, 1992; Gagnon, Mottron și Joanne, 1997) (4). Bishop a propus o perspectivă diferită asupra relației dintre autism și PLI, sugerând că anumiți copii prezintă un profil care este intermediar între SLI și autismul propriu-zis. De altfel, încă din 1987, Bishop și Rosenbloom susțineau utilizarea restrictivă a diagnosticului de „tulburare semantic-pragmatică“

doar pentru acei copii cu tulburări specifice de limbaj care nu erau autiști (5). Într-un articol publicat în 2002, Bishop prezenta rezultatele a două studii având ca obiectiv testarea ipotezei conform căreia tulburarea limbajului pragmatic ar fi doar o formă a tulburării autiste sau a tulburărilor pervazive de dezvoltare nespecificate altfel (4). Concluziile acestor studii indicau faptul că nu toți copiii cu dificultăți la nivelul limbajului pragmatic prezintă autism sau tulburare pervazivă de dezvoltare. S-a evidențiat existența unui grup de copii cu dificultăți pragmatice de limbaj (utilizarea stereotipă a limbajului cu intonație/prozodie anormală), dar care erau sociabili și comunicativi, cu o comunicare nonverbală normală, și care nu au fost diagnosticați ca având autism pe baza instrumentelor de evaluare utilizate.

Un alt studiu important, publicat de Bishop, Whitehouse, Watt și Line în 2008 (6), a fost realizat prin aplicarea criteriilor actuale (la acea dată) de diagnostic pentru autism asupra unui grup de persoane adulte care în trecut au avut un diagnostic de tulburare în dezvoltarea limbajului. Obiectivul studiului consta în verificarea ipotezei conform căreia creșterea semnificativă a ratei autismului s-ar datora unei „substituirii diagnostice”; adevărata prevalență a sindromului autist ar fi de fapt constantă, dar granițele delimitate de criteriile de diagnostic s-au lărgit, astfel încât mulți copii care în trecut ar fi primit alte diagnostice ar fi, la data realizării studiului, identificați ca fiind autiști conform criteriilor din DSM-IV. (În articolul care prezintă acest studiu se evidențiază faptul că anterior, în DSM-III, diagnosticul de autism presupunea o lipsă pervazivă a comunicării cu alte persoane; diagnosticul diferențial în raport cu tulburările de limbaj receptiv avea la bază tocmai acest aspect, faptul că în autismul infantil copilul nu face nici un efort de a comunica, nu este interesat de persoane, în timp ce în tulburarea de dezvoltare a limbajului de tip receptiv copilul prezintă contact vizual, are dorința de comunicare și adesea încearcă să comunice prin gesturi.) Concluziile acestui studiu confirmă ipoteza „substituirii diagnostice”, ca un rezultat direct al schimbării criteriilor de diagnostic de la DSM-III, trecând prin DSM-III-R, la DSM-IV. Chiar dacă creșterea prevalenței autismului nu poate fi pusă în totalitate pe seama lărgirii criteriilor diagnostice, datele oferite de acest studiu ilustrează modul în care schimbările în abordarea diagnostică au condus

la transferarea unor tulburări din categoria tulburărilor de limbaj în cea a autismului.

Williams, Botting și Boucher au publicat tot în 2008 o cercetare referitoare la aspectele limbajului în autism comparativ cu cele din tulburarea specifică de limbaj (7). În studiul respectiv autorii abordau tulburările limbajului pragmatic separat de celelalte forme mai comune ale SLI caracterizate prin deficite structurale ale limbajului, subliniind de asemenea faptul că PLI pot să fie prezente independent de deficitele semantice sau de deficitele sociale și ale flexibilității comportamentale asociate cu autismul. Astfel, PLI apărea ca fiind în parte dissociabilă de deficitele structurale ale limbajului prezente în SLI (la nivel fonologic, gramatical și semantic) precum și de formele propriu-zise de autism. Așadar, și acești cercetători evidențiau statutul incert și aflat încă în discuție al PLI, ca fiind un subtip al SLI sau al ASD.

O concluzie pe care o putem desprinde analizând acest istoric al cercetărilor referitoare la tulburarea comunicării sociale (pragmatice) ar fi faptul că prin introducerea acestui nou diagnostic în DSM-5 s-a revenit oarecum la o situație anterioară, prin modificarea graniței dintre tulburările din spectrul autist și tulburările de limbaj. Acest aspect rămâne însă în continuare subiect de dezbateră și cercetare.

Bibliografie

1. Stetka, B.S., Ghaemi, N. (19 august 2014), DSM-5 a Year Later: Clinicians Speak Up, <http://www.medscape.com/features/slideshow/dsm5>
2. American Psychiatric Publishing (2013), Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5 (pdf), <http://www.dsm5.org>
3. American Psychiatric Publishing (2013), Social (Pragmatic) Communication Disorder (pdf), <http://www.dsm5.org>
4. Bishop, D.V.M., Frazier Norbury, C (2002), Exploring the borderlands of autistic disorder and specific language impairment: a study using standardised diagnostic instruments, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43:7, 917-929
5. Bishop, D.V.M. (1989), Autism, Asperger's syndrome and semantic-pragmatic disorder: Where are the boundaries?, *British Journal of Disorders Of Communication* 24, 107-121
6. Bishop, D.V.M., Whitehouse, A.J.O., Watt, H.J., Line, E.A. (2008), Autism and diagnostic substitution: evidence from a study of adults with a history of developmental language disorder, *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50: 341-345
7. Williams, D., Botting, N., & Boucher, J. (2008). Language in autism and specific language impairment: Where are the links? *Psychological Bulletin*, 134, 944-963

DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL ÎNTRE AUTISM ȘI ALALIE. INTERVIU CLINIC

Iacob Daniela-Cristina, danielaiacob83@gmail.com
Psiholog Specialist în Psihopedagogie Specială/Logopedie
Centrul Județean de Resurse și Asistență Educațională, Dolj

Rezumat

Ideea centrală a cazului prezentat este importanța diagnosticului diferențial logopedic în vederea stabilirii unui plan de intervenție adecvat problematicei cazului. De cele mai multe ori, în logopedie, corespondentul pentru diagnosticul medical “tulburare de spectru autist” este diagnosticul de *tulburare de dezvoltare a limbajului pe fondul evoluției psihocomportamentale determinată de autism* (1) sau după alți autori, *tulburări de limbaj în stări psihotice* (2). În cazul de față diagnosticul logopedic este de *alalie*. Justificarea diagnosticului de alalie este că un copil cu întârziere în apariția limbajului determinată de autism și cu potențial cognitiv similar cazului mai jos prezentat, în condiții favorabile, stimulat prin terapie comportamentală și logopedie, ajunge la un ritm accelerat de învățare a limbajului atât receptiv cât și expresiv. De asemenea un copil cu întârziere în dezvoltarea limbajului determinată de autism, de regulă nu

prezintă dificultăți severe în *discriminarea acustică* a construcțiilor de silabe și cuvinte, cum prezintă cazul nostru. Un copil autist, de obicei poate fi dependent de prompt ca să inițieze vorbirea, dar nu de cititul pe buze, ca în cazul de față care folosește labiolectura pentru a putea pronunța corect silaba/cuvântul din punct de vedere verbo-auditiv. În autism lipsește dorința de comunicare și apare un comportament inadecvat, spre deosebire de T.L care are un comportament adecvat din punct de vedere social, încercând să suplinească limbajul prin mișcări mimico-gestuale pentru a se face înțeles.

În cele ce urmează este prezentat conținutul interviului cu mama și rezultatul de la evaluarea logopedică a copilului.

CUVINTE CHEIE: *alalie, tulburare de dezvoltare a limbajului pe fondul evoluției psihocomportamentale în autism, tulburări de limbaj în stări psihotice, discriminare acustic.*

Differentiated Diagnosis between Autism and Alalia Clinical interview

Summary

The main idea of this work, from the point of view of speech therapy, it is the importance of differential diagnosis to establish a contingency plan appropriate case issue.

Most often, the correspondent of medical diagnosis – *autism spectrum disorder*-, in speech therapy it is *developmental disorder of language amid psychobehavioral determined by autism* (1) or by other authors, *speech disorders in psychotic states* (2)

In this case, the diagnosis of speech and language disorders is *alalia*. Justification the alalia diagnosis is that children with language delay in the appearance caused by autism and with the cognitive

potential similar case presented below, under favorable conditions and behavioral therapy and speech therapy, he can learn in an accelerated pace of receptive and expressive language.

Also a child with delayed language development determined by autism , usually he's not severe difficulties in auditory discrimination of sounds and words, as presented our case.

Usually, an autistic child can be addicted by help for to start speaking, but not reading lips; in our case he uses labiolectura in order to have a correctly in pronunciation in terms verbo – auditory.

In autism lack the desire for communication and the children have an inadequate behavior, unlike

him who has adequate social behavior, trying replacing the verbal language with the sign language, to make himself understood .

The following it is presented the interview with the mother and the result of the evaluation speech therapy .

Date de identificare:

Nume: T.L.

Vârsta: 7 ani și 10 luni

Antecedente heredo- colaterale:

Tatăl: 37 ani

Ocupația: lucrează în străinătate în domeniul construcțiilor.

A plecat la vârsta de 2 ani ai copilului. Relația tată-fiu a fost și este una bună, copilul fiind foarte atașat de el și suferă foarte mult din cauza plecării acestuia.

Mama: 30 ani

Ocupația: casnică, a mai lucrat ocazional. Se ocupă de creșterea și educația copilului.

Este o familie unită, normală, fără antecedente specifice.

Antecedente personale:

Primele faze ale dezvoltării:

Sarcina a decurs normal, însă mama a luat vitamine și tratament pentru păstrarea sarcinii.

Nașterea a fost naturală, scorul apgar fiind 9 (mama nu știe de ce).

A fost un bebeluș activ în primul an de viață, gânguritul și lalațiunea – normale, a mers la 11 luni, primul cuvânt: tata (pronunțat la 10 luni).

Cuvintele achiziționate până la vârsta de 2 ani: baie, baba, cucu, tataie, mamaie, goanga, mama, tata (maxim 10 cuvinte).

Nivelul vocabularului: sărac și nu a folosit niciodată propoziții.

