

**CAUZE ALE
INSTITUTIONALIZARII
COPILOR IN LEAGANE
SI SECTII DE DISTROFICI
IN ROMANIA**

**STUDIU POPULATIONAL -
RAPORT SI RECOMANDARI**

**MINISTERUL SANATATII -
DIRECTIA AISTENTEI MAMEI,
COPILULUI SI ADOLESCENTULUI**

**INSTITUTUL PENTRU OCROTIREA
MAMEI SI COPILULUI**

**UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND
FONDUL NATIUNILOR UNITE PENTRU COPII**

Decembrie 1991

PREFATA

Acest raport este rezultatul unui efort cumulativ care a implicat U.N.I.C.E.F., Ministerul Sănătății din România și Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului din București. Studiul a fost finanțat de Oficiul Regional pentru Europa al OMS și Banca Mondială. Menirea sa este să ofere informații politicienilor, personalului din administrație și domeniul sanitar, educatorilor și altor persoane care contribuie la asigurarea sănătății și bunăstării copilului.

Co-investigatorii doresc să exprime sincere mulțumiri directorilor de leagăne și secții de distrofici și autorităților din județe și municipalități care ne-au ajutat de nenumărate ori și ne-au oferit multe ore din timpul lor. Sîntem recunoscători domnului dr. Alin Stănescu și domnului Conf. Dr. Adrian Georgescu pentru sugestiile și sprijinul acordat.

CUPRINS

Rezumat	3
Motivație și obiective ale studiului	7
Fundal	8
Materiale și metode	13
Rezultate	17
Discuție	25
Note finale	37
Bibliografie	38
Anexa I Lista co-investigatorilor	40
Anexa II Protecția subiecților umani	41
Anexa III Formularele de colectare a datelor și procedee	43
Anexa IV Eșantionare și statistică	48
Anexa V Analize suplimentare	53

REZUMAT

În România există aproximativ 700 de instituții pentru copii, inclusiv 112 instituții pentru copii cu vîrsta cuprinsă între 0 și 3 ani - leagăne și secții de distrofici. Administrarea leagănelor și secțiilor de distrofici constituie una dintre responsabilitățile Ministerului Sănătății.

Leagănele sînt instituții de ocrotire pe termen lung. Ele nu sînt orfelinate în adevăratul sens al cuvîntului, ci mai degrabă "cămine pentru copii" - instituții în care părinții își pot lăsa copiii temporar sau permanent. Secțiile de distrofici sînt secții de spital pentru îngrijirea copiilor cu distrofie (malnutriție protein-calorică).

Majoritatea copiilor din alte tipuri de instituții (instituții pentru copii mai mari sau handicapați) au fost trimiși acolo din leagăne și secții de distrofici. De aceea, prevenirea instituționalizării pe termen lung și a efectelor negative ale acesteia asupra copiilor, familiilor lor și societății trebuie să înceapă cu prevenirea instituționalizării copiilor mici.

Populația de copii din leagăne și secții de distrofici nu a fost caracterizată pînă acum în mod sistematic. De asemenea, nu se înțelege prea bine cum au ajuns să fie instituționalizați acești copii și ce posibilități de externare au. Ca urmare, obiectivul acestui studiu a fost să determine: caracteristicile copiilor din leagăne și secții de distrofici; locurile de unde au fost trimiși în instituție; motivele de trimitere; durata instituționalizării și cîți copii sînt eligibili (în prezent) pentru externare.

S-a realizat un studiu transversal la scară națională. În lot au fost incluși 628 copii: 418 din leagăne și 208 din secții de distrofici. S-au realizat interviuri cu directorii și personalul instituțiilor. Au fost examinate fișele medicale și sociale ale fiecărui copil inclus în lot. Pentru fiecare copil inclus în lot s-a realizat o evaluare din punct de vedere medical și al dezvoltării.

Date esențiale

În general, copiii din leagăne și din secțiile de distrofici din România sînt fragili din punct de vedere medical. Ei suferă de una sau mai multe afecțiuni cronice. Familiile lor au probleme sociale complexe, multiple. Ei sînt copii născuți în familii care aparțin subgrupurilor populaționale cel mai vulnerabile din punct de vedere economic: mame tinere, necăsătorite; părinți cu handicapuri fizice sau mentale; țigani; persoane cu nivel educațional scăzut care au puține speranțe de a obține un loc de muncă corespunzător sau de a-și îmbunătăți condițiile de viață.

A avea prea mulți copii, un copil născut în afara căsătoriei sau un copil handicapat par să fie motive serioase de instituționalizare. Puțini copii sînt cu adevărat abandonați, deși mult mai mulți sînt etichetați astfel.

Distrofia este motivul medical cel mai important de

trimitere în instituție. Distrofia poate fi primară sau secundară, prima fiind rezultatul malnutriției protein-calorice, cealaltă fiind rezultatul prematurității, greutății mici la naștere, retardului de creștere sau al existenței unei afecțiuni de fond.

Trimiterea în instituție implică aproape întotdeauna un pediatru. Copiii sînt trimiși în primul rînd din spitale de pediatrie și maternități. Puțini sînt trimiși din comunitate. Autoritățile locale (de la nivelul primăriilor) își dau acordul "pro forma" pentru decizia de a interna copilul într-o instituție. Legea cere efectuarea unei anchete sociale, dar rareori există persoane calificate în acest sens deoarece acestea sînt foarte puține.

Indiferent de funcția lor inițială, atît leagănele cît și secțiile de distrofici au devenit instituții de ocrotire pe termen lung pentru copiii cu boli cronice sau handicapuri. În timp ce copiii din cele două tipuri de instituții diferă ca vîrstă și prevalența anumitor afecțiuni, problemele lor sociale sînt practic aceleași.

Probabil că majoritatea copiilor aflați în prezent în leagăne și secții de distrofici vor rămîne în instituții. Aproximativ 1/3 sînt candidați la adopțiune sau plasament familial sau la reîntoarcerea în familie.

Recomandări pentru restructurarea îngrijirilor acordate în instituții

Se recomandă ca hotărîrile de politică viitoare cu privire la leagăne și secții de distrofici să fie bazate pe conceptul "plasamentului cel mai adecvat". Ori de cîte ori este posibil, cel mai adecvat plasament pentru un copil este propria sa familie. Atunci cînd acest lucru nu este posibil, plasamentul într-o familie adoptivă sau plasamentul familial sînt de departe preferabile în comparație cu instituționalizarea pe termen lung.

Pentru copiii care trebuie să rămînă într-o instituție este absolut vital ca ei să fie îngrijiți ca persoane privite în ansamblu - din toate punctele de vedere. Îngrijirile acordate copiilor în instituțiile din România, mai ales în secțiile de distrofici, se concentrează în primul rînd asupra nevoilor medicale în detrimentul celor sociale, emoționale și de dezvoltare.

În prezent se discută mai multe idei creatoare care au drept scop reorganizarea leagănelor și transformarea lor în "grupuri asemănătoare familiei": mici grupuri de copii care trăiesc împreună și sînt îngrijiți de același personal. Recent a început să cîștige teren și ideea de "instituție deschisă", în care copiii părăsesc zilnic instituția pentru a merge la școală împreună cu copiii neinstituționalizați.

Directorii de leagăne întîrzie acum transferul copiilor pe care-i îngrijesc pînă la vîrsta de 6 ani. Eforturile de a îmbunătăți nivelul de instruire a personalului din aceste instituții vor trebui să țină seama de acest fapt. Programele educaționale pentru copii trebuie să acopere o gamă mai largă de aptitudini și să fie adecvate pentru copii cu handicapuri fizice, boli cronice și retard mental.

Recomandări pentru prevenirea instituționalizării

Compromiterea atașamentului părinte-copil poate duce la abandon, abuz și neglijarea copilului, retard de creștere, în timp - depresiune și boală mentală, sentimente materne de incompetență, depresie post-partum și retard de dezvoltare. Din păcate, organizarea serviciilor spitalicești din maternități și din spitalele de pediatrie din România împiedică dezvoltarea normală a atașamentului mamă-copil în condiții de siguranță, prin separarea mamelor de copiii lor.

Copiii nu trebuie să fie trimiși la spital decât dacă este absolut necesar. Majoritatea bolilor copilăriei pot fi tratate acasă cu ușurință, cu sprijinul medicilor de dispensar și a surorilor care fac vizite la domiciliu. Înainte ca acest lucru să se poată realiza va trebui să fie eliminați factorii care au condus la spitalizarea copilului. De exemplu, în farmaciile locale trebuie să existe medicamentele esențiale și centrele de sănătate și cele de asistență primară trebuie să aibă echipamentul necesar pentru a face față majorității îngrijirilor pediatrice de rutină.

Intervențiile simple, ieftine, având ca scop reorganizarea spitalelor de nou-născuți și de pediatrie ar reprezenta un pas pe calea cea bună, aceea de a reduce consecințele negative pe care le au îngrijirile spitalicești asupra relației mamă-copil. UNICEF, OMS și Parlamentul European recomandă în mod deosebit "rooming-in", încurajarea alimentației la sîn la cerere și acordarea permisiunii părinților de a-și vizita la orice oră copiii internați.

Greutatea mică la naștere contribuie în mod substanțial la incidența globală a distrofiei - factor principal care conduce la instituționalizare. Un program cuprinzător pentru prevenirea greutății mici la naștere ar facilita scăderea nevoilor de spitalizare pe termen lung și de plasare în instituții. Componentele unui program de prevenire a greutății mici la naștere includ: servicii de planificare familială; screening și tratament pentru bolile cu transmitere sexuală și alte infecții ginecologice; servicii de nutriție pentru femeile gravide, inclusiv de suplimentare a dietei; îngrijiri prenatale de bază. Promovarea alimentației la sîn și educația sanitară în vederea descurajării fumatului și consumului de alcool la mame fac și ele parte din acest program cuprinzător.

Este deasemeni necesar să se restructureze și să se modernizeze serviciile de sprijin comunitar disponibile pentru familiile cu copii. Ar trebui îmbunătățite serviciile oferite de surorile care fac vizite la domiciliul familiilor cu nou-născuți. Ar trebui să se ofere îngrijiri ieftine sau gratuite pentru copiii femeilor care sînt salariate, folosind sistemul creșelor. Scolile și grădinițele obișnuite ar putea dezvolta programe educaționale speciale pentru copiii handicapați și retardați care trăiesc în comunitate.

Pe măsură ce planurile de dezinstituționalizare a copiilor vor deveni realitate, din ce în ce mai importantă va fi existența unui sistem de prelucrare a informațiilor. Informațiile obținute prin supraveghere trebuie să permită managerilor să cunoască numărul anual de internări în instituții, numărul reinternărilor

și motivul acestora, care sînt copiii aflați în plasament familial, unde merg aceștia la școală, cîți termină școala și care sînt punctele nevralgice ale sistemului - județele și municipalitățile în care personalul local pare să aibă dificultăți în externarea copiilor și menținerea lor în afara instituțiilor.

MOTIVATIE SI OBIECTIVE ALE STUDIULUI

În România există aproximativ 700 de instituții pentru copii. Acest număr include și 112 instituții pentru copiii între 0 și 3 ani: leagăne și secții de distrofici. Administrarea leagănelor și secțiilor de distrofici constituie una dintre responsabilitățile Ministerului Sănătății.

Leagănele sînt instituții de ocrotire pe termen lung. Ele nu sînt orfelinate în adevăratul sens al cuvîntului, ci mai degrabă "cămine pentru copii" - instituții în care părinții își pot lăsa copiii temporar sau permanent.

Secțiile de distrofici sînt secții de spital pentru îngrijirea copiilor cu distrofie (malnutriție proteic-calorică). Secțiile de distrofici pot fi centre de sine stătătoare, dar deseori ele sînt secții de spital.

Majoritatea copiilor din alte tipuri de instituții (instituții pentru copii mai mari sau handicapați) au fost trimiși acolo din leagăne și secții de distrofici. De aceea, prevenirea instituționalizării pe termen lung și a efectelor negative ale acesteia asupra copiilor, familiilor lor și societății trebuie să înceapă cu prevenirea instituționalizării copiilor mici.

Înainte de revoluție existau 17.000 locuri pentru copii în instituțiile Ministerului Sănătății: 13.500 în leagăne și 3.500 în secții de distrofici. Totuși, numărul mare de adopțiuni realizate recent de cetățeni străini și abrogarea unor legi ale regimului comunist care interziceau planificarea familială și avorturile au determinat scăderea considerabilă a numărului copiilor instituționalizați. În iunie 1991 existau aproximativ 8.000 copii în leagăne și 1.675 în secțiile de distrofici.

Nu este clar dacă cei care vor rămîne în instituții sînt o populație diferită față de cea descrisă în rapoartele anterioare prezentate de UNICEF și OMS (UNICEF - 1990, OMS - 1991). Nu se știe prea bine nici cum au ajuns acești copii să fie instituționalizați sau care sînt posibilitățile de externare a acestora. Ca urmare, obiectivele acestui studiu au fost determinarea:

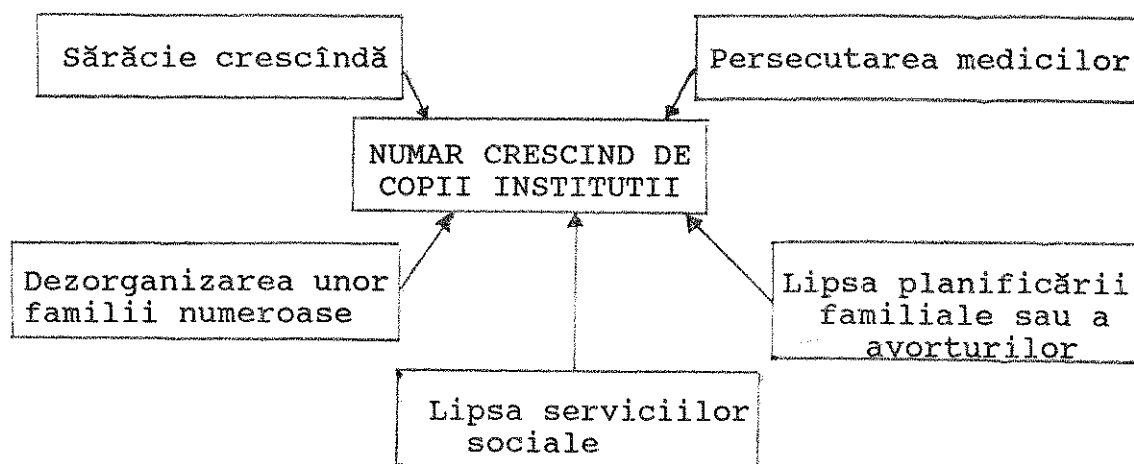
- caracteristicilor copiilor din leagăne și secții de distrofici;
- persoanelor care au recomandat internarea în instituție și locurile din care au fost preluați copiii;
- motivelor trimiterii în instituții;
- duratei instituționalizării și
- numărului copiilor eligibili în prezent pentru externare (plasarea în familii adoptive, plasament familial sau reîntoarcerea în propriile familii).

FUNDAL

Context istoric

Imediat după revoluția din decembrie 1989 numărul de copii depășea numărul de locuri din leagăne și secții de distrofici. Mai mulți factori au contribuit la această extraordinară cerere de îngrijiri acordate copiilor în instituții (fig. 1).

Fig. 1 Factori asociați cu solicitarea de îngrijiri în instituții pentru copii înainte de 1989



Politica economică dinaintea revoluției favoriza industrializarea accelerată. Industrializarea a fost însoțită de migrarea din mediul rural în cel urban și distrugerea multor sisteme familiale și a vieții din comunitățile rurale. Politica agricolă a dus la realizarea unor producții scăzute și lipsa alimentelor. Majoritatea recoltei României a fost exportată în scopul acoperirii datoriei naționale. Această politică a avut consecințe economice severe pentru a căror înlăturare vor fi necesari mulți ani.

