

ASISTENȚA SOCIALĂ A COPIILOR CU PĂRINȚI VULNERABILI SOCIO-ECONOMIC: O PROBLEMĂ DE ACTUALITATE ÎN SPITALUL DE PEDIATRIE

Tamara Solange Roșu ^[1]

Magdalena Iorga ^[2]

Smaranda Diaconescu ^[3]

Rezumat

Scopul studiului: prezentarea datelor statistice cu privire la cazurile de copii care provin din familii cu statut socio-economic scăzut admiși într-o unitate de primire urgențe, în perioada aprilie 2014 – martie 2016. Material și metode: În unitatea de urgență a unui spital clinic de urgență pentru copii din nord-estul României, au fost admiși 79.779 pacienți cu vârstă între 0 și 18 ani (42.119 în primul an și 37.660 în al doilea an). Dintre aceștia, peste 55% dintre pacienți au fost spitalizați. Din totalul internărilor, un număr de 505 (263 băieți și 242 fete) au necesitat asistență socială. Datele au fost obținute de la departamentul de statistică al spitalului și au fost prelucrate cu Microsoft Office Excel 2007. Cercetarea a respectat toate standardele etice, asigurând confidențialitatea datelor personale. Rezultate: numărul copiilor din mediul rural este de trei ori mai mare, comparativ cu cei din mediul urban. Cele mai numeroase cazuri care necesită consilierea asistentului social sunt cazurile de neglijență (34.65%), intoxicații voluntare medicamentoase, tip parasuicid (17.42%), consum de alcool sau etnobotanice (13.85%) și abuz fizic (10.69%). Concluzii: copii provenin din familii cu statut socio-economic scăzut din mediul rural, internați pentru neglijență, intoxicații voluntare și abuz fizic reprezintă principalele cauze pentru care este necesar suportul asistentului social dintr-un spital de pediatrie. Nu există diferențe în funcție de gen.

Cuvinte cheie: *copil, asistență socială, unitate primire urgențe, metode de intervenție.*

1. Introducere

Problematika abordată se încadrează în una din tematicile abordate de Revista de Economiei Sociale respectiv *familia – ca unitate a structurii*, cu accent pe formele pe care le îmbracă neglijarea părinților asupra dezvoltării copilului.

[1] Tamara Solange Roșu, medic primar, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Sfânta Maria” din Iași, șef lucrări dr., Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T.Popa”, Strada Universității nr 16, cod postal 700115, Iași, România, tamara.solange.rosu@umfiasi.ro;

[2] Magdalena Iorga, psiholog clinician, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Sfânta Maria” din Iași, șef lucrări dr., Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T.Popa”, Strada Universității nr 16, cod postal 700115, Iași, România, magdalena.iorga@umfiasi.ro (autor corespondent);

[3] Smaranda Diaconescu, medic primar, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Sfânta Maria” din Iași, șef lucrări dr., Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T.Popa”, Strada Universității nr 16, cod postal 700115, Iași, România, smaranda.diaconescu@umfiasi.ro.

Situația socio-economică din România a dus la creșterea numărului de familii (și în consecință, de copii) aflați în diferite categorii de risc: riscul de a fi abandonati în instituții sau pur și simplu pe stradă, riscul de a fi încredințați pe perioade nedeterminate unor instituții, riscul de a fi abuzați de propria familie sau de alte persoane, de a deveni delincvenți sau victime ale violenței și abuzurilor; într-un cuvânt, riscul de a nu crește într-un mediu familial bazat pe dragoste și suport pentru dezvoltarea lor normală (Diaconescu, Iorga, Gimiga, & Olaru, 2015; Soponaru, Semeniuc, Diaconescu, & Iorga, 2015; Hornor, 2014). Mediile din care provin copiii și părinții acestora sunt caracterizate de o slabă și foarte slabă coeziune socio-economică, cu locuri de muncă foarte puține și servicii sociale insuficiente și depășite de problematicile sociale cu care se confruntă.