Mama și-a pus semne de întrebare că nu vorbea la fel de mult ca și ceilalți copii în vârstă de 2 ani, și a cerut o părere medicului de familie, care datorită dezvoltării normale din punct de vedere medical a explicat printr-o dezvoltare a limbajului puțin întârziat, fără semne de îngrijorare.

Cu excepția limbajului, toate celelalte achiziții și le-a însușit corespunzător vârstei: la 3 ani – deprinderile de igienă personală și de păstrare a sănătății erau dezvoltate peste medie, iar la 4-5 ani se îmbrăca și încălța singur. Și conduita relațională a fost mereu

Key words: *alalia, developmental disorder of language amid psychobehavioral determined by autism, speech disorders in psychotic states, auditory discrimination.*

bine dezvoltată, dorindu-și să interacționeze cu semenii săi, în ciuda faptului că nu se putea face înțeles.

Starea sănătății în copilărie:

La 3 săptămâni după naștere a făcut afte bucale și nu se putea odihni și mânca. Plângea foarte mult și se trezea foarte des speriat din somn și cu dureri. Aftele au persistat până pe la vârsta de 1 an jumătate, în ciuda tratamentelor.

La 3 luni a făcut o infecție urinară și medicul urolog (nu era de origine română) a recomandat *circumcizia*, foarte dureroasă pentru bebeluș. Mama tinde să creadă că medicul a făcut această intervenție și din motive culturale. S-a mers cu bebelușul la control regulat, iar la 1 an medicul a intervenit chirurgical din nou, probabil pentru că nu se înlăturase țesutul. Mama spune că a fost o durere cumplită de data aceasta pentru copil, acesta leșinând, iar apoi a rămas speriat o perioadă mare de timp.

Mama spune că problema cu aftele și în special circumcizia, le-ar putea considera evenimente traumatizante din viața de bebeluș.

În prezent este un copil sănătos, mănâncă bine, după cum relatează mama, însă este slăbuț, față palidă, încercănat – nu doarme după-amiaza, dar seara se culcă devreme și se odihnește bine. A urmat diverse tratamente cu vitamine, calciu, dar nu s-a produs nici o schimbare; este și o cauză ereditară, semănând cu mama sa.

Atmosfera din familie:

Mama relatează că sunt o familie fericită și încearcă să-i creeze copilului condiții de trai cât mai bune. Soțul a plecat să lucreze în străinătate de la vârsta de 2 ani ai copilului și vine foarte rar acasă. Ea este ajutată în creșterea copilului și de bunicii care locuiesc în apropiere, copilul fiind foarte atașat de bunicii materni. Bunicii paterni locuiesc la țară. Singurele discuții care au mai apărut între soți au fost uneori din cauza soacrei, cu care mama nu are o relație foarte bună.

Mama a mai precizat că la scurt timp după naștere, ajunsă acasă cu bebelușul, a avut o ceartă serioasă cu soțul său din cauza soacrei, care a afectat-o foarte mult și a pierdut laptele, nemaiputându-și alăpta copilul.

Mama consideră că o schimbare majoră a băiețelului s-a produs în momentul plecării tatălui în străinătate, dar mai ales atunci când la câteva luni după plecarea acestuia a plecat și ea timp de o lună în vizită. În acest moment copilul avea vârsta de 2 ani și 11 luni. După ce a rămas cu bunicii a refuzat să mai stabilească relații de comunicare cu aceștia; pe zi ce trecea era din ce mai retras și mai trist. La întoarcerea mamei acasă, într-o seară, a refuzat să comunice și să relaționeze cu ea, însă dimineața a luat-o în brațe și a strigat-o cu o voce de disperare (explică mama): „Mamaa...!” și din acel moment a refuzat să mai vorbească și să folosească foarte rar „mama”. De câte ori încercau să-l facă să vorbească, copilul le pune mâna la gură și refuza complet, chiar îl deranja vorbirea cu el, după cum relatează mama.

Scolarizarea și evoluția copilului pe parcurs:

Copilul a început grădinița la 5 ani și 6 luni, grupa mijlocie. S-a integrat destul de ușor în grupa de copii și nu a plâns după mamă. I-a părut foarte rău când i-a fost schimbată educatoarea de care se atașase foarte mult. Repetă grupa mare și frecventează cu regularitate grădinița. Relația cu copiii și educatoarele este bună, dar aceștia nu îi înțeleg problema, gândindu-se că este mut. Mama a fost sfătuită de cadrele didactice să fie transferat la o grădiniță specială și ulterior dus la o școală specială ca să învețe limbajul semnelor, pentru că are tendința de a se exprima mimico-gestual. Cu toate acestea, ea a insistat cu integrarea copilului în grădinița normală și își dorește înscrierea lui la o școală normală, program step by step.

Copilul rezolvă foarte bine sarcinile dacă i se arată ce trebuie să facă, însă dacă i se dau explicații verbale nu poate desluși înțelesul limbajului. Știe să se joace și să se integreze în grup. Uneori este retras singur la o măsuță, datorită faptului că nu se poate înțelege cu colegii săi și din această cauză se și plictisește, stând și uitându-se la cei din jur. Are o *intelligență practică* foarte bine dezvoltată spre deosebire de copiii de vârsta lui; rezolvă cu ușurință puzzle-uri de până la 100 de piese, diverse jocuri de lego, sarcinile nonverbal– logice din caietele speciale înaintea

colegilor săi, are o memorie de lungă durată foarte bună, spirit de observație foarte bine dezvoltat, știe să se descurce în situații noi și să aplice ce a învățat, demontează jucăriile și le assemblează la loc. Motricitatea fină și grosieră sunt relativ bine dezvoltate, însă la nivelul coordonării motorii întâmpină dificultăți, la ora de educație fizică și opționalul de dansuri se descurcă oarecum cu dificultate. Prezintă întârzieri și la nivel cognitiv datorită lipsei limbajului și neînțelegerii acestuia: sunt puține cuvinte și foarte puține propoziții simple al căror înțeles îl cunoaște. La probele verbale ar obține un scor foarte mic, spre deosebire de probele nonverbale.

Activități sociale:

Acceptă și preferă socializarea având mulți prieteni: verișorii, copiii de vârsta lui, se vizitează și se joacă împreună; este un copil care cu toate că nu vorbește și nu înțelege limbajul verbal se face destul de ușor plăcut. Este pasionat de mașinuțe, jocuri de construcții, îi plac foarte mult revistele cu mașini pe care le colecționează.

Este foarte independent spre deosebire de cei de vârsta lui, capabil să rămână singur acasă până la întoarcerea mamei de la piață, să se joace cu vecinii din fața blocului fără o supraveghere permanentă, se întoarce acasă singur după ce copiii pleacă acasă (sau vine când este strigat de mamă), deschide ușa cu cheia, deschide frigiderul când îi este foame și își ia iaurtul, dulciuri sau ceea ce îi place.

Problematica actuală:

După cum s-a menționat limbajul său a fost și este foarte sărac conform vârstei cronologice; *nicio dată nu a ajuns la stadiul propozițiilor*. Folosește corect doar câteva cuvinte bisilabice și trisilabice simple (mama, tata, mamaie, tataie, hai, gata,(v)ino, ma(ș)ina, banana, etc) și înțelege câteva propoziții simple (deschide/închide ușa, dă-mi telecomanda, dă-mi apă, dă-mi geanta, deschide penarul, deschide caietul, închide caietul, etc). Pe lângă toate acestea a început să întâmpine probleme și de natură psihologică, având zile în care îi dispăre zâmbetul de pe față, zile în care refuză mersul la grădiniță și refuzul interacțiunii chiar și cu familia, preferând să stea în camera lui la calculator, fiind surprins uneori stând fără să facă ceva anume, doar meditănd și privind în gol, relatează mama.

Mama precizează că pronunța mai multe cuvinte și mai corect înainte de vârsta de 2 ani și 11 luni, decât în prezent și spre deosebire de acum, atunci înțelegea mai bine limbajul.

Conștientizând că acest copil are o problemă a mers la psihiatrie infantilă la vârsta de 3 ani și 3 luni, dar nu s-a stabilit un diagnostic grav decât o ușoară întârziere de limbaj, fiind sfătuită că dacă până la vârsta de 3 ani ½ nu apare deloc vorbirea spontană să consulte și un logoped.

La 3 ani și 10 luni a început terapia cu un logoped, dar progresele au întârziat să apară în ceea ce privește limbajul receptiv și expresiv, iar după 6 luni terapia este întreruptă pe perioada verii. De-a lungul anilor a reușit să rețină doar pronunția a câtorva cuvinte, precum și înțelesul a câtorva propoziții simple.

Mama povestește că a continuat să caute răspunsuri pe la mai mulți specialiști pentru a cere mai multe păreri privind diverse forme de diagnosticare: *autism atipic* și i s-a prescris tratament, dar nu i-a fost administrat datorită refuzului diagnosticului de către părinți, *retard verbal cu note autiste* și tratament cu Rispen, Encefabol și Tonotil, observându-se progrese după tratamentul cu Rispen prin: voință de a învăța limbajul, folosirea frecventă a cuvintelor: mama, tata, mamaie, tataie, hai, pa-pa, gata și a altor câteva cuvinte bisilabice și trisilabice simple; *tulburare de spectru autist* și tratament cu Rispolept și injecții Cerebrosyne. În prezent a eliberat și certificatul de încadrare în handicap grav pe baza diagnosticului de tulburare de spectru autist pentru a beneficia de profesor de sprijin și o orientare școlară pentru anul viitor.

A fost suspectat și de probleme cu auzul de către logopedul la care mergea pe atunci, datorită faptului că are o capacitate foarte redusă de înțelegere a limbajului, discriminarea acustică fiind foarte deficitară, fidelitatea emiterii silabelor/cuvintelor nefiind constantă și având tendința de labiolectură pentru redarea modelului de pronunțat, precum și folosirea semnelor mimico-gestuale pentru a se face înțeles; însă audiograma a ieșit în limite normale.

La întrebarea adresată în timpul interviului dacă a făcut EEG-ul, mama spune că da și că a ieșit în limite normale (deși a avut o ezitare în detalierea acestei investigații, mi-a dat impresia că nu este sigură dacă l-a făcut sau nu).

Acum se simte foarte dezorientată pentru că nu știe exact ce are copilul ei, nu este de acord cu dia-

gnosticul de autism, nu cunoaște care este cauza, de ce copilul ei este așa și se învinovățește că nu a intervenit mult mai devreme.