La mijlocul anilor '60 s-au interzis contracepția și avorturile. Mulți dintre copiii născuți erau nedorți sau abandonați în maternități. Alții erau scoși din familie din motive diferite. Mulți alții rămâneau în familie trăind în condiții de sărăcie. Medicii erau pedepsiți dacă un copil pe care-l îngrijeau deceda în afara unui spital. Ca urmare exista tendința de a trimite - în mod inadecvat - un copil într-un spital sau într-o instituție. Personalul din dispensar (clinică de asistență primară), având puține medicamente și echipament necorespunzător, trimitea copilul la spital, chiar și pentru afecțiuni minore. Pediatrii din spitale sau maternități trimiteau copiii mici în leagăne sau secții de distrofici dacă existau dubii cu privire la posibilitățile de îngrijire în mediul familial.

Programele sociale s-au destrămat și programele educaționale

din domeniul instruirii personalului mediu și asistentelor sociale, din domeniul sociologiei și psihologiei au fost abandonate în decada care a precedat revoluția. Responsabilitatea luării deciziilor cu privire la acordarea îngrijirilor și plasamentului adecvat al copiilor era lăsată în seama medicilor și a funcționarilor consiliilor populare municipale - persoane care nu aveau suficientă instruire și timp pentru această activitate.

Situația în prezent

De la revoluție s-au petrecut multe schimbări care au ameliorat situația, dar rămân multe probleme. S-au întreprins primele măsuri pentru reformarea politicii economice a regimului anterior. Totuși, rata șomajului și costul vieții sînt în creștere și există în continuare o criză de alimente, energie, locuințe corespunzătoare și alte bunuri materiale. Toți acești factori au un impact devastator asupra familiilor cu copii.

Adoptarea unei noi legi care acordă mamelor un concediu de maternitate de 12 luni și abrogarea legii care interzicea folosirea metodelor contraceptive și avorturile au reprezentat etape semnificative pe drumul către prevenirea instituționalizării copiilor. Există, totuși, o mare lipsă de materiale contraceptive și este posibil să existe bariere semnificative în calea acceptării multora dintre metodele de planificare familială (1).

Acum reîncep programe educaționale în vederea instruirii de profesioniști în domeniul asistenței sociale, de personal mediu, în domeniul psihologiei și sociologiei, dar există puțini practicieni în jurul cărora să se construiască un sistem de asistență socială. S-au depus eforturi extraordinare pentru refacerea și reimplementarea programelor de învățămînt, dar condițiile de învățare sînt încă dificile. Există puține cărți și echipamente moderne (hîrtie pentru notițe, creioane etc.), sînt scumpe și nu prea ușor disponibile.

Medicii nu mai sînt persecutați pentru decesul unui sugar pe care-l îngrijeau, dar ei au încă o putere considerabilă în luarea deciziilor cu privire la necesitatea instituționalizării. Se manifestă tendința de a căuta soluții medicale pentru probleme sociale deoarece nu există alte alternative.

Caracteristicile sistemului de asistență medicală nu contribuie la întărirea legăturii părinte-copil. Mulți copii sînt internați în spital fără să fie necesar deoarece dispensarele sînt prost echipate pentru a face față chiar și unor afecțiuni minore. Spitalele sînt și ele prost echipate, astfel că durata internărilor și deci a separării copiilor de părinți tinde să fie prelungită. Majoritatea spitalelor de pediatrie au ore de vizitare limitate, ceea ce face dificil accesul părinților care lucrează în schimburi și împiedică menținerea contactului acestora cu copiii lor. Unele spitale permit mamelor care alăptează să stea în salon cu copiii. În general, părinților nu li se permite să stea în cursul nopții cu copiii lor sau să participe la îngrijirea lor, în ciuda unei serioase lipse de personal. Maternitățile nu încurajează contactul precoce și continuu al familiei cu nou-născutul. Cu o singură excepție, spitalele nu permit mamelor să stea alături de copiii lor (în

primele ore de la naștere - "rooming-in"). Nou-născuții sînt separați de mame la naștere și sînt aduși la mame pentru alăptare la fiecare 3 - 4 ore. Toți acești factori pot contribui în mod indirect la instituționalizare.

Transferul și instituționalizarea

Un număr nelimitat de persoane pot iniția sau pot fi implicate în trimiterea unui copil la leagăn, inclusiv poliția, părinții sau rudele, personalul din dispensar sau oficialități de la nivel județean sau municipal. Decizia finală de a plasa un copil în leagăn este responsabilitatea autorităților locale (primăriei). Totuși, în practică, autoritățile locale sînt implicate în mică măsură în procesul de luare a deciziilor. Legea nu solicită implicarea autorităților locale în decizia de a instituționaliza un copil în secții de distrofici deoarece acestea sînt considerate instituții medicale.

Legea nr. 3 din 1970 cere ca toți copiii să aibă anchetă socială făcută înainte sau puțin după internarea în leagăne. Realizarea anchetei sociale este responsabilitatea autorităților locale. Deseori ancheta socială este puțin mai mult decît o înregistrare superficială a justificării trimiterii în instituție. Nu este necesară efectuarea unei vizite la domiciliu și nici implicarea tribunalului (obținerea unei hotărîri judecătorești). Legea nr. 3 specifică și criteriile de trimitere în instituție (de ex.: condiții de locuit precare, venit insuficient, nivel educațional scăzut al mamei și șomaj).

Condițiile din instituții

Atît leagănele, cît și secțiile de distrofici sînt organizate ca saloane de spital, cu rînduri de paturi într-o încăpere mare. Personalul din ambele tipuri de instituții are o sarcină dificilă. El trebuie să aibă multă răbdare și să acorde îngrijiri calificate în condițiile în care primesc salarii mici, lucrează multe ore și nu sînt instruite corespunzător. Surorile trebuie să facă față unei lipse cronice de alimente, echipament, medicamente și materiale. În trecut ideile lor creatoare de schimbare și ameliorare au fost descurajate.

Compoziția personalului din leagăne variază. În general, accentul se pune mai degrabă pe personalul medical și nu pe cel de dezvoltare și educativ. Specialiștii în educație pentru copiii cu handicap fizic sau cu retard mental sînt puțini. Secțiile de distrofici dispun numai de surori și infirmiere.

Calitatea îngrijirilor diferă de la un leagăn la altul. În general nu există o programare individualizată pentru a face față necesităților de dezvoltare ale copilului. Mulți copii nu învață, la vîrsta corespunzătoare, deprinderile de bază de igienă individuală, ca de exemplu controlul sfincterian, periajul dinților și îmbrăcarea. Din cauza lipsei echipamentului, a personalului și a instruirii acestuia adecvate copiii au posibilități limitate de a se dezvolta pe deplin în ceea ce privește coordonarea motorie grosieră și fină, deprinderile sociale și limbajul. Copiii din leagăn sînt îngrijiți de mai multe persoane și astfel au puține șanse de a forma legături emoționale sigure.

Deși există excepții, în multe secții de distrofici îngrijirile nu sînt organizate centrat pe nevoile de dezvoltare sau emoționale ale copiilor. Copiii rămîn singuri mult timp și rareori sînt scoși din pătuțuri. Pereții sînt albi, paturile sînt albe și personalul este îmbrăcat în alb. Sugarii sînt înfășați și de aceea nu se pot mișca liber. Copiilor nu li se dau - de obicei - jucării sau alte obiecte de acasă de teama expunerii la infecții. Nu este surprinzător faptul că mulți copii se adaptează la lipsa de stimulare senzorială prin angajarea în autostimulare (legănarea, săriturile în pătuț, clătinarea capului etc.). Ei nu sînt ținuți în brațe cînd sînt hrăniți; li se dă un biberon de lapte praf cu tetină cu orificiu mare. Cei care pot își țin biberonul, celorlalți li se proptește de o pernă (pătură) din pătuț. Copiii care plîng nu sînt luați în brațe și liniștiți.

Urmărirea și dezinstituționalizarea

Un copil poate fi externat din leagăn dacă un părinte sau un membru al familiei face o cerere scrisă către directorul leagănului. Cererea trebuie să fie mai întîi aprobată de director și apoi trimisă autorităților locale care hotărăsc dacă problemele care au condus inițial la instituționalizarea copilului au fost rezolvate.

Un copil este externat din secția de distrofici atunci cînd este "gata din punct de vedere medical". Deseori, copilul nu este externat la domiciliu dacă pare fragil din punct de vedere medical. În această situație copilul este transferat la leagăn. Un părinte poate solicita luarea copilului acasă, dar hotărîrea finală o ia medicul pediatru.

Pînă de curînd nu existau mecanisme pentru urmărirea, supravegherea familiilor copiilor instituționalizați. Atunci un copil a fost instituționalizat nu s-au făcut eforturi sistematice pentru a reevalua periodic statusul său față de familie. Copiii au intrat într-un "sistem de întreținere" în care nu este clar dacă pînă la urmă vor merge acasă, vor fi dați în adopțiune sau vor rămîne în instituție.

La scurt timp după revoluție adopțiunile particulare erau facile și obișnuite. Părinții adoptivi (de obicei străini) găseau părinți români care acceptau să renunțe la copii, deseori primind sume de bani. Nu exista nici un control asupra procesului și nu exista nimeni care să se ocupe de interesele copilului (Zugrăvescu, 1991).

Noile legi care din iulie 1991 reglementează adopțiunea au adus schimbări semnificative. Străinii și românii care trăiesc în străinătate trebuie să apeleze, pentru adopțiune, la o agenție care a fost acceptată de Comitetul Român pentru Adopțiuni. Copiii nu pot fi adoptați de un străin decît dacă familia biologică a avut posibilitatea, în ultimele 6 luni, să-l ia acasă și nu a făcut-o. Românii au prioritate pentru toate adopțiunile. Orice persoană care plătește părinților sau intermediarilor orice pentru a facilita adopțiunea riscă o pedeapsă privativă de libertate pe durata a 1 - 5 ani. Directorii de instituție pot adresa o petiție către tribunal prin care să solicite retragerea drepturilor parentale, în situația în care familia nu s-a interesat de copil timp de mai mult de 6 luni. Se speră ca

aceste schimbări să reducă frecvența instituționalizării pe termen lung (Zugrăvescu, 1991).

Se discută despre, dar nu există statutul civil al plasamentului familial, pentru care nu există tradiție în România.

MATERIALE SI METODE

Design și eșantionare

S-a realizat un studiu transversal la scară națională. Au fost studiați numai copiii din leagăne și secții de distrofici.

La începutul studiului au fost incluse 64 leagăne și 48 secții de distrofici. Instituțiile au fost stratificate în funcție de tipul lor și de regiune. Regiunile au fost definite în funcție de nivelul mortalității infantile și corespund, aproximativ, principalelor regiuni ale României. Apoi au fost alese randomizat 21 leagăne și 21 secții de distrofici folosind tehnica eșantionării proporționale.

Din fiecare leagăn au fost aleși 20 de copii și din fiecare secție de distrofici câte 10 copii, obținându-se un lot de 630. Lotul a fost ales după ce li s-a cerut directorilor de instituții să facă o listă completă a copiilor pe care îi aveau în grijă. La sosirea în instituțiile respective echipele au verificat lista și au cerut telefonic statisticianului din București un set de numere întâmplătoare. Folosind aceste numere, eșantionul a fost ales de pe liste. După ce se obțineau datele despre copii și înainte ca echipa să părăsească instituția, listele au fost distruse.

4 cazuri au fost excluse deoarece datele erau incomplete (motive necunoscute). Lotul final a fost de 626 copii: 418 în leagăne și 208 în secții de distrofici.

Sursele de date

S-au realizat interviuri cu directorii instituțiilor și cu personalul. S-au examinat dosarele medical și social ale fiecărui copil. Fiecăruia i s-a făcut o evaluare sumară, medicală și de dezvoltare.

Instrumente și tehnici

Metodele și instrumentele de studiu au fost concepute de personal din Ministerul Sănătății, I.O.M.C. și consultanți din exterior (numele, rolul și afiliațiile instituționale ale tuturor co-investigatorilor sînt menționate în Anexa I). Echipele de colectare a datelor au fost formate din 3 persoane: un membru al echipei centrale; un psiholog, sociolog sau asistentă socială; un pediatru. În plus au participat ca observatori persoane locale.

Instrumentele de studiu au fost revizuite de șase ori înainte de colectarea datelor. Au fost pretestate de două ori.

Procedeele și instrumentele de studiu au fost supuse unei revizui neoficiale ("de subiecți umani") prin Universitatea Washington (Seattle, U.S.A.). S-au făcut eforturi de a asigura păstrarea secretului asupra subiecților luați în studiu, asupra familiilor lor și asupra celor care îi îngrijeau. Liniile directe cu privire la subiecții umani folosite pentru acest studiu sînt incluse în Anexa II.

Datele au fost culese în iulie 1991.

Toți membrii echipei centrale s-au pregătit timp de o săptămână înainte de colectarea datelor. S-au revizuit aspectele legate de păstrarea secretului asupra subiecților umani. S-au discutat variabilele și interpretarea lor. S-a exersat interviuarea folosind înregistrări video și interpretarea de roluri. S-au dat instrucțiuni de tehnică și s-a răspuns la întrebări. S-au testat în teren formularele și tehnica. S-au evaluat diferențele în colectarea datelor dintre membrii echipei centrale, prin aceea că fiecare membru care urma să colecteze date a făcut un rezumat al datelor din fișele medicale și dosarele sociale ale copiilor dintr-unul din leagănele din București. Concordanța între membri a fost de 75%.

Variabile

În Anexa III există o copie a formularului de colectare a datelor. Din sursele indicate s-au colectat următoarele informații:

Date referitoare la identificare:

- tipul de instituție: leagăne sau secții de distrofici
- localizarea regională a instituției: zona I - IV

Fișe medicale, dosare sociale sau relatări ale directorilor:

- etnia copilului: român, țigan, maghiar, alta
- sexul copilului
- vârsta copilului - în luni în luna iulie 1991
- vârsta în luni în momentul internării în acea instituție
- afecțiunile medicale în momentul internării: include 12 categorii diagnostice și o alta - dacă nu există probleme medicale. Au fost reținute toate diagnosticele menționate în fișa medicală și cele menționate de director
- persoana (persoanele) care a recomandat trimiterea în instituție: include 6 tipuri de persoane calificate, părinți, rude sau vecini.
- locul de unde a fost preluat copilul: include 7 categorii de servicii de sănătate, instituții comunitare sau instituții pe termen lung
- problemele sociale dinaintea momentului instituționalizării: include 31 categorii de probleme sociale frecvent raportate ale familiilor. Au fost înregistrate toate problemele menționate în fișa copilului sau de către directori
- copil candidat la adopțiune: mamă, tată, altă rudă sau autorități care și-au dat consimțământul pentru adopțiune
- persoana care și-a dat consimțământul pentru adopțiune (vezi mai sus)
- copil candidat la externarea în familie: codificat "da" dacă părintele (părinții) și-au precizat în scris intenția de a lua copilul acasă
- statutul civil al copilului: legitim; părinți necăsătoriți, dar tatăl recunoaște copilul; părinți necăsătoriți și tatăl nu recunoaște copilul; abandonat sau cu statut civil necunoscut (notă: legile românești consideră un copil legitim dacă tatăl recunoaște copilul, permițându-i să-i poarte numele; statutul civil nu este determinat de statutul marital al părinților în momentul nașterii)

- dimensiunea familiei: numărul de copii în familie (copilul, frații și surorile)
 - numărul de copii (din fratria celui studiat) aflați în instituții
 - ancheta socială a fost făcută: codificat "da" dacă există un dosar social
 - persoana care a făcut ancheta socială: include 3 categorii de personal și o a patra care se specifică
 - vizitele făcute de părinți: frecvența vizitelor în timpul ultimului an sau de la data internării, dacă trecuse mai puțin de 1 an de la această dată în momentul începerii studiului
- Evaluarea medicală și din punct de vedere al dezvoltării
- afecțiunile medicale în momentul studiului: include 12 categorii diagnostice și una pentru lipsa problemelor de sănătate în momentul respectiv; au fost notate toate problemele

Analiză

Pentru analiza datelor s-a folosit pachetul statistic pentru științe sociale. Vezi Anexa IV pentru discutarea metodelor statistice utilizate.

