

## EVALUAREA SATISFACȚIEI PACIENTELOR PRIVIND CALITATEA ASISTENȚEI MEDICALE ANTENATALE PRIMARE

**Irina SAGAIAC** - dr. șt. med., asist. univ.,  
**Maria CEMORTAN** - student-doctorand,  
**Stelian HODOROGEA** - dr. șt. med., conf. univ.

Departamentul Obstetrică și ginecologie,  
IP USMF „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova

tel.: +373 693 40 259; [irina.sagaidac@usmf.md](mailto:irina.sagaidac@usmf.md)

### Rezumat

În articol sunt prezentate rezultatele unui studiu prospectiv, realizat pe parcursul anului 2019 prin chestionarea a 300 de lăuze, cu scopul aprecierii nivelului de satisfacție privind calitatea asistenței medicale antenatale primare. În majoritatea cazurilor, femeile incluse în studiu s-au înregistrat în evidența medicului de familie la termenul sarcinii până la 12 săptămâni – 68,1±2,5%, iar în 31,9% - la termene avansate până la 35 săptămâni de gestație. În rezultatul chestionării s-a stabilit că majoritatea lăuzelor chestionate (88,9%) sunt satisfăcute de calitatea serviciilor oferite la nivelul asistenței medicale primare. În cadrul îngrijirilor antenatale au fost înregistrate rezerve substanțiale în ce privește pregătirea psiho-emoțională, socială și legală a gravidei și membrilor familiei ei, parteneriatul în sarcină și naștere.

**Cuvinte-cheie:** asistența medicală antenatală primară, sarcina, satisfacția pacienților

### Summary: Assessment of patient satisfaction regarding the quality of antenatal medical care.

The current prospective study was carried out within the post-partum department of Municipal Hospital no. 1 (mun. Chisinau) by questioning 300 women who gave birth during the year 2019, with the aim of assessing the level of patient satisfaction regarding the quality of antenatal health care they have attended during pregnancy. In most cases, women included in the study were registered at the family doctors' offices at a gestational age up to 12 weeks - 68.1 ± 2.5% cases, however in 31.9% of cases women were registered their themselves at the outpatient offices at gestational ages up to 35 weeks. As a result of the survey, it was established that most of the respondents (88.9%) are satisfied with the quality of services provided at the level of primary health care. Substantial shortcomings were registered in antenatal care regarding the psycho-emotional, social and legal training of the pregnant woman and her family members, the partnership in pregnancy and birth.

**Key-words:** antenatal care, pregnancy, patient satisfaction

### Резюме: Оценка удовлетворенности пациентов в качестве оказания антенатальной медицинской помощи.

Данное проспективное исследование было проведено в послеродовых отделениях Клинической городской больницы №. 1 (mun. Кишинев), путем опроса 300 женщин, родивших в течение 2019 года. Целью исследования являлась оценка уровня удовлетворенности женщин качеством дородового медицинского обслуживания, которое они получали во время беременности. В большинстве случаев женщины, включенные в исследование, встали на учет семейных врачей в связи с беременностью в гестационном сроке до 12 недель - 68,1±2,5% случаев, однако в 31,9% случаев женщины встали на учет в более поздних сроках беременности – до 35 недель гестации. В результате опроса было установлено, что большинство женщин (88,9%) были удовлетворены качеством услуг, предоставляемых на уровне первичной медико-санитарной помощи. Существенные недостатки были выявлены в отношении психоэмоциональной, социальной и правовой подготовки беременной женщины и членов ее семьи в ходе дородового медицинского обслуживания, оказываемого в амбулаторном секторе.

**Ключевые слова:** дородовая медицинская помощь, беременность, удовлетворенность пациента.

### Introducere

În conformitate cu prevederile Obiectivelor de Dezvoltare ale Mileniului, asigurarea unui început sănătos de viață trebuie să fie o prioritate a statului, fiind stabilite mecanismele de finanțare și asigurare a serviciilor de asistență medicală și socială calitative pentru mamă și copil [1]. Conform Programului unic, asistența medicală este finanțată din mijloacele asigurării obligatorii de asistență medicală și cuprinde diferite maladii și stări, prevăzute în Clasificarea In-

ternațională a Maladiilor (CIM), revizia a 10-a a Organizației Mondiale a Sănătății, inclusiv sarcina, nașterea, lăuzia (O00 - O99) [2, 3]. Astfel, pe perioada de la momentul stabilirii gravidei în evidența medicului de familie până la 42 de zile post-partum, asistența medicală este garantată de către stat, indiferent de faptul dacă ea este sau nu angajată în câmpul muncii.

În scopul îmbunătățirii sănătății și protecției maternității, au fost elaborate și aprobate Standardele de supraveghere a femeilor gravide în condiții de am-

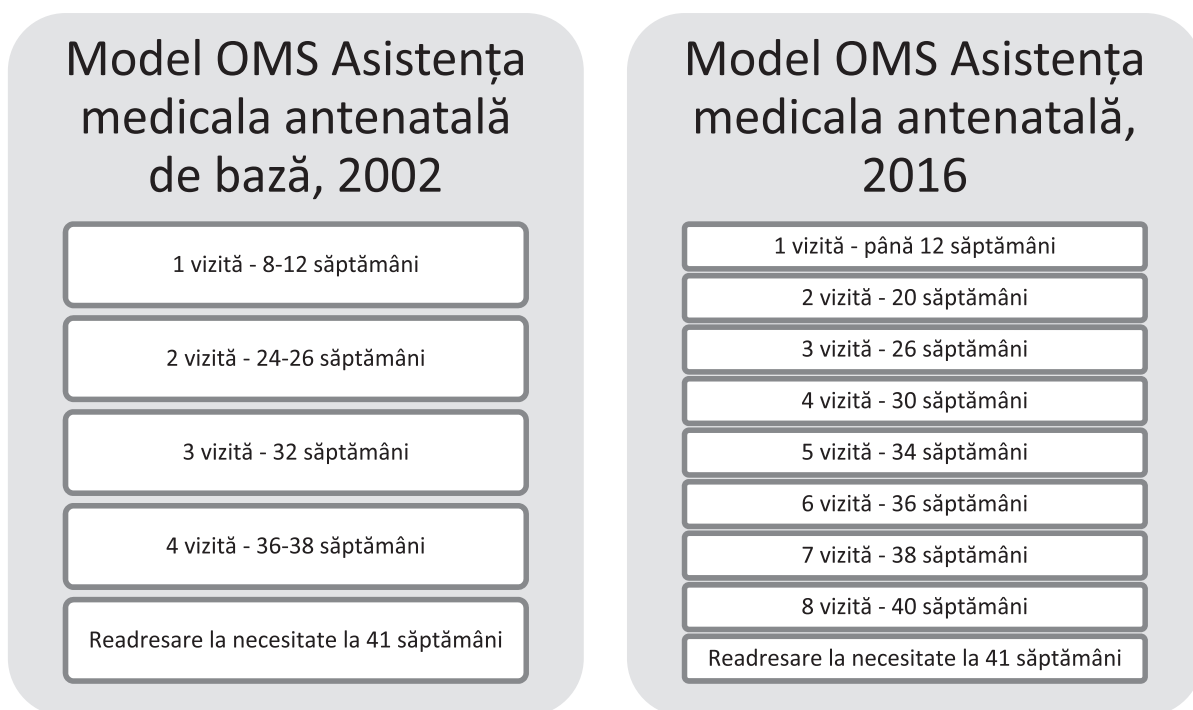


Figura 1. Modele de asistență medicală antenatală, propuse de OMS.