Spitalul este una dintre instituțiile care are cea mai mare nevoie de servicii de asistență socială și de persoane pregătite să se ocupe de probleme precum: consilierea pacienților, prevenirea abandonului, realizarea unor evaluări sociale pentru identificarea aparținătorilor copiilor ce se internează și care ajung în atenția medicilor, dar și reprezentarea persoanelor asistate medical în fața autorităților.

Cazuistica asistenților sociali este foarte diversă: copiii neglijați sau victime ale abuzurilor (fizice, sexuale), mame minore, copiii ai căror părinți refuză să își asume responsabilitatea creșterii și îngrijirii minorilor, copii fără forme legale, tineri consumatori de alcool sau alte droguri, adolescenți cu tentative de suicid etc. (Laslett, Room, Dietze, & Ferris, 2012; Freisthler, Johnson-Motoyama, & Kepple, 2014).

Soluționarea situațiilor de risc în care se află copiii implică o strânsă colaborare cu medicii din spital, cu aparținătorii legali ai copiilor, dar și cu autoritățile locale (direcțiile generale de asistență socială și protecția copilului (DGASPC), poliție, primării, servicii publice specializate de asistență socială, diverse organizații neguvernamentale, alte unități sanitare).

Asistentul social acordă sprijin copiilor aflați în situație de risc. Aceștia sunt reprezentați de minorii ale căror drepturi le sunt încălcate datorită anumitor circumstanțe și condiții nefavorabile de ordin social, economic, medical, psiho-emoțional, abuzului, neglijării sau constării că părinții sau reprezentanții legali ai copilului sunt susceptibili de îndeplinirea necorespunzătoare a obligațiilor privind creșterea și îngrijirea copilului.

2. Material și metode

Pe parcursul a doi ani, în perioada aprilie 2014-martie 2016 s-au înregistrat 79.779 de cazuri, dintre care 42.119 cazuri au fost înregistrate în primul an și 37.660 cazuri, în al doilea an. Din totalul cazurilor, un procent de 55 dintre copii au fost spitalizați. Din totalul internărilor, un număr de 505 copii au necesitat asistență socială din partea specialiștilor din spitalul de copii. Datele statistice de la departamentul de statistică al spitalului au fost obținute în urma obținerii avizului de etică al comisiei. Cercetarea a respectat toate standardele etice de cercetare și a asigurat confidențialitatea datelor personale, atât cu privire la cele medicale cât și al cele care țin de familie, asigurându-se datele referitoare la asigurarea protecției copilului. Datele obținute au fost prelucrate cu programul Microsoft Office Excel 2007.

3. Rezultate

3.1. Date demografice

Un număr de 505 copii au necesitat asistență socială, cu o medie de 21.04 de cazuri/lună (23.8 cazuri/lună în primul an și 18.25 cazuri/lună în al doilea an). Dintre aceștia, 52 nu au avut însoțitor legal și la 30 dintre copii nu s-a înregistrat CNP-ul.

Din totalul pacienților l-a care s-a cerut suportul departamentului de asistență socială, un număr de 22 de minori au fost reprezentați de mame minore sau adolescente însărcinate, reprezentând 4.35%.

Din analiza datelor statistice înregistrate în cei doi ani se remarcă faptul că există o frecvență mai mare a cazurilor în perioada mai-iulie, octombrie-noiembrie și luna martie. Din analiza detaliată a celor doi ani, putem spune că lunile cu frecvența cea mai ridicată în cazuistica ce necesită intervenția asistenților sociali sunt lunile martie, mai, octombrie, noiembrie. Distribuția cazurilor în funcție de lună și an este prezentată în Tabelul 1.