Limite

Nu există registre care să ofere informații despre istoricul internărilor copilului în spital sau în instituții de îngrijire pe termen lung. Fiecare instituție în care este internat un copil are propriile evidențe și copii ale acestora nu ajung împreună cu copilul din loc în loc. Nu există nici o încercare de a "urmări" copilul în interiorul sistemului. Ca urmare, nu există date certe despre vârsta copilului la prima internare sau numărul total de internări în instituții.

Anchetele sociale au variat calitativ - nu erau de loc detaliate. Ancheta socială obligatorie exista la 81% dintre copiii din leagăne și la 55% dintre cei din secțiile de distrofici.

În total 29% dintre copii nu aveau anchetă socială. Numai 33% dintre ei aveau o anchetă făcută de o asistentă socială. În multe cazuri, această persoană nu fusese de fapt instruită pentru muncă în domeniul social și nici calificată ca asistentă socială. În 20% din cazuri ancheta socială a fost făcută de o asistentă sau de un medic și în 18% din cazuri ancheta socială a fost făcută de un funcționar de stat sau un membru al comitetului de ocrotire a copilului de pe lângă primărie. Nu s-au făcut vizite la domiciliu.

Datele raportate aici sînt limitate și mai mult de condițiile în care au fost colectate. Evaluările medicale și de dezvoltare au fost realizate în condiții variabile. Nu au existat mijloace satisfăcătoare de a evalua exactitatea informațiilor din fișele medicale și dosarele sociale.

Cauzele instituționalizării cuantificate aici sînt limitate la factorii medicali și sociali cunoscuți de directorii instituțiilor și menționați în fișele medicale și dosarele sociale. De aceea, datele reflectă evenimentele prin prisma

personalului care lucrează în domeniul sanitar. S-a hotărît să nu se încerce interviuarea părinților și nici înțelegerea motivelor sau experiențelor lor. S-a considerat că interviuarea părinților cu privire la condițiile în care și-au plasat copiii în instituții ar fi foarte supărătoare și astfel ar fi greu de justificat din punct de vedere etic.

În fine, este important de reținut că populația de copii din instituții se schimbă în permanență. De aceea, aceste date reprezintă un "instantaneu" al caracteristicilor și condițiilor de viață ale populației de copii instituționalizați în iulie 1991. Totuși, deoarece studiul este populațional, este în mod cert corect să se generalizeze datele la alți copii care se află în instituții de acest tip în România.

REZULTATE

Obiectivul nr. 1: Caracteristicile copiilor din instituții

Distribuția pe grupe de vîrstă a copiilor din leagăne diferă substanțial de cea a copiilor din secțiile de distrofici (tabel 1). În secțiile de distrofici erau mai mulți copii de vîrstă mică, iar în leagăne era mai mare proporția de copii de vîrstă mai mare. Într-adevăr, 39% dintre copiii din leagăne erau mai mari de 3 ani datorită tendinței crescînde de a amîna transferul.

Copiii de țigani erau supra-reprezențați în lot. Tiganii reprezentau aproximativ 46% din lotul de studiu, dar în populația generală a României ei nu reprezintă decît 10-15% (2). Spre deosebire de țigani, copiii maghiari erau sub-reprezențați, reprezentînd numai 3% din lot și 7-10% din populația generală.

În comparație cu românii (nu sînt prezentate analize), familiile de țigani sufereau mai mult de șomaj și copiii lor aveau mai multe probleme de sănătate. Un număr semnificativ mai mare de copii țigani au fost raportați ca abandonați, dar este recomandabilă interpretarea cu precauție a sensului abandonului.

Majoritatea copiilor erau legitimi, ceea ce în România înseamnă că, copilul este recunoscut de tată, indiferent dacă părinții sînt căsătoriți sau nu. Totuși, o proporție semnificativă dintre copii (41%) erau nelegitimi.

Tabel 1. Caracteristicile demografice ale copiilor studiați

	Leagăne		Secții de distrofici		Total	
	nr.	%	nr.	%	nr.	%
Vîrsta (ani)						
< 1	42	10,0	107	51,4	149	23,8
1	108	25,8	57	27,4	165	26,4
2	101	24,2	25	12,0	126	20,1
> 3	163	39,0	14	7,7	179	28,6
necunoscut	4	1,0	3	1,4	7	1,1
Sexul						
masculin	225	53,8	108	51,9	333	53,2
feminin	193	46,2	100	48,1	293	46,8
Etnia						
român	204	48,8	85	40,9	289	46,2
țigan	178	42,6	109	52,4	287	45,8
alta	5	1,2	3	1,4	8	1,3

necunoscut	17	4,1	7	3,4	24	3,8
Statutul legal						
căsăt/recunoscut	151	36,1	77	37,0	228	36,4
necăsăt/recunosc	72	17,2	37	17,8	109	17,4
necăsăt/nerecun.	177	42,3	79	38,0	256	40,9
necunoscut	18	4,3	15	7,2	33	5,3

Obiectivul nr. 2: Cine a recomandat instituționalizarea și de unde au fost transferați copiii

Majoritatea copiilor (54%) au fost transferați în instituție din spitalele de pediatrie și maternități (figura 2). Numai o fracțiune din lotul total (15%) au fost direct internați în instituție de la domiciliu sau de la dispensar. Aproape un sfert din lot fuseseră anterior internați în alt leagăn sau secții de distrofici.

Fig. 2: Locurile din care au fost transferați copiii în leagăne și secții de distrofici

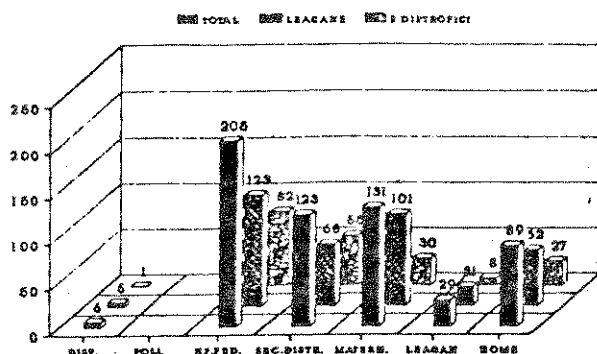


Figura 3 indică numărul de trimiteri făcute de diferite categorii de personal. Mai multe persoane pot fi implicate în trimiterea unui copil către o instituție și într-adevăr 269 de copii au fost trimiși de mai multe persoane. Toate acestea sînt enumerate în figură. Analiza modelelor care se suprapun este discutată mai jos (vezi Anexa V pentru datele tabelare).

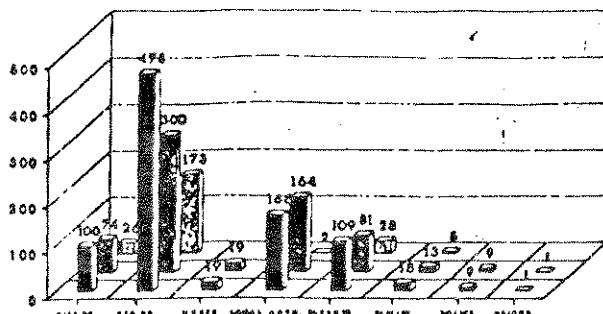
În marea majoritate a trimiterilor (76% din cazuri) atât către leagăne, cît și către secțiile de distrofici era implicat un pediatru. În 54% din cazuri pediatriul era singurul care făcea trimiterea.

24% din cazuri erau trimise de una sau mai multe "surse comunitare" (părinți, membri ai familiei, vecini, personalul din dispensar, poliția sau autoritățile locale). În cîteva cazuri, părinții sau alți membri ai familiei (5%) sau personalul din dispensar (4%) au trimis copiii direct într-o instituție, fără implicarea unei alte persoane.

Autoritățile locale (autoritatea tutelară) erau frecvent menționate în fișe ca fiind implicate. Rareori (1% din cazuri)

ele erau singurele implicate. Copiii din secțiile de distrofici care erau trimiși de autoritatea tutelară fuseseră transferați în leagăne. Autoritățile locale nu au fost niciodată implicate în decizia de a plasa un copil într-o secție de distrofici.

Fig. 3: Persoanele care trimit copiii în instituții și numărul de trimiteri făcute de fiecare categorie de personal



Figurile 4, 5 și 6 ilustrează modelele de trimitere în leagăne și secții de distrofici din spitalele de pediatrie, maternități și de la domiciliu și categoriile de personal implicate în trimitere. Toate transferurile dintr-o instituție într-alta au fost excluse din aceste analize.

O proporție mai mare de copii (40%) au fost transferați din spitalele de pediatrie în secții de distrofici decât din maternități (28%) sau surse comunitare (domiciliu și dispensar) (30%). Un transfer dintr-un spital de pediatrie într-o secție de distrofici nu este, în multe cazuri, decât un transfer dintr-un salon în altul. În aproape toate transferurile din spital în leagăne sau secții de distrofici sînt implicați pediatri în decizia de a face trimiterea.

12 copii transferați în secții de distrofici de la domiciliu sau trimiși de dispensar aveau o trimitere de la autoritatea locală, ceea ce indica faptul că fuseseră anterior internați în leagăne; mai mult, este probabil că unii copii din spitalele de pediatrie au fost internați din leagăne sau poate din secții de distrofici. Adevărata proporție de copii instituționalizați de mai multe ori a fost imposibil de stabilit din cauza sistemului de ținere a evidențelor. Această constatare nu este decât un indicator al faptului că acest lucru se petrece.

Fig. 4: Transferurile din spitalele de pediatrie în leagăne și secții de distrofici și categoriile de personal implicate în trimitere

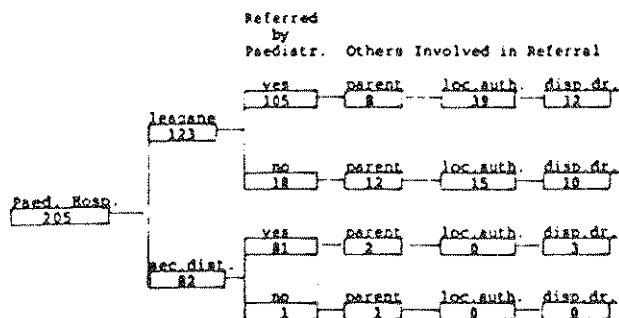


Fig. 5: Transferurile din maternități în leagăne și secții de distrofici și categoriile de personal implicate în trimitere

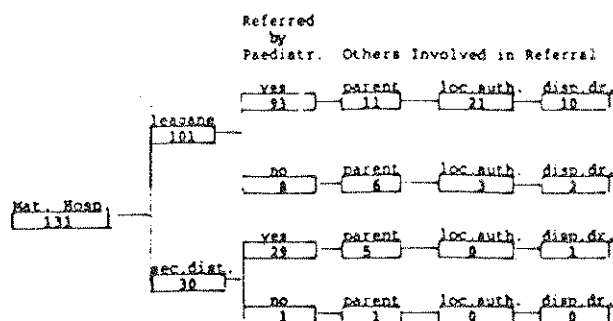
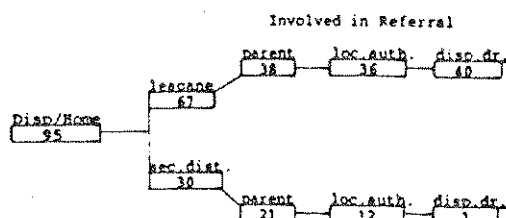


Fig. 6: Transferurile de la domiciliu în leagăne și secții de distrofici și persoanele implicate în trimitere



Obiectivul nr. 3: Motivele de trimitere

În tabelul 2 sînt expuse toate afecțiunile medicale înregistrate în momentul internării și proporția de copii incluși în studiu care aveau o anumită afecțiune. Din nou, un copil poate avea probleme de sănătate multiple și toate problemele notate în fișa la internare sînt tabelate. Analiza interrelațiilor dintre afecțiuni este prezentată mai jos și datele tabelare pot fi găsite în Anexa V.

Numărul de copii cu tulburări de creștere sau nutriționale (distrofie, anemie, rahitism) a fost extrem de mare atât în leagăne, cît și în secțiile de distrofici. La internare, 56% dintre copii aveau una sau mai multe probleme de creștere sau nutriționale. Alți 12% cu o problemă de creștere sau nutrițională aveau și un handicap, malformație sau HIV/ SIDA asociate.

O treime din copiii din ambele grupe aveau retard de dezvoltare. Puțini (1%) aveau numai retard de dezvoltare în momentul internării. Restul de 30% aveau una sau mai multe probleme de creștere și nutriționale, handicapuri sau HIV/SIDA.

Aproximativ 20% dintre copiii din leagăne și 5% dintre copiii din secțiile de distrofici nu aveau afecțiuni medicale. Ultima cifră este neașteptată deoarece secțiile de distrofici sînt prin definiție spitale sau saloane de spital.

Tabel 2. Procentul din lotul total și din subloturile din leagăne și secții de distrofici care aveau afecțiuni medicale selectate în momentul internării

	Procent din lot		
	Leagăne	Secții de distrofici	Total
Handicap/malformație	18,7	10,6	16,8
Retard de dezvoltare	31,8	30,3	31,3
HIV / SIDA / ARC	4,8	7,2	4,5
Distrofie	57,2	80,8	65,0
Hepatită	0,7	1,0	1,0
Rahitism	27,5	28,8	28,0
Anemie	34,7	59,1	42,8
Fără afecțiuni medicale	20,1	5,3	15,2

Tabelul 3 prezintă procentele din lotul total și din subloturile din leagăne și secții de distrofici care au probleme sociale selectate în momentul internării în instituție. Toate problemele notate în fișă la internare sînt tabelate. Analiza interrelațiilor dintre factorii sociali este discutată mai jos și datele tabelare pot fi găsite în Anexa V.

Aproape 20% dintre copiii din lot erau "abandonați". Totuși, numai 5,4% dintre acești copii aveau înregistrat abandonul ca singurul motiv al instituționalizării. Restul aveau unul sau mai mulți factori sociali înregistrați.

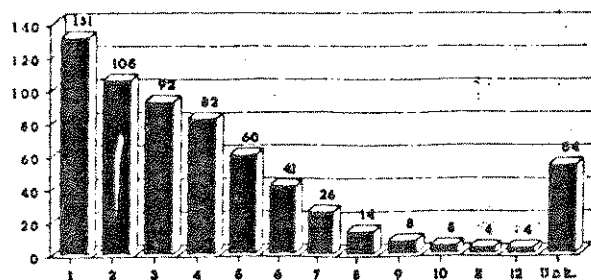
Indicatorii de nivel socio-economic scăzut (locuință săracă sau lipsa acesteia, venit insuficient, nivel educațional scăzut al mamei și șomaj) erau motivele cel mai frecvent menționate ca motive ale instituționalizării. Toți copiii aveau 1-2 indicatori ca motive ale instituționalizării; 75% aveau 3; 66% aveau 4 indicatori. Indicatorii de nivel socio-economic scăzut au fost menționați ca singurul motiv de instituționalizare în 14% din cazuri. Alături de nivelul socio-economic scăzut, statutul marital (necăsătorită) al mamei era cel mai frecvent motiv de instituționalizare. Un număr mic de familii erau dezorganizate într-un fel sau altul: divorț, deces sau detenție al mamei sau al tatălui. Mai frecvent, prezența unei afecțiuni fizice sau mentale a unuia dintre părinți constituia un factor precipitant care conducea la instituționalizare.