Pe parcursul interviului a istorisit totul cu calmitate și în același timp cu disperarea pe care o simțea față de problema copilului. Este foarte descurajată, simțindu-se neajutorată și neputincioasă pentru copilul ei, căutând un răspuns la întrebarea: *Oare va putea vorbi vreodată copilul meu?*

Concluzii :

În urma interviului și a unei evaluări ulterioare a copilului din punct de vedere logopedic s-a pus diagnosticul de *alalie cu dominanță senzorială* (2)

I-am explicat mamei că am înțeles problema, i-am vorbit despre diagnosticul logopedic și ceea ce presupune intervenția logopedică și psihopedagogică, o intervenție de lungă durată și intensivă și un prognostic destul de rezervat. Programul terapeutic pentru înțelegerea și exprimarea limbajului va urmări dezvoltarea limbajului pe 3 niveluri (2):

1. *Formarea pronunției* (Etapa fonetică: silabă-cuvânt-propoziție)
2. *Formarea vocabularului* (Etapa vocabularului)
3. *Formarea propozițiilor și frazelor* (Etapa propozițiilor)

Astfel va fi întocmit un plan de intervenție care va urmări o abordare interdisciplinară. Se va realiza programul logopedic, un plan de intervenție personalizat după care se va lucra împreună cu copilul, implicate fiind și cadrele didactice, și nu în ultimul rând se recomandă mamei consiliere psihologică, în urma relatării faptului că este destul de anxioasă cu episoade de plâns frecvente, precum și consiliere pentru copil.

În final am subliniat importanța examinării medicale periodice și urmarea tratamentului medicamentos.

Bibliografie:

1. Verza E. Tratat de logopedie, volumul II, Ed. Semne, București 2009 (p.283-292, 315-328)
2. Vrășmaș E., Stănică C. Terapia tulburărilor de limbaj, București, 1994 (p.50-52, 62-70, 215)

SEMNELE JOCULUI PROBLEMĂ LA ADOLESCENȚI

Psiholog Dr. Ramona Lupu, profesor logoped – Școala “Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca,
Conf. Dr. Viorel Lupu – Disciplina de Psihiatrie și Psihiatrie pediatrică
UMF “Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca

Definiții de bază

Jocul: Participarea la joc, cu scopul de a câștiga bani. Oricând se mizează pe bani sau pe alte valori în cazul unui eveniment cu consecințe incerte, cu speranța de a câștiga mai mult. Practicarea jocurilor devine o problemă atunci când afectează relațiile interpersonale, familia, prietenii, sănătatea fizică și mintală, performanțele școlare, serviciul sau situația financiară.

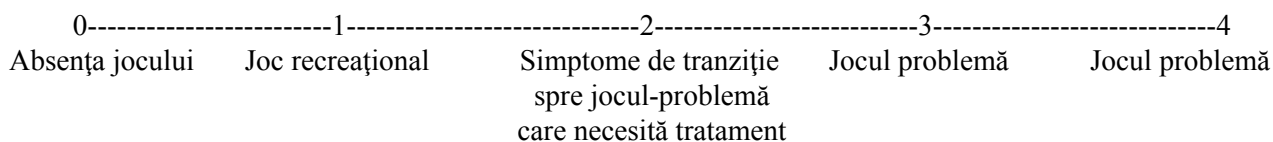
Jocul de noroc: Rezultatul jocului se datorează hazardului, neexistând nici o modalitate de a prezice cu certitudine rezultatul.

Jocul responsabil: Practicarea jocurilor în scop de divertisment, nu ca o modalitate de a câștiga bani; există un echilibru între practicarea jocurilor și alte activități distractive; alocarea unor sume limitate de bani, neincluzând banii de cheltuieli zilnice; fixa-

rea unui buget; fixarea unei limite de timp; neapelarea la împrumuturi de bani pentru a juca; întreruperea frecventă a jocului și conștientizarea faptului că riscul crește o dată cu pierderile și instalarea depresiei.

Jocul patologic: Este conceptualizat ca fiind preocuparea față de joc, cu pierderea controlului adecvat asupra oricărui comportament de joc. Se acompaniază de sentimente de vinovăție și izolare atunci când jucătorul încearcă să reducă sau să înceteze această activitate, precum și dificultăți în relaționarea socială, ca o consecință a jocului excesiv (Derevensky & Gupta, 2000). Jucătorii patologici suferă de un eșec cronic și progresiv în a rezista impulsului de a juca. Ei prezintă consecințe personale semnificative datorită continuării jocului. Există un continuum în privința apariției și dezvoltării jocului problemă, așa după cum se observă în fig.1.

Fig. 1 Continuum în apariția și dezvoltarea jocului problemă (Schaffer & Hall, 1996)



Studiile de prevalență efectuate în Europa, America de Nord și pe alte continente au indicat că cel puțin 50% dintre adolescenți practică ocazional jocuri de noroc, în unele regiuni acest procent apropiindu-se de 85% (Gupta, Derevensky & Martin, 2006).

Adolescența este o perioadă a experimentelor pe toate planurile, care presupune apariția unor comportamente de căutare de senzații tari. Alături de consumul de alcool și/sau de droguri, participarea la jocurile de noroc reprezintă un alt comportament de mare risc la care participă frecvent adolescenții. La fel ca în cazul consumului de alcool sau de droguri, majoritatea adolescenților și adulților tineri care participă ocazional la activități de joc nu vor ajunge să dezvolte o dependență de acestea (Lupu, 2008).

Totuși există unele forme de jocuri care prezintă un risc crescut, cum ar fi: pariurile sportive, jocurile

de cărți (de exemplu black-jack, poker), precum și utilizarea mașinilor electronice de joc. Aceste jocuri le creează tinerilor jucători iluzia controlului și a stăpânirii jocului, ceea ce duce la implicarea exagerată în joc.

Jocul patologic este la ora actuală una dintre problemele cele mai serioase cu care sunt confrunțați tinerii (Lupu, 2014).

Aceasta este prima generație de adolescenți care trăiește într-o societate care promovează și aprobă răspândirea oportunităților de joc. S-a produs o mare mutație în ceea ce privește percepția societății legată de jocurile de noroc. Astfel, dacă înainte jocul era considerat ca un viciu, la ora actuală este promovată activ ca o formă de distracție, socialmente acceptabilă. Pe de altă parte activitățile de joc, cum ar fi pokerul sau cele din cazinouri au fost idealizate de către media și de către celebrități.

Este evident faptul că tinerii joacă tot mai mult și datorită disponibilității, accesibilității și diversității jocurilor în ambient.

Studiile efectuate în ultimii 10 ani pe plan mondial au indicat faptul că aproximativ 10% dintre adolescenți prezintă probleme legate de practicarea jocurilor de noroc, cum ar fi: minciuni în legătură cu jocurile, afectarea relațiilor sociale, preocuparea excesivă cu imposibilitatea de a se detașa de acestea și de a se opri din practicarea lor, împrumuturile repetate și/sau furtul de bani pentru a putea continua jocul, absenteism școlar sau de la lucru din cauza jocurilor (Gupta, Derevensky&Martin, 2006).

Procentul adolescenților cu probleme foarte serioase legate de joc este cuprins între 4-6%. Adolescenții jucători au un risc crescut pentru o serie de tulburări mentale, incluzând depresia, scăderea stimei de sine, anxietatea, suicidul cauzat de datoriile crescânde, diminuarea rețelei de suport social și imposibilitatea de a înceta să joace, în ciuda consecințelor negative asociate cu jocul excesiv.

Nu toți adolescenții au același grad de vulnerabilitate pentru jocul problemă. De exemplu, cercetările au indicat că sexul masculin este mai predispus la apariția jocului problemă decât cel feminin. De asemenea, se pare că adolescenții care prezintă tulburări de comportament de tip impulsiv pot să dezvolte mai ușor jocul problemă. Unii adolescenți au tendința să folosească jocul ca pe o modalitate de evadare și de luptă cu o imagine de sine foarte scăzută (de exemplu, datorită unor performanțe școlare scăzute, eșecuri semnificative, dezinteres parental).

Răspunsuri la întrebări frecvente legate de jocurile de noroc

1. De ce anumiți indivizi vor prezenta joc patologic de noroc, iar alții nu?

Indivizii joacă din diferite motive. Cei care nu vor dezvolta joc patologic, declară că joacă în primul rând cu scopul de a se distra și pentru a-și încerca norocul. Ei nu cred neapărat că vor câștiga mai mulți bani destinați activității distractive decât își pot permite să piardă. Din contră, indivizii care prezintă joc problemă afirmă că jocul îi ajută să scape de problemele lor, să se simtă importanți, sau să simtă că trăiesc. Ei au dificultăți în fixarea limitelor (de timp, bani și frecvență a jocului) și cred că vor putea recupera

pierderile datorate jocului prin dezvoltarea unor strategii care să prezică rezultatul.

2. De ce sexul masculin este mai afectat decât cel feminin de problema jocului?

Băieții în general tind să fie mai competitivi și agreează să se simtă importanți când câștigă și de asemenea își asumă riscuri mai mari. Multe din problemele legate de joc tind să fie asociate cu participarea excesivă la pariurile sportive, care sunt mai atractive în special pentru băieți. Trebuie totuși notat faptul că există o tendință de creștere a numărului de persoane de sex feminin care au probleme serioase cu jocul.

3. Este problema adicției la jocul de noroc la fel de gravă ca aceea a adicției la droguri?

Da, pentru că ambele au consecințe negative severe. Subiecții cu probleme de joc sunt foarte preocupați de joc, au un comportament impulsiv, iar familia, prietenii, școala și munca devin secundare față de nevoia lor de a juca. Este o situație similară cu cea întâlnită la alcoolici sau la dependenții de droguri. Unii indivizi au tendința să utilizeze jocurile, alcoolul sau drogurile ca o soluție pentru problemele lor.

4. Sunt toate formele de joc la fel de problematice?

Nu, este clar că nu toate formele de joc conduc în aceeași măsură la dependență. Astfel, jocurile pe mașini electronice, pariurile sportive și jocurile de cărți sunt printre cele mai problematice pentru adolescenți. Acest lucru se datorează faptului că jucătorii supraestimează gradul de îndemânare cerut de practicarea acestora și simt că există un risc minim de a-și pierde controlul.

