Monitorul social

NR. 2 DECEMBRIE 2013

SĂNĂTATEA REPRODUCERII: BENEFICIU INDIVIDUAL ȘI COLECTIV

Diana CHEIANU-ANDREI
Doctor în sociologie

www.viitorul.org

Institutul pentru Dezvoltare și Inițiative Sociale (IDIS) „Viitorul”

MONITOR SOCIAL

SĂNĂTATEA REPRODUCERII: BENEFICIU INDIVIDUAL ȘI COLECTIV

Nr. 2

Diana CHEIANU-ANDREI
Doctor în sociologie

Chișinău 2013

www.viitorul.org

IDIS „Viitorul” reprezintă o instituție de cercetare, instruire și inițiative publice, care activează pe o serie de domenii legate de: analiză economică, guvernare, cercetare politică, planificare strategică și management al cunoștințelor. IDIS activează în calitate de platformă comună care reunește tineri intelectuali, preocupați de succesul tranziției spre economia de piață și societatea deschisă în Republica Moldova. Institutul pentru Dezvoltare și Inițiative Sociale (IDIS) „Viitorul” este succesorul de drept al Fundației Viitorul, și păstrează în linii mari tradițiile, obiectivele și principiile de acțiune ale fundației, printre care se numără: formarea de instituții democratice și dezvoltarea unui spirit de responsabilitate efectivă printre oamenii politici, funcționari publici și cetățenii țării noastre, consolidarea societății civile și spiritului critic, promovarea libertăților și valorilor unei societăți deschise, modernizate și pro-europene.

str. Iacob Hâncu 10/1, Chișinău
MD-2005 Republica Moldova
373 / 22 221844 tel
373 / 22 245714 fax
office@viitorul.org
www.viitorul.org

Fundația Friedrich Ebert (FES) este o fundație politică, social-democrată germană scopurile căreia sunt promovarea principiilor și fundamentelor democrației, a păcii, înțelegerii și cooperării internaționale. FES își îndeplinește mandatul în spiritul democrației sociale, dedicîndu-se dezbaterii publice și găsirii, într-un mod transparent, de soluții social-democrate la problemele actuale și viitoare ale societății.

Cu Republica Moldova, Fundația Friedrich Ebert și-a început colaborarea în anul 1994 prin intermediul Biroului Regional de la Kiev, iar din octombrie 2002, la Chișinău activează un birou permanent al Fundației.
Tel. (373 22) 855830,
E-mail: fes@fes-moldova.org, web: www.fes-moldova.org,

Monitorul Social apare cu sprijinul Fundației Friedrich Ebert.
Coordonator Ediție: Ghenadie Mocanu
Asistent cercetare: Tatiana Solonari

Opiniile exprimate aparțin autorilor. Nici Administrația IDIS „Viitorul”, nici Consiliul Administrativ al Institutului pentru Dezvoltare și Inițiative Sociale „Viitorul” și nici Friedrich-Ebert-Stiftung nu poartă răspundere pentru estimările și opiniile prezentate în cadrul acestei publicații.

Pentru mai multe informații asupra acestei publicații ori asupra abonamentului de recepționare a publicațiilor editate de către IDIS, vă rugăm să contactați direct Serviciul de Presă și Comunicare Publică al IDIS „Viitorul”. Persoana de contact: Diana Lungu - diana.lungu@viitorul.org

Adresa de contact:
Chișinău, Iacob Hîncu 10/1, 2004, Republica Moldova
Telefon: (373-22) 21 09 32
Fax: (373-22) 24 57 14
www.viitorul.org
Orice utilizare a unor extrase ori opinii ale autorului acestui Studiu trebuie să conțină referință la IDIS „Viitorul”.

ISBN

CUPRINS

INTRODUCERE 6

I. SĂNĂTATEA REPRODUCERII ȘI PROVOCĂRILE ÎN PLAN INTERNAȚIONAL ȘI EUROPEAN 8
1.1. Sănătatea reproducerii în contextul internațional și european 8
1.2. Cadrul legal național în domeniul sănătății reproducerii 9

II. INDICATORII ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII REPRODUCERII: ASPECTE COMPARATIVE ÎN PLAN EUROPEAN ȘI NAȚIONAL 12
2.1. Natalitatea în rândul adolescentelor 13
2.2. Sarcinile nedorite și avortul 15
2.3. Mortalitatea maternă 19
2.4. Mortalitatea infantilă 22
2.5. Infertilitatea 23

III. CUNOȘTINȚE, ATITUDINI ȘI PRACTICI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII REPRODUCERII 24
3.1. Necesitățile adolescenților în domeniul sănătății reproducerii 24
3.2. Femeile de vârstă reproductivă: cunoștințe, atitudini și practici în perioada pre, intra și postnatală 27

CONCLUZII .....

RECOMANDĂRI .....

BIBLIOGRAFIE .....

INTRODUCERE

Problemele ce țin de sănătatea populației sunt strâns legate de natura, esența și condiția umană. Sănătatea, pe de o parte, vizează omul pornind de la natura sa biologică și psihologică, omul cu capacitățile lui native, bio-genetice, structurate anatomo-fiziologic și structural-funcțional. Pe de altă parte, sănătatea individului are o dimensiune socială, pe care individul uman o capătă în societate, în procesul de socializare și integrare în structurile existente: familie, colectiv de muncă, grup de prieteni, etc. unde asimilează, învață și practică modele comportamentale, norme și valori specifice. Nu în ultimul rând, sănătatea individului este determinată și de condiția omului, ca ansamblu care integrează natura și esența umană. Vorbim aici despre cadrele sociale pe care omul le creează și perfectează în vederea dezvoltării sale.