Tabel 1. Distribuția cazurilor în funcție de lunile anului

	Apr.	Mai	Iunie	Iulie	Aug.	Sept.	Oct.	Noi.	Dec.	Ian.	Feb.	Martie	
2014	25	28	36	32	12	10	25	33	5	16	24	40	286
2015	12	28	15	11	22	19	23	21	14	18	13	23	219
Total	37	56	51	43	34	29	48	54	19	34	37	63	505

Din totalul copiilor cărora li s-a acordat asistență socială, 263 sunt fete și 242 sunt băieți, diferența în funcție de variabila gen fiind de 10%. Un număr de 396 dintre aceștia provin din mediul rural și 109 din mediul urban. Se observă astfel că numărul copiilor din mediul rural, care necesită suportul unui asistent social este de 3:1, comparativ cu mediul urban. Distribuția în funcție de an și gen este prezentată în Tabelul 2.

Tabel 2. Distribuția cazurilor în funcție de gen

	2014	2015	Total ani
Feminin	142	121	263
Masculin	144	98	242
Total /sex	286	219	505

3.2. Date medicale

Un total de 34.65% dintre cazurile asistate (N = 175) au fost pentru neglijare, 10.69% (N = 54) pentru agresiune fizică, 3.36% (N = 17) pentru agresiune sexuală, 9.1% (N = 46) pentru consum de alcool, 4.75% (N = 24) pentru consum de etnobotanice și 17.42% (N = 88) pentru intoxicații voluntare/para-suicid. Din totalul de 1091 intoxicații înregistrate pe parcursul celor doi ani este, cele voluntare reprezintă 8.06%. distribuția cazurilor pe cei doi ani este prezentată în Tabelul 3.

Neglijarea nevoilor fizice și psiho-emoționale ale copilului de către adultul responsabil de creșterea sa reprezintă, prin urmare, cea mai frecventă formă de abuz și de violență asupra copiilor. **Neglijarea este o formă non-fizică a violenței și reprezintă incapacitatea sau refuzul adultului de a asigura dezvoltarea copilului în toate**

aspectele vieții sale (Luca, 2014, p. 38). Ea poate fi de mai multe feluri:

- **Alimentară** – copilul nu este hrănit corespunzător nevoilor sale (hrana nepotrivită sau administrată necorespunzător; privare de hrană etc.);
- **Vestimentară**– copilul nu are haine, sau este îmbrăcat nepotrivit și murdar;
- **Neglijarea igienei** – lipsa igienei corporale, mirosuri respingătoare, paraziți;
- **Medicală** – când părinții nu se îngrijesc de sănătatea copilului și de efectuarea controalelor medicale de rutină;
- **Neglijarea educațională** – neînscrierea copilului la grădiniță / școală, lipsa preocupării părinților pentru stimularea intelectuală a copilului, inconsecvența sistemului de pedepse și recompense, lipsa de urmărire a progreselor școlare;
- **Neglijarea emoțională** – cea mai frecventă și cea mai insidioasă formă de neglijare (lipsa atenției din partea adultului pentru copil, lipsa contactelor fizice, a semnelor de afecțiune, a cuvintelor de apreciere);
- **Părăsirea copilului / abandonul** reprezintă cea mai gravă formă de neglijare și abuz.

Tabel 3. Distribuția cazurilor de asistență socială în funcție de an calendaristic

	2014	2015	
neglijare	119	56	175
agresiune fizică	31	23	54
agresiune sexuală	14	3	7
consum de alcool	24	22	46
consum de etnobotanice	9	15	24
intoxicație voluntară medicamentoasă/parasuicid	51	37	88
Total/ani/grand total	248	156	404

3.3. Date cu privire la acordarea serviciilor de asistență socială

Pentru un număr de 16 dintre copiii s-a realizat prevenirea abandonului și pentru 40 dintre copii s-au constituit grupuri de discuție pentru consiliere în vederea cunoașterii drepturilor. Măsurile luate de asistentul social, în cazurile descrise, în majoritatea cazurilor, a fost de integrare în familia de origine (reintegrare familială) și pentru 75 dintre minori s-au luat măsuri de protecție socială, fiind preluați de DGASPC-uri pentru plasamentul în regim de urgență la un asistent maternal profesionist sau într-un centru de plasament, pentru cei ce se află în situație de risc major în familia biologică.

În cazul abuzurilor fizice și sexuale intrafamiliale, asistentul social sesizează serviciile publice de asistență socială din cadrul primăriilor și / sau DGASPC-urile din județele din care provin pacienții.