5. De ce loteria este considerată o activitate de risc pentru tineri?

Este adevărat că rar au fost consemnați subiecți care au dezvoltat adicție la loterie. Loteria care se bazează pe extrageri presupune cel mai scăzut nivel de risc, datorită timpului minim alocat jocului, precum și datorită întârzierii obținerii gratificației. Se știe că adolescenților și copiilor le place să joace la loz în plic răzuibil ("instant scratch tickets" și/sau "pull-tabs") deoarece sunt ieftine și pot afla imediat rezultatul. Pariurile sportive reprezintă cel mai mare risc dintre toate produsele oferite de loterie, deoarece adolescenții au tendința să dezvolte "iluzia controlului". Ei sunt adesea experți în statisticile sportive cu atât mai mult

cu cât pariarea pe o anumită echipă are tendința să crească dorința de a urmări jocurile.

În ceea ce privește tipul produsului de loterie, cercetările arată cu certitudine un singur lucru: practicarea jocului de loto la tineri reprezintă o importantă cale de acces spre paternul de joc problemă care apare ulterior la mulți dintre aceștia. Cu cât debutul în joc e mai precoce, cu atât problemele care vor apare ulterior sunt mai mari. În cazul loteriei, anumite afinități legate de aceasta pot fi inoculate de către părinți, care le pot oferi copiilor bilete de loterie ca și cadou încă de la vârste fragede.

6. De ce este interzisă prin lege participarea copiilor și adolescenților la jocuri de noroc?

Tinerii, în general, sunt lipsiți de maturitate în a stabili limitele de bani, timp și frecvență în ceea ce privește jocurile și de a fi astfel consumatori informați, în măsură să facă alegeri responsabile. Cercetările de altfel, au arătat că debutul precoce al jocului se corelează cu dezvoltarea jocului patologic.

7. Prezintă toată lumea riscul de a dezvolta joc problemă?

Răspunsul la această problemă este controversat. Fiecare individ poate dezvolta joc problemă în aceeași măsură în care oricare poate deveni dependent de alcool. Este adevărat că anumite circumstanțe și trăsături de personalitate pot crește acest risc. Totuși, este foarte important pentru adolescenți să știe că tinerii din toate mediile pot dezvolta serioase probleme legate de joc.

8. Ce se poate face în cazul în care cineva apropiat, un prieten, un membru al familiei sau chiar eu am probleme cu jocul?

Oricine se confruntă cu o problemă legată de joc trebuie să fie înconjurat de o rețea de suport social, care trebuie să-l încurajeze să apeleze la ajutor specializat. Membrii familiei sau prietenii pot avea un important rol suportiv, nefiind de acord cu jocul și angrenându-i pe aceștia în activități alternative și asigurându-le suportul emoțional corespunzător.

Semnele jocului problemă la adolescenți

1. Alocarea unui timp însemnat activității de joc sau reflectarea îndelungată la acesta;
2. Absenteism școlar și performanțe școlare scăzute datorită jocului;

3. Alocarea tot mai frecventă a unor sume din ce în ce mai mari de bani pentru a obține excitația produsă de joc;
4. Schimbarea dispoziției și apariția stresului atunci când nu pot juca regulat sau când încearcă să limiteze sau să stopeze jocul;
5. Promisiunile de încetare sau de reducere a frecvenței jocului nu pot fi îndeplinite;
6. Minciuni sau secretomanie legate de activitățile de joc;
7. Pierderea resurselor financiare și imposibilitatea de a-și acoperi cheltuielile legate de joc;
8. Împrumutarea sau solicitarea de bani de la membrii familiei sau prieteni pentru a juca în continuare;
9. Continuarea jocului cu scopul de a recupera banii pierduți și convingerea că se vor putea opri din practicarea jocurilor atunci când vor putea recupera toate pierderile;
10. Jocul este o modalitate de a scăpa sau de a uita de propriile probleme;
11. Jucătorii se laudă cu câștigurile mari și vorbesc constant despre experiențele lor anterioare de joc;
12. Jucătorii sunt nerăbdători să pună în joc sume mari de bani;
13. Dispoziție variabilă, de la o extremă la alta, din "culmea fericirii" până la depresie profundă..

Jocul ca activitate de risc

Jocurile devin activități de risc atunci când subiecții care le practică o fac pentru a scăpa de anumite probleme, pentru a diminua sentimentul de singurătate și pentru că se gândesc că vor câștiga bani în acest mod. Acești jucători riscă să-și piardă controlul și să dezvolte joc problemă, începând cu momentul în care nevoile generate de joc sunt trăite intens pentru o scurtă perioadă de timp. Mai mult, jucătorii problemă interpretează eronat realitatea, considerând că pot controla jocul și că pot câștiga o mare sumă de bani. Adevărul este că nimeni nu poate controla rezultatul jocurilor de noroc. Pe termen lung, cu cât joacă mai mult, cu atât pierd mai mult.

datorate jocului. Adolescenții, ca de fapt oricine, nu sunt imuni la acest tip de adicție.

Mitul 2: Atunci când cunoști regulile unui joc (de ex. black jack), ai șanse mai mari de câștig.

De fapt, cunoașterea regulilor unui joc, cum ar fi black jack, te poate ajuta să iei decizii în timpul jocului, dar nu îți crește cu nimic șansele reale de a câștiga. Faptul că persoana câștigă sau pierde, depinde mai mult de cărțile pe care le primește, ca de altfel și de cărțile pe care le-au primit ceilalți jucători, fapt care nu poate fi controlat.

Mitul 3: Dacă ești priceput la jocuri video, înseamnă că vei deveni un bun jucător la Terminalele de Video Loterie (Video Lottery Terminal).

De fapt, practicarea jocurilor video presupune existența unor abilitați. Cu cât vei juca mai mult, cu atât vei deveni mai bun în acest domeniu. Accesarea terminalelor de Video Loterie, ca de altfel orice alt joc de noroc, nu necesită nici un fel de îndemânare. Rezultatele nu depind de tine, ci exclusiv de noroc.

Mitul 4: Rezultatul la jocul anterior îl determină și pe cel al jocului următor.

De fapt, fiecare joc reprezintă un eveniment complet independent și nu are nici o legătură cu jocul precedent. De exemplu, combinația de numere câștigătoare din săptămâna în curs nu are nimic comun cu combinația câștigătoare din săptămâna următoare. Cărțile și biletele de loterie nu au memorie.

Mitul 5: Nu contează dacă ai pierdut la joc, eventual dacă vei continua să joci, ai șansa să-ți recâștigi banii.

De fapt, cu cât joci mai mult, șansele să pierzi sunt mai mari datorită faptului că sistemul este de așa natură încât șansele de câștig sunt mai mari pentru casino și loterie decât pentru participant.

Mitul 6: Dacă ești o persoană norocoasă în viață, atunci vei avea noroc și când joci.

De fapt, tot așa cum un joc nu are legătură cu cel precedent, la fel nici rezultatele jocului nu pot fi influențate de calitățile unei persoane. Oricât te-ai ruga sau oricât ai recurge la anumite superstiții, nu poți influența norocul.

Mitul 7: Dacă cunoști bine evoluția echipelor și palmaresul jucătorilor, poți fi sigur că vei câștiga atunci când vei participa la pariuri sportive.

De fapt, pariurile sportive sunt foarte înșelătoare. Unele echipe sunt în general mai bune decât altele, așa încât atunci când pariezi pe o anumită echipă, ești sigur că vei câștiga. Dar, se pot întâmpla multe lucruri în timpul jocului (de exemplu, un jucător important poate fi accidentat), ceea ce duce la schimbarea completă a sorții partidei. Mulți adolescenți ajung să aibă probleme cauzate de participarea la pariurile sportive.

Mitul 8: Jocul este o nevinovată forma de distracție.

De fapt, dacă pentru mulți oameni, jocul poate reprezenta o distracție, pentru alții poate deveni o problemă. Aceștia devin obsedați și preocupați de joc și nu se pot gândi la nimic altceva. Jocul problemă poate apare la oricine, indiferent de starea materială, culturală sau credința religioasă.

Detalii suplimentare legate de aceste aspecte pot fi accesate pe site-ul www.youthgambling.com.

Bibliografie

1. Derevensky JL, Gupta R.(2000) Prevalence estimates of adolescent gambling: a comparison of the SOGS-RA, DSM-IV-J, and the GA 20 questions. Journal of Gambling Studies 2000; 16(2-3): 227-251.
2. Derevensky J.,Gupta R.(2004).Gambling problems in youth:Theoretical and applied perspectives.New York:-Kluwer Academic/Plenum Publishers
3. Gupta R.,Derevensky J.L.,Martin I.(2006):Clean Break ,produced by International Centre for Youth gambling Problems&High -Risk Behaviors,McGill University,Montreal ,Quebec,Canada).
4. Lupu V.(2008).Jocul patologic de noroc la adolescenti. Ed.Risoprint.Cluj-Napoca.
5. Lupu I.R.(2014). Jocul patologic de noroc la copii si adolescenti- instrumente de măsurare,prevalență și prevenție.Teza de doctorat.Universitatea "Babes-Bolyai"-Cluj-Napoca.
6. SchafferH.J. & Hall M.N., (1996).Estimating the prevalence of adolescent gambling disorder:A quantitative synthesis and guidetoword standard gambling nomenclature.Journal of Gambling Stidies,12,193-214.

PROTOCOL PRIVIND CURĂȚAREA, DEZINFECȚIA ȘI STERILIZAREA ÎN CABINETELE MEDICALE ȘCOLARE – Partea a II-a GESTIONAREA DEȘEURILOR MEDICALE ÎN CABINETUL ȘCOLAR

Rus Iacobina Claudia – asistent medical principal pediatrie, formator
Dispensar Medical Școlar, Tîrgu Mureș

Normele tehnice privind gestionarea deșeurilor rezultate din activități medicale sunt prevăzute în Ordinul Ministerului Sănătății nr.1.226 din 3 decembrie 2012, publicat în Monitorul Oficial nr.855 din 18. decembrie.2012. La data intrării în vigoare a acestui ordin se abrogă Ordinul Ministrului Sănătății și Familiei nr. 219/2002, publicat în Monitorul Oficial, Partea I, nr.386 din 6 iunie 2002, cu modificările și completările ulterioare.