Sănătatea este un concept evaluativ circumscris de dezvoltarea cunoașterii biomedicale, de orientările intelectuale ale culturii, de sistemul axiologic al societății. Cultura condiționează atât reacțiile față de boală, cât și valoarea care se acordă sănătății ca fenomen social. M. Lalonde (1994) atribuia sănătatea următorilor patru factori: *biologici* (moștenire generică, procesele de maturizare, îmbătrânire, tulburări cronice, degenerative, geriatrice), *de mediu* (climaterici, ecologici, schimbări sociale rapide), *stilului de viață* (aspectele ce țin de alimentație, sedentarism, consumul de alcool, tutun) și *organizarea asistenței medicale* (cantitatea și calitatea resurselor medicale, accesul la servicii medicale etc.). Astfel, cauzele îmbolnăvirilor sunt situate la nivelul primilor trei factori, în timp ce resursele pentru sănătate individuală la nivelul ultimului factor[1]. Deci, starea de sănătate este determinată atât de factori obiectivi (nivelul condițiilor de viață, organizarea sistemului de sănătate, calitatea serviciilor medicale), cât și de factori subiectivi (atitudinea față de propria sănătate, aprecierea modului sănătos de viață, practicarea acestuia). Or, potrivit Organizației Mondiale a Sănătății, sănătatea unei persoane depinde în mare măsură și de propria atitudine față de sănătate.

Sănătatea este o necesitate funcțională a sistemului social care urmărește menținerea capacității populației pentru îndeplinirea obligațiunilor sale la un nivel cât mai performant. Determinarea capacității funcționale a unui individ sau a unei populații se apreciază după parametri, după norme și valori standard (naționali, internaționali). Astfel, sănătatea reprezintă starea de capacitate optimă a unei populații (individ) de a îndeplini rolurile și statusurile în cadrul societății. Sănătatea exprimă raportul de participare a fiecărei persoane la sistemul de valori existent, participare care se realizează printr-un comportament așteptat de fiecare persoană de la membrii societății și comportamentul așteptat de alții de la fiecare persoană. Sănătatea, concepută în acest mod, este un beneficiu câștigat și se definește în același timp ca nevoie, ca produs și ca valoare, reprezentând starea de sanogeneză, pusă în evidență în raport cu morbigeneza.

Sănătatea reproducerii ca parte integrantă a sănătății unui individ și a unei colectivități, ca nevoie, vizează acțiunile indivizilor, asigurarea

[1] Rebeleanu-Bereczki A., (2007). Politicile în domeniul sănătății în contextul reformei sociale din România – Presa Universitară Clujeană, p.16.

funcționalității rolului și statusului acestora etc. Nesatisfacerea acestor nevoi provoacă perturbări în funcționalitatea atât a organismului uman, cât și a societății în ansamblu pentru că sănătatea reproducerii este atât un produs individual, cât și social, rezultat al individului uman, dar și al instituțiilor sociale și medicale. Starea sănătății reproductive a fiecărui membru al societății se referă la adaptarea, integrarea, conservarea și perpetuarea sa. Valoarea sănătății reproducerii constă în posibilitatea exercitării optime a condiției sale umane. Disfuncționalitățile în sănătatea reproducerii provoacă disfuncționalități în întregul sistem social prezent, dar și viitor.

Sănătatea reproducerii constituie o problemă prioritară pentru multe țări în curs de dezvoltare, inclusiv dezvoltate și se bucură de o atenție sporită din partea unor organizații internaționale – Organizația Internațională a Sănătății, Fondul ONU pentru Populație, UNICEF, SDC etc. Dezvoltarea sustenabilă nu poate neglija problemele sănătății reproducerii întrucât are la bază două principii esențiale: asigurarea șanselor și investiția în oameni. Aceasta presupune o dezvoltare ce răspunde necesităților generațiilor curente fără compromiterea abilităților viitoarelor generații de a-și satisface propriile necesități[2]. Din acest punct de vedere, la nivel internațional este recunoscut că investiția în capitalul uman înseamnă investiția în abilitățile oamenilor, inclusiv în sănătatea acestora (Capitalul uman=Populația*Educație*Sănătate)[3]. De aceea, investiția în capitalul uman înseamnă investiția în educație pentru a îmbunătăți sănătatea, iar educația și sănătatea mai bună contribuie la creșterea bunăstării individuale și a productivității, care susțin stabilitatea economică și oferă posibilitatea implicării civice.

Scopul acestei lucrări constă în evidențierea importanței sănătății reproducerii nu doar la nivel individual, familial, dar și la nivel colectiv, inclusiv a problemelor existente la acest capitol în Republica Moldova, întrucât de sănătatea reproductivă a generațiilor prezente depinde sănătatea generațiilor viitoare. Lucrarea dată cuprinde următoarele aspecte:

- preocupările pentru sănătatea reproducerii la nivel internațional, european și național;
- cadrul legal național în domeniul sănătății reproducerii;
- indicatorii sănătății reproductive în plan european și național[4];
- problemele existente în educația pentru sănătatea reproductivă a tinerilor;
- atitudinile și practicile femeilor de vârstă reproductivă în perioada pre-, intra- și postnatală.

Lucrarea dată are la bază analiza comparativă a principalilor indicatori statistici în domeniul sănătății reproducerii, discuții focus-grup cu adolescenți (fete și băieți)[5], precum și cu femei de vârstă reproductivă[6] privind necesitățile specifice cu care se confruntă în domeniul dat. În realizarea acestei analize au fost utilizate și unele aspecte ale cercetării calitative „Îmbunătățirea calității sănătății mamei și copilului prin mobilizarea comunitară[7]" efectuate în cadrul proiectului „Modernizarea sistemului de perinatologie în Republica Moldova", faza 3, componenta „Comunitate", finanțat de Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare și implementat de Institutul Tropical din Elveția și Asociația Obștească „Progres prin Alternativă".