Tabel 3. Procentul din lotul total și din subloturile din leagăne și secții de distrofici cu probleme sociale selectate în momentul internării

	Procent din lot		
	Leagăne	Secții de distrofici	Total
Abandon	19,6	18,3	19,2
Abuz	0,5	0,5	0,5
Copil nedorit	7,9	6,2	7,4
Copil cu SIDA/handicap	11,7	9,1	10,9
Mamă sub 18 ani	8,4	11,5	9,4
Mamă necăsătorită	40,2	39,9	40,1
Părinți divorțați	1,2	1,0	1,1
Părinte decedat	4,3	1,4	3,4
Părinte în detenție	4,1	3,4	3,8
Părinte handicapat	2,1	1,4	2,4
Părinte alcoolic	13,4	12,0	12,9
Părinte bolnav mental	18,7	13,9	17,1
Venit insuficient	64,8	55,8	61,8
Locuință săracă/lipsa locuinței	66,5	41,3	58,2
Nivel educațional scăzut al mamei	38,5	32,2	36,4
Părinte șomer	73,7	74,5	74,0

Numărul mare de copii a fost un alt motiv de a instituționaliza un copil (fig. 7). 54% dintre familiile copiilor incluși în studiu aveau mai mult de 2 copii (inclusiv cel studiat). 16% dintre familii aveau minimum 6 copii.

Fig. 7: Numărul de copii în familiile copiilor incluși în studiu



* inclusiv copilul studiat

În majoritatea cazurilor (83%) nu existau informații despre numărul de copii pe care fiecare familie i-a instituționalizat. Puținele informații disponibile indică faptul că cel puțin 18% dintre copiii studiați aveau 1 - 7 frați/surori în instituții.

Obiectivul nr. 4: Durata instituționalizării

Tabelul 4 prezintă procente de copii transferați din maternități, spitale de pediatrie și de la domiciliu, în leagăne și secții de distrofici în funcție de timpul scurs de la internare până în momentul culegerii datelor (3). Copiii transferați din alte instituții au fost excluși deoarece nu s-a putut preciza data primei internări într-o instituție. Așa cum s-a mai menționat anterior, unii dintre copiii din acest sublot selectat este posibil să fi avut internări multiple.

Majoritatea copiilor din leagăne erau acolo de câțiva timp, ceea ce era de așteptat, dat fiind faptul că leagănele sînt instituții de ocrotire pe termen lung. Faptul că puțini (11%) aveau durate mici de ședere (trei luni sau mai puțin) poate constitui un indiciu al scăderii numărului de internări ca urmare a schimbărilor în legislația referitoare la planificarea familială și a altor reforme. Mai demnă de semnalat este durata foarte mare a spitalizării copiilor internați în secțiile de distrofici. Aproape 50% dintre copiii din sublotul din secțiile de distrofici erau acolo de mai bine de 3 luni, 15% erau instituționalizați de 1 - 3 ani sau mai mult.

Tabel 4. Durata instituționalizării copiilor din lot în leagăne și secții de distrofici

Durata instituționalizării	Leagăne		Secții de distrofici		Total	
	nr.	%	nr.	%	nr.	%
< 1 lună	3	1,0	18	14,9	21	5,1
1 - 3 luni	30	10,3	44	36,4	74	18,0
4 - 6 luni	19	6,5	25	20,7	44	10,7
7 - 12 luni	46	15,8	16	13,3	62	15,0
1 -2 ani	74	25,4	13	10,7	87	21,1
2 - 3 ani	70	24,1	3	2,5	73	17,7
> 3 ani	49	16,8	2	1,6	51	12,4

Obiectivul nr. 5: Candidații la externare

Pentru a determina numărul de copii eligibili pentru adopțiune, reunificare cu propriile familii sau plasament familial (dacă se alege această opțiune) au fost examinați cîțiva indicatori: dacă a fost abandonat, dacă părinții, membrii familiei sau oficialitățile și-au dat acordul pentru plasarea copilului într-o familie adoptivă; dacă unul dintre părinți sau dintre membrii familiei și-au exprimat, în scris, dorința de a lua copilul acasă; starea de sănătate a copilului la zi; frecvența cu care era vizitat copilul.

Estimarea numărului de copii eligibili pentru plasament a fost făcută inițial prin aflarea numărului de copii abandonați și a numărului de copii ai căror părinți și-au dat acordul pentru adopțiune sau plasament familial. Numai un număr mic de copii (8%) aveau permisiunea de adopțiune sau plasament familial, deși 19% erau considerați abandonați (4). Alți 30% nu erau vizitați de loc și numai 24% erau mai mici de un an. Vîrsta și problemele de sănătate constituie factori care influențează probabilitatea realizării adopțiunii sau a plasamentului familial. Totuși, numai 10% din lotul total nu au probleme de sănătate.

Părinții a numai 13% dintre copii au inițiat procesul de a-i lua acasă (5). Desigur, menționarea în scris a dorinței de externare a copilului nu garantează în mod automat că acest lucru se va întîmpla. Autoritățile locale trebuie să hotărască dacă problemele care au dus la instituționalizarea copilului au fost rezolvate. La cei pentru care există o cerere scrisă (de luare în familie) se pot adăuga încă 10% (în total 23%) dintre copiii care erau vizitați cel puțin o dată pe lună. Acești copii pot fi foarte bine candidați la externare dacă se pot găsi modalități de a-i ajuta pe părinți să-și rezolve dificultățile.

DISCUTIE

Cine sînt copiii instituționalizați în leagănele și secțiile de distrofici din România? Cum au ajuns ei acolo? De ce sînt încă acolo? Cum putem preveni instituționalizarea altor copii? Datele acestui studiu nu răspund în întregime acestor întrebări, dar oferă cîteva indicii valoroase.

Cine sînt ei?

În general copiii din leagănele și secțiile de distrofici din România sînt fragili din punct de vedere medical. Ei suferă de una sau mai multe afecțiuni cronice. Familiile lor au probleme sociale multiple și complexe. Ei sînt copiii celor mai vulnerabile subgrupe populaționale din punct de vedere economic, mame tinere, necăsătorite sau care sînt singure; persoane cu afecțiuni fizice sau mentale; țiganii; persoane cu nivel educațional scăzut care au șanse mici de a obține un loc de muncă corespunzător sau de a-și îmbunătăți condițiile de viață.

Dimensiunea familiei pare să fie un factor cheie asociat instituționalizării copilului. Numărul mediu de copii în familiile copiilor instituționalizați (3,4) este mult mai mare decît în populația generală (1,7). Cîteva familii ale copiilor incluși în studiu aveau mai mulți copii instituționalizați.

Un alt motiv important pentru plasarea unui copil într-o instituție este existența unui singur părinte. Acest fapt conduce la apariția unor dificultăți economice cărora familia trebuie să le facă față. Este posibil ca mamele să nu primească ajutor de la familiile lor numeroase și este puțin probabil să poată crește un copil singure.

Copiii handicapați sau cu retard de dezvoltare pot fi plasați în instituții din motive similare. În societatea românească, ca și în majoritatea altor țări europene, părinții copilului handicapat se confruntă cu stigmatul social pe care îl naște acest fapt, cu sentimente de pierdere și vinovăție. Spre deosebire de cei din țările Europei Occidentale, părinții copiilor handicapați din România nu beneficiază de sprijinul umanitar sau de alte resurse necesare creșterii în familie a unui copil cu handicap grav.

La 20% dintre copiii incluși în studiu abandonul era menționat ca motiv al instituționalizării, dar numai la 5% acesta era singurul. Numărul mare de informații cu privire la familiile acestor copii și circumstanțele care au condus la instituționalizare indică faptul că puțini dintre copiii așa-zisi abandonați erau cu adevărat părăsiți de părinți. Restul erau lăsați în grija statului deoarece părinții erau prea săraci să-i îngrijească, deoarece familia era lipsită de sprijin social, unul dintre sau ambii părinți sufereau de o afecțiune fizică sau mentală sau deoarece părinții nu erau capabili să facă față necesităților și stigmatizării sociale de a avea un copil handicapat sau născut în afara căsătoriei. Este posibil ca aceste date să supraevalueze importanța factorilor socio-economiци ca motive de instituționalizare. În legea sanitară motivele oficiale pentru plasarea copilului într-o instituție sînt nivelul

educațional matern scăzut (sub 4 clase), lipsa unui loc de muncă, lipsa unei locuințe sau locuință saracă și venitul insuficient - factori citați practic în toate fișele copiilor incluși în studiu. Existența acestui set de criterii sancționate oficial poate permite celor care se ocupă de acești copii să fie mai superficiali în luarea deciziei de trimitere și în întocmirea anchetei sociale.

Nu există date disponibile cu privire la incidența reală a abuzului față de copil în populație și modelele de comportament indicatoare ale abuzului nu sînt în general recunoscute. Aceasta nu înseamnă, desigur, că pediatrii nu recunosc un abuz grav atunci cînd acesta se produce. Mai mult, aceste criterii ascund, cîteodată, adevăratul motiv al trimiterii. De exemplu, abuzul fizic nu a fost aproape niciodată citat ca motiv de instituționalizare: incidența cazurilor de abuz fizic raportate este mult mai mică decît cea așteptată, generalizînd din experiența altor țări (6). Totuși, pediatrii care face trimiterea poate evita intentarea unei acțiuni judecătorești împotriva părinților, neraportînd abuzul. În loc să o facă sînt invocate criteriile de mai sus ca justificare a plasării copilului într-o instituție.

Personalul care se ocupă de acești copii poate să-și dea seama că părinții care abuzează fizic de copiii lor au mai degrabă nevoie de tratament, decît de condamnări la închisoare, dar nu există posibilități de tratament. A condamna un părinte ar însemna instituționalizarea și a altor copii ai aceluia părinte. Totuși, simpla scoatere a copilului din familie nu permite părintelui să conteste acuzația de abuz față de copil, mai mult, părintele care a abuzat de un copil poate să abuzeze și de frații sau surorile copilului instituționalizat.

Cum au ajuns copiii acolo?

Modelele de trimitere ilustrează rolul central al sistemului medical în luarea deciziei de instituționalizare. Procesul de trimitere într-o instituție implică aproape întotdeauna un medic. Autoritățile locale și comitetele lor de ocrotire a copilului își dau acordul "pro forma" pentru decizia de a plasa un copil într-o instituție. Legea cere efectuarea unei anchete sociale, dar rareori există cineva calificat pentru acest lucru deoarece astfel de persoane sînt puține.

Nu au existat posibilități de urmărire prin datele de pe fișe - pentru a preciza cu exactitate cum au ajuns să fie instituționalizați. Totuși, datele disponibile, ca și dovezile anecdotice și relatările personalului din domeniul asistenței sociale, sugerează patru căi principale:

1. Copiii pot fi "abandonați" la naștere sau la un timp după aceea.
2. Copiii se nasc cu sau dezvoltă un handicap fizic sau senzorial. În afara stigmatului social pe care acesta îl aduce cu sine, acești copii devin o povară pentru familie. Nu există sprijin social în comunitate și ca urmare copilul este instituționalizat.
3. Copiii care suferă de malnutriție este mai probabil să fie spitalizați pentru boli infecțioase acute, în special atunci cînd nu există posibilități de tratament la nivelul

asistenței medicale primare. Chiar după trecerea fazei acute copiii nu sînt externați la domiciliu deoarece medicii pediatri care-i îngrijesc consideră că părinții lor sînt prea săraci sau lipsiți de educație pentru a-i îngriji corespunzător. Nu există sprijin social comunitar, astfel încît copilul este instituționalizat.

4. Copiii se pot naște prea mici sau prea bolnavi pentru a fi externați la domiciliu. Ei sînt ținuti în secții de neonatologie pînă ce sînt externați în leagăne sau secți de distrofici

Pe scenariile de mai sus se suprapune dezintegrarea treptată a relației părinte-copil care se produce ca urmare a separării pe termen lung. Separarea de părinte pe termen lung transformă copiii, de fapt, în "orfani funcționali". Ei pot să aibă o familie, dar ei nu se vor înapoia niciodată în sinul acesteia.

De ce mai sînt încă acolo?

Este probabil că majoritatea copiilor aflați în prezent în leagăne și secții de distrofici vor rămîne în instituții. Aproximativ o treime dintre ei sînt candidați (probabili) la adopțiune, plasament familial sau reîntoarcerea în familie.

Indiferent de funcția lor originală, atît leagănele, cît și secțiile de distrofici au devenit instituții de îngrijire rezidențială pe termen lung a unor copii cu boli cronice și handicapuri. Dacă copiii din cele două tipuri de instituții pot diferi din punct de vedere al distribuției pe grupe de vîrstă și prevalența anumitor afecțiuni, problemele lor sociale sînt practic aceleași.

Ce se poate face pentru ei?

Esențial este ca hotărîrile politice viitoare cu privire la instituții și îngrijirile pe care acestea le oferă copiilor să fie bazate pe conceptul "celui mai adecvat plasament". Aceasta înseamnă că principalul îl constituie nevoile sociale, emoționale, de dezvoltare și de sănătate și ele depășesc nevoile tuturor altor categorii implicate. Ori de cîte ori este posibil, cel mai adecvat plasament pentru un copil îl reprezintă familia. Cînd acest lucru nu este posibil, adopțiunea sau plasamentul familial sînt de preferat în comparație cu instituționalizarea pe termen lung.

Acei copii care trebuie să rămînă într-o instituție este absolut vital să fie îngrijiți ca persoane privite în ansamblu. Îngrijirea copiilor în instituțiile românești, mai ales în secțiile de distrofici, se concentrează mai degrabă asupra nevoilor de asistență medicală decît asupra celor sociale, emoționale și de dezvoltare. Această atitudine are efecte negative asupra sănătății și psihologiei copilului. În aceste date (nu sînt prezentate analizele) s-a constatat o creștere a numărului copiilor la care s-a diagnosticat prezența unui retard de dezvoltare între momentul internării în instituție și momentul efectuării studiului. Desigur, pe măsură ce copilul crește ca vîrstă, retardul de dezvoltare este mai ușor de diagnosticat și condițiile standard pentru diagnostic nu s-au aplicat nici la internare și nici la colectarea datelor. Cu toate acestea, o

schimbare de ordinul a 28% este dificil de explicat pe baza impreciziei metodologice și nu trebuie trecută cu vederea cu ușurință.

În aceleași analize, prevalența rahitismului creștea și ea în timp. De notat că se mai folosește încă în instituțiile din România practica depășită și primejdioasă de efectuare a profilaxiei rahitismului cu injecții de vitamina D (nu există vitamina D sub altă formă). Rahitismul este ușor de prevenit chiar și numai prin dietă și expunerea la soare (Rudolph, 1977). Copiilor ar trebui să li se permită să se joace afară cel puțin câteva ore pe zi, atunci când timpul o va permite. Dacă mai este necesar un supliment de vitamina D, trebuie administrate mici cantități per-os, deoarece vitamina D se absoarbe mai ușor din intestin. În mod ideal, suplimentele se adaugă formulelor de lapte în timpul preparării.

Limitele de vîrstă ale copiilor din leagăne cresc. Ele nu mai sînt instituții pentru grupa de vîrstă 0-3 ani. Datorită unei directive a Ministerului Sănătății, directorii de leagăne întîrzie transferarea copiilor pe care-i îngrijesc pînă la vîrstă de 6 ani. Aceasta este o încercare admirabilă de a menține un minim de continuitate în îngrijirile acordate copiilor. Totuși, se solicită și mai mult Ministerul și directorii de leagăne pentru ca aceștia să ofere îngrijiri de dezvoltare corespunzătoare unor copii cu limite de vîrstă mai largi. În viitor va fi necesară și acordarea unei mai mari atenții educației speciale deoarece este probabil că populația de copii instituționalizați va consta în principal din copii handicapați sau retardați și cu boli cronice.

Se discută o serie de idei creatoare pentru reorganizarea leagănelor. O propunere este aceea de a reorganiza leagănele în "grupuri familiale". Mici grupuri de copii ar trăi și s-ar juca împreună și se va încerca și obținerea continuității în ceea ce privește personalul. În centrul eforturilor de ameliorare a pregătirii personalului din instituții se situează proiectarea și implementarea programelor de dezvoltare adecvate. Recent a cîștigat teren ideea de "instituție deschisă" în care copiii ar merge zilnic la școală alături de copii neinstituționalizați.

Prevenirea instituționalizării

Așa cum am menționat anterior, deja s-au făcut multe pentru a preveni instituționalizarea pe termen lung a copiilor. În cele ce urmează sînt prezentate prioritățile sugerate pentru întărirea familiilor și a serviciilor de sănătate în viitor.