Aceste norme se aplică de către toate unitățile sanitare indiferent de forma de organizare, în care se desfășoară activități medicale în urma cărora sunt produse deșeuri medicale

Producătorul de deșeuri medicale este răspunzător pentru gestionarea deșeurilor medicale rezultate din activitatea sa.

1) Colectarea deșeurilor medicale se face la locul de producere. Colectarea separată a deșeurilor

este prima etapă în gestionarea deșeurilor rezultate din activități medicale. Producătorii de deșeuri medicale au obligația colectării separate a deșeurilor rezultate din activitățile medicale, în funcție de tipul și natura deșeurilor, cu scopul de a facilita tratarea/eliminarea specifică fiecărui deșeu. Producătorii de deșeuri medicale au obligația să nu amestece diferite tipuri de deșeuri periculoase și nici deșeurile periculoase cu cele nepericuloase. În situația în care nu se realizează separarea deșeurilor, întreaga cantitate de deșeuri în care au fost amestecate deșeuri periculoase se tratează ca deșeuri periculoase.

2) Ambalarea deșeurilor medicale

Recipientul în care se face colectarea și care vine în contact direct cu deșeurile periculoase rezultate din activități medicale este de unică folosință și se elimină odată cu conținutul.

Codurile de culori ale recipientelor în care se colectează deșeurile medicale sunt:

- galben – pentru deșeurile medicale periculoase
- negru – pentru deșeurile nepericuloase.

a) Pentru deșeurile infecțioase, care nu sunt obiecte ascuțite, se folosesc cutii din carton sau pu-bele cu capac și pedală, prevăzute în interior cu saci galbeni din polietilenă sau saci din polietilenă marcați cu galben. Cutiile de carton prevăzute cu saci de plastic în interior trebuie stocate temporar pe suprafețe uscate. Pentru deșeurile infecțioase se folosește pictograma „*Pericol biologic*“.

b) Deșeurile înțepătoare-tăietoare se colectează în recipiente rigide, din material plastic rezistent la acțiuni mecanice. Recipientele trebuie prevăzute la partea superioară cu un capac special care să permită introducerea deșeurilor și să împiedice scoaterea acestora, având un sistem de închidere definitivă. Capacul recipientului are orificii pentru detașarea acelor de seringă. Recipientele utilizate pentru deșeurile înțepătoare-tăietoare infecțioase au culoarea galbenă și sunt marcate cu pictograma „*Pericol biologic*“. În situația în care numai acele de seringă sunt colectate în recipientele pentru deșeurile înțepătoare-tăietoare, deșeurile infecțioase constând din seringi se pot colecta împreună cu alte deșeuri infecțioase.

c) Deșeurile chimice (de exemplu: medicamente expirate), dacă se afla în ambalajul lor original (sticlă, folie etc.), pot fi împachetate în recipiente și se pot returna, pe baza unui contract, farmaciei sau depozitului de produse farmaceutice în vederea eliminării .

3) Stocarea temporară a deșeurilor rezultate din activitățile medicale

În fiecare unitate sanitară trebuie să existe un spațiu central pentru stocarea temporară a deșeurilor medicale. Durata stocării temporare a deșeurilor medicale infecțioase, în incinta unităților medicale nu poate să depășească un interval de 48 de ore, cu excepția situației în care deșeurile sunt depozitate într-un amplasament prevăzut cu sistem de răcire, care

să asigure constant o temperatură mai mică de 4°C – situație în care durata depozitării poate fi de maximum 7 zile. Amplasamentul trebuie să aibă un sistem automat de monitorizare și înregistrare a temperaturilor, ce va fi verificat periodic.

Unitățile sanitare care desfășoară activități medicale, care generează mai puțin de 300 kg de deșeuri periculoase pe an, sunt exceptate de la obligația de a elabora planul propriu de gestionare a deșeurilor medicale, acestea având obligația de a respecta normele tehnice de colectare, depozitare și transport a deșeurilor.

4) Transportul deșeurilor medicale

Deșeurile medicale periculoase și nepericuloase se predau pe bază de contract unor operatori economici autorizați conform legislației în vigoare.

Transportul deșeurilor medicale periculoase, în vederea eliminării, se realizează pe baza de contract cu operatori economici, autorizați pentru desfășurarea acestei activități. Formularele pentru transportul și eliminarea deșeurilor medicale periculoase care părăsesc unitatea sanitară în scopul eliminării se întocmesc și completează de către transportator cu respectarea prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 1.061/2008

Responsabilități în domeniul gestionării deșeurilor medicale

1. Reprezentantul legal al unității medicale (manager, director, administrator, medic titular) are următoarele atribuții:

- inițiază, implementează și conduce sistemul de gestionare a deșeurilor medicale
- controlează și răspunde de încheierea contractelor cu operatori economici care transportă, tratează și elimină deșeurile din activitatea medicală
- asigură fondurile necesare pentru asigurarea funcționării sistemului de gestionare a deșeurilor medicale, inclusiv sumele necesare acoperirii costurilor eliminării acestora
- aprobă planul de formare profesională continuă a angajaților din unitatea sanitară cu privire la gestionarea deșeurilor medicale.
- Instruirea și formarea profesională continuă pentru angajați cu privire la gestionarea deșeurilor medicale, e obligatorie în oricare dintre următoarele situații:
 - ◆ la angajare

- ◆ la preluarea unei noi sarcini de serviciu sau la trecerea pe un alt post
- ◆ la introducerea de echipamente noi sau la modificarea echipamentelor existente
- ◆ la introducerea de tehnologii noi
- ◆ la recomandarea persoanei desemnate să coordoneze activitatea de gestionare a deșeurilor rezultate din unitatea sanitară existentă, care a constatat nereguli în aplicarea codului de procedură, precum și la recomandarea inspectorilor sanitari de stat
- ◆ la recomandarea coordonatorului activității de protecție a sănătății în relație cu mediul
- ◆ periodic, indiferent dacă au survenit sau nu schimbări în sistemul de gestionare a deșeurilor medicale. Perioada dintre două cursuri succesive este stabilită de persoana desemnată din cadrul Direcției de Sănătate Publică Județene să coordoneze activitatea de gestionare a deșeurilor rezultate din unitățile sanitare existente în județ, dar nu trebuie să depășească 12 luni.

2. Medicul școlar, are următoarele atribuții:

- supraveghează modul în care se aplică normele tehnice de colectare, depozitare a deșeurilor și modul de gestionare a acestora
- aplică procedurile stipulate de codul de procedură
- aplică metodologia de culegere a datelor pentru baza națională de date privind deșeurile rezultate din activități medicale.

3. Asistenta din cabinetul medical școlar are următoarele atribuții:

- aplică procedurile stipulate de codul de procedură
- aplică metodologia de culegere a datelor pentru baza națională de date privind deșeurile rezultate din activități medicale.

– *continuarea în numărul următor* –

BIBLIOGRAFIE

1. Ministerul Sănătății – Ordinul nr.1226 din 3 decembrie 2012 – Norme tehnice privind gestionarea deșeurilor rezultate din activități medicale și Metodologia de culegere a datelor pentru baza națională de date privind deșeurile rezultate din activități medicale, publicat în Monitorul Oficial nr.855 din 18 decembrie 2012

NOUA LEGE A MALPRAXISULUI CE TREBUIE SĂ ȘTIM CA SĂ NE FERIM DE RĂSPUNDEREA CIVILĂ ÎN RELAȚIA MEDIC-PACIENT?

Ada Cireap, Consilier juridic

(continuare din numărul trecut)

Așa cum știți, medicii școlari, în vederea exercitării dreptului de practică, sunt obligați să dețină o asigurare de răspundere civilă profesională pentru prejudicii cauzate prin actul medical. Potrivit actualelor decizii ale Colegiului Medicilor din România, respectiv ale Colegiului Medicilor Dentiști din România, cuantumul minim al poliței de asigurare obligatorie este de 12.000 Euro pentru medicii școlari, respectiv de 37.000 Euro pentru medicii școlari dentiști. Până la schimbarea legislației, acest cuantum face referire la obligația reparării daunelor materiale, nefiind obligatorie încheierea unei polițe de răspundere civilă pentru daune morale. Dacă daunele materiale reprezintă cuantumul stabilit de instanță pentru repararea prejudiciului cuantificabil în bani, cauzat pacientului prin acțiunea/ inacțiunea medicului școlar, dauna morală reprezintă paguba suferită de o persoană ca urmare a provocării unei suferințe morale. În cazul unei acțiuni în instanță, stabilirea prejudiciului patrimonial se face în mod obiectiv, pe baza documentelor justificative al cuantumului și întinderii acestuia, în timp ce daunele morale se stabilesc în mod subiectiv, în funcție de intensitatea și gravitatea atingerilor morale produse. De multe ori, cuantumul acestor daune morale depășesc cuantumul efectiv al daunelor materiale, motiv pentru care recomandarea mea este să negociați acoperirea de către asigurator și a acestor tipuri de daune.

Atunci când alegeți societatea de asigurări la care să încheiați polița obligatorie de răspundere civilă profesională, vă recomand să luați în calcul, pe lângă prețul acesteia, următoarele aspecte:

– **obiectul poliței** – acoperirea prejudiciului produs, respectiv daune materiale și morale; cheltuieli de judecată și/ sau de mediere,

– **întinderea în timp a poliței** – nu e suficient ca polița încheiată să fie valabilă pe parcursul unui an calendaristic, deoarece pacientul poate apela la instanța judecătorească în termen de 3 ani de la data actului medical ori de la data luării la cunoștință a efectelor prejudiciabile. Astfel, este obligatoriu ca polița înche-

iată spre ex. în anul 2015, să se aplice tuturor evenimentelor din anul 2015, indiferent dacă pacientul/ reprezentanții legali ai pacientului reclamă incidentul în anul 2015 ori în termen de până la 3 ani și, independent de data la care autoritățile profesionale ori instanțele judecătorești se pronunță asupra existenței cazului generator al răspunderii civile profesionale (având în vedere că procesele se pot întinde pe parcursul mai multor ani),

– **valabilitatea poliței de asigurare pentru mai multe evenimente/ an**; în prezent, majoritatea asigurărilor acoperă doar un eveniment/ an ori, în situația în care puteți fi subiectul mai multor evenimente/ an, suma asigurată se împarte la nr. de evenimente, deci acoperirea prejudiciului va fi într-un cuantum mai mic),

– **clauzele de excludere**, pentru care trebuie să solicitați explicații concrete și complete, pentru ca, în cazul apariției evenimentului asigurat să nu vă găsiți într-o situație de excludere a valabilității poliței (ex. perioada în care trebuie să informați, în scris, asiguratorul despre reclamația făcută împotriva Dvs.).