[2] http: //www.unece.org/oes/nutshell/2004-2005/focus_sustainable_development.html

[3] ICPD (2013). ICPD Beyond 2014 review in the UNECE region, p.7.

[4] Analiza a cuprins următorii indicatori: natalitatea în rândul adolescentelor, avortul, mortalitatea maternă, mortalitatea infantilă, infertilitatea.

[5] Au fost realizate 2 discuții focus-grup cu adolescenții la care au participat 12 fete și 11 băieți.

[6] Au fost realizate 6 discuții focus-grup cu 57 femei de vârstă reproductivă.

[7] Cercetarea calitativă a fost realizată de Centrul de Investigații și Consultanță „Sociopolis" și s-a bazat pe metoda discuțiilor de grup, urmărind cercetarea aprofundată a unor aspecte ale sănătății mamei și copilului. Au fost realizate 6 focus-grupuri la care au participat 57 de femei de vârstă reproductivă (15-49 de ani) cu copii sau care erau însărcinate.

I. SĂNĂTATEA REPRODUCERII ȘI PROVOCĂRILE ÎN PLAN INTERNAȚIONAL ȘI EUROPEAN

1.1. Sănătatea reproducerii în contextul internațional și european

Sănătatea reproducerii este recunoscută la nivel internațional drept una din componentele fundamentale necesare dezvoltării umane, ea fiind promotorul sănătății generale a populației, dar și al prosperității și dezvoltării. Serviciile de sănătate a reproducerii nu sunt un lux, ci o componentă de bază a sistemului serviciilor de sănătate de care are nevoie populația pentru că un comportament reproductiv sănătos asigură un impact pozitiv asupra generațiilor următoare.

Sănătatea reproducerii este menționată drept un domeniu important și prioritar atât în recomandările ONU, cât și în prevederile forurilor și conferințelor internaționale: Conferința Internațională pentru Populație și Dezvoltare (5 - 13 septembrie 1994, Cairo); Obiectivele de dezvoltare ale mileniului adoptate în cadrul summitlui mileniului al ONU (septembrie 2000); Rezoluția 1399 a Adunării Parlamentare a Consiliului Europei privind Strategia europeană pentru promovarea sănătății și a drepturilor sexuale și reproductive (2004); Strategia globală a Organizației Mondiale a Sănătății pentru sănătatea femeilor și copiilor (lansată în 2010); Rezoluția Consiliului pentru drepturile omului al ONU nr.21/6 din 21.09.2012 privind mortalitatea și morbiditatea maternă care pot fi prevenite etc.

La Conferința Internațională pentru Populație și Dezvoltare de la Cairo (1994), guvernele țărilor participante, inclusiv cel al Republicii Moldova, și-au asumat unele responsabilități în scopul oferirii unor servicii mai calitative de planificare familială și sănătate reproductivă.

ÎN PLAN INTERNAȚIONAL, prin **sănătatea reproducerii se înțelege starea de bine fizică, mentală, socială deplină, sub toate aspectele legate de sistemul de reproducere și de funcțiile și procesele acestuia**. Ea presupune posibilitatea oamenilor de a se reproduce și libertatea de a decide dacă, când anume și cât de des să o facă. Aceasta implică dreptul femeilor și bărbaților de a fi informați și de a avea acces la metodele de planificare sigure, eficiente și acceptabile și la îndemâna lor, pentru a-și controla fertilitatea, metode care să nu contravină legii, precum și dreptul de a avea acces la servicii de ocrotire a sănătății care să permită femeilor parcurgerea în siguranță a perioadei de sarcină și a nașterii, iar cuplurilor cele mai bune șanse de a avea copii sănătoși. Sănătatea reproducerii înglobează și sănătatea sexuală, scopul celei din urmă fiind îmbunătățirea calității vieții și a relațiilor personale.

(Comitetul pentru politică globală al OMS (1994). Document de poziție privind sănătatea, populația și dezvoltarea cu ocazia Conferinței internaționale privind populația și dezvoltarea, Cairo, 5-13 septembrie 1994, p. 24, punctul 89.).

Sănătatea reproducerii este un domeniu prioritar al Organizației Mondiale a Sănătății și al Fondului ONU pentru Populație care recomandă țărilor să elaboreze documente strategice pentru promovarea sănătății reproductive, reieșind din specificul național.

Sănătatea reproducerii și cea sexuală sunt protejate de art. 96 din Platforma de acțiune de la Beijing (1995) care relevă că aceste drepturi se bazează pe drepturile fundamentale de egalitate și demnitate. Drepturile sexuale și reproductive,

inclusiv dreptul la îngrijire maternă și la planificarea familială, includ libertăți și drepturi legate de numeroasele drepturi civile, politice, economice, sociale și culturale deja stabilite. Deși nu sunt interșanjabile, drepturile reproductive reprezintă un aspect al drepturilor sexuale, la fel cum drepturile sexuale reprezintă un aspect al drepturilor reproductive[8].

În multe țări s-au atins rezultate impresionante în ultimii 20 de ani în domeniul sănătății materne, planificării familiale și prevenirii bolilor sexual transmisibile. Rămân însă, multe lucruri ce trebuie realizate pentru a asigura continuitatea acestor servicii și asigurarea accesului echitabil la serviciile de sănătate. În prezent, există anumite bariere politice, sociale și culturale care reduc accesul grupurilor vulnerabile și dezavantajate la serviciile de sănătate reproductivă în diverse țări ale lumii.