Intărirea serviciilor din maternitate și spitale de pediatrie

Abandonul este semnul ultim al ruperii atașamentului părinte-copil. O serie de studii din Europa și America de Nord demonstrează faptul că compromiterea atașamentului părinte-copil poate conduce și la abuz și neglijare, retard de creștere, depresie și afecțiuni mentale mai tîrziu în cursul vieții, sentimente materne de incompetență și retard de dezvoltare (Thomson & Westreich, 1991; MacElveen & Eyres, 1984). Atașamentul sigur constituie fundamentul sănătății mentale și dezvoltării socio-emoționale normale (Bowlby, 1969; Lieberman, 1977;

Easterbrooks & Lamb, 1979; Arend, Gove & Sroufe, 1979; Waters, Wippman & Sroufe, 1979).

Din păcate organizarea maternităților și spitalelor de pediatrie din România împiedică dezvoltarea normală a unui atașament sigur mamă-copil prin separarea mamelor de copiii lor. În primele studii observaționale (Klaus et al, 1972; Klaus & Kennel, 1982) și apoi mai târziu în studii clinice randomizate (Thomson & Westreich, 1991) practica standard în spital de a separa nou-născutul de mama lui după naștere, cu contact periodic la 3 - 4 ore pentru alăptare a fost strâns corelată cu scăderea afecțiunii materne. Mamele cărora li s-a propus să stea cu copiii lor și să-i alăpteze la cerere au dovedit o afecțiune puternică și un atașament sigur față de copil.

Ingrijirile acordate în spitalele de pediatrie pot avea și ele efecte nocive asupra atașamentului părinte-copil și asupra dezvoltării copilului. Separarea forțată a aceluia de părinți în cazul spitalizării constituie o traumă psihologică pentru copii (mai ales pentru cei între 18 luni și 5 ani). Majoritatea copiilor trec prin trei etape în procesul de adaptare la stress-ul impus de spitalizare: protest, disperare și negare. În faza de protest copilul suferă în mod evident. În faza de disperare copilul va fi liniștit și deprimat, în timp ce în faza de negare va părea vesel și interesat de mediu. În realitate această modificare constă în faptul că un copil nu poate suporta credința dureroasă că și-a pierdut părintele și preferă să o ignore (Stenbak, 1986).

Personalul din spital deseori interpretează greșit aceste comportamente. Deseori un copil aflat în faza de disperare sau negare își ignoră sau își respinge mama atunci când aceasta vine în vizită sau tinde să se arunce în brațele unei asistente în prezența mamei. Este tentant pentru personal să interpreteze acest comportament ca indiciu al adaptării copilului la noul mediu (spital sau instituție) și să considere că îi "este mai bine" acolo decât acasă. Dimpotrivă, comportamentul copilului este o consecință normală a stress-ului emoțional sever. Cu cât separarea copilului de mamă este mai prelungită, cu atât va fi mai dificilă restabilirea atașamentului și unei relații părinte-copil normale.

Chiar și spitalizarea pe termen scurt cu separarea de părinți poate duce la anxietate crescută, tulburări accentuate ale somnului și un comportament agresiv sau afectare emoțională. Spre deosebire de aceștia, copiii care sînt însoțiți de părinți pe toată durata spitalizării au un comportament mai puțin modificat la întorcerea acasă. Studiile longitudinale ale efectelor spitalizării au demonstrat o asociere între spitalizări lungi sau repetate înaintea vârstei de 5 ani și apariția unor probleme comportamentale și de învățare în adolescență (Stenbak, 1986).

Părinții pot fi traumatizați psihic de spitalizarea copilului lor. În momentul în care au mai multă nevoie de sprijin de la persoanele care îngrijesc copiii, părinții primesc deseori, în loc de acesta, mesaje negative cu privire la calitățile lor de părinți. Este posibil ca ei să fie blamați pentru boala copilului sau li se poate sugera (non-verbal) că nu sînt în stare să-și îngrijească copiii bolnavi și că ar trebui să-i lase în grija experților - doctori și asistente. Copiii pot suferi

tulburări de comportament corelate cu sentimente materne de vinovăție mult timp după ce și-au revenit și au fost externați din spital (Stenbak, 1986)

Practicile spitalicești din alte țări europene și din America de Nord erau odinioară foarte asemănătoare cu cele folosite în prezent în România. În trecut, motivația obișnuită pentru separarea mamelor de copii fie în maternități, fie în spitalele de pediatrie era controlul infecțiilor. Ca o ironie, politica de separare a nou-născuților de mamele lor a dus la creșterea riscului de infecție încrucișată, probabil din cauza colonizării reduse a nou-născutului cu germeni materni care-i conferă protecție împotriva germenilor patogeni (Thomson, Westreich, 1991). Copiii mai mari din spital pot avea o imunitate redusă la infecții, ca rezultat al stress-ului acut secundar separării de părinți. Răspunsul hormonal la stress scade activitatea leucocitelor (Stenbak, 1986).

În mod clar, copiii nu trebuie să fie trimiși la spital decât dacă este absolut necesar. Majoritatea bolilor copilăriei pot fi tratate cu ușurință la domiciliu cu sprijinul medicilor din comunitate și a surorilor care fac vizite la domiciliu. Înainte de a se putea realiza acest lucru vor trebui să fie înlăturați factorii care au condus la spitalizarea inutilă. De exemplu, trebuie să fie disponibile medicamentele esențiale, la nivel local, la prețuri modeste sau gratuite și centrele de asistență medicală primară trebuie să aibă echipamentul de bază necesar pentru a acorda majoritatea îngrijirilor pediatrice de rutină.

Intervenții simple, nu prea costisitoare, având ca scop reorganizarea îngrijirilor acordate femeilor gravide, nou-născuților și copiilor mai mari ar constitui un pas pe calea cea bună, în direcția reducerii consecințelor negative ale spitalizării asupra relației părinte-copil. Sistemul de "rooming-in" nu necesită resurse suplimentare pentru spital. Într-adevăr, surorile vor avea mai mult timp liber pentru sprijinirea și instruirea părinților.

Un beneficiu în plus al "rooming-in"-ului este încurajarea alăptării la cerere. Alăptarea la cerere, mai degrabă decât la 3 - 4 ore interval scade incidența creșterii ponderale inadecvate (Inch & Garforth, 1991). Copiii cărora li se permite să-și regleze frecvența meselor cresc mai repede în greutate (Inch & Garforth, 1991). Mamelor cărora nu li se permite să alăpteze la cerere sînt mai expuse la apariția ragadelor mamelonare, angorgjarea sînilor și întrerup precoce alimentația la sîn. Personalul spitalului nu trebuie să administreze copilului care este alăptat suplimente de apă sau lapte praf. Nu trebuie să se limiteze timpul cît nou-născutul suga la fiecare sîn (conținutul în lipide al laptelui este mai mare la sfîrșitul suptului decât la început (Inch & Garforth, 1991).

Acodarea permisiunii părinților de a-și vizita copilul la orice oră pe durata spitalizării facilitează reducerea traumei emoționale de ambele părți. Cînd li se permite părinților să participe la îngrijirea copilului surorile sînt eliberate de anumite îndatoriri, se strîng legăturile dintre medici, surori și părinți și crește complianța parentală la instrucțiunile cu privire la îngrijirea copilului după externare (Stenbak, 1986).

România a luat deja măsuri politice prin care se permite

mamelor cu copii mai mici de 2 ani să rămână cu ei pe durata spitalizării acestora. Servirea mesei este gratuită în aceste cazuri. Mamele cu copii mai mari de 2 ani trebuie să plătească între 70 și 125 lei pe zi, un preț greu de plătit de către unele mame, în condițiile perioadei de tranziție pe care o parcurge în prezent România. O soluție posibilă ar constitui-o acordarea permisiunii mamelor să-și aducă alimente de acasă și să vină și să plece când doresc, ceea ce ar încuraja pe multe dintre mame să stea împreună cu copiii lor spitalizați.

Intărirea programelor de promovare a sănătății/ prevenirea îmbolnăvirilor la femei și copii mici

Distrofia este cel mai important motiv medical de trimitere în instituție. Distrofia poate fi primară sau secundară, prima rezultând din malnutriția protein-calorică și cealaltă din prematuritate, dismaturitate, retard de creștere sau o afecțiune de bază. De aceea, diagnosticul de distrofie *per se* nu este deosebit de semnificativ. Tratamentul instituțional al distrofiei, cel puțin în anumite situații, poate să nu fie în interesul copilului.

De exemplu, în aceste date, 12% dintre copiii diagnosticați a avea distrofie aveau și un handicap sau o malformație. Copiii cu anomalii congenitale, malformații și alte handicapuri este de așteptat să fie mici. Acești copii nu vor crește niciodată în ritm normal, astfel încât este inadecvat să fie etichetați și tratați ca malnutriți (Blackman, 1983).

Copiii cu greutate mică la naștere (mai mică de 2500 g) care nu au crescut suficient în greutate până la vârsta de 3 luni sunt trimiși pentru tratament în secțiile de distrofici. Totuși, date recente indică faptul că, la acești copii, ritmul recuperării - dacă aceasta se produce - depinde dacă nou-născutul este prematur, cu retard de creștere sau amîndouă (Kramer, 1991). Incidența retardului de creștere intrauterină este mai mare decît incidența prematurității în țări ca România, în care rata greutății mici la naștere este mare. Copiii cu retard de creștere intrauterină este mai probabil să aibă deficite permanente de creștere (Kramer, 1991) de aceea spitalizarea lor poate să nu aibă întotdeauna efecte benefice.

Incidența greutății mici la naștere în România este estimată la 8 - 12% (O.M.S., 1991). Astfel, greutatea mică la naștere ar contribui substanțial la incidența globală a distrofiei. Un program cuprinzător de prevenire a greutății mici la naștere ar facilita scăderea nevoii de îngrijiri pentru distrofie în instituții sau spitale. Mulți factori care au un impact cauzal asupra creșterii intrauterine și asupra duratei gestației nu vor putea fi delimitați. Alții (menționați cu litere cursive în figura 9) pot constitui ținte ale programelor de promovare a sănătății la nivelul comunității.

Femeile sănătoase nasc copii sănătoși. De aceea este importantă îmbunătățirea stării de sănătate a tuturor femeilor, nu numai a celor însărcinate.

În prezent femeile consideră (și folosesc) avortul ca principalul mijloc de control al fertilității. Pentru această problemă vor fi necesare campanii de educație sanitară în masă cu scopul analizării acceptabilității planificării familiale. Nu

este recomandabilă restrângerea accesului la avortul legal. Programele de planificare familială trebuie să găsească modalități de a ajuta grupurile populaționale cu risc crescut, mai ales adolescenții, femeile singure, femeile cu copii instituționalizați, cele cu nevoi de sănătate speciale ca alcoolismul sau psihozele, cele cu mulți copii, cele care trăiesc în condiții de sărăcie extremă și țigăncile.

Fig. 3: Factori cu impact causal independent asupra creșterii intrauterine și asupra duratei gestației

Factori genetici și constituționali

Origine socială/etnică
Înălțimea mamei
Greutatea mamei înainte de sarcină
Hemodinamica maternă
Înălțimea și greutatea tatălui
Alți factori genetici

Factori demografici și psihosociali

Vîrsta mamei
Statutul socio-economic
Statutul marital
Factori psihologici
Sprijin social

Factori obstetricali

Paritatea
Intervalul între sarcini sau nașteri
Activitatea sexuală
Creșterea intrauterină și durata gestației
Sarcinile anterioare
Expunerea intrauterină la DES
Avorturi provocate în antecedente
Nou-născut mort sau deces neonatal în antecedente
Infertilitate în antecedente
Boală cronică și acută
Infecția de tract urinar
Infecția genitală

Factori nutriționali

Creșterea ponderală în cursul gestației
Vitamina B6
Aport caloric
Aport proteic
Fier și anemie
Acid folic și vit. B12
Calciu, fosfor, vitamina D
Zinc și cupru
Energie, muncă, activitate fizică

Factori comportamentali

Consumul matern de tutun și alcool

Sursa: Kramer, M.S., 1991

Deoarece rata avorturilor este mare și avorturile ilegale erau frecvente înainte de revoluție, femeile din România suferă în procent mare de boli inflamatorii pelvine și alte infecții ginecologice și de tract urinar. Planificarea familială și programele de viitor vor trebui să cuprindă servicii de screening și tratament al bolilor cu transmitere pe cale sexuală (inclusiv SIDA) și alte infecții.

Eforturile de a ameliora statutul nutrițional al femeilor și copiilor din România sînt zădărnice de lipsa cărnii, a produselor lactate, a fructelor și legumelor. Atunci cînd aceste alimente sînt disponibile, prețul lor depășește posibilitățile de cumpărare ale omului obișnuit. Va fi nevoie de timp pentru ameliorarea situației. O opțiune pentru combaterea unei nutriții materne inadecvate o constituie programele de alimentație suplimentară pentru femeile însărcinate și pentru cele care alăptează. Suplimente echilibrate pot fi produse la prețuri scăzute. La femeile care nu au malnutriție severă, suplimentarea duce la o creștere moderată în greutate atît timp cît suplimentul nu este foarte bogat în proteine (suplimentele bogate în proteine scad greutatea la naștere) (Rush, 1991). La persoanele cu malnutriție severă, efectele alimentației suplimentare asupra greutății la naștere sînt foarte variabile (Rush, 1991).

Suplimentarea vitaminică prenatală este probabil aspectul cel mai controversat în obstetrică. În mod ideal nutriția adecvată trebuie realizată prin alimentație; totuși, în această perioadă în care resursele alimentare sînt limitate, suplimentarea cu preparate orale (niciodată injectabile) de vitamine și săruri minerale în timpul sarcinii reprezintă probabil o strategie rezonabilă, practică.

Repausul adecvat, în special către sfîrșitul sarcinii, este o modalitate simplă, dar eficientă de a preveni greutatea mică la naștere. Acum, prin lege, mamele din România au concediu de maternitate de 1 an. Multe femei însărcinate pot beneficia de o parte din acest concediu înainte de nașterea copilului pentru a se odihni și a face economie de energie.

În centrul oricărui program de prevenire a greutății mici la naștere se situează îngrijirile prenatale de bază pentru toate femeile însărcinate. Componentele acestor îngrijiri includ screening-ul pentru infecții ginecologice, supliment nutrițional (dacă este necesar), monitorizarea creșterii ponderale și a presiunii arteriale, sprijin social și sfaturi împotriva folosirii de droguri, medicamente, alcool sau tutun.

Alimentația la sîn ameliorează nutriția sugarului și scade incidența malnutriției protein-calorice și a infecțiilor în primul an de viață. Cîțiva factori sînt asociați cu rate scăzute ale alimentației la sîn, inclusiv introducerea substitutivă de lapte matern, sfaturile personalului de îngrijire care se teme că mamele nu ar avea lapte suficient și rutina spitalului care interferă cu alimentația normală a nou-născutului. Este esențial ca mamele să fie încurajate să-și alimenteze copiii exclusiv la

sîn 4 - 6 luni (opinia OMS și UNICEF). Personalul de îngrijire trebuie să cunoască mai mult despre modalitatea de abordare a problemelor alimentației la sîn și despre tehnicile de promovare a unei alimentații la sîn eficiente.

Intărirea asistenței primare și a serviciilor comunitare pentru familiile cu copii

Așa cum s-a menționat anterior au fost reluate programele educaționale pentru asistentele sociale, surori, psihologi și alte persoane care lucrează cu copii și familiile acestora. Pe măsură ce apare personal nou instruit din aceste programe, aceste persoane vor avea nevoie de locuri de muncă în care să li se permită să-și folosească la maximum instrucția dobîndită. Intre timp este necesară restructurarea și modernizarea serviciilor actuale astfel încît personalul disponibil să fie utilizat cît mai eficient.