În cazul abuzul de substanțe (alcool sau etnobotanice, medicamente) o situație des întâlnită în rândul adolescenților, asistentul social consiliază atât minorii cât și aparținătorii acestora cu privire la riscurile consumului de droguri sau alcool și atrage atenția părinților asupra faptului că, repetarea situației de risc, atrage după sine intervenția autorităților locale (DGASPC, primării, poliție). De asemenea, asistentul social oferă aparținătorilor informații despre instituțiile care pot oferi suport familiilor în astfel de situații, cum ar fi centrul pentru prevenirea consumului de alcool (CEPCA) sau diverse ONG-uri.

Pentru pacienții fără acte de identitate asistentul social oferă aparținătorilor legali informații cu privire la demersurile necesare întocmirii certificatului de naștere sau cu privire la înregistrarea tardivă a nașterii pentru copii cu vârsta mai mare de trei ani.

În ceea ce privește prevenirea abandonului în spital, din cele 16 cazuri instrumentate, au existat doar două situații de minori abandonați în unitatea medicală. Aparținătorii sunt consiliați cu privire la drepturile și obligațiile părintești, dar și consecințele unui asemenea gest.

În cazul tentativă de suicid / ingestiilor medicamentoase, asistentul social consiliază aparținătorii cu privire la importanța supravegherii minorului pentru a nu mai ajunge în această situație, dar și de realizarea unui plan de viitor pentru a monitoriza permanent toate schimbările ce intervin în legătură cu starea sa de sănătate fizică și psihică. Majoritatea cazurilor sunt la adolescenți, aflați la o perioadă

biologică și psihologică cu tumultuoase schimbări care pot induce minorului convingerea neputinței și a revoltei. Astfel de gesturi pot surveni în urma revoltelor intrafamiliale, relațiilor de cuplu sau a eșecului școlar. Nu puține sunt cazurile în care gesturile survin ca urmare a sentimentului de abandon, consecutiv părăsirii copilului de părinții care se reîntorc la muncă în străinătate.

Consilierea asupra drepturilor se referă la consilierea și informarea părinților cu privire la drepturile și obligațiile pe care le au în creșterea și educarea copiilor, se identifică și se evaluează situația familială.

În cazul minorelor însărcinate sau a mamelor minore, se intensifică consilierea cu privire la necesitatea supravegherii medicale de către medicul curant cât și de către medicul de familie, în beneficiul ambilor (mama și copilul). Se orientează atenția către aparținătorii legali, de multe ori nemulțumiți de situația minorei. În cazul adolescentelor însărcinate, de cele mai multe ori, sarcina este descoperită mult prea târziu pentru a fi întreruptă. În acest caz, nașterea unui copil va avea consecințe marcante asupra vieții și a copilului: nivel socio-economic scăzut, mai ales pe fondul abandonului școlar și a unui nivel educațional scăzut. Scăderea nivelului de trai are consecințe dezastruoase asupra alimentației, îngrijirii medicale și a tratamentului, toate acestea având consecințe asupra dezvoltării pe toate planurile a copilului (Shin, Miller, & Teicher, 2013; Ryan, Williams, & Courtney, 2013). Minorele însărcinate și mamele minore au nevoie de sprijinul familiei, și în cazul în care acesta nu poate fi oferit, se recomandă orientarea către centre de sprijin și protecție a mamelor minore, aflate în dificultate sau supuse abuzului (Mrazek, & Kempe, 2014; Donohue, Azrin, Bradshaw, Van Hasselt, Cross, Urgelles, Romero, Hill, & Allen, 2014).

Limitele studiului sunt reprezentate de faptul că durata de evaluarea numărului de cazuri este de numai doi ani. Pe de altă parte, regiunea geografică și nivelul socio-economic sunt un factor determinant în tipul de asistat social.