1.2. Cadrul legal național în domeniul sănătății reproducerii

Legislația cu privire la sănătatea reproducerii și planificarea familială în Republica Moldova are la bază Constituția, Legea ocrotirii sănătății, Legea privind sănătatea reproducerii, Legea cu privire la ocrotirea sănătății reproductive și planificarea familială, Strategia națională a sănătății reproducerii, Legea privind drepturile copilului și alte acte normative.

Legea nr.185 cu privire la ocrotirea sănătății reproductive și planificarea familială din 24.05.2001 stabilește următoarea definiție a sănătății reproductive – sănătatea fizică și psihică, precum și prosperitatea socială a persoanei în toate aspectele referitoare la sistemul de reproducere care determină capacitatea de procreare (art.1), iar *Legea nr.138 privind sănătatea reproducerii* din 15.06.2012 se apropie mai mult de definițiile internaționale stipulând că sănătatea reproducerii este o stare de bunăstare fizică, mentală și socială în tot ce ține de sistemul de reproducere, în toate etapele vieții umane (art. 2). Respectiv, sănătatea reproducerii implică o viață sexuală sigură, posibilitatea de a procrea, precum și libertatea fiecărei persoane de a hotărî când, dacă și cât de des dorește să procreeze. De asemenea, sănătatea reproducerii include dreptul femeilor și bărbaților de a fi informați și de a avea acces la metode sigure, eficiente, accesibile și acceptabile de planificare familială, pe care le pot alege singuri, precum și dreptul de acces la servicii medicale corespunzătoare ce permit femeii să parcurgă în siguranță sarcina și nașterea.

Părțile componente ale definiției sănătății reproducerii sunt:

- *sănătatea sexuală* (viața sexuală responsabilă, plăcută și sigură),
- *planificarea familiei* (libertatea reproducerii, accesul la informație, metode și servicii) și
- *maternitatea fără risc* (sarcina și nașterea în condiții de siguranță, copii sănătoși).

Principiile de bază ale realizării drepturilor persoanelor la reproducere cuprind realizarea acestor drepturi conform voinței și intereselor persoanei, fără a leza drepturile, interesele și libertățile legitime ale altor persoane, precum și asigurarea volumului garantat de servicii privind ocrotirea sănătății reproductive și planificarea familială, precum și a calității și accesibilității acestor servicii.

Legislația Republicii Moldova stipulează că orice persoană are dreptul de a lua liber decizia referitoare la numărul copiilor și la timpul nașterii lor în căsătorie sau în afara căsătoriei (art. 5). Orice persoană are dreptul la o informație completă și veridică asupra stării sănătății sale re-

[8] Yamin, A. E., (2005), Learning to dance: Advancing women's reproductive health and well-being from the perspectives of public health and human rights. - Cambridge, Harvard University Press.

productive și planificării familiale (art. 6) și este în drept să beneficieze de serviciile de ocrotire a sănătății reproductive și de planificare familială prestate de instituțiile statale și nestatale de ocrotire a sănătății, de instituțiile de învățământ și cele de asistență socială (art.7)[9].

Conform actelor normative, educația sexuală a minorilor și pregătirea lor pentru viața de familie se efectuează de către persoane cu studii speciale în comun cu familia și instituțiile de învățământ, după programe special elaborate în dependență de vârstă, sex și particularitățile fiziologice ale minorilor și doleanțele părinților. Programele de educație sexuală, ocrotire a sănătății reproductive și de pregătire a minorilor pentru viața de familie sunt elaborate și asigurate de către Ministerul Educației în colaborare cu Ministerul Sănătății, autoritățile administrației publice locale fiind responsabile de asigurarea condițiilor necesare pentru oferirea serviciilor de ocrotire a sănătății reproducerii și de educație sexuală.

În scopul îmbunătățirii sănătății reproductive, Republica Moldova a elaborat *Strategia națională a sănătății reproductive* (HG nr.913 din 26.08.2005) care cuprinde 11 direcții prioritare în acest domeniu:

(i) planificarea familiei;
(ii) maternitatea fără risc;
(iii) sănătatea sexual-reproductivă a adolescenților și tinerilor;
(iv) infecțiile aparatului reproducător;
(v) avortul și serviciile de întrerupere a sarcinii;
(vi) prevenirea și managementul sterilității;
(vii) prevenirea și managementul violenței în familie și abuzul sexual;
(viii) prevenirea traficului de ființe umane;
(ix) depistarea precoce și managementul cancerului genito-urinar;
(x) sănătatea sexuală a persoanelor în vârstă;
(xi) sănătatea sexual-reproductivă a bărbaților.

Politicile statului în domeniul ocrotirii sănătății reproducerii se realizează prin diverse acțiuni, dintre care menționăm: elaborarea și perfecționarea legislației în domeniul ocrotirii sănătății; asistența psihologică și psihopedagogică persoanelor în realizarea drepturilor lor la reproducere, susținerea din partea statului a cercetărilor științifice în domeniul sănătății reproductive; pregătirea în instituțiile de stat a specialiștilor în domeniul sănătății reproductive și apărării drepturilor la reproducere ale persoanelor în conformitate cu standardele internaționale; susținerea familiilor cu copii; antrenarea organizațiilor obștești în activitatea de informare și educare a populației, orientată spre soluționarea problemelor sănătății reproductive.

Strategiile și politicile în domeniul sănătății reproducerii elaborate și promovate în Republica Moldova urmăresc modernizarea și aducerea în corespundere cu standardele europene a sistemului de sănătate și asigurarea sănătății reproducerii ținându-se cont de recomandările Organizației Mondiale a Sănătății și de prevederile milenare. Dezvoltarea umană – obiectiv de importanță primordială. În acest scop, Republica Moldova și-a luat angajamente foarte ambițioase prin semnarea la New York, în anul 2000 a Declarației Mileniului Națiunilor Unite. Două din aceste obiective vizează sănătatea reproducerii.