bulatoriu (Ordinul Ministerului Sănătății nr 31 din 27.01.16), care propun un spectru larg de examinări clinice și paraclinice pentru toate femeile gravide [4]. Conform acestor standarde, pe parcursul sarcinii, femeile beneficiază de 7 vizite antenatale la medicul de familie (I-a – la luarea la evidență (până la 12 săptămâni de sarcină), a II-a – la termenul de sarcină de 16-18 săptămâni, a III-a – la 22-24 săptămâni, a IV-a – la 28-30 săptămâni, a V-a – la 32-33 săptămâni, a VI- 35-36 săptămâni, a VII-a – la 38-40 săptămâni) [4]. Conform, listei analizelor de rutina pentru gravidă, prevăzute în Standardele de supraveghere a gravidelor în condiții de ambulatoriu include: grupa de sânge și Rh-factor, titrul de anticorpi la gravidele Rh-negative, hemograma, glucoza în sânge (glicemie simplă și test de toleranță la glucoza), urograma, proteina în urină, HBsAg la gravide nevaccinate, RMP, testarea la markerii HIV. Datele studiului Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) din anul 2012, indică că în Republica Moldova aproximativ 95% femei au beneficiat de cel puțin 4 vizite antenatale la medicul de familie și numai cca 1% dintre gravide nu au efectuat nici o vizită antenatală, mai frecvent fiind femei din grupurile social-vulnerabile [5].

Totodată, la nivel mondial există diverse modele de organizare a asistenței medicale antenatale primare. În conformitate cu Ghidul OMS (2016), „Recomandări OMS privind îngrijirea antenatală pentru o experiență de sarcină pozitivă” este propus modelul de prestare a serviciilor de asistență medicală perinatală, care prevede cel puțin 8 contacte cu personalul

medical pe parcursul sarcinii. Acest model ar înlocui modelul anterior recomandat de către OMS (Asistența medicală antenatală de bază), propus în anul 2002 (Figura 1) [10].

Având în vedere faptul, că infecția cu HIV și malariala fiind cauze indirecte de morbiditate și mortalitate maternă, provoacă aproximativ 25% din decese și complicații extrem de grave la femeile gravide, asistența medicală antenatală oferă o oportunitate importantă pentru prevenirea și tratamentul bolilor concomitente, prin furnizarea de îngrijiri medicale antenatale complexe [6, 7]. În țările cu venituri mici și medii, nivelul de asistență medicală antenatală a sporit din momentul implementării în 2002 a modelului OMS de asistență medicală perinatală, cunoscut sub denumirea de „Asistența medicală antenatală de bază”. Acest model reprezintă o abordare focusată pe monitorizarea sarcinii în cele patru perioade critice [8, 9]. Cu toate acestea, în 2007-2014, la nivel mondial, doar 64% dintre femeile însărcinate au vizitat un lucrător medical de 4 ori, în conformitate cu recomandările OMS. Acest fapt sugerează necesitatea aplicării eforturilor suplimentare la dezvoltarea, organizarea asistenței medicale antenatale și asigurarea calității acesteia [10].

Modelul propus de OMS (2016), permite identificarea femeilor din grupul de risc pentru diferite patologii și complicații ale sarcinii și nașterii, precum: stările hipertensive asociate sarcinii, preeclampsia, HELLP-sindromul, diabetul zaharat gestațional, bacteriuria asimptomatică, grupul de risc pentru hemora-

giile post-partum, etc., în scopul micșorării morbidității și mortalității materne. De asemenea, s-a dovedit că, aplicarea modelului cu un număr mai mare de contacte antenatale produce și o diminuare semnificativă, statistic concludentă, a mortalității și morbidității perinatale [10].

În Federația Rusă sarcina fiziologică este monitorizată în centrele de sănătate pentru femei, prevăzute cel puțin 7 vizite la medicul ginecolog, 2 vizite la medicul internist și stomatolog, câte o vizită la medicul oftalmolog și otorinolaringolog și vizite suplimentare, la necesitate, la medicii specialiști conform patologieilor asociate sarcinii [11]. În majoritatea țărilor Uniunii Europene, modelul prestării asistenței medicale perinatale nu diferă considerabil de cel prezent în Republica Moldova. Totodată, în unele țări, sarcina fiziologică este monitorizată de către moașă și nu necesită implicarea medicului specialist (de exemplu, Marea Britanie) [12].

Conform Hotărârii de Guvern Nr. 886 din 06.08.2007 cu privire la aprobarea Politicii Naționale de Sănătate, gravidele și familiile lor vor beneficia de servicii de susținere psihosocială în timpul sarcinii și nașterii și de un program de pregătire către naștere [13]. Pregătirea psiho-emoțională către naștere a gravidelor are loc în perioada antenatală prin participarea viitoarelor mame și membrii familiei acesteia la ședințe în grupuri, unde se discută diverse subiecte legate de perioadele nașterii, analgezia în naștere, îngrijirea nou-născutului, profilaxia depresiei post-partum. În total sunt prevăzute 4 ședințe de pregătire psiho-emotională către naștere: I-a ședință – după luarea la evidență la medicul de familie, a II-a – la 28-30 de săptămâni de sarcină, a III-a – la 32-33 de săptămâni, a IV-a – la 35-36 de săptămâni, tematica cărora corespunde termenului de gestație, fiind stipulată în Ordinul Ministerului Sănătății nr.31 din 27.01.2016 „Cu privire la aprobarea Standardelor de supraveghere a gravidelor în condiții de ambulatoriu” [1, 4]. Ședințele sunt organizate în instituțiile medicale primare și în secțiile consultative ale Centrelor perinatale.

### Scopul studiului

În cadrul acestui studiu ne-am propus evaluarea nivelului de satisfacție a femeilor aflate în perioada post-partum privind asistența medicală antenatală primară oferită pe parcursul sarcinii prezente. Pentru realizarea scopului, au fost trasate următoarele **obiective**: aprecierea satisfacției privind calitatea asistenței medicale antenatale la nivel primar, inclusiv comunicarea cu personalul medical de sector, evaluarea utilizării Carnetului Perinatal, pregătirea psiho-emoțională, socială și legală în cadrul **școlii mamei**.