De exemplu, majoritatea dispensarelor din teritoriu au asistente de ocrotire care fac vizite frecvente (în fiecare zi pînă la o dată pe săptămînă) la domiciliul mamelor în timpul primelor luni de viață ale copilului. Aceasta reprezintă o risipă de energie umană. Majoritatea mamelor nu au nevoie de acest gen de atenție dacă li s-a făcut o educație sanitară adecvată în timpul sarcinii și în timpul perioadei postpartum imediate. Mamei nu trebuie să i se dea de înțeles (deschis sau indirect) că nu este în stare să-și îngrijească copilul fără supravegherea constantă a personalului medical. Pentru majoritatea mamelor ar fi mai adecvate vizite mai lungi, mai rare cu conținut educațional planificat. Orarul vizitelor la domiciliu și conținutul vizitelor trebuie să coincidă cu nevoile și dorințele mamelor. Aceasta va lăsa surorilor mai mult timp pentru a lucra intensiv cu mamele și copiii cu risc crescut.

Serviciul de sprijin comunitar esențial este - probabil - acordarea de îngrijiri la preț scăzut sau gratuit copiilor mamelor care sînt salariate. Există în prezent creșe, dar nu există locuri suficiente pentru a face față cererilor. Creșele au medici pediatri și asistente sau infirmiere și totuși ei nu acordă îngrijiri copiilor bolnavi sau handicapați. Există programe zilnice sau săptămînale pentru copiii părinților care lucrează în schimburi în care copilul revine în familie numai la sfîrșit de săptămînă. Îngrijirile acordate în creșe s-ar putea extinde și moderniza pentru a face față nevoilor societății românești în schimbare. Nu există motive pentru care personalul creșei să trimită înapoi copiii bolnavi deoarece aceștia pot fi îngrijiți acolo. În mod natural, personalul nu vrea să expună alți copii la boli infecțioase, dar multe clădiri ar putea fi modificate astfel încît o aripă separată să se poată folosi ca salon pentru bolnavi. În mod similar, creșele își pot extinde serviciile pentru a oferi îngrijiri copiilor handicapați care locuiesc la domiciliu. Creșele ar putea permite părinților să-și aducă copiii pentru îngrijiri la momente variabile din zi, astfel încît copiii să nu fie necesar să rămînă zi și noapte timp de o săptămînă în instituție.

Scolile sînt o altă resursă comunitară insuficient valorificată. Scolile obișnuite și-ar putea extinde activitatea și ar putea dezvolta programe educaționale speciale pentru copiii

handicapați și cu retard ușor care trăiesc în comunitate. Acest lucru a fost încercat cu succes în multe țări. În aceste programe copiii handicapați sînt fie complet integrați în clasele obișnuite, fie în clase speciale.

Trebuie să fie modificate practicile de trimitere. Este necesară cel puțin o anchetă socială mai amănunțită (inclusiv o vizită la domiciliu) înaintea luării deciziei de instituționalizare. Responsabilitatea efectuării anchetei sociale trebuie să aparțină asistentelor sociale instruite în mod adecvat, psihologilor și, în anumite situații, asistentelor de al nivel comunitar. Această anchetă trebuie să fie mai mult decît o listă de motive de instituționalizare. Ea trebuie să servească ca fundament al unui plan de acțiune. Un astfel de plan ar include etapele care trebuie să fie parcurse, de cine și pînă cînd, pentru a trimite copilul înapoi în familie sau într-o familie adoptivă sau plasament familial. Pe măsură ce personalul instruit devine disponibil, toți copiii din instituțiile Ministerului Sănătății trebuie să beneficieze de serviciile unui lucrător social; reponsabilitatea acestuia este aceea de a se asigura că copiii pe care-i au în grijă sînt plasați în mod adecvat și că familiile lor primesc serviciile comunitare disponibile. Grupul de studiu recomandă ca noile asistente sociale să fie repartizate cu prioritate la comisiile de ocrotire a copilului de pe lîngă primărie (autoritatea tutelară). A doua prioritate pentru repartizarea acestora o constituie leagănele sau spitalele de pediatrie și apoi echipele de asistență primară de la nivel comunitar.

Odinioară familiile erau încurajate în mod activ să se bazeze pe sistemul îngrijirilor acordate de stat în instituții; în prezent ele trebuie să-și asume responsabilitatea în ceea ce privește sănătatea și bunăstarea copiilor lor. Personalul sanitar și social trebuie să caute noi modalități de a ajuta familiile cu probleme economice și sociale să devină mai independente.

Intărirea capacității de a trata

În fine, este necesar un sistem de informare pentru a-i ajuta pe cei care se ocupă de copii să-i urmărească în interiorul sistemului. În prezent există date despre numărul de copii din instituții și se știe cine sînt aceștia, dar nu există posibilitatea de a urmări un anumit caz în interiorul sistemului. Un sfert dintre copiii din lot fuseseră transferați dintr-o instituție în alta și nu există dosare disponibile care să rezume ceea ce se întîmplase anterior cu acești copii. Aceste informații vor permite managerilor să cunoască numărul anual de internări în instituții, numărul reinternărilor și motivul acestora, care sînt copiii aflați în plasament familial, unde merg aceștia la școală, cîți termină școala și care sînt punctele nevralgice ale sistemului - regiunile în care personalul local pare să aibă dificultăți în externarea copiilor și menținerea lor în afara instituțiilor.

Următoarele etape

Multe dintre intervențiile sugerate în acest raport sînt în curs de aplicare sau sînt planificate pentru viitor. Este

recomandată formarea unei echipe pentru supravegherea implementării intervențiilor și evaluarea rezultatelor.

NOTE FINALE

1. (pagina 13) În timpul erei Ceaușescu femeilor li s-au prezentat de nenumărate ori pericolul pe care l-ar constitui contraceptivele pentru sănătatea lor. Atît nespecialiștii, cît și specialiștii nu au experiență în ceea ce privește contraceptivele. Un studiu realizat de Institutul de Ocrotire a Mamei și Copilului a constatat o prevalență crescută a bolilor inflamatorii pelvine și a altor infecții ginecologice la nivel comunitar. De aceea, anumite metode (de exemplu dispozitivele intrauterine) pot prezenta riscuri semnificative pentru starea de sănătate a populației.

2. (pagina 17) Numărul estimativ al Țiganilor și al altor grupuri etnice nu este cunoscut cu precizie.

3. (pagina 22) Este mai semnificativ să se calculeze durata șederii de la data internării la data externării, dar deoarece nu există data de externare disponibilă (copilul luat în studiu era în instituție în acel moment), ca punct final s-a folosit momentul colectării datelor.

4. (pagina 23) În 18% din aceste cazuri permisiunea a fost acordată de ambii părinți; în 54% de către mamă (tatăl era necunoscut); în 28% de alte rude sau de către autoritatea tutelară.

5. (pagina 23) Cererile scrise de întoarcere a copilului în familie au fost făcute pentru 19% dintre copiii din secțiile de distrofici. Nu este clar de ce ar fi necesar ca un părinte să facă o cerere scrisă, dat fiind faptul că din punct de vedere tehnic, acești copii nu sînt în grija exclusivă a statului și nici o autoritate legală nu a fost implicată în plasarea lor. În unele cazuri în care mama nu a vizitat copilul în timpul spitalizării și acesta poate fi externat (din punct de vedere medical) s-au solicitat cereri scrise de la familie de către medicii pediatri care doreau să știe dacă copilul a fost abandonat - și de aceea ar trebui să fie transferat la leagăn - sau mama intenționa să ia copilul acasă (cîndva în viitor) - și de aceea acesta ar trebui să rămînă în secția de distrofici.

6. (pagina 26) De exemplu, într-un studiu național cuprinzător din SUA, rata globală a abuzului fizic sever a fost de 207 cazuri la 1000 copii cu vîrsta cuprinsă între 3 și 17 ani. Rata abuzului fizic foarte sever (adică incidente cu risc vital) a fost de 19 cazuri la 1000 copii de 3 - 17 ani. Deși aceste date sînt cele mai cuprinzătoare, pînă în prezent se consideră că ele subestimează adevărata extindere a problemei.

BIBLIOGRAFIE

- Arend R, Gove FL, Sroufe LA. Continuity of individual adaptation from infancy to kindergarten: a predictive study of ego resiliency and curiosity in preschoolers. *Child Dev* 50: 950-959, 1979.
- Blackman JA. *Medical Aspects of Developmental Disabilities in Children Birth to Three*. Iowa City Iowa: University of Iowa Press, 1983.
- Bowlby J. *Attachment and Loss, Vol. I: Attachment*. London: Hogarth Press, 1969.
- Easterbrooks MA, Lamb ME. The relationship between quality of infant-mother attachment and infant competence in initial encounters with peers. *Child Dev* 50: 380-387, 1979.
- Inch S, Garforth S. Establishing and maintaining breastfeeding. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC (eds.) *Effective Care in Pregnancy and Childbirth* vol. 2. Oxford: Oxford University Press, 1991 pp. 1359-1374.
- Klaus MH, Jerauld R, Kreger NC, et al. Maternal attachment: importance of the first postpartum days. *New Engl J Med* 286: 460, 1972.
- Klaus MH, Kennel JH. Labor, birth and bonding. In: Klaus MH, Kennel JH (eds) *Parent-infant Bonding 2nd Ed*. St. Louis: Mosby, 1982 pp. 22-109.
- Kramer M. The etiology and prevention of low birthweight: current knowledge and priorities for future research. In: Berendes H, Kessel S, Yaffe S (eds.) *Advances in the Prevention of Low Birthweight: An International Symposium*. Washington D.C.: National Center for Education in Maternal and Child Health, 1991 pp. 25-38.
- Leiberman AF. Preschoolers' competence with a peer: relations with attachment and peer experiences. *Child Dev* 48: 1277-1287, 1977.
- MacElveen-Hoehn P, Eyres SJ. Social support and vulnerability: state of the art in relation to families and children. In: Barnard KE, Brandt PA, Raff BS, Carroll P (eds). *Social Support and Families of Vulnerable Infants*. March of Dimes Birth Defects Original Article Series Vol. 20 No. 5, 1984.
- Rudolph AM (ed). *Pediatrics*. New York: Appleton-Century Crofts, 1977 pp. 237.
- Rush D. Effects of changes in protein and calorie intake during pregnancy on the growth of the fetus. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC (eds.) *Effective Care in Pregnancy and Childbirth* vol. 1. Oxford: Oxford University Press, 1991 pp. 255-280.
- Stenbak E. *Care of Children in Hospital*. Copenhagen, WHO, 1986.
- Strauss MA, Gelles RJ. Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys. *J Marriage Family* 48: 465-479, 1986.

Thomson M, Westreich R. Restriction of mother-infant contact in the immediate postnatal period. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC (eds.) *Effective Care in Pregnancy and Childbirth* vol. 2. Oxford: Oxford University Press, 1991 pp. 1322-1330.

UNICEF. *Report of a UNICEF Mission to Develop Emergency Assistance Programme for Institutionalized Children in Romania*, 1990.

Waters E, Wippman J, Sroufe LA Attachment, positive affect and competence in the peer group: two studies in constant validation. *Child Dev* 50: 827-829, 1979.

WHO Regional Office for Europe. *Maternal and Child Health Plan for Romania*. Copenhagen: WHO, 1991.

Zugravescu A with Sandell A. Adoption in Romania. In: *The Care of Romanian Children Newsletter*. Sept. 1991.

ANNEX

Lista co-investigatorilor

Ministerul Sănătății

Anghelescu Carmen
Nanu Rodica
Popa Stelian
Stănescu Alin

Institutul de Ocrotire a Mamei și Copilului

Bobe Nicoleta
Ciomărtan Tatiana
Găișteanu Mihaela
Goldiș Carmen
Georgescu Adrian
Iorgulescu Daniela
Lupu Rodica
Moldovanu Florentina
Moldovan Zoica
Moroșanu Iolanda
Palicari Georgeta
Pascu Constantin
Răican Afrodita
Stativă Ecaterina
Stoica Magdalena

Leagănul nr. 1

Ionescu Magda
Mănescu Vera
Mihai Bianca
Nicolau Anca

Secția de Distrofici Vidra

Popescu Pia

UNICEF

Fumărel Steliana
McCreery Rosemary

Consultanți

McKay Susan
Stephenson Patricia

PROTECTIA SUBIECTILOR STUDIULUI

- 1.- Numele copiilor si ale institutiilor nu trebuie sa fie inregistrate pe chestionare.
- 2.- Numele copiilor sint inregistrate numai pe listele din care se extrag cei inclusi in lot si pe lista centrala (master list).
- 3.- Numele pot fi scrise pe etichete ce pot fi inlaturate care sint fixate pe chestionare in timpul obtinerii datelor .Aceasta poate fi o modalitate utila de a asigura identificarea corecta a copiilor. Etichetele trebuie sa fie inlaturate de pe chestionare si distruse inainte de parasirea institutiei.
- 4.- Listele centrale(ale fiecarui sef de echipa) nu trebuie sa fie tinut la un loc cu chestionarele.De indata ce s-a incheiat munca pe teren, listele centrale trebuie sa fie pastrate intr-un sertar incuiat.Acesle liste si cele folosite pentru extragerea subiectilor indusi in lotul de studiu trebuie sa fie distruse la sfirsitul studiului.
- 5.- Membrii echipei sint rugati sa nu discute nimic despre cazurile individuale cu persoane care nu sint implicate in studiu.
- 6.- Nu se vor raporta cazuri individuale.Datele vor fi prezentate numai in forma globala,statistica.
- 7.- Pe chestionare nu trebuie inregistrate numele membrilor familiei sau ale altor persoane implicate in respectivul caz.Referirea se va face la persoane in calitatea lor de :mama,tata,bunica etc. Nu inregistra nici o informatie care ar putea permite identificarea unui membru al familiei sau a unei rude-de exemplu o adresa,numele orasului in care locuieste,etc.
- 8.- Dupa incheierea studiului,chestionarele vor fi distruse (prin arsură sau incinerare).
- 9.- Numele leaganului si ale sectiilor de distrofici vor fi si ele pastrate in secret. Lista centrala a institutiilor va fi distrusa la sfirsitul studiului.