ODM 5 – DIMINUAREA MORTALITĂȚII MATERNE CU ¾ PÂNĂ ÎN 2015

ȚINTA I. Diminuarea coeficientul mortalității materne de la 28 la 100 000 nou-născuți vii în 2002 până la 15,5 în 2010 și 13,3 în 2015.

[9] Legea nr. 185 din 24.05.2001 cu privire la ocrotirea sănătății reproductive și planificarea familială.

ȚINTA 2. Menținerea numărului nașterilor asistate de personal medical calificat, pe parcursul anului 2010 și 2015 la nivel de 99%.

ODM 4 – REDUCEREA MORTALITĂȚII COPIILOR

Ținta I. Reducerea mortalității infantile de la 14,7 (la 1 000 născuți vii) în 2002 la 12,1 în 2006, la 9,6 în 2010 și la 6,3 în 2015.

Totodată, Guvernul Republicii Moldova a întreprins un șir de măsuri orientate spre raționalizarea și optimizarea sistemului de asistență medicală în domeniul planificării familiei și sănătății reproducerii și pentru un comportament sexual-reproductiv mai sigur și mai responsabil. Au fost elaborate și implementate în practică diverse programe naționale și ramurale care au avut drept scop reorganizarea sistemului de deservire a gravidelor și nou-născuților, implementarea noilor tehnologii cost-eficiente, organizarea serviciilor prietenoase tinerilor, etc. Astfel, în anul 1997 a fost adoptat "Programul Național de Perinatologie", care a vizat reducerea mortalității materne și perinatale. Respectiv, sistemul de asistență medicală perinatală a fost reorganizat pe 3 niveluri: nivelul I – în care sunt internate femeile cu nașteri fiziologice; nivelul II – în cadrul căruia sunt permise nașterile cu risc moderat; nivelul III – Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului (ICȘDOMC), în cadrul căruia sunt internate femeile cu risc major. De asemenea, au fost întreprinse măsuri în dotarea cu echipament modern a maternităților, implementarea tehnologiilor noi pentru avort, elaborarea Protocoalelor clinice pentru asistența neonatală, obstetricală și ginecologică.

Au fost întreprinse acțiuni și pentru crearea Serviciului Național de Sănătate a Reproducerii care cuprinde 47 de cabinete de sănătate a reproducerii în toate raioanele și sectoarele municipale pe întreg teritoriul republicii, de asemenea, a Centrelor de Sănătate Prietenoase Tinerilor, dezvoltarea Rețelei Y-Peer Moldova (rețeaua educatorilor de la egal la egal) pentru a transmite cunoștințe în domeniul sănătății, inclusiv a celei reproductive.

Cu toate acestea, indicatorii sănătății reproducerii în Republica Moldova, după cum vom vedea în continuare, s-au îmbunătățit foarte puțin, fapt ce relevă necesitatea continuării acțiunilor în acest domeniu, lucru recunoscut și de specialiștii în domeniu. Aceștia semnalează că „ameliorarea situației în domeniul sănătății reproducerii în Republica Moldova se desfășoară cu dificultăți și cu multiple deficiențe, ceea ce agravează problemele societății având consecințe negative asupra comportamentului demografic al întregii populații"[10].

[10] Paladi Gh., Dondiuc I., Bogdan A., Tăutu L. (2013). Pierderile reproductive ca problemă medico-socială și demografică în RM în materialele Conferinței Internaționale Științifico-Practice Creșterea economică în condițiile globalizării. – Chișinău, p.12.

II. INDICATORII ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII REPRODUCERII: ASPECTE COMPARATIVE ÎN PLAN EUROPEAN ȘI NAȚIONAL

Sănătatea populației, inclusiv cea reproductivă depinde de situația social-economică a fiecărei țări, procesele demografice, condițiile ecologice etc., ea fiind determinată de mai mulți factori, printre care și atitudinea față de femeie în societate, rolul acesteia, atitudinea populației față de sănătate etc.

Sănătatea reproducerii vizează toată populația în ansamblu, dar, în mod special categoriile de adolescenți, femeile și bărbații de vârstă reproductivă. Genofondul unei națiuni se formează de la cele mai fragede vârste, respectiv sănătatea adolescenților, a femeilor și bărbaților în perioada reproductivă trebuie să fie o prioritate națională.

În anul 2012, conform datelor Biroului Național de Statistică, la o femeie de vârstă reproductivă în Republica Moldova reveneau în mediu 1,3 copii, mult mai puțin decât este necesar pentru simpla înlocuire a generațiilor (2,14-2,15 copii), rata reproducerii nete fiind de 0,599. Acest indicator este mult mai mic în Moldova în comparație cu așa țări precum Austria (1,4), Ucraina (1,5), Bulgaria (1,5), Lituania (1,6), Danemarca (1,8), Finlanda (1,8), Norvegia (1,9), Suedia (1,9), Irlanda (2,0).

Factorii care influențează numărul de copii în familie sunt multipli. Printre factorii mai recenți care influențează deciziile tinerilor de a se căsători și a avea copii, cercetătorii au semnalat prelungirea timpului petrecut în educație[11]. Rata înaltă a femeilor în învățământul superior din țările europene, inclusiv din Republica Moldova are un efect negativ direct asupra fertilității, întrucât perioada petrecută în educație este percepută drept incompatibilă cu formarea unei familii și cu rolul de mamă. Unele cercetări au adus precizări suplimentare în acest sens, semnalând că efectele negative ale nivelului de educație asupra fertilității persistă în societățile cu dificultăți în combinarea rolurilor de mamă și angajată[12].

Analizele din perspectiva cursului vieții în baza analizei istoriei evenimentelor biografice demonstrează că nivelul educației, ca măsură a capitalului uman al femeii, nu influențează prima naștere. În schimb, frecventarea unei instituții de învățământ influențează comportamentul reproductiv.