### Material și metode de cercetare

Studiul prospectiv a fost realizat în cadrul secțiilor de lăuzie ale IMSP SCM nr. 1 (mun. Chișinău) prin chestionarea a 300 femei, aflate la evidența medicului de familie, care au născut pe parcursul anului 2019. Drept criterii de includere în cercetare au servit următoarele gestante în perioada post-partum, care și-au oferit acordul informat verbal care s-au aflat la evidența medicului de familie cu sarcina curentă. Patru femei au fost excluse din studiu, deoarece nu au fost stabilite la evidența medicului de familie, respectiv nu au beneficiat de îngrijiri antenatale. Dintre ele, în 2 cazuri lăuzele au menționat că nu au dorit să se adreseze la medic, aceste femei au abandonat copiii ulterior post-partum; în alte 2 cazuri pacientele au venit de peste hotare cu termenul avansat de sarcină, argumentând că nu au reușit să se stabilească la evidența medicului de familie.

Chestionarul a inclus 40 de întrebări privind datele generale despre pacientă, anamneza obstetricală, patologii extragenitale, evoluția sarcinii prezente, gradul de satisfacție privind asistența medicală antenatală primară. Datele statistice au fost prelucrate prin intermediul programului SPSS 21.

### Rezultate și discuții

Vârsta femeilor incluse în studiu a variat în limitele 18-47 de ani, majoritatea (59,3±1,7%) având vârsta cuprinsă între 21-30 ani. Totodată 33,1±1,6% din femeile incluse în studiu au avut 31-40 de ani, iar în 3 cazuri (0,9±0,3%) vârsta lăuzelor a depășit 40 de ani (*Tabelul 1*).

*Tabelul 1.*

**Vârsta femeilor incluse în studiu (abs.,%).**

Vârsta femeilor (ani)	N (abs.)	M ±m (%)
↓20	21	7,0±0,9
21-25	73	24,4±1,6
26-30	100	34,4±2,0
31-35	72	24,3±1,6
36-40	27	9,0±1,0
↑40	3	0,9±0,3

Din numărul total de femei incluse în prezentul studiu 33,7±3,1% au fost primigeste, 31,3±2,9% - secundigeste și multigeste – în 35,0±3,4% cazuri.

Analiza rezultatelor obținute prin prisma patologiei extragenitale a evidențiat că majoritatea lăuzelor au anamnezic necomplicat (*Tabelul 2*).

Datele studiului denotă, că afecțiunile extragenitale mai frecvent înregistrate țin de sistemele nefro-urinar și hepatic (17,7%), astfel, ne-am propus să analizăm acest grup de femei prin prisma numărului de vizite antenatale la nivelul asistenței medicale primare.

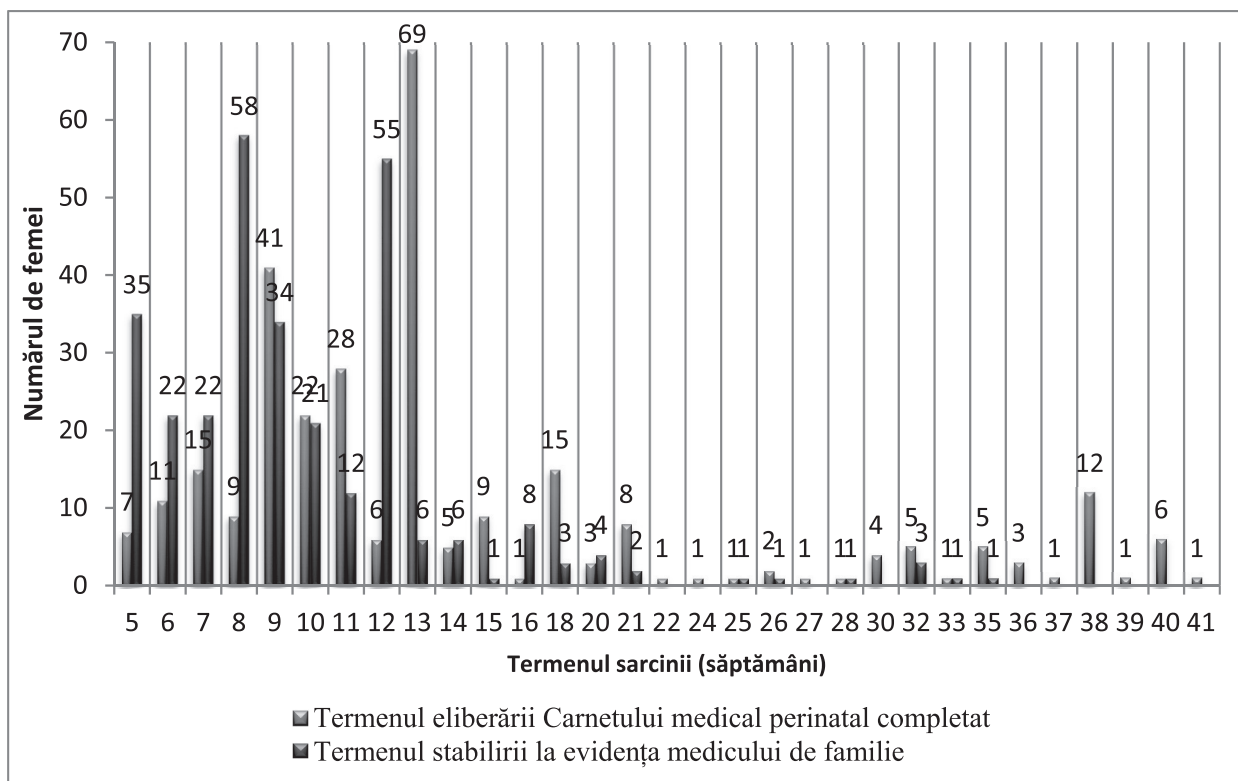


Figura 2. Termenul stabilirii în evidența medicului de familie vs. termenul sarcinii la care a fost elibera Carnetului Perinatal (abs.).

Dintre ele, un număr mic – 35,2% (19 femei) au efectuat mai puțin de 7 vizite la medicul de familie, cele 7 vizite prevăzute de Programul Unic au fost înregistrate la 64,8% (34 f) femei din grupa cercetată, dintre care 24 de femei au efectuat 8 și mai multe vizite antenatale la nivelul asistenței medicale primare. De exemplu, în studiu au fost incluse 11 (3,7±1,1%) lăuze diagnosticate cu colestaza intrahepatică de sarcină, care au necesitat monitoring minuțios din partea medicului de familie și altor specialiști de profil, ținând cont de riscurile materno-fetale crescute și au efectuat cel puțin 8 vizite antenatale la medicul de familie în 72,8% cazuri și vizite suplimentare la alți specialiști: ginecolog, hepatolog, medic internist [14].