STUDIU DE IDENTIFICARE A CAUZELOR CARE AU GENERAT INSTITUTIONALIZAREA

COPIILOR IN LEAGANE SI SECTII DE DISTROFICI

1. NUMARUL STUDIULUI --- 2. COD INSTITUTIE --- (ZONA (DE LA 1 LA 4)
(TIP INSTIT. 1-LEAG, 2-DISTROFICI
(COD DENUM-DE LA 1 LA 7

3. VIRSTA (CODIFICAT IN LUMI, 99-NECUNOSCUT) -- 4. SEX COPIL (1-FEM, 2-MASC)

5. ETNIE (1-ROMAN, 2-MAGHIAR, 3-TIGAN, 8-ALTE, 9-NECUM.) 6. DATA INTERNARII -- / --

7. VIRSTA LA INTERNARE (CODIFICAT IN LUMI, 99-NECUNOSCUT) --

8. STARE SANATATE LA INTERNARE	01-HANDICAP FIZIC 04-HIV POZITIV 07-DIST GR 2 10-RAHITISM 13-SANATOS	02-HAND SENZORIAL 05-AIDS SAU ARC 08-DISTR.GR.3 11-ANEMIE 88-ALTE(SPECIFICARE)	03-R.P.M. 06-DISTROFIE GR 1 09-HEPATITA 12-MALFORMATII 99-NECUNOSCUT
-----------------------------------	--	--	--

9. SPECIFICARE PT COD 88 (8.) -----

10. STARE SANATATE LA XI	01-HANDICAP FIZIC 04-HIV POZITIV 07-DIST.GR.2 10-RAHITISM 13-SANATOS	02-HAND SENZORIAL 05-AIDS SAU ARC 08-DISTR.GR.3 11-ANEMIE 88-ALTE(SPECIFICARE)	03-R.P.M. 06-DISTROFIE GR 1 09-HEPATITA 12-MALFORMATII 99-NECUNOSCUT
-----------------------------	--	--	--

11. SPECIFICARE PT COD 88 (10.) -----

12. CINE A FOST IMPLICAT IN INSTITUTIONALIZAREA COPILULUI ?	01-MED.DISP 02-MED.SPEC.PED. 03-ASISTENTA 04-AUT TUTEL 05-PARINTI	06-MBR FAMILIEI 07-POLITIA 08-VECINII 08-ALTII 10-JUDECATOR 99-NECUNOSCUT
---	---	--

13. SPECIFICARE PT COD 88 (12.) -----

14. DE UNDE A FOST PRELUAT	01-DISPENSAR 02-POLICLINICA 03-SPIT PEDIATR 04-SPIT JUD	05-MATERNITATE 06-LEAGAN 07-DE ACASA 88-ALTE SITUATII (SPECIFICARE) 99-NECUNOSCUT
----------------------------	--	---

15. SPECIFIC PT COD 88 (14.) -----

16. MOTIVUL INSTITUTIO- NALIZARII	01-ABANDON 04-PARINTI DIVORT 07-MAMA SPITAL 10-TATA BOLN.FIZ. 13-MAMA DECEDATA 16-TATA INCHIS 19-MAMA ALCOOL. 22-FARA LOCUINTA 25-COPIL NEDORIT 28-FAMILIE DEZORG. 30-DECAD.DIN DREPT. 88-ALTE	02-MAMA NECAS.COPIL MEREC 05-MAMA FARA SERV 08-TATA SPITAL 11-MAMA BOLN.MENT. 14-TATA DECEDAT 17-MAMA HANDICAPATA 20-TATA ALCOOLIC 23-NIV.ED.MAMA SCAZUT 26-COPIL HANDICAPAT 29-UN PARINTE PARASESTE FAMILIA 31-VENIT INSUFICIENT 99-NECUNOSCUT	03-MAMA SUB 18 ANI 06-TATA FARA SERV 09-MAMA BOLN.FIZ. 12-TATA BOLN.MENT. 15-MAMA INCHIS 18-TATA HANDICAPAT 21-LOCUINTA SARACA 24-ABUZ FIZIC 27-COPIL HIV/AIDS
---	---	--	--

17. SPECIFICARE PT COD 88 (16.) -----

18. NUMAR COPII TOTAL: -- DIN CARE INSTITUTIONALIZATI, --
19. SI-A EXPRIAT VREO RUCA 1-DA 2-NU 9-NECUNOSCU
DORINTA DE A LUA COPILUL ?
20. COPILUL POATE FI DAT IN INFIERE ? 1-DA 2-NU 9-NECUNOSCU
21. MODALITATEA RENUNTARII 1-PARINTI DE ACORD 2-MAMA DE ACORD, TATA NECUNOSC.
LA COPIL 3-MAMA DECED., TATA NECUNOSC. 8-ALTE
22. MOTIVUL PT. CARE COPILUL
RAMINE IN CONTINUARE IN
INSTITUTIE
23. STATUTUL LEGAL AL COPILULUI 1-LEGITIM 2-NELEGITIM SI NECUNOSCU
3-NELEG.SI NERECUNOSCU 4-ABANDONAT
24. COPILUL ARE ACTE DE STARE CIVILA ? 1-DA 2-NU 9-NECUNOSCU
25. MEMBRII FAMILIEI 1-ZILNIC 2-SAPTAMINAL 3-LUNAR
VIZITEAZA COPILUL ? 4-LA 3 LUNI 5-LA 6 LUNI 6-LA > DE 6 LUNI
7-NU
26. CINE VIZITEAZA COPILUL: 1-PARINTII 2-BUNICII 3-ALTE RUDE
27. S-A EFECTUAT EVAL. LOCUINTEI 1-DA 2-NU 9-NECUNOSCU
SI CIRCUMSTANTELE SOCIALE ?
28. DE CATRE CINI ? 1-ASISTENTA SOCIALA 2-ASISTENTA OCROTIRE
3-ASISTENTA MEDICALA 8-ALTE (SPECIFICARE)
29. SPECIFICARE PT. COD 8(28.)
30. MEDIU/COND. FAMI. 1-NECORESPUNZATOR 2-CORESPUNZATOR
31. SPECIFICARE PT. COD 1(30.)

OBSERVATII:

Bucuresti, 7 iunie 1991

Stimate Doctor,

Dorim sa va multumim pentru ajutorul pe care ni-l oferiti in realizarea studiului privind situatia copiilor din Leagane si Sectii de Distrofici.

Dupa cum stiti, structura cauzelor care determina institutionalizarea copiilor in Romania se afla intr-o etapa de tranzitie, de aceea este foarte important ca la acest moment sa obtinem o imagine clara a influentelor de ordin economic, social, cultural si medical pentru a putea contribui la imbunatatirea situatiei copiilor, familiilor si grupurilor sociale legate de institutionalizarea copiilor handicapati.

Acest studiu este sponsorizat de Ministerul Sanatatii, UNICEF si Organizatia Mondiala a Sanatatii.

Pentru acest studiu se vor culege date cu privire la conditiile medicale, sociale, ca factori generatori de handicap care determina incredintarea copilului unei institutii.

In proiectarea si realizarea acestui studiu am luat toate masurile necesare pentru a asigura confidentialitatea datelor culese. Numele copiilor si al institutiilor nu vor fi dezvaluite in nici o conditie. Datele culese vor fi prezentate numai intr-o forma globala, rezultata din prelucrarea statistica. Nici unul din numele membrilor familiei sau persoanelor implicate in cazurile copiilor investigati nu vor fi inregistrate si prezentate.

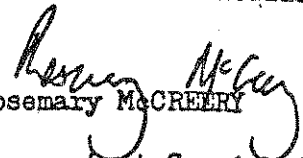
Sintem constienti de faptul ca culegerea datelor pentru acest studiu cere din partea Dvs. si a colectivului Dvs. un efort suplimentar. Dorim sa ne adaptam cit mai mult cu putinta la modul de lucru din institutia Dvs. pentru a putea produce cit mai putine intreruperi in activitatea din institutia Dvs.

Orice sugestie privind modalitatile cele mai bune de colaborare cu membrii colectivului Dvs. este binevenita.

Daca aveti intrebari sau opinii cu privire la studiul pe care il efectuam, va rugam sa le adresati membrilor echipei noastre sau sa telefonati Dnei STELIANA FUMAREL la tel.nr. 35.17.78-Bucuresti-UNICEF.

In viitor speram sa colaborem in continuare cu Dvs. in ceea ce priveste necesitatile copiilor institutionalizati precum si urmatorii pasi ce se vor face in directia imbunatatirii activitatii in acest domeniu.

Inca o data va multumim pentru asistenta Dvs. in realizarea studiului .


Rosemary McCREERY

Reprezentant Special





UNICEF's early years

On 11 December 1946, at the very first session of the United Nations General Assembly, a unanimous decision created UNICEF – then called the United Nations International Children's Emergency Fund. In the early years, the resources of the Fund were devoted mainly to meeting the emergency needs of children in post-war Europe and China for food, medicines and clothing. In December 1950, the General Assembly reformed the UNICEF mandate to respond to the silent yet desperate needs of countless numbers of children in developing countries. In October 1953, the General

Assembly decided that UNICEF should continue to work as a permanent arm of the United Nations system. It would be called the "United Nations Children's Fund", but retain the well-known UNICEF acronym.

By the Sixties, a global partnership for children was taking shape. The awarding of the Nobel Peace Prize to UNICEF in 1965 was recognition that the well-being of today's children is inseparable from the peace of tomorrow's world. At the same time, despite increased international assistance to child related projects, the needs were not diminishing. The UNICEF mandate called for programming to shift beyond sectoral projects, to engage the process of social and human development.

Mandate

The UNICEF mandate is, in essence, the same as when it was originally given: to help protect the lives of children and promote their development. The greater their vulnerability the higher the priority.

UNICEF is distinctive in that, in the pursuit of its mandate, it depends on voluntary financing. UNICEF not only seeks government and public support for programmes of co-operation but also tries to stimulate public awareness of children's needs and the means to meet them by advocacy—with governments, civic leaders, educators and other professional and cultural groups, the media and local communities. For this reason, UNICEF greatly values its partnership with National Committees for UNICEF and its working relationship with non-governmental organizations in industrialized as well as developing countries.

Organization

An integral part of the United Nations system, UNICEF is semi-autonomous with its own governing body, the Executive Board, and a secretariat.

Although directed from New York, most of UNICEF's supply operations are located in Copenhagen at the UNICEF Procurement and Assembly Centre (UNIPAC).

The Greeting Card Operation, managed from New York, raises funds through the sale of UNICEF greeting cards, calendars and stationery, which are also a channel for advocacy on behalf of children.

Strategy

The parent, particularly the mother, is the child's first and most dependable line of defence. The next is the local community. UNICEF advocacy as well as co-operation seeks to focus particularly on services based in the community itself, planned and

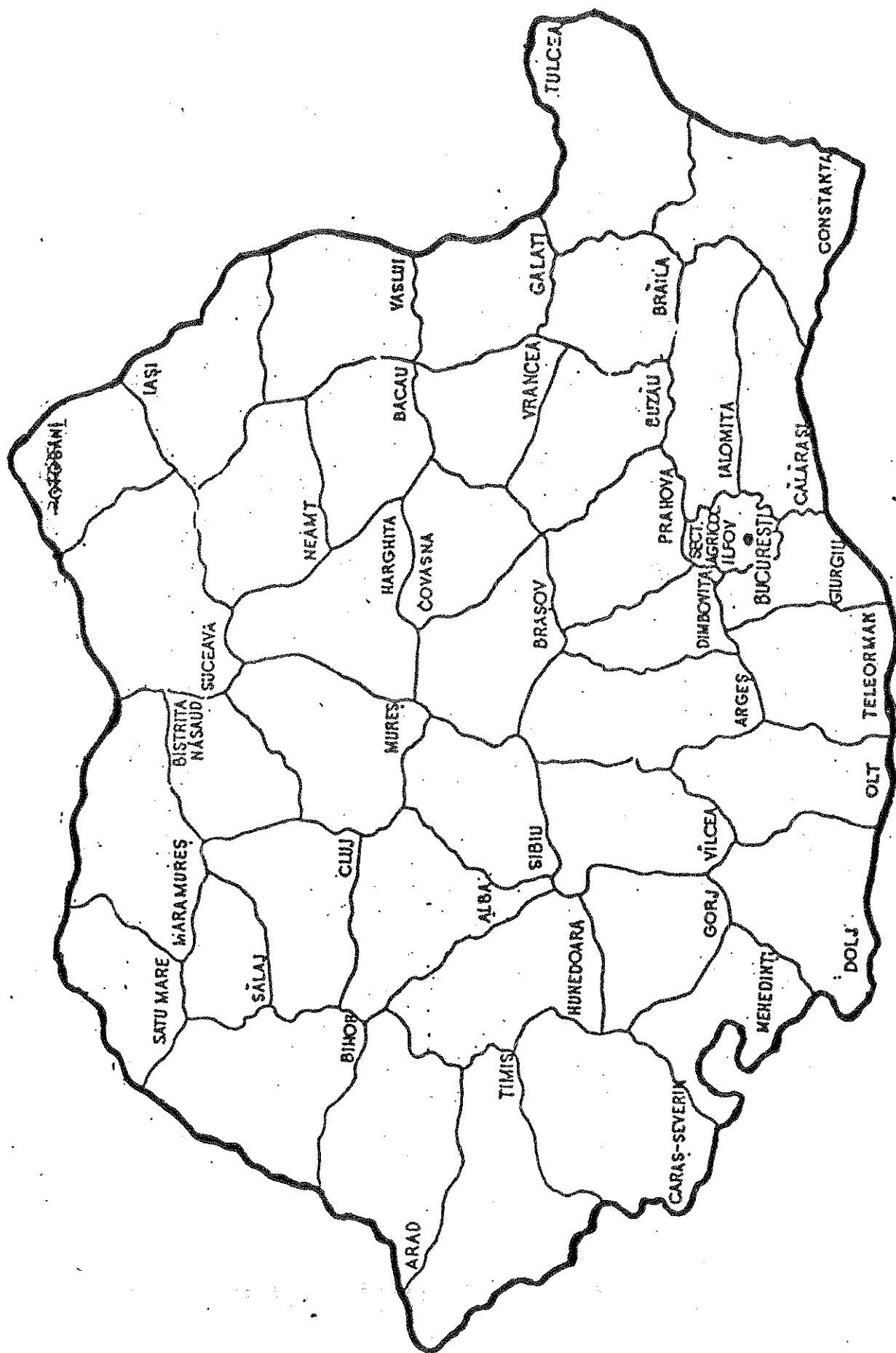
Funding

All UNICEF income comes from voluntary contributions—from governments, intergovernmental agencies, non-governmental organizations and individuals. Most contributions are for UNICEF general resources. Others may be earmarked for supplementary projects approved by the Board, or for emergency relief and rehabilitation. To improve identification of costs, UNICEF continues to refine its procedures for the preparation of supplementary funded projects and to negotiate with donors and assisted governments.

Individuals and organizations around the world are also an important source of funding, and they represent for UNICEF a value far greater than the sum of their contributions. As the 'people to people' arm of the United Nations, UNICEF enjoys a unique relationship with private organizations and the general public world-wide. Material support from the public comes through the buying of greeting cards, individual contributions, the proceeds from benefit events (ranging from concerts to football matches), global events (*Sport Aid* and *First Earth Run*), grants from organizations and institutions, and collections by schoolchildren. Such fund-raising efforts often are sponsored by the National Committees. UNICEF is continuously seeking to increase funding both from traditional donors and other potential sources.

NATIONAL COMMITTEES

The National Committees for UNICEF, organized mostly in industrialized countries, play a crucial role in generating a deeper understanding of the needs of children in developing countries and of the work of UNICEF. The committees, of which there are presently 34, are concerned with increasing support for UNICEF, financially—through fund-raising activities and the sale of greeting cards, for which the committees are the main sales agents—and otherwise through advocacy, education and information.



Micul ghid al micului cercetator(UNICRY).

Motto (Murphy cap.13 & 13)

Daca o lucrare incepe bine ,se va termina prost

Daca o lucrare incepe ...sariti,se va termina si mai bine.

Algoritm (ne)Matematic.

1)Se ia legatura cu Directia Sanitara pentru a anunta data sosirii si pentru a stabili intrusul protocol(bilet intocmare,rezervare hotel,etc). Legatura se face direct sau prin intermediul lui B.C. la M.Sanatati.

2)Ajungi la Directia Sanitara se prezinta scrierile de acreditare(vezi scrierea F.C. pentru director)si se explica cit mai clar si convingator scopul si obiectivele lucrarii.Se verifica existenta tuturor unitatilor selectate pentru studiu.Daca exista O.K.(90 to 4) ,daca nu go to 3.

3)Se telefoneaza la CENTRU (de calcul),la L.C. pentru a primi indicatii practice privind calea de urmat.(telefon la 70 35 sau 13689/908).

4)Fadom planseaza la prima unitate de unde culegem datele.

5)Luam legatura cu directorul unitatii caruia ii explicam deasemenea scopul si obiectivele lucrarii(se pune accent pe ideea ca nu se doresc rezultate punctuale ci obtinerea unei viziuni globale,pe ideea secretului datelor...)

6)Se verifica existenta listei copilor din institutie si coincidenta dintre numarul comunicat si cel real.Daca diferentele sunt marimile a fost incorect comunicat) procedati ca la punctul 3.

7)Se incearcuiesc pe lista copilor acele numere care au fost extrase in procesul de randomizare.Cei care eventualuiau exista in unitate vor fi inlocuiti cu numerele din lista de rezerva pina la completarea numarului de 20 in leagane si 10 in centre de distracii.Daca numarul celor lipsa si extrasii este mai mare decit lista de rezerva -> PERFORM 3.

8)Se completeaza fișele de ancheta pstrind pe tot timpul activitatii corespondenta clara dintre numar si numele copilului printr-o eticheta detașabilă ce se prinde cu o clasa de fișă.

9)Inainte de plecarea din unitate se mai verifica o data lista master cu numele copilor cu etichetele (care sînt încă primite la fișă) pentru a se evita orice eroare.Dacă totul este O.K. se distrug toate documentele care pot face legătura între fișă de anchetă și copil(lista master,etichetele).