Zona în care se află spitalul de pediatrie este cunoscută drept o regiune săracă, cu acces limitat la serviciile de asistență medicală și socială și cu un număr mare de abandon școlar în mediul rural. De asemenea, numărul mare de copii cu părinți plecați în străinătate face ca aceste date să se reflecte în intervențiile asistentului social, și anume copii fără documente de identificare, numărul mare al cazurilor de

neglijare, numărul mare al abuzurilor fizice - doar dacă ne referim la nivelul de educație și concepțiile legate de familie și creșterea copiilor, precum și de aplicare a pedepselor corporale (Luca & Azoitei, 2007, p. 48). De asemenea, mediul rural este o zonă cu un consum ridicat de alcool și o rată extrem de scăzută în ceea ce privește integrarea în câmpul muncii. De asemenea, în această arie geografică sunt extrem de puține întreprinderi de economie socială care să angajeze persoane (părinți) ce aparțin grupurilor vulnerabile.

4. Concluzii

Cazuistica asistentului social din unitățile de primire urgențe include copii din mediul rural, internați pentru neglijență, intoxicații voluntare și abuz fizic. Nu există diferențe în funcție de gen, ambele sexe fiind în egală măsură supuse necesității intervenției asistentului social. Cazurile au o predominanță în lunile anotimpului cald, când în mediul rural activitatea legată de agricultură generează neglijarea copiilor. Se înregistrează de asemenea o creștere a incidenței problemelor sociale la copii, în lunile de toamnă (octombrie, noiembrie) pe fondul consumului de alcool.

Bibliografie

1. Asiminei, R., & Șoitu, C.T. (2014). Economia socială. O paradigmă în schimbare. *Revista de Economie Socială*, 1, 3-31.
2. Diaconescu, S., Iorga, M Gimiga, N., & Olaru, C., (2015). Ethical, socio-psychological and medical aspects of child neglect. *Journal of Social Economy*, 5(2), 163-172.
3. Donohue, B., Azrin, N.H., Bradshaw, K., Van Hasselt, V.B., Cross, C.L., Urgelles, J., Romero, V., Hill, H.H., & Allen, D.N., (2014). A controlled evaluation of family behavior therapy in concurrent child neglect and drug abuse. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(4), 706.
4. Freisthler, B., Johnson-Motoyama, M., & Kepple, N. J. (2014). Inadequate child supervision: The role of alcohol outlet density, parent drinking behaviors, and social support. *Children and youth services review*, 43, 75-84.
5. Hornor, G. (2014). Child neglect: Assessment and intervention. *Journal of Pediatric Health Care*, 28(2), 186-192.

6. Laslett, A. M., Room, R., Dietze, P., & Ferris, J. (2012). Alcohol's involvement in recurrent child abuse and neglect cases. *Addiction*, 107(10), 1786-1793.

7. Luca, C. (2014). *Expertiza psihologică a copilului abuzat/neglijat*. București: Editura Hamangiu.

8. Luca, C., & Azoitei, N.-D. (2007). Asistența psihologică a copiilor singuri acasă. În C. Luca & A. Gulei (coord.), *Metodologie de asistență socială, psihologică și juridică a copiilor rămași singuri acasă ca urmare a plecării părinților la muncă în străinătate*. Iași; Editura Terra Nostra.

9. Mrazek, P. B., & Kempe, C. H. (Eds.). (2014). *Sexually Abused Children & Their Families*. Oxford: Elsevier.

10. Ryan, J. P., Williams, A. B., & Courtney, M. E. (2013). Adolescent neglect, juvenile delinquency and the risk of recidivism. *Journal of youth and adolescence*, 42(3), 454-465.

11. Shin, S. H., Miller, D. P., & Teicher, M. H. (2013). Exposure to childhood neglect and physical abuse and developmental trajectories of heavy episodic drinking from early adolescence into young adulthood. *Drug and alcohol dependence*, 127(1), 31-38.

12. Sopenaru, C., Semeniuc S., Diaconescu, S., & Iorga, M. (2015). Socio-economic and cultural factors influencing roma people's accessibility to health services. *Journal of Social Economy*, 5(2), 183-207.