În majoritatea cazurilor, femeile incluse în studiu s-au stabilit la evidența medicului de familie la termenul sarcinii până la 12 săptămâni – 68,1±2,5%, la 12-21 săptămâni de gestație – 28,4±1,7%, în 3,5±0,9% cazuri femeile s-au adresat la medicul de familie la termenul sarcinii mai mare de 21 săptămâni. În conformitate cu standardele de îngrijire antenatală carnetul medical perinatal, trebuie să fie eliberat fiecărei gravide la prima vizită, odată cu stabilirea la evidența medicului de familie. Carnetul medical perinatal conține informație succintă despre starea gravidei la momentul vizitei, rezultatele investigațiilor paraclinice, datele gravidogramei și ghidează medicul de familie dar și alți specialiști cu care contactează femeia pe parcursul sarcinii, în evaluarea stării gravidei și a fătului. În studiul actual, la întrebarea despre termenii de sarcină la care s-au stabilit la evidența medicului de familie și la ce termen gestație le-a fost eliberat Carnetul Perinatal (Figura 2), majoritatea femeilor au relatat, că s-au stabilit la evidența medicului de familie până la termenul de 12 săptămâni de gestație - 259 femei, dar numai 139 gravide au primit Carnetul Medical Perinatal. Din răspunsurile unor lăuze, carnetul medical perinatal a fost eliberat cu întârziere, sau nu a fost completat la fiecare vizită, de acest motiv 24 femei din studiu, au primit carnetul perinatal completat la sfârșitul trimestrului III, la termenul 36-41 săptămâni. Conform recomandărilor OMS fiecare gravidă trebuie să dețină actele medicale proprii, cea

Tabelul 2.

**Patologia extragenitală la femeile incluse în studiu (abs., %)**

	Patologie extragenitală (sistemul)	N	M ±m (%)
1	Cardiovascular	6	2,0±0,3
2	Nefro-urinar	33	11,0±1,8
3	Gastro-intestinal	13	4,3±1,2
4	Hepatic	20	6,7±2,0
5	SNC	5	1,7±0,7
6	Endocrin	14	4,7±1,1
7	Respirator	4	1,3±0,7
8	Traumatisme	3	1,0±0,6

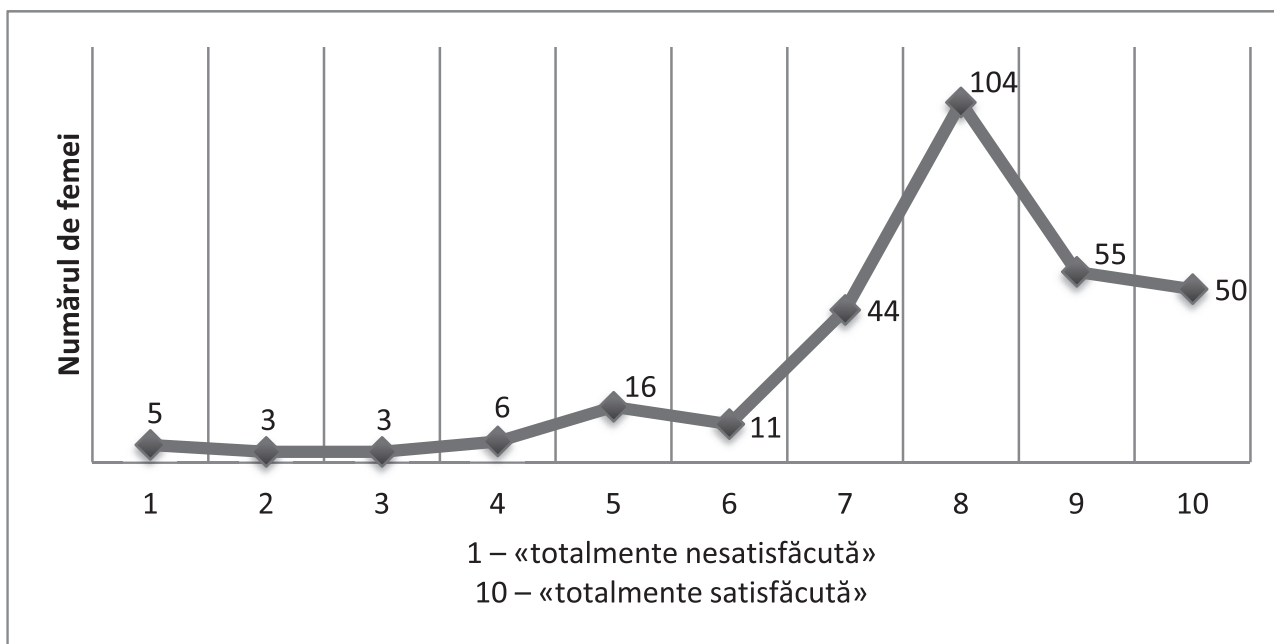


Figura 3. Gradul de satisfacție a femeilor incluse în studiu privind asistența medicală primară (abs.1 – reprezintă «totalmente nesatisfăcută», iar 10 – «totalmente satisfăcută»).

ce contribuie la îmbunătățirea calității asistenței medicale antenatale și la formarea experienței pozitive de sarcină [10]. Totodată unele lăuze au menționat, că carnetul perinatal s-a păstrat preponderent în oficiul medicului de familie pe parcursul sarcinii și pacientele nu au avut acces la el.

În același timp  $10,4 \pm 1,1\%$  din femei au menționat faptul, că au întâmpinat dificultăți în timpul stabilirii

la evidență medicului de familie, dintre care 53,6 % au fost reprogramate pentru câteva săptămâni mai târziu pe motiv că termenul sarcinii era prea mic, 23,8% au fost rugate să prezinte acte/documente suplimentare (certIFICATE de naștere, acte care confirmă viza de reședință, etc.), 10,7% femei au acuzat lipsa timpului liber în orarul medicului și imposibilitatea de a se programa, iar 11,9% au menționat alte cauze care au