OBS.Distrugerea trebuie făcută prin ardere sau tocare marunta pentru a nu mai putea fi reconstituita.(vezi cazul Barevoesti)

10)Se repeta pașii 5-9 pentru toate unitățile din studiu.

11)La sfîrșitul activității se multumeste directorilor de unități și dir. Direcției Sanitare și evitîndu-se schimburi de impresii cu aceștia despre datele culese vor fi depuse în cel mai scurt timp la centru(la L.C.).

12)Pe tot parcursul activității,orice problemă organizatorică care apare va fi comunicată la Ministerul Sănătății la B.C. spre a fi rezolvată.

13)

Legenda:

F.C.:Foreign Chief-Patricia Stephenson.

B.C.:Big Chief-Rodica Manu,Carmen Angelescu.

L.C.:Little Chief-Stelian Popa.

-----SUCCES-----

INSTRUCTIUNI DE COMPLETARE A FIȘEI-STUDIU DE IDENTIFICARE

A CAUZELOR CARE AU GENERAT INSTITUTIONALIZAREA COPIILOR

IN LEAGANE SI SECTII DISTROPIC

- 1.NR STUDIU-SE CODIFICA PT. FIECARE ECHIPA DE LA 1 LA N
(=NUMAR DE FIȘE COMPLETATE)
- 2.COD INSTITUTIE-CONFORM ANEXII CU UNITATILE SMITARE (LEAGANE,SECTII)
- 3.VISTA-CODIFICAT IN LUNI 99-RECUNOSCUT
- 4.SEA-CONFORM LISTEI SPECIFICATE (1,2)
- 5.ETNIE-CONFORM LISTEI SPECIFICATE (1,2)
- 6.DATA INTERN-LUNA/AN
- 7.VISTA LA INTERARE - CODIFICAT IN LUNI 99-RECUNOSCUT
- 8.ST SAN LA INTER-SE POATE OPTA PT ORICARE DINTRE CODURILE SPECIFICATE
- 9.SPECIF LA INTER 8. PT OPTIUNEA COD 88 (ALTE) -TEXT LIBER
- 10.ST SAN LA SI-SE POATE OPTA PT-ORICARE DINTRE CODURILE SPECIFICATE
- 11.SPECIFIC LA INTER 10. PT.COD 88 (ALTE) -TEXT LIBER
- 12.CINE A FOST IMPLICAT IN INST.COPIILUI - CONFORM LISTEI SPECIFICATE
- 13.SPECIF. LA INTER 12.PT.COD 88 (ALTE) -TEXT LIBER
- 14.DE UNDE A FOST PRELUAT-CONFORM LISTEI SPECIFICATE
- 15.SPECIFIC PT COD 88 (ALTE) LA INTER 14-TEXT LIBER
- 16.MOTIV INSTITUTIONALIZarii-CONFORM LISTEI SPECIFICATE(VEZIT INSEV
SE CODIFICA DOAR DACA ACEASTA REZULTA DIN ANCHETA SOCIALA)
- 17.SPECIF LA INTER 16 PT.COD 88 (ALTE) -TEXT LIBER
- 18.NR.COPII-SE CONPL. NR. TOTAL DE COPII IN FRINUL CIMP IAR IN AL 2-LI
NR.COPII INSTITUTIONALIZATI(CEL PUTIN 1)
- 19.SI-A EXPRIAT VREO RUDA DORITA DE A LUI COPIILUI-UNUL DIN COD.SPEC
20.COPIUL POATE FI INVIAT-UNUL DIN CODURILE SPECIF (1,2,9)
- 21.MODALITATEA RENUNTAarii-UNUL DIN CODURILE SPECIF (1,2,3,8)
- 22.MOTIVUL PT.CARE COPIILUI RAMINE IN INST - TEXT LIBER
- 23.STATUTUL LEGAL AL COPIILUI-UNUL DIN CODURILE SPECIF (1,2,3,4)
- 24.COPIILUI ARE ACTE DE STARE CIVILA-COD 1 PT DA.COD 2 PT M
- 25.PANILA VIZITEAZA-UNUL DIN CODURILE SPECIFICATE (1,2,3,4,5,6,7)
- 26.CINE VIZITEAZA-UNUL DIN CODURILE SPECIF
- 27.EVAL LOCUTANTA-UNUL DIN CODURILE SPEC (1,2,9)
- 28.DE CINE-UNUL DIN CODURILE SPECIFICATE (1,2,3,8)
- 29.SPECIF.LA INTER 28 PT.COD 8 (ALTE) -TEXT LIBER
- 30.MEDIU/COND.FAN-UNUL DIN CODURILE SPECIFICATE (1,2)(RECORDSPUZATOI
VA FI CODIFICAT NUMAI IN CAZUL IN CARE EXISTA UNUL DIN ASPECTELE DI
MAI JOS CARE SUNT IN PERICOL DEZV. SI SAUAT.COPIILUI.
- LIPSA SPATIU.LIPSA SURSA APA POTASILA,ISCALZ.DEFICITABA.COND.ICIER)
PRECARE.ILUMINAT RECOMESP.(GAZ.ETC.).IGRASIE.
- 31.SPECIFIC LA INTER 30 PT COD 1-RECORDSPUZATOI-TEXT LIBER-SE VOR
TRECE ACELE CAUZE DIN LISTA NUMERATA LA INTER.36.

OBS1-----LA INTERABILE 8 10 12 16 26 SE ADMIT OPTIUNI CONCOMITENTE
----- (SE POT POLOSI MAI MULTE OPTIUNI DIN LISTA DE VALORI).

----- LA RESTUL CIMPURILOR SE VA INCERCUI O SINGURA OPTIUNE
----- DIN LISTA DE VALORI.

OBS2-----ESTE OBLIGATORIU CA TOATE INTERABILE SA FIE COMPLETATE
(EVENTUAL PRIM OPTIUNEA 88-ALTE SAU 99-RECUNOSCUT). IN
AFARA DE INTER 21 CARE E COMPLETATA NUMAI DACA LA INTER 20
S-A COMPLETAT COD-1 SI INTER 28 DACA LA 27 S-A COMPLETAT COD

OBS3-----VISTA SE CODIFICA PRIM ADAUGARE - DACA DE KENTFLD COPIILUI.
ARE 7 LUNI SI 5 ZILE SE VA TRECE OS LUNI.

Metodele statistice folosite in prelucrarea datelor din studiul "Identificarea motivelor de institutionalizare a copiilor in leagane si sectii de distrofici" pot fi impartite in urmatoarele trei grupe:

I. Metode de testare a independentei (sau dependentei) intre doua variabile categoriale (CHI2).

Prin acest tip de metode se poate testa daca exista diferente semnificative in ceea ce priveste repartitia in kxp clase ale unui experiment dat, in functie de doua variabile date X, Y care impart lotul dat in k respectiv p clase (exemplu sex, etnie-2x3 clase : se poate testa daca repartitia pe etnie este dependenta sau nu de repartitia pe sexe a lotului studiat-si reciproc).

Daca valoarea lui CHI2 este mai mare decat valoarea corespunzatoare erorii de gradul 2 (alfa-in general 5%) si gradului de libertate corespunzator (din tabele) se poate afirma ca cele doua variabile sunt interconditionate (nu sunt independente). In general programul afiseaza si valoarea p, care este probabilitatea ca dependenta semnalata mai sus sa fie datorata erorilor de esantionare (Deci cu cit p este mai mic, cu atit siguranta afirmatiilor noastre statistice creste-nivel tolerat $p < 0,05$).

In cazul in care cele doua variabile au ambele 2 clase (2x2 tables), in afara de testul CHI2 (in trei variante care ar trebui sa conduca la aceeasi concluzie) se afiseaza si riscul relativ (considerat prin conventie intotdeauna riscul ca subiectul sa faca parte din clasa 1-prima linie, fata de clasa 2-a doua linie). Deasemenea, se listeaza intervalul de incredere pentru riscul relativ (RR) care trebuie sa nu-l contina pe 1 in interior, pentru ca diferenta sa fie semnificativa.

II. Metode de testare a diferentei intre mediile unei variabile cantitative X, in functiile de p clase ale unei variabile categoriale Y (Anova, Student, Kruskal-Wallis).

Metoda este folosita, in cazul in care se doreste testarea diferentei (care se postuleaza ca exista) intre mediile unei variabile cantitative X, raportate la clasele unor alte variabile (calitative, categoriale) Y, Z..., cu care se presupune a fi corelata (exemplu testarea mediei virstei copilului in functie de sex, sau etnie pentru a vedea daca intre baieti si fete -respectiv intre romani, maghiari, tigani -exista diferente din punct de vedere al virstei).

In cazul acestei metode, important este ca ipoteza asupra existentei acestor diferente, sa fie facuta apriori sezizarii acelei diferente, altfel erorile luate in calcul nu mai corespund cu cele reale.

Daca variabila X, se doreste comparata cu un singur factor calitativ Y (one-way classification sau one-way analysis of variance), rezultatul testului (exprimat printr-o statistica Fischer) ne confirma sau nu existenta diferentelor (in mediile lui X) intre cele p clase ale variabilei Y. Daca avem in schimb un model bifactorial (two-way classification sau two-way analysis of variance), sau multifactorial, metoda ne da o estimare a efectelor fiecaruia din factorii care actioneaza asupra lui X separat, cit si impreuna (interactiuni).

In cazul in care variantele mediilor din cele p clase nu difera semnificativ (Testul Bartlett), ipoteza necesara (nu si suficienta) pentru aplicarea modelului de analiza de varianta Anova, testul Fischer este revelator pentru verificarea ipotezei, in caz contrar se aplica testul neparametric Kruskal-Wallis, varianta neparametrica a analizei de varianta Anova.

In sfirsit daca variabila Y are doar doua clase, metoda este echivalenta cu testul Student.

III. Metoda corelatiei si regresiei multiple.

In cazul in care se doreste evidentiarea influentei conjugate si simultane a mai multor variabile cantitative $X_1, X_2, \dots, X_n$ asupra unei variabile Y , tot cantitative, se poate aplica metoda corelatiei si regresiei multiple. Valoarea coeficientilor din ecuatie de regresie au nu numai o valoare predictiva dar si una de ordonare (in functie de marimea lor, dupa standardizare) a influentei variabilelor $X_1, X_2, \dots, X_n$ (factori explicativi) asupra variabilei Y (factor explicat).

In cazul nostru, cum putine din variabilele studiului erau pur cantitative, metoda s-a putut aplica numai dupa transformarea unor variabile calitative (starea de sanatate, motivele internarii) in variabile cantitative.

Pentru aceasta, fiecare din starile patologice cuprinse la "Starea de sanatate la internare" si "Starea de sanatate la zi" au fost ponderate cu un coeficient (situat in intervalul 0-10), in functie de gravitatea sa estimata in raport cu institutionalizarea. Pentru a obiectiva pe cit posibil acest procedeu, s-a facut media ponderilor obtinute de la 10 componentii diferiti (si testati independent) ai echipei centrale. La fel s-a procedat si in cazul motivelor institutionalizarii. Au rezultat trei noi variabile cantitative :

- scorul starilor patologice la internare-SSI

- scorul starilor patologice la zi-SSZ

- scorul motivelor de institutionalizare-MI,

care, impreuna cu virsta, au devenit factori explicativi ai variabilei "numar de vizite pe an" prin metoda sus amintita.

IV. Metoda regresiei logistice.

Metoda isi propune acelasi scop ca metoda regresiei clasice expuse mai inainte, cu diferenta ca variabilele explicative pot fi cantitative sau calitative (categoriale), iar variabila explicata dihotomica. In studiul nostru, metoda s-a aplicat pentru a explica "dorinta de a lua copilul acasa", conditia de vizitat sau nu si "acordul pentru adoptie al familiei" in functie de : virsta, SSI, SSZ, MI, sex, etnie. care au intrat in procesul de corelatie multipla

-1-

For fig.4

Interrelationship of medical conditions(at admission)

Assoc.	Freq	Percent	Cum.
B1	7	1.1%	57.7%
B2	141	22.5%	80.2%
B1+B2	3	0.5%	80.7%
B1+B3	9	1.4%	82.1%
B2+B3	2	0.3%	82.4%
B1+B2+B3	16	2.6%	85.0%
B4	13	2.1%	87.1%
B1+B4	50	8.0%	95.0%
B2+B4	6	1.0%	96.0%
B1+B2+B4	21	3.4%	99.4%
B1+B3+B4	1	0.2%	99.5%
B1+B2+B3+B4	3	0.5%	100.0%
Total	626	100.0%	

Interrelationship of medical conditions(current med. cond.)

Asoc.	Freq	Percent	Cum.
B1	170	27.2%	44.9%
B2	39	6.2%	51.1%
B1+B2	137	21.9%	73.0%
B3	8	1.3%	74.3%
B1+B3	12	1.9%	76.2%
B2+B3	4	0.6%	76.8%
B1+B2+B3	35	6.2%	83.1%
B4	6	1.0%	84.0%
B1+B4	32	5.1%	89.1%
B2+B4	13	2.1%	91.2%
B1+B2+B4	49	7.7%	99.0%
B1+B2+B3+B4	6	1.0%	100.0%
Total	626	100.0%	

-2-

For fig.7 (Multiproblem families)

Assoc.	Freq	Percent	Cum.	Groups of motives of institutionalisation
M 1	34	5.4%	7.2%	M1=Abandon group codes: (1,24,25)
M 2	15	2.4%	9.6%	M2=Family disorg. codes :
M1+M2	13	2.1%	11.7%	(2,3,4,13,14,15,16,28,29,30)
M3	8	1.3%	12.9%	M3=Motives of diseases of family:
M1+M3	1	0.2%	13.1%	(7,8,9,10,11,12,17,18,19,20)
M2+M3	5	0.8%	13.9%	M4=Poverty (5,6,21,22,23,31)
M1+M2+M3	2	0.3%	14.2%	M5=Motives of diseases child(26,27)
M4	87	13.9%	28.1%	
M1+M4	22	3.5%	31.6%	
M2+M4	160	25.6%	57.2%	
M1+M2+M4	45	7.2%	64.4%	
M3+M4	56	8.9%	73.3%	
M1+M3+M4	10	1.6%	74.9%	
M2+M3+M4	67	10.7%	85.6%	
M1+M2+M3+M4	22	3.5%	89.1%	
M5	12	1.9%	91.1%	
M1+M5	3	0.5%	91.5%	
M2+M5	2	0.3%	91.9%	
M3+M5	1	0.2%	92.0%	
M1+M3+M5	1	0.2%	92.2%	
M4+M5	17	2.7%	94.9%	
M2+M4+M5	16	2.6%	97.4%	
M1+M2+M4+M5	7	1.1%	98.6%	
M3+M4+M5	4	0.6%	99.2%	
M1+M3+M4+M5	3	0.5%	99.7%	
M2+M3+M4+M5	2	0.3%	100.0%	
Total	626	100.0%		

For fig. 3 (Parties involved in institutionalisation)

Assoc.	Freq	Percent	Cum.	
G1	24	3.8%	4.6%	G1=Dispensary+Nurse(1,3)
G2	33	5.3%	9.9%	
G1+G2	12	1.9%	11.8%	G2=Parents+Family+Neigh(5,6,8)
G3	8	1.3%	13.1%	
G1+G3	23	3.7%	16.8%	G3=Policy+Local Auth.(7,4)
G2+G3	39	6.2%	23.0%	
G1+G2+G3	9	1.4%	24.4%	G4=Pediatriciens(2)
G4	336	53.7%	78.1%	
G1+G4	30	4.8%	82.9%	
G2+G4	15	2.4%	85.3%	
G1+G2+G4	1	0.2%	85.5%	
G3+G4	59	9.4%	94.9%	
G1+G3+G4	13	2.1%	97.0%	
G2+G3+G4	19	3.0%	100.0%	
Total :	626	100.0%		
Sum	=	4832.00		
Mean	=	7.72		
Standard deviation	=	2.96		