PRINCIPALII INDICATORI DE EVALUARE A SĂNĂTĂȚII REPRODUCERII:

- Starea de sănătate a populației;
- Natalitatea în rândul adolescentelor (populației feminine în vârstă de 15-19 ani);
- Incidența avorturilor, inclusiv ponderea acestora la populația în vârstă de 15-19 ani;
- Mortalitatea maternă;
- Mortalitatea infantilă;
- Calitatea îngrijirilor pre, intra și postnatale;
- Cunoașterea mijloacelor de contracepție;
- Cunoștințele despre bolile cu transmitere sexuală etc.

[11] Sobotka T., (2004). Postonement of chilbearing and loe fertility in Europe. – Dutch University Press, Amsterdam.

[12] Liefbrouer A., Corjin M., (1999). Who, What, Where, and When? Specifying the Impact of Educational Attainment and Labour Force Participation on Family Formation, European Journal of Population 15:45-75.

Respectiv, femeile care rămân mai mult timp în sistemul educațional, la ieșirea din acesta se confruntă cu mai multe probleme în ceea ce privește sănătatea reproducerii asociate vârstei mai ridicate.

Un alt factor care influențează reducerea fertilității femeilor este cel economic. În luarea deciziei de a avea un copil, indivizii fac calcule între costurile și beneficiile implicate, comportamentul lor fiind rezultatul unei alegeri raționale. Costurile examinate sunt atât cele monetare (haine, alimentație, costuri medicale, educaționale etc.), cât și cele indirecte, de oportunitate (reducerea participării femeii pe piața muncii, problemele ce țin de avansarea în carieră etc.). Pe lângă costurile analizate, un rol aparte îl au beneficiile, care sunt greu de cuantificat și care includ beneficiile psihologice, sociale (calitatea de mamă întărește poziția indivizilor în anumite rețele).

2.1. Natalitatea în rândul adolescentelor

Multe țări din lume au programe pentru a educa tinerii în ceea ce privește modul sănătos de viață, inclusiv viața sexuală. Bune practici în materie de educație sexuală pot fi observate în Franța, Germania. În același timp, programele de educație sexuală în țările din estul și sudul Europei, precum și în Republica Moldova sunt deficitare[13]. Ratele ridicate ale sarcinii, avortului și infecțiilor cu transmitere sexuală în rândul adolescentelor confirmă o educație sexuală deficitară sau insuficientă.

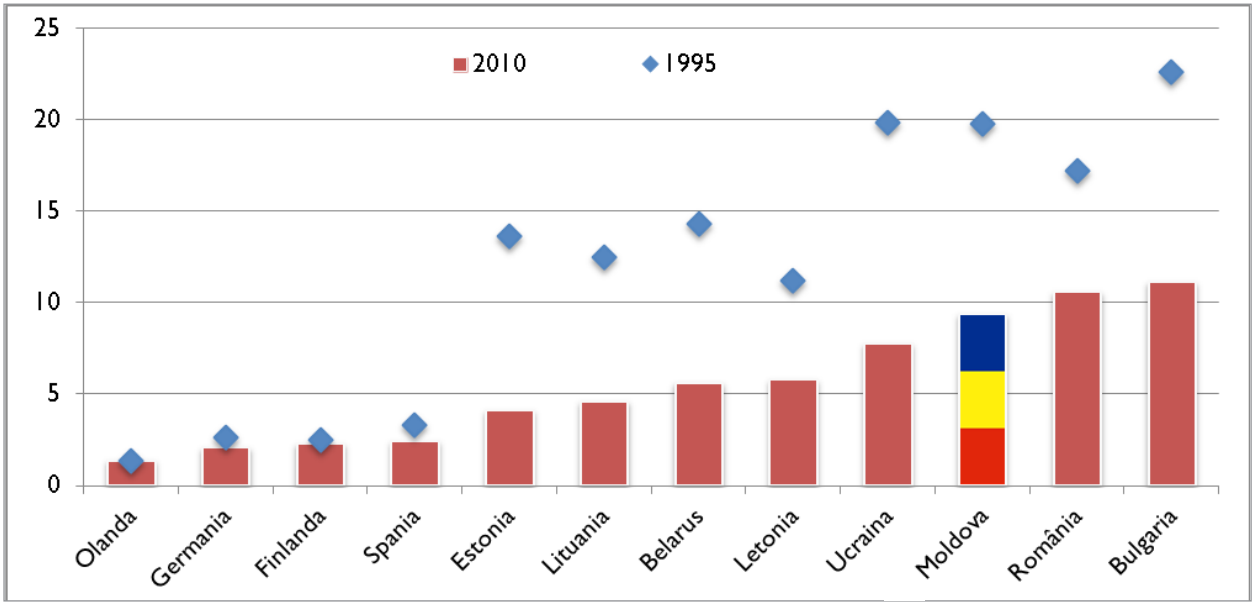
Datele statistice relevă o rata mai ridicată a natalității în rândul adolescentelor, a avortului și a bolilor sexual transmisibile în țările din Europa de Est[14]. Ponderea născuților vii de mame în vârstă de 15-19 ani variază în țările din Europa (*Figura 1*). În anul 2010 ponderea cea mai mică a acestui indicator (sub 5%)[15] s-a înregistrat în Olanda (1,4), Germania (2,1), Finlanda (2,3), Spania (2,4), Estonia (4,1), Lituania (4,6). O pondere mai ridicată a numărului de copii năs-

[13] Beaumont, K; Maguire, M; Schulze, E; Parlamentul European (2013). Policies for Sexuality Education in the European Union, disponibil la: http://www.europarl.europa.eu/committees/en/femm

[14] Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor (iunie 2012). Sexually Transmitted Infections in Europe, 1990-2010.