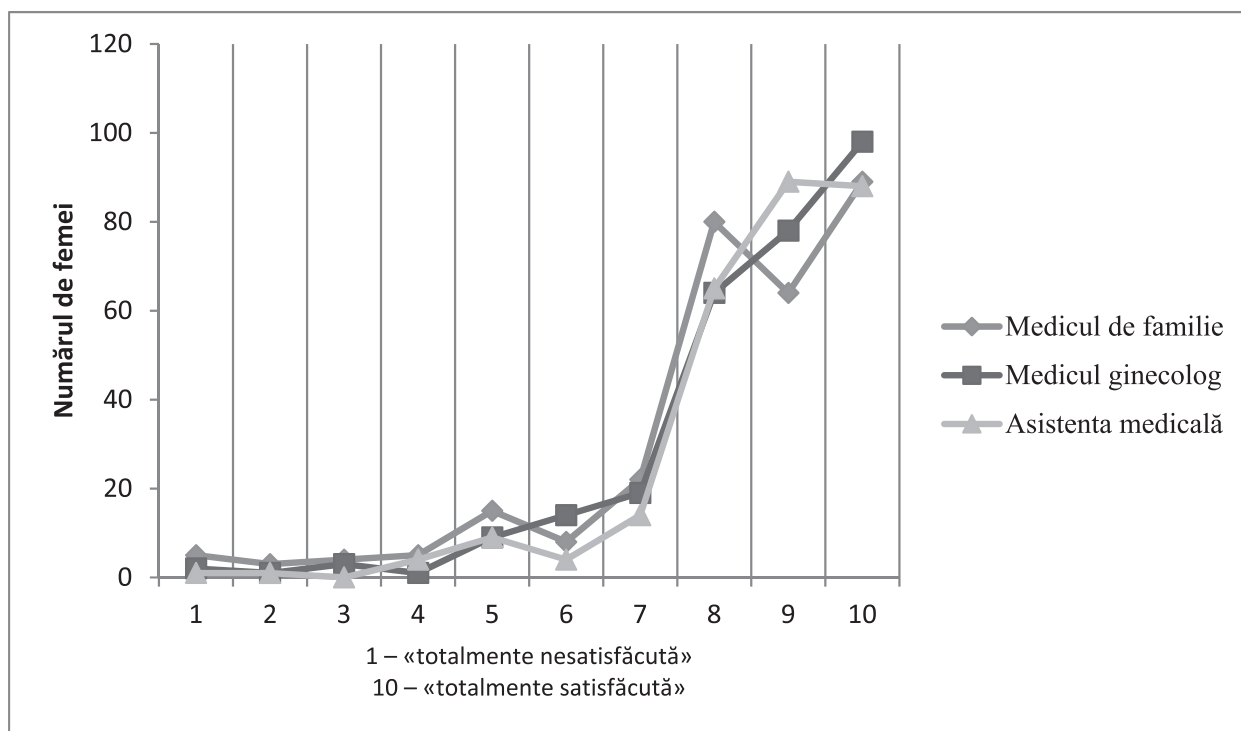


Figura 4. Aprecierea satisfacției femeilor privind asistența medicală primară acordată de către medicul de familie, medicul ginecolog și asistenta medicală/moașă (abs.1 – reprezintă «totalmente nesatisfăcută», iar 10 – «totalmente satisfăcută»).

făcut dificilă înregistrarea în evidența medicului de familie. Cele 7 vizite la medicul de familie pe parcursul sarcinii fiziologice, prevăzute de Programul Unic, au fost efectuate numai de 28,8±2,9% dintre gravidele intervievate. Majoritatea femeilor au efectuat 6 vizite antenatale la medicul de familie – 141 (47,2%) cazuri. Posibil aceste date pot fi explicate prin faptul că nașterea a survenit înainte de vizita a VII-a, programată de obicei la 38-40 săptămâni de gestație. De asemenea, 37 (12,5%) gravide s-au stabilit la evidența medicului de familie mai târziu de 12 săptămâni, astfel, din start au omis câteva vizite programate. Merită atenție faptul că 5 (1,7%) femei s-au stabilit la evidența medicului de familie la un termen avansat de sarcină (32-35 săptămâni), din motiv că nu s-au aflat în țară. Ele au beneficiat de cca 3 vizite antenatale.

Totodată, unele femei au apelat suplimentar la consultul medicului de familie: de 8 (6,4±1,4%), 9 (5,1±1,2%) și 10 (4,7±1,2%) ori pe parcursul sarcinii, fie au fost invitate în oficiul medicului de familie, fiind atribuite unui grup de risc, care presupune monitorizarea mai frecventă a patologiei asociate gravidității.

Pentru aprecierea gradului de satisfacție al femeilor privind asistența medicală antenatală prestată femeilor la nivel de sector primar, le-am propus lăuzelor să aprecieze pe o scală de la 1 la 10 satisfacția lor, unde 1 – reprezintă „totalmente nesatisfăcută”, iar 10 – „totalmente satisfăcută”. Analizând datele, am constatat că majoritatea femeilor apreciază înalt calitatea asistenței medicale primare. Astfel, satisfacția a fost apreciată cu 8 puncte și mai mult de către 70,2% din femei. În același timp, satisfacția a fost apreciată cu note de la 1 la 5 doar în 11,1±1,9% cazuri (*Figura 3*).

Totodată, am solicitat femeilor incluse în studiu, să acorde o notă de la 1 la 10 gradului de satisfacție pentru serviciile oferite de medicul de familie, medicul ginecolog din sector, asistenta medicală/moașă, datele obținute fiind prezentate în *Figura 4*. De menționat faptul, că 8 paciente nu au vizitat medicul ginecolog la sectorul primar, din cauza lipsei specialistului sau din cauza lipsei unei comunicări eficiente cu medicul, ce a cauzat necesitatea de a apela la un consult particular al ginecologului. Alte 22 femei nu au putut aprecia atitudinea asistentei medicale sau moașei din motiv că nu în toate sectoarele medicul de familie activează împreună cu asistenta medicală.

În urma analizei interviurilor semistructurate au fost determinate situațiile în care femeile nu au fost satisfăcute de calitatea asistenței medicale acordate de către medicul de familie, medicul obstetrician-ginecolog din sectorul primar și asistenta medicală/moașă. Majoritatea pacientelor au menționat că sunt nesatisfăcute de durata insuficientă a consultației, care este prevăzută pentru un pacient în orarul me-

dicului de familie, fapt care a afectat calitatea actului medical. Unele femei au menționat, că medicul „nici nu ridică ochii la gravidă”, din cauză, că „numai completează documentația medicală”, practic neavând posibilitatea de a conversa, de a răspunde la întrebări. Pentru gravide este important să se discute cu ele despre îngrijorările, fricile lor, despre unele modificări, ce survin odată cu sarcină, despre semnele de pericol, etc. Aproximativ 20% din femei chestionate au menționat o atitudine mai puțin prietenoasă din partea personalului medical, pe alocuri chiar fiind nepoliticoasă. În același timp cca 15% cazuri femeile consideră că medicul de familie nu este suficient de competent în problemele ce țin de sarcină.

La întrebarea, „Ați ales să mergeți la un medic ginecolog-obstetrician în afară de CMF pentru o consultație suplimentară în timpul sarcinii?” – 35,5±2,7% dintre femeile intervievate au răspuns ca au apelat la consult suplimentar a medicului obstetrician-ginecolog într-o maternitate de stat, 9,0±1,7% de femei – că au beneficiat de asistență într-o maternitate privată și 10,4±1,7% - au fost consultate de către medicii obstetricieni-ginecologi în mai multe instituții de profil. În același timp, 45,1±2,9% din femei au vizitat numai medicul obstetrician-ginecolog de la sectorul primar.