– solicitați să vi se prezinte atât **clauzele generale** ale societății pentru polițele de asigurare, cât și cele **specifice domeniului medical**.

Potrivit proiectului de lege a malpraxisului, a fost inclusă o clauză în beneficiul medicilor angajați ai furnizorilor de servicii medicale din sistemul public de sănătate, în speță, medicii școlari. Proiectul actului normativ stabilește că această asigurare va putea fi suportată de către angajator, într-un procent de până la 100%, conform contractului colectiv de muncă.

Răspunderea civilă pentru actele de malpraxis în cadrul activității medicale de prevenție, diagnostic și tratament se prescrie în termen de 3 ani de la constatarea producerii prejudiciului.

O altă modificare majoră pe care o propune proiectul noii legi, este aceea potrivit căreia despăgubirile acordate de asigurator, în baza poliței de răspundere civilă profesională, să se acorde pentru sumele pe care asiguratul este obligat să le plătească cu titlu de dezdăunare, patrimoniale și nepatrimoniale, precum și pentru expertiză, mediere și cheltuieli

de judecată, persoanei sau persoanelor păgubite ca urmare a stabilirii unui caz de malpraxis, care poate avea drept efect inclusiv vătămarea corporală ori decesul. Despăgubirile se acordă și atunci când asistența medicală nu s-a acordat, deși starea persoanei/ persoanelor care au solicitat sau pentru care s-a solicitat asistența medicală, impunea aceasta intervenție.

Pentru acoperirea prejudiciului nepatrimonial se va acorda o indemnizație care nu va putea de depăși în nici un caz nivelul stabilit prin hotărâre de guvern, limitându-se astfel unele exagerări cauzate de impactul emotional al stării de fapt.

Noutatea absolută a actului normativ o reprezintă faptul că **despăgubirile** în baza poliței, **se pot stabili prin procedura amiabilă, prin negociere între pacient/ moștenitorii pacientului, asigurat și asigurator**. Procedura de soluționare amiabilă **este obligatorie și prealabilă acțiunii judiciare**, care rămâne fără obiect în cazul înțelegerii părților.

Unitatea medicală sau, după caz, societatea de asigurări are **drept de regres împotriva medicului școlar** doar pentru faptele de malpraxis dovedite ca fiind săvârșite:

- cu intenție,
- în stare de ebrietate
- sau sub influența produselor stupefiante.

Procedura de soluționare amiabilă a incidentelor de malpraxis

Persoana, care consideră că a fost prejudiciată de un act de malpraxis, se poate adresa cu o cerere de acoperire a prejudiciului către furnizorul de servicii medicale unde a fost efectuat serviciul medical, respectiv, Direcțiilor de asistență medicală și socială, în cazul medicinei școlare. În cazul minorilor sau pentru pacienții fără discernământ, cererea se face de către reprezentantul legal.

Cererea va cuprinde cel puțin următoarele elemente:

- a. numele și prenumele solicitantului;
- b. calitatea acestuia;
- c. domiciliul sau adresa de corespondență;
- d. unitatea medicală unde a fost furnizat serviciul medical;
- e. serviciul, respectiv serviciile medicale de care a beneficiat;
- f. perioada și datele la care au fost furnizate serviciile medicale;
- g. descrierea unor elemente ale prejudiciului pe care solicitantul consideră că l-a suferit;
- h. solicitarea recuperării prejudiciului, atât sub aspect patrimonial, cât și nepatrimonial;

- i. acordul pacientului sau a reprezentantului cu privire la accesul la datele personale cu caracter medical pe tot parcursul procedurii de soluționare a cererii;
- j. semnătura.

La cerere se vor anexa copiile înscrisurilor doveditoare, inclusiv a calității.

Furnizorul de servicii medicale poate solicita precizări suplimentare ori prezentarea pacientului la expertize de specialitate. Cererile care nu conțin elementele prevăzute la literele a), c), g), h) sau i) ori nu au atașate documentele care să facă dovada calității solicitantului, se vor clasa dacă solicitantul, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la primirea solicitării de precizări suplimentare, nu va completa cererea sau nu va depune documentele atestării calității sale.

Furnizorul de servicii medicale care primește cererea prevăzută mai sus este obligat să o înregistreze într-un registru special constituit, numerotat și sigilat, comunicând de îndată numărul și data înregistrării cererii prezentate personal sau prin poștă.

În termen de maximum 5 zile de la primirea cererii, furnizorul de servicii medicale va informa pe tentul cu privire la:

- a. data primirii cererii și numărul de înregistrare a cererii sale din registru în cazul transmiterii acesteia prin poștă;
- b. în măsura în care este cazul, necesitatea completării cererii sau certificării ei;
- c. denumirea și sediul societății de asigurări cu care personalul medical implicat și instituția medicală au încheiat contractul pentru asigurarea de răspundere civilă;
- d. numărul și data încheierii contractului de asigurare civilă cu societatea de asigurări.

Furnizorul de servicii medicale este obligat ca, în termen de maximum 15 zile de la primirea solicitării sau completarea acesteia:

- a. să colecteze toate documentele și/sau înregistrările privitoare la furnizarea serviciului medical sau starea de sănătate a pacientului îngrijit în cauză, să le multiplice, certificând conformitatea duplicatelor și să întocmească o declarație de integritate în raport cu datele deținute,
- b. să comunice, concomitant, solicitantului și societăților de asigurări cu care acesta și personalul medical implicat au încheiat contractul de asigurare civilă pentru malpraxis, câte

un exemplar al documentelor și înregistrărilor menționate la lit. a)

- c. să înainteze societății de asigurări un punct de vedere motivat, care va include și poziția medicului dentist ori a echipei medicale față de acuzațiile care i se aduc, cu privire la posibila existență sau inexistență a actului de malpraxis și a existenței și întinderii prejudiciului.

În termen de maximum 30 zile de la comunicarea documentelor de către furnizorul de servicii medicale, societatea de asigurări este obligată să organizeze, cu acordul solicitantului și al asiguratului, desemnarea experților care să constate existența unei situații de malpraxis, în conformitate cu prevederile actului normativ.

Evaluarea și stabilirea erorii profesionale săvârșită în exercitarea actului medical se face de către experți medicali, stabiliți de Ministerul Sănătății pentru fiecare specialitate. Desemnarea experților medicali în cadrul procedurii amiabile se face de către părți (parte vătămată, asigurat și asigurator) prin acord unanim sau prin tragere la sorți pe domeniile de competență implicate și, eventual, cu participarea unui expert medico-legal.

În cadrul procedurilor amiabile, onorariile experților medicali din Lista națională vor fi suportate de către:

- a. *Partea vătămată* – cu titlu de taxa de inițiere a expertizei la un tarif care se stabilește prin normele de aplicare a acestui titlu
b. *Asigurator* cu titlu de onorariu de expertiză, reprezentând avans din despăgubirea ce va fi acordată în baza poliței.

Partea interesată are dreptul să solicite ca, pe lângă expertul numit, să mai participe la efectuarea expertizei, pe cheltuiala acesteia și un expert medical nominalizat de aceasta.

Experții întocmesc *în termen de 30 de zile* un raport asupra cazului. Raportului experților se comunică concomitent și prin aceleași mijloace de comunicare tuturor părților.

În termen de maximum 15 zile de la comunicarea concluziilor raportului experților, societatea de asigurări este obligată să decidă și să comunice părților implicate, după caz:

- a. acoperirea prejudiciul solicitat,
b. să facă o contraofertă solicitantului (în situația în care experții au constatat existența unei situații de malpraxis)

- c. sau să respingă motivat cererea de acoperire a prejudiciului.

Înainte de a face aceasta ofertă, societatea de asigurări trebuie să obțină și acordul medicului dentist sau/ și al instituției medicale implicate în ceea ce privește conținutul ofertei.

Ulterior comunicării de către societatea de asigurări a contraofertei, *părțile vor putea purta negocieri ce nu vor dura mai mult de 30 de zile*, termen în interiorul căruia societatea de asigurări va comunica decizia sa finală și va invita solicitantul la încheierea unei tranzacții în vederea încasării valorii prejudiciului și stingerii litigiului.

După comunicarea deciziei de acoperire a prejudiciului solicitat și acceptarea acesteia de către solicitant ori după parcurgerea procedurii de mediere finalizată cu acordul părților și realizarea tranzacției, litigiul între unitatea medicală, personalul medical implicat și pacient se consideră stins, iar *societatea de asigurări este obligată să plătească valoarea prejudiciului în maximum 30 de zile de la data încheierii tranzacției între părți*.

După încheierea tranzacției sau a oricărei alte înțelegeri cu privire la acoperirea prejudiciului, cumulată cu repararea prejudiciilor materiale și/ sau a prejudiciilor nepatrimoniale, se stinge răspunderea juridică a medicului dentist sau/și a furnizorului de servicii medicale, indiferent de natura ei, dacă fapta de malpraxis a fost săvârșită din culpă.

Dacă cererea de acoperire a prejudiciului nu este soluționată în termenul prevăzut sau este respinsă de către societatea de asigurări și/sau de către asigurat sau dacă părțile nu se înțeleg cu privire la cuantumul despăgubirilor, persoana prejudiciată se poate adresa instanțelor de judecată în vederea constării existenței unei fapte de malpraxis medical, a unui prejudiciu, în sensul prezentei legi, stabilirea întinderii lui și obligarea societății de asigurări la acoperirea prejudiciului.

Ministerul Sănătății va elabora, în termen de 90 de zile de la publicarea în Monitorul Oficial al României a prezentului proiect normativ, norme metodologice de aplicare. Actul normativ mai sus-prezentat va intra în vigoare în 90 de zile de la publicarea în Monitorul Oficial al României a Ordinului MS privind aprobarea normelor metodologice. Odată cu intrarea în vigoare a legii, comisiile de malpraxis de pe lângă direcțiile de sănătate publică vor fi desființate.