[15] Pentru analiza comparativă a indicatorilor în domeniul sănătății reproductive au fost selectați anii 1995 și 2010, ani pentru care sunt prezenți marea majoritate a indicatorilor în baza de date European Health for All Database.

FIGURA 1. Ponderea născuților-vii de către adolescente în diferite țări, anii 1995 și 2010



Sursa: European Health for All Database

cuții vii de mame în vârstă de 15-19 ani (între 5-10%) s-a înregistrat în Belarus (5,6), Letonia (5,8), Ucraina (7,8), Republica Moldova (9,4), iar cea mai ridicată pondere a născuților vii de mame în vârstă de sub 20 ani s-a înregistrat în România (10,6) Bulgaria (11,1), Georgia (11,2).

În pofida tendințelor de reducere a numărului nașterilor în rândul mamelor cu vârsta sub 20 de ani în Bulgaria, Republica Moldova, Ucraina, România, Belarus, Estonia, Lituania, Letonia pe parcursul ultimilor 15 ani, numărul nașterilor rămâne mare, ceea ce indică faptul că majoritatea acestora nu dispun de cunoștințele necesare pentru a face alegeri responsabile în materie de sexualitate și de reproducere.

Ponderea născuților-vii de către mamele în vârstă de 15-19 ani în Republica Moldova relevă o tendință de descreștere, micșorându-se pe parcursul ultimilor 15 ani de 2,3 ori, în mare parte sub influența generațiilor mai puțin numeroase de la sfârșitul anilor 1990. Cu toate acestea, Moldova se plasează în topul țărilor europene cu cele mai mari valori ale acestui indicator (*Figura 2*).

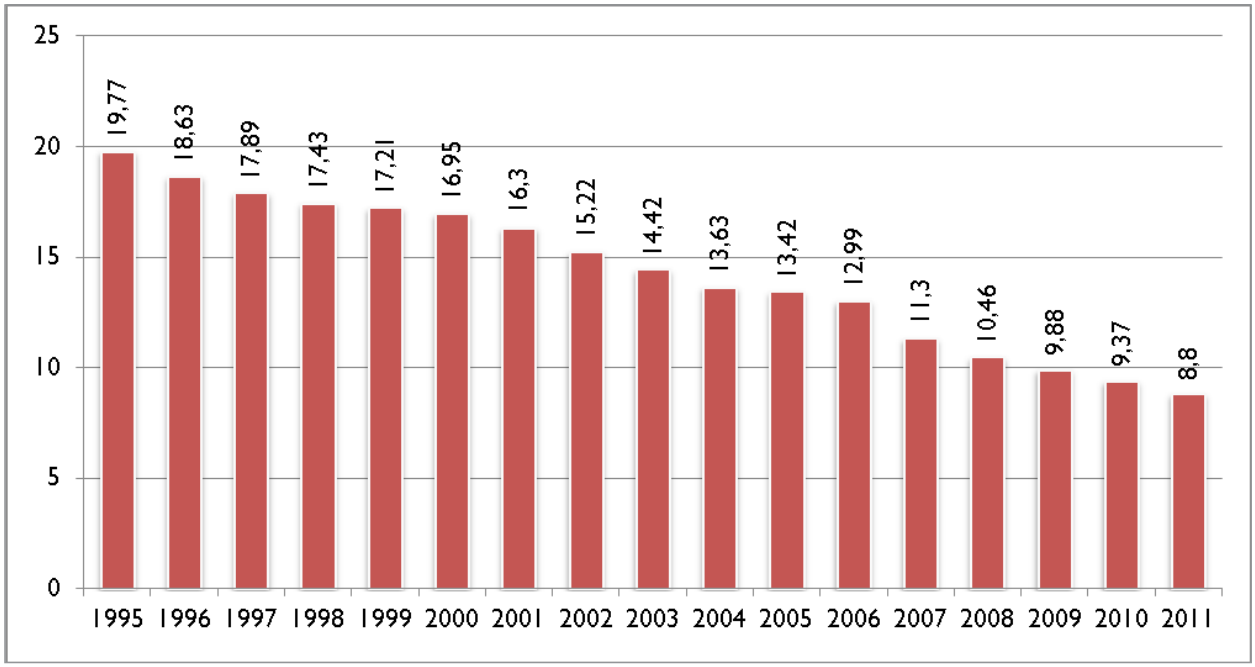
Un aspect important în analiza natalității în rândul adolescentelor, în reprezintă numărul nașterilor pe grupe de vârstă. Din această perspectivă semnalăm că numărul nașterilor de mamele în vârstă de până la 16 ani în Republica Moldova nu relevă schimbări esențiale. Din anul 2001 până în 2005 se observă o tendință de reducere a numărului acestora, după care începând cu anul 2008 urmărim o tendință de ușoară creștere (*Tabelul 1*).

TABELUL 1. Numărul născuților-vii de către adolescente în vârstă de până la 16 ani, 2000-2012

ANII	NUMĂRUL NAȘTERILOR
2000	104
2001	119
2002	81
2003	95
2004	75
2005	66
2006	71
2007	75
2008	64
2009	68
2010	68
2011	67
2012	77

Sursa: Biroul Național de Statistică

FIGURA 2. Ponderea născuților-vii de adolescente în Republica Moldova, 1995-2011



Sursa: European Health for All Database

Datele Studiului de indicatori multipli în cuiburi realizat în anul 2012 de către Centrul Național de Sănătate Publică confirmă incidența înaltă a nașterilor de către adolescente. Or, 5 la sută dintre femeile cu vârsta de 15-19 ani care au participat la cercetare, au avut deja o naștere. Alte 2 la sută erau însărcinate cu primul copil, 8 la sută se aflau la începutul sarcinii, iar 0,1 la sută au avut o naștere până la vârsta de 15 ani[16].