De asemenea, ne-am propus să aflăm părerea femeilor despre calitatea consultațiilor acordate de către personalul medical la nivelul sectorului primar. În acest scop, au fost chestionate lăuzele cu privire la faptul dacă au primit răspunsuri la toate întrebările lor pe parcursul îngrijirilor antenatale. Majoritatea femeilor, și anume 83,2%, 84,8% și 87,5% corespunzător, au răspuns că atât medicul de familie, asistenta medicală, cât și medicul ginecolog au fost receptivi la toate îngrijorările și preocupările gravidelor. Pe de altă parte, un număr mic de lăuze, au menționat că în 16% cazuri medicul de familie nu a răspuns suficient la întrebări din lipsă de sau a unei comunicări eficiente (*Figura 5*).

La întrebarea „Vi s-a explicat de ce este necesară fiecare analiză prelevată?” - 73,7±2,6% din femei au răspuns că au primit informație în volum deplin despre investigațiile pe care urmau să le facă. Însă, din numărul pacientelor care nu au beneficiat de informații cu privire la scopul investigațiilor, 34 (43,5%) consideră că nu au avut o comunicare eficientă cu medicul de familie, alte 26 (33,3%) femei au răspuns că medicul nu are timp suficient în programul său, iar 18 femei (23,2%) nu au prezentat interes pentru investigațiile prevăzute de programul Unic.

Conform datelor statistice (2015), în Republica Moldova aproximativ 99,0% din numărul de gravide, aflate la evidența medicului de familie cu sarcina curentă, sunt testate la HIV. Pe parcursul anului 2015, au fost investigate 50317 femei gravide, testate

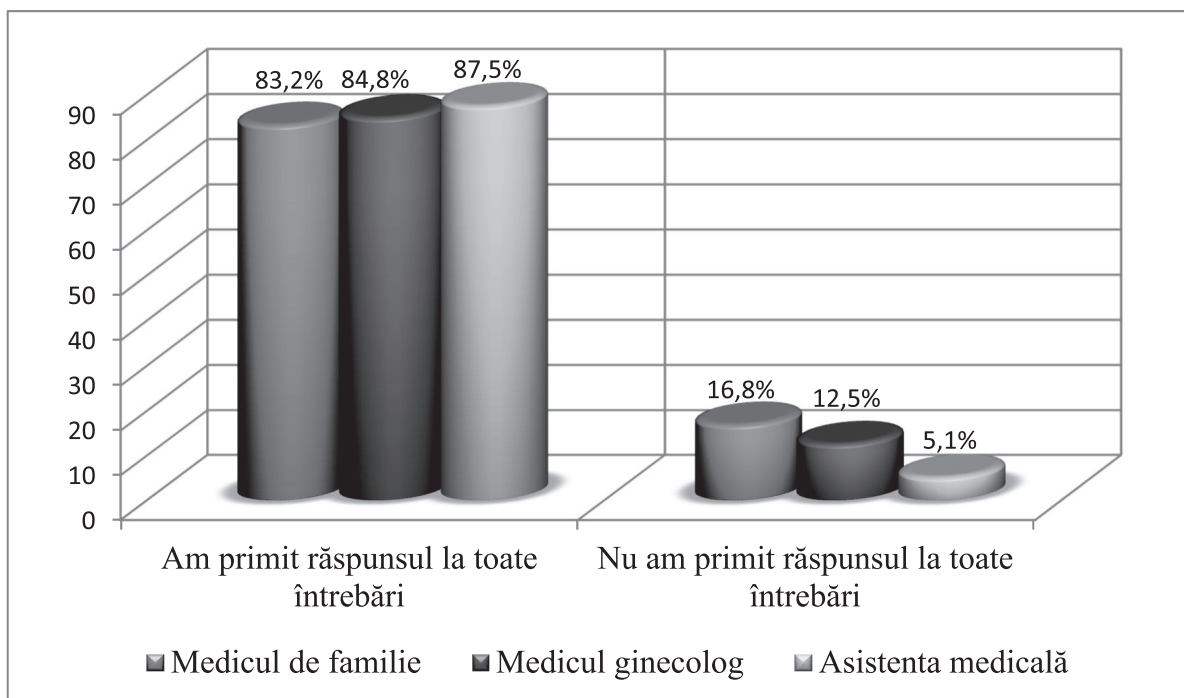


Figura 5. Receptivitatea personalului medical din sectorul primar la îngrijorările gravidelor incluse în studiu (%).

la HIV în laborator- dintre care 92 de femei au fost depistate HIV pozitive [15]. Ținând cont de faptul că fiecare gravidă trebuie investigată la HIV, conform recomandărilor OMS [10], lăuzele au fost chestionate dacă au fost consultate cu privire la necesitatea efectuării testului dat. Prin urmare,  $93,9 \pm 1,5\%$  au beneficiat de consultul pre- și post-test la HIV de către medicul de familie. Majoritatea femeilor (288 cazuri,  $97,0 \pm 1,0\%$ ) au fost informate despre rezultatul testării HIV personal, la vizita ulterioară, însă în pofida faptului, că gravida trebuie să fie informată despre rezultatul testării HIV personal, o pacientă ( $0,3 \pm 0,3\%$ ) a primit răspunsul la telefon, 8 persoane ( $2,7 \pm 0,9\%$ ) nu au fost informate despre rezultatul testării.

Testul de toleranța la glucoza este inclus în lista analizelor la nivel de asistența medicală primară și este efectuat la gravidelor în prezența indicațiilor medicale la termenul de 24-28 săptămâni, fiind recomandat și de către OMS [10]. În studiul nostru doar 120 ( $40,1 \pm 2,9\%$ ) femei au efectuat testul de toleranță la glucoză, iar  $1,0 \pm 0,6\%$  femei au refuzat testarea. Conform Standardelor de supraveghere a gravidelor în condiții de ambulatoriu, tensiunea arterială a gravidei trebuie să fie măsurată la ambele mâni la fiecare vizita antenatală. Totodată, înălțimea fundului uterin trebuie apreciat la fiecare vizita începând cu termenul de 24 săptămâni de gestație. Rezultatele studiului denotă că tensiunea arterială a fost măsurată la fiecare adresare la medicul de familie în  $95,3 \pm 1,2\%$  cazuri, iar înălțimea fundului uterin a fost apreciată la fiecare vizită (începând cu săptămâna 24 de gestație) în  $96,0 \pm 1,2\%$  cazuri.

Consilierea cu privire la semnele de pericol în sarcină este extrem de importantă, fiind un instrument foarte eficient în profilaxia complicațiilor gravidității. În urma analizei datelor și a interviurilor semistructurate am constatat că un număr destul de mare din femeile chestionate ( $17,7 \pm 2,1\%$ ) nu au beneficiat de consultul medicului cu privire la semnele de pericol în sarcină.

Pregătirea psiho-emoțională, socială și legală a gravidei și membrilor familiei ei către sarcină și naștere este oferită fiecărei femei însărcinate la nivel de asistența medicală primară. În afară de ședințele individuale, OMS recomandă și ședințele în grup, conform preferințelor femeilor și ținând cont de resursele disponibile, dezvoltarea infrastructurii, precum și prezența personalului medical specializat în domeniu dat [10]. Ședințele de pregătire psiho-emoțională în sarcină au fost frecventate de un număr mic de respondente - 35 ( $11,7 \pm 2,0\%$ ) femei. La cele 4 ședințe prevăzute de pregătire psiho-emoțională au participat, numai  $17,2\%$  gravide (Figura 6). Astfel, majoritatea absolută 264 ( $88,3 \pm 1,9\%$ ) femei nu au frecventat ședințele de pregătire către naștere, din ele: 126 ( $47,7\%$ ) femei au menționat că nu au fost informate despre posibilitatea frecventării școlii mamei, 62 ( $23,5\%$ ) femei au relatat că nu au avut timp liber suficient, iar 25 ( $9,4\%$ ) femei nu au fost interesate de ședințele date. De asemenea, 45 ( $17,5\%$ ) femei au menționat că au frecventat ședințele de pregătire psiho-emoțională către naștere în sarcinile precedente, iar 5 ( $1,9\%$ ) femei nu au precizat nici o cauză plauzibilă.

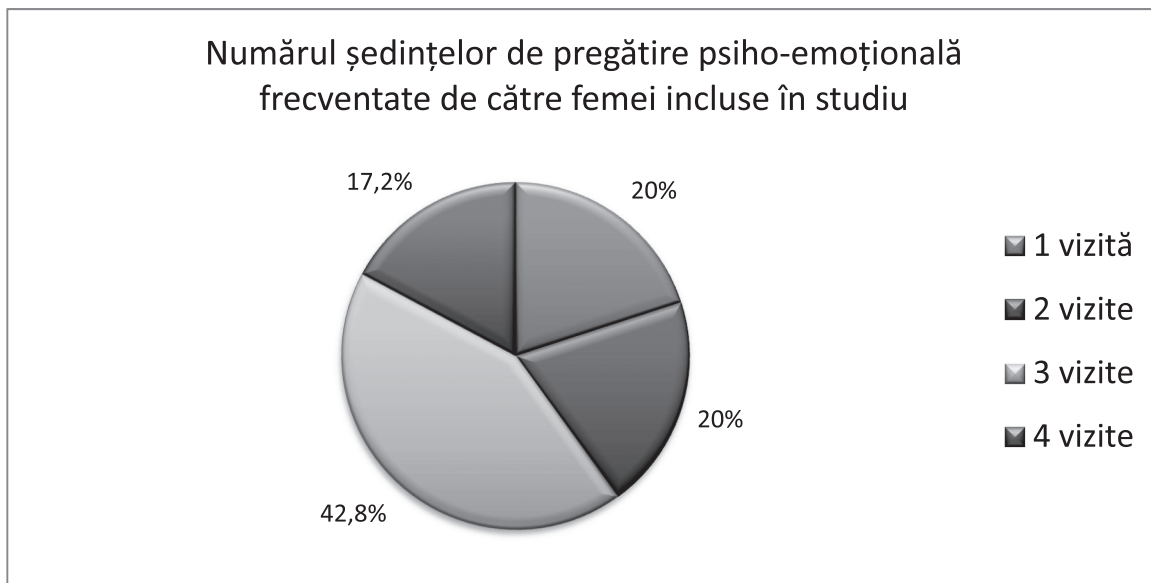


Figura 6. Numărul ședințelor de pregătire psiho-emoțională frecventate de către femeile incluse în studiu (%)

Din numărul total de femei, care au beneficiat de pregătirea psiho-emoțională către naștere 62,8% gestante au frecventat cursul de instruire în centrele medicilor de familie, 28,5% din gravide au ales cursuri private și 8,7% femei au frecventat școala mamei în maternitate. Numai 34,3% dintre respondentele la acest capitol au vizitat școala mamei împreună cu soțul sau partenerul, 40% au menționat că partenerul nu a avut timp suficient, 14,3% - partenerul nu a fost interesat, iar în 11,4% cazuri femeile nu au fost informate despre posibilitatea frecventării școlii mamei împreună cu partenerul. Pe o scală de la 1 la 10 majoritatea femeilor au apreciat înalt calitatea serviciilor

acordate în contextul pregătirii psiho-emoționale către naștere (Figura 7).

**Concluzii**

1. În articolul prezent au fost analizate câteva aspecte pozitive privind evaluarea calității asistenței medicale antenatale primare, precum faptul că majoritatea dintre femeile chestionate - 88,9%, apreciază înalt calitatea asistenței medicale antenatale primare, iar 82,3% gestante au beneficiat de consultul medicului cu privire la semnele de pericol în sarcină.