CENTRALIZAREA ACTIVITĂȚII CABINETULUI MEDICAL ȘCOLAR – partea a II-a –

după Dr. Gheorghe-Eugeniu Bucur

La rubrica „14. Întârzierea mintală ușoară“ se codifică pacienții cu un coeficient de inteligență (QI) situat între 50 și 69

La rubrica „15. Intelect liminar (de graniță)“ sunt cuprinși copiii și adolescenții cu QI între 70 și 79

La rubrica „18. Alte tulburări mintale“ se includ psihozele (schizofrenis și sistemul discordant, tulburările delirante tip paranoia, tulburări schizoafective tip maniacal sau depresiv, psihoza maniacodepresivă, autismul) și alte tulburări mentale altele decât nevrotice sau comportamentale

La rubrica „19. Tulburări de vorbire“ se vor trece toate tipurile, de la cele de tip nevrotic (balbism), până la cele de pronunție (dislalie, rinolalie, sigmatism, dizartrii, disfonii cronice, etc)

La rubrica „20. Epilepsie“ intră și termenii similari: comițialitate, cu toate formele clinice multiple ale acesteia (grand mal, petit mal, morfeică, etc)

La rubrica „21. Alte boli ale sistemului nervos“ intră: sechele după meningoencefalite, migrena, coreea Huntington, ataxia Friedreich, paraplegii și parapareze, diplegii și dipareze, monopareze, hemipareze, tetrapareze, sindroame cerebeloase, amiotrofii diverse, neuro-miopatii, tulburări extrapiramidale, scleroze multiple, paralizii de plex brahial, sindromul canalului carpian, nevralgia sciatică, neuropatii ereditare și idiopatice (boala Charcot-Marie-Tooth), afecțiuni neuromusculare (miastenia, distrofia musculară Duchenne, miotonii, miopatii, etc), paralizii cerebrale (boala Little), sindromul cozii de cal, hidrocefalia, hipertensiunea intracraniană benignă, vertijul de origine centrală, neurofibromatoza Recklinghausen, etc

La rubrica „22. Vicii de refracție“ sunt cuprinse hipermetropia, miopia și astigmatismul, indiferent dacă sunt însoțite sau nu de ambliopie

La rubrica „23. Tulburări de vedere“ (altele decât prin vicii de refracție) se includ multiple cauze care duc la ambliopii: prin strabism (strabismul alternant), hemeralopia, diplopiile, îngustări ale câmpului vizual (anopsii, scotoame), cecitatea, amauroza, prin nistagmus, prin glaucom, prin albinism, prin

sechele de dezlipire de retină, prin ptoză palpebrală, prin cataractă congenitală sau traumatică, prin anomalii congenitale ale globului ocular (microftalmii), prin tumori oculare, prin atrofii de nerv optic, prin anomalii sau boli ale cristalinului, prin corioretinită, prin degenerescență maculară, prin distrofie retiniană ereditară sau diabetică, prin retenții vechi de corpi străini oculari, prin nevrită optică, prin oftalmoplegii, prin distrofii corneene, prin fibroplazie retrolentală, etc

La rubrica „24. Alte boli cronice ale ochiului și anexelor sale“ sunt cuprinse alte afecțiuni cronice neînsoțite de scăderea acuității vizuale (fără ambliopie), ca de exemplu: strabisme diverse (exceptând pe cel alternant), nistagmus cu vedere normală, glaucom cu vedere normală, blefaroconjunctivite cronice, afecțiuni cronice ale aparatului lacrimal, exoftalmii nehipertiroidiene, anomalii congenitale cu acuitate vizuală normală, keratite, iridociclite cronice, discromatopsii

La rubrica „25. Otita medică cronică“ se vor trece strict otitele cronice, nu cele acute

La rubrica „26. Tulburări de auz“ se vor trece obligatoriu și cele de la o singură ureche, nu numai cele bilaterale

La rubrica „27. Alte boli cronice otomastoidiene“ se trec diverse anomalii congenitale fără scăderea auzului, otite cronice externe, mastoidite cronice, boala sau sindromul Meniere, alte sindroame vestibulare periferice

La rubrica „28. Reumatism articular acut (în ultimii 5 ani)“ se va include și sindromul poststreptococic în ultimii 2 ani

La rubrica „30. Boli cardiace dobândite“ se codifică valvulopatiile mitrale reumatismale, endocarditele lente, miocarditele reumatismale, pericardita reumatismală cronică, cardiopatii hipertensive, insuficiența mitrală prin prolaps de valvă mitrală cu regurgitație, cardiomiopatiile (cu dilatație, hipertrofice obstructive sau neobstructive), fibroelastoza miocardică

La rubrica „31. Alte boli cardiocirculatorii“ se trec: tulburările de ritm (tahicardii, bradicardii, aritmii extrasistolice), tulburările de conducere (blocuri atrio-ventriculare de diverse grade, sau blocuri

de ramură, sindroame de preexcitație tip WPW sau LGL, etc), bolile arterelor, arteriolelor și capilarelor (sindromul Raynaud, trombangita obliterantă, teleangiectazia hemoragică ereditară, etc), bolile venelor și vaselor limfatice (flebite și tromboflebite cronice, limfedemul), hipotensiunea arterială, inclusiv cea ortostatică, mic prolaps de valvă mitrală sau de tricuspida, stenoza subvalvulară aortică largă, stenoza largă de arteră pulmonară, sindroame hiperkinetice, preponderențele de ventricul stâng, suflurile sistolice inocente sau de etiologie neprecizată

La rubrica „35. Alte boli cronice ale aparatului respirator“ se codifică rinite cronice, laringite și traheite cronice, bronșiectazia, pneumotoraxul, pleurite, chist hidatic pulmonar

La rubrica „38. Afecțiuni cronice biliare (litiace și nelitiace)“ se includ litiaza biliară, angiocolita cronică, malformații congenitale ale vezicii biliare

La rubrica „39. Alte boli cronice ale aparatului digestiv“ se codifică gastrita sau gastroduodenita cronică, enterita, enterocolita ulcero-hemoragică, colonul iritabil, colopatia mucomembranoasă, colite cronice, megacolon, dolico colon, sindroame de malabsorbție, chist hidatic hepatic, diverticuli Meckel, boală Hirschprung

La rubrica „43. Alte boli cronice ale aparatului urinar“ se includ hematurile recidivante, nefropatiile ereditare, nefritele tubulointerstițiale, pielonefritele cronice, hidronefroze, insuficiența renală cronică, litiaza urinară, sclerozele renale, rinichiul unic chirurgical, ptiza renală, infecția urinară cronică, albuminuria de efort sau ortostatică, anomalii congenitale (rinichi unic, boala chistică a rinichiului, megaureter, ureter dublu, hipoplazia renală, bifiditate pielo-ureterală, etc)

La rubrica „44. Afecțiuni cronice ale organelor genitale feminine“ se vor codifica salpingitele cronice, pelvipertonitele cronice, endometriozele. ATENȚIE: tulburările de ciclu menstrual se trec la rubrica 08.

La rubrica „45. Boli cronice ale pielii și țesutului celular subcutanat“ se vor codifica dermatitele buloase, dermite și eczeme cronice (prurigo, eczeme atopice, neurodermite, lichenul simplex cronic, dishidroze palmo-plantare), psoriazis, pityriazis rozeu Gilbert, lichenul plan, eritemul polimorf și nodos, alopeciile, hirsutismul, acneea juvenilă, vitiligo, cicatrici post arsuri, etc.

La rubrica „46. Afecțiuni cronice reumatice“ se includ artrita cronică juvenilă, artropatia psoriazică, spondiloartrita anchilozantă juvenilă, reumatism secundar infecțios de focar, periartrite

La rubrica „47. Deformații câștigate ale membrilor“ se vor trec sechele după arsuri, după traumatisme, după fracturi, hallus valgus, picior plat valg decompensat

La rubrica „48. Deformații câștigate ale coloanei vertebrale“ se includ cifozele, hiperlordozele, scoliozele, boala Scheuermann, spondiloliza, torticollis necongenital, deformări posttraumatice sau prin discopatii

La rubrica „49. Alte boli cronice osteoarticulare și musculoconjunctive“ se codifică sclerodermia, sindromul Sjogren, sindromul Behcet, poliarterita nodosă, rețacția aponevrozei palmare Dupuytren, tendinite cronice, discopatii, exostoze, luxații recidivante (umăr, genunchi, rotuliană), osteoporoze, sechele după fracturi, osteite cronice, hiperostoze, chisturi osoase, osteoză calcaneană, osteomielită cronică, osteonecroze, osteocondrita juvenilă a șoldului (boala Legg-Perthes-Calve), coxa plana, sindromul Tietze, artrogripoza, rețacții musculare, leziuni cronice ale meniscului, neurofibromatoza Recklinghausen (codificată și la rubrica 21), hemartroze, artroze posttraumatice

La rubrica „50. Anomalii congenitale cardiocirculatorii“ se includ persistența de canal arterial, defectul septal atrial, defectul septal ventricular, tetralogia Fallot, valvulopatiile (mitrale, pulmonare, aortice, tricuspide) congenitale, dextrocardia, blocul atrio-ventricular congenital, coarctarea de aortă, canal atrio-ventricular comun, hemangioame, etc

La rubrica „51. Anomalii congenitale osteomusculare“ se vor trece buza de iepure (fisura labială), gura de lup (keilognatopalatoschizis), luxația congenitală de șold, coxa valga, coxa vara, picior strâmb congenital, stern înfundat sau în carenă, nerahitice, torticollis congenital, polidactilia, sindactilia, absența congenitală a unui membru sau segment de membru, macrocefalia, spina bifida, spondilolistezis congenital, scolioze congenitale, vertebre supranumerare, coasta cervicală, achondroplazia, boala Lobstein, etc

La rubrica „54. Alte boli cronice“ se includ varicocel, hidrocel, hipospadias, ectopia testiculară, sau orice afecțiune care nu poate fi inclusă în codurile precedente.

IUBIM SĂNĂTATEA

Adina Radu – studenta anul II
UMF Tg. Mures , Facultatea de Farmacie

Totul a început cu o propunere interesantă lansată de Alexandra Opreș, masterandă în Educație pentru Sănătate la EHESP în Franța, însă născută pe meleaguri mureșene și în prezent, stagiară la Direcția de Sănătate Publică Mureș. Ea avea de mult timp în minte începerea unui proiect menit să ajute oamenii și să le ofere sprijin și informații în ceea ce privește propria lor sănătate.