Pe lângă latura neprevăzută a majorității sarcinilor în rândul adolescentelor sub 20 de ani și a faptului că acestea nu sunt, în general, pregătite să fie mame, nașterea la această vârstă are frecvent consecințe pe termen lung. Problemele de sănătate legate de sarcină sunt mai curente la adolescente decât la persoanele adulte (de exemplu, pierderea sarcinii, decesul neonatal). De asemenea, studiile sugerează că mamele adolescente au mai puține șanse de a-și continua studiile și mai multe șanse de a se confrunta cu sărăcia. Mai mult decât atât, copiii adolescentelor suferă adesea de insuficiență ponderală și se confruntă cu probleme de sănătate și de dezvoltare[17].

2.2. Sarcinile nedorite și avortul

În condițiile social-demografice contemporane, problema avorturilor ocupă un loc special în discuțiile despre sănătatea reproducerii. Răspândirea avortului este un indicator socio-medical de bază ce caracterizează comportamentul reproductiv al femeii.

Marea majoritate a țărilor europene permit avortul la cerere. În timp ce Regatul Unit al Marii Britanii, Finlanda, Cipru au o interpretare suplă a motivelor restricției, Irlanda, Polonia, Luxemburg restricționează avortul, iar Malta interzice avortul prin lege, fără nici o excepție[18]. Motivele care limitează practicarea avortului includ riscul pentru viața mamei sau sănătatea fizică și/sau mintală, malformația fătului, motivele medicale sau socioeconomice.

Actualmente sunt impuse tot mai multe obstacole pentru a împiedica accesul la avort, chiar și în țările care au legi mai flexibile în materie de avort. În aceste țări, femeile se confruntă în principal cu perioade de așteptare obligatorii sau cu consiliere părtinitoare[19]. Numeroase femei nu au acces la servicii de sănătate a reproducerii, în special la informații privind contracepția, accesul la contracepție și achiziționarea mijloacelor contraceptive, testele prenatale și întreruperea legală a sarcinii. La nivel european au fost raportate cazuri în Slovacia, Ungaria, România, Polonia, Irlanda și Italia în care 70% dintre medicii ginecologi și 40% dintre anesteziști invocă obiecția pe motive de conștiință și refuză să practice actele legate de avort. Aceste bariere se opun în mod clar normelor în materie de drepturi fundamentale și standardelor medicale internaționale[20].

Printre țările europene cu cel mai mic număr de avorturi la 1000 de născuți vii în anul 2010 sunt Olanda (150,1), Germania (162,9), Finlanda (168,0), Lituania (196,1), în timp ce țările cu cel mai mare număr de avorturi raportate sunt Republica Moldova (365,3), Letonia (387,3), Bulgaria (417,8), România (480,3) și Federația Rusă (598,8).

[16] Centrul Național de Sănătate Publică (2013). Republica Moldova. Studiu de indicatori multipli în cuiburi 2012.

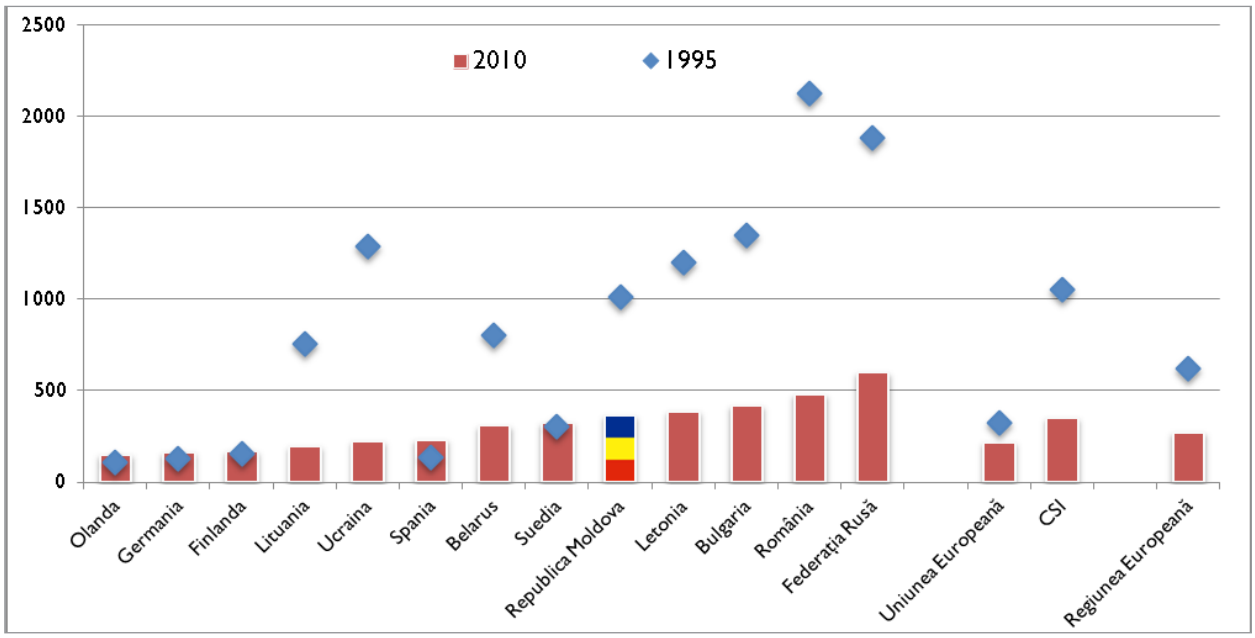
[17] Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor (iunie 2012). Sexually Transmitted