2. În conformitate cu standardele de supra-

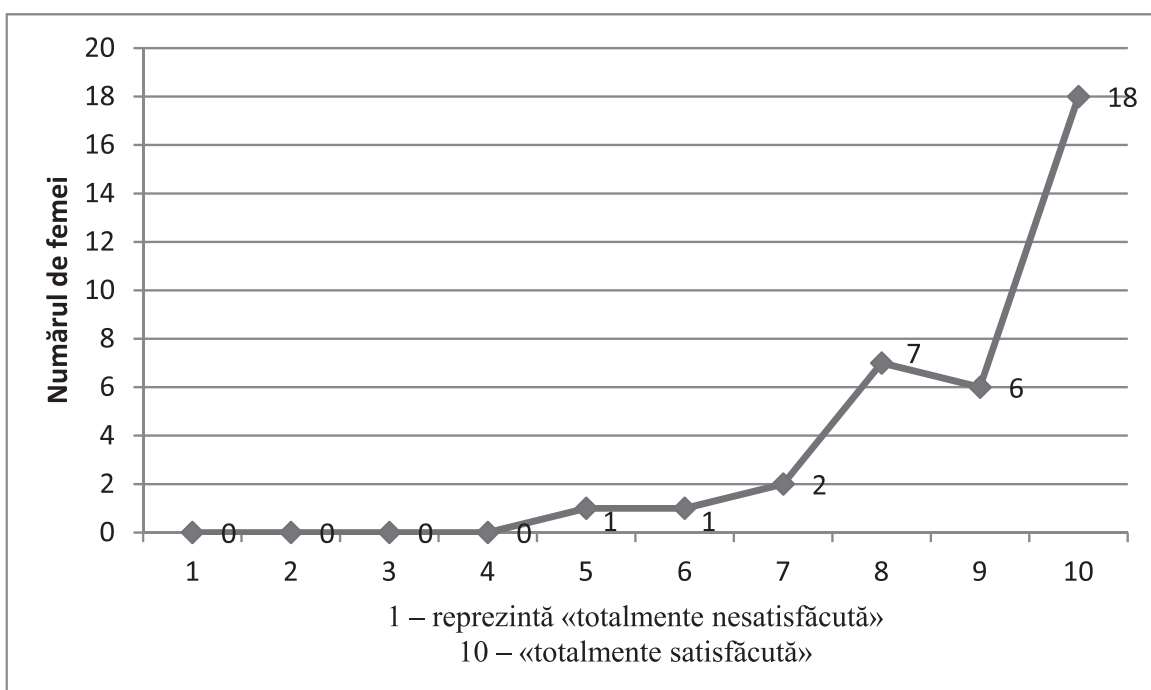


Figura 7. Aprecierea calității pregătirii psiho-emoționale prestate femeilor incluse în studiu (abs.).



veghere a gravidelor în condiții de ambulatoriu în majoritatea cazurilor, femeile incluse în studiu, au demonstrat o adresabilitate destul de înaltă pentru înregistrarea în evidența medicului de familie la termenul sarcinii până la 12 săptămâni – 68,1±2,5%, la 12-21 săptămâni – 28,4±1,7% și 3,5±0,9 % cazuri - la un termen mai mare de 21 săptămâni de gestație.

3. Pe parcursul sarcinii investigațiile de rutină, înregistrate în Carnetul perinatal, au fost efectuate după cum urmează: testarea la HIV (93,9±1,5% cazuri), testul de toleranță la glucoză femei (40,1±2,9% cazuri), măsurarea tensiunii arteriale la fiecare adresare la medicul de familie (95,3±1,2% cazuri), aprecierea înălțimii fundului uterin la fiecare vizită (începând cu săptămâna 24 de gestație) în 96,0±1,2% cazuri.

4. În cadrul îngrijirilor antenatale au fost înregistrate rezerve substanțiale în ce privește pregătirea psiho-emoțională, socială și legală a gravidei și membrilor familiei ei, parteneriatul în sarcină și naștere. Numai 11,7±2,0% (35 femei) au vizitat școala - mamei din cadrul pregătirii psihosociale, sociale și legale. Dintre care, 62,8% femei, au frecventat ședințele în policlinică la locul de trai, 28,5% au vizitat cursuri particulare și 8,7% femei au frecventat școala mamei în maternitate. Majoritatea femeilor apreciază înalt calitatea prestării serviciilor acordate în contextul școlii mamei, dintre care 51,5% sunt totalmente satisfăcute de ședințele din cadrul pregătirii psihosociale.

### Lista abrevierilor

RMP: Reacția Microprecipitare Pentru Analiza Sifilis; HIV: Virusul Imunodeficienței Umane; OMS: Organizația Mondială a Sănătății.

### Bibliografie

1. The Third Report on Millennium Development Goals. Republic of Moldova, 2013 [https://www.undp.org/content/dam/unct/moldova/docs/pub/mdg/3rdMDGReport\\_Eng.pdf](https://www.undp.org/content/dam/unct/moldova/docs/pub/mdg/3rdMDGReport_Eng.pdf)
2. Analiza Situației Populației: Republica Moldova, Chisinau 2016 [https://moldova.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PSA\\_RO.pdf](https://moldova.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PSA_RO.pdf)
3. Hotărîre de Guvern Nr. 1387 din 10.12.2007 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=326302>
4. Ordinul Ministerului Sănătății nr.31 din 27.01.2016 Cu privire la aprobarea Standardelor de supraveghere a gravidelor în condiții de ambulatoriu. [http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord.\\_mr.\\_31\\_](http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord._mr._31_)

[din\\_27.01.1016\\_standardele\\_noi\\_gravide\\_in\\_conditii\\_de\\_ambulator\\_1.pdf](#)

5. Raport final: Studiu de indicatori multipli în cui-buri (MICS), Republica Moldova, 2012, Chișinău, 2014.

6. Souza JP, Gülmezoglu AM, Vogel J, Carroli G, Lumbiganon P, Qureshi Z et al. Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multi-country Survey on Maternal and Newborn Health): a cross-sectional study. *Lancet*. 2013;381(9879):1747–55. doi:10.1016/S0140-6736(13)60686-8.

7. Интегрированное ведение беременности родов (ИВБР). In: Здоровье матерей, новорожденных, детей и подростков. Женева: Всемирная организация здравоохранения ([http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/maternal/impac/ru/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/impac/ru/), по состоянию на 17 октября 2016 г.).

8. Lincetto O, Mothebesoane-Anoh, Gomez P, Munjanja S. Chapter 2: Antenatal care. In: Lawn J, Kerber K, editors. Opportunities for Africa's Newborns: practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa. Geneva: World Health Organization; 2006: 51–62 ([http://www.who.int/pmnch/media/publications/aonsectionIII\\_2.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/publications/aonsectionIII_2.pdf), по состоянию на 6 октября 2016 г.).

9. WHO antenatal care randomized trial: manual for the implementation of the new model. Geneva: World Health Organization; 2002 ([http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/RHR\\_01\\_30/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/RHR_01_30/en/), по состоянию на 6 октября 2016 г.).

10. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience, 2017.

11. Приказ Минздрава России от 01.11.2012 N 572 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю „акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» [http://opckursk.ru/upload/norm\\_documents/13.pdf](http://opckursk.ru/upload/norm_documents/13.pdf)

12. EBCOG. Стандарты охраны здоровья женщин в Европе: Службы родовспоможения и охраны неонатального здоровья: Европейский Совет и Коллегия по акушерству и гинекологии, 2014 г. <https://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/50328-UNFPA-Standards%20of%20Care%20for%20Obstetric%20and%20Neonatal%20Services-RU-Web.pdf>

13. Hotărîre de Guvern Nr. 886 din 06.08.2007 cu privire la aprobarea Politicii Naționale de Sănătate <http://lex.justice.md/md/324940/>

14. Puljic A, Kim E, Page J, Esakoff T, Shaffer B, La-Coursiere DY, Caughey AB. The risk of infant and fetal death by each additional week of expectant management in intrahepatic cholestasis of pregnancy by gestational age. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 212: 667.e1-667.e5 [PMID: 25687562 DOI: 10.1016/j.ajog.2015.02.012]

15. Monitorizarea controlului infecției HIV în Republica Moldova, anul 2015; Chișinău, 2016, [www.cnms.md](http://www.cnms.md)