„În realitatea lui 2014, vorbeam despre probleme de sănătate datorate unui stil de viață deficitar, din punct de vedere informațional și nutrițional. Paradoxal. Cum e posibil acest fapt, în era comunicării și a informației? Simplu: din ignoranță. Când afirm acest lucru, mă gândesc la mediul rural, care de cele mai multe ori „suferă în tăcere“, fără drept de apel, pentru că atenția este monopolizată de mediul urban. Prin realizarea acestui proiect, dorința mea este să oferim populației rurale accesul la informație, prin cursuri de educație pentru sănătate pentru copii și adulți și să aducem o schimbare, din punct de vedere nutrițional, în meniul zilnic, prin educația terapeutică, astfel încât să se poată bucura de o stare optimă de sănătate, contribuind la crearea unei realități diferite, în 2015.“

Încă din prima clipă ne-a stârnit interesul, nouă, studenților, deoarece ne oferea șansa să lucrăm direct cu oamenii, să ne punem în aplicare cunoștințele și, nu în ultimul rând, să „furăm“ meserie de la medicii și rezidenții implicați în acest proiect.

Zis și făcut, am format o echipă frumoasă de voluntari dornică de a demonstra că și tinerii pot schimba ceva. Am pornit spre comuna Băla care, deși nu este departe de Târgu-Mureș, se află într-o zonă izolată a județului. Acolo ne-au întâmpinat oameni deschiși, care



ne-au oferit tot sprijinul lor, conștienți de faptul că un mic « control » nu strică niciodată.

Fiind extrem de organizați de către Alexandra, fiecare știa exact ce are de făcut și ne-am apucat numai-decât de treabă.

Primii noștri pacienți au pășit timid în dispensarul din sat și păreau puțin speriați de oamenii mari în halate albe. Puștii de grădiniță, de mână cu mămicile lor, ne-au făcut o surpriză pe cinste. Cu toții ne așteptam să îi auzim plângând de la prima oră a dimineții, dar nici măcar un copil nu s-a lăsat „intimidat“ nici de glucometru și nici de doctorii stomatologi.

Apoi au urmat elevii din clasele primare și am încheiat în forță cu cei mai mari, ducând la bun sfârșit prima parte a proiectului, și anume aceea de screening a copiilor.

Nu au lipsit zâmbetele, schimbul de păreri și impresii, pozele și voia bună. Cu toții am fost foarte fericiți și mândri să ne aflăm acolo și întreaga acțiune a fost un real succes. Am avut și avem multe de învățat de la cei mai mari și cu mai multă experiență și tocmai din aceasta cauză am petrecut cât mai mult timp în preajma medicilor rezidenți, care ne-au împărtășit din cunoștințele lor.

Cei care au decis să urmeze această carieră s-au simțit doctori „cu acte în regulă“ pentru o zi și asta cu siguranță i-a ajutat și i-a stârnit să muncească și mai mult pentru împlinirea visului lor.

După o zi de muncă, am mai avut parte de o surpriză frumoasă : doamna primar a comunei Băla, Mariana Vlad, știind, probabil, cât de osteniți vom fi după ce prin mâna noastră urmau să treacă peste 50 de copii, ne-a așteptat cu o masă caldă, tradițional românească. Era tot ce lipsea pentru ca ziua să fie cu adevărat perfectă.

Cu toții așteptăm cu nerăbdare și următoarele activități ale acestui proiect pentru că ne-a plăcut cu adevărat tot ce s-a întâmplat acolo, iar legătura frumoasă creată atât între noi, cât și între echipa Ligii și Alexandra nu ne va opri din drumul nostru.

Dacă am reușit să vă stârnim cât de puțin interesul, vă așteptăm în echipa noastră, pentru că urmează o nouă *probă de foc*: screening-ul a peste 300 de adulți! :)

GENERALITĂȚI DESPRE REVISTĂ ȘI RECOMANDĂRI PENTRU AUTORI

Revista de medicină școlară și universitară publică: articole științifice originale, referate generale, prezentări de caz, dar și puncte de vedere (pe probleme medicale, legislație, educație pentru sănătate, raportări statistice, activitatea curentă de medicină școlară). Un accent deosebit se pune pe studiile interdisciplinare. Revista apare trimestrial, în octombrie, ianuarie, aprilie și iulie, atât în formă tipărită, cât și digitală, pe site-ul www.medicinascolara.ro

Articolele vor fi trimise (sub formă de documente atașate) pe adresa de mail: redactiarmsu@gmail.com

Recomandări pentru autori

Manuscrisul trebuie să respecte prevederile Comitetului Internațional al Editorilor Revistelor Medicale (<http://www.icmje.org>).

Redactarea va fi realizată în format A4, font Times New Roman, mărime 11 pt; redactarea se va face pe pagina întregă, cu diacritice, la 1,5 rânduri.

Prima pagină va cuprinde titlul articolului (în limba română și limba engleză), numele și prenumele autorilor, locul de muncă al acestora, precizarea autorului cu care se va purta corespondența și adresa pentru corespondență;

Rezumatul va fi redactat în limba română și în limba engleză și nu va depăși pentru fiecare din forme 250 de cuvinte (NU este necesar la referate generale și puncte de vedere). Pentru articolele originale este necesar un rezumat structurat (Premize-Background, Obiective- Aims, Metode-Methods, Rezultate-Results, Concluzii-Conclusions).

Se vor preciza după fiecare rezumat cel mult 5 cuvinte cheie (în limba română și limba engleză), privind conținutul.

Textul manuscrisului nu va depăși 6 pagini și va urmări în general următoarea schemă: introducere/premize, obiectivele studiului, material și metodă, rezultate, discuții, concluzii.

Figurile și tabelele vor fi prezentate pe coli separate, numerotate în ordinea apariției în text [în acesta precizându-se între paranteze locul în care se

face referință la ele (ex: Fig 3)] și vor fi însoțite de titlu și legendă.

– atașați la emailul cu articolul și imaginile în format jpg și fișierele excel folosite dacă aveți grafice făcute în excel

– listele numerotate, cu bumbi sau cu alte elemente să fie făcute manual, nu automat din word

– evitați folosirea casetelor de text (text box din meniul Insert) deoarece există riscul să se piardă textul din casete

Bibliografia va fi prezentată pe coli separate, numerotată în ordinea apariției în text și cuprinzând pentru articole: numele tuturor autorilor și inițialele prenumelui. anul apariției (în paranteză). titlul articolului în limba originală. titlul revistei în prescurtare internațională (caractere italice). numărul volumului, paginile. Fiecare articol va trebui să se bazeze pe un minimum de 15 și un maximum de 100 referințe bibliografice, în majoritate articole nu mai vechi de 10 ani.

Exemple de prezentare a bibliografiei:

1. Matson, J., L., Turygin, N. C., Beighley, J., Matson, M. L. (2012). Status of single-case research designs for evidence-based practice. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 931-938

2. Woodard, C., Groden, J., Goodwin, M., Shanower, C., Bianco, J. (2005). The Treatment of the Behavioral Sequelae of Autism with Dextromethorphan: A Case Report. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(4), 515-518

3. Riley-Tillman, T. C., & Burns, M. K. (2009). Evaluating educational interventions. Single case design for measuring response to intervention. New-York: The Guilford Press.

Responsabilitatea autorilor

Autorii sunt singurii responsabili pentru originalitatea conținutului materialelor trimise (orice acuzație de plagiat se adresează autorilor și nu implică răspunderea editorilor). Materialele trimise trebuie să nu fi fost publicate sau trimise spre publicare în alte reviste sau publicații.

Procesul de recenzare (peer-review)

Într-o primă etapă toate materialele sunt remise redactorilor-șefi adjuncți, pentru ca textele să corespundă ca fond și formă de prezentare cerințelor revistei.

După această etapă, materialele vor fi expediate către 2 referenți, din corpul de referenți științifici ai revistei. Aceștia evaluează articolul conform procedurii de evaluare și acordă un punctaj fiecărui articol, conform grilei unice de evaluare.

În urma observațiilor primite din partea referenților, redacția comunică observațiile autorilor în vederea corectării acestora și încadrării în cerințele de publicare impuse de revistă. Acest proces (de la primirea articolului până la transmiterea observațiilor) durează aproximativ 3 săptămâni. Cu această ocazie se comunică autorului dacă articolul a fost acceptat spre publicare în forma inițială, dacă sunt necesare modificări sau dacă articolul a fost respins.

Lucrările care întrunesc punctajul pentru publicare vor apărea în revistă în ordinea înscrierii pe lista de publicare.

Lucrările care întrunesc un punctaj mai mic și pot fi publicate doar după efectuarea unor modificări de către autori sunt returnate autorilor însoțite de recomandările referenților științifici și vor fi reevaluate după efectuarea modificărilor.

Lucrările care nu întrunesc criteriile științifice minime vor fi respinse.

Creditare

Autorii de articole științifice publicate în reviste care apar on-line (așa cum este Revista de Medicină Școlară și Universitară) sunt acreditați de Colegiul Medicilor din România cu 20 puncte EMC. Toți autorii articolului, indiferent de ordinea în care apar, primesc cele 20 credite. Dovada publicării se face prin prezentarea la CMR a copiilor după prima copertă interioară a revistei și după prima pagină a articolului.

Abonamente

Abonamentul la Revista de Medicină Școlară și Universitară este acreditat de OAMGMAMR cu 5 credite.

Abonamentul la revistă va fi acreditat în curând și de CMR.

Costul unui abonament este de 50 lei/an și poate fi achitat prin ordin de plată sau transfer bancar în contul Societății Medicilor din Colectivitățile de Copii și Tineri, IBAN RO 85 BTRL RONC RT00 W212 8103, deschis la Banca Transilvania Cluj.

Adresa pe care trebuie trimisă revista va fi comunicată ulterior pe adresa de e-mail: redactiarmsu@gmail.com

ERATĂ

Dna Dr. Adriana Hurezeanu, autoarea articolului „Aspecte ale relației dintre dezvoltarea fizică și dezvoltarea neuropsihică la elevi”, apărut în numărul trecut al revistei, este șef de lucrări la UMF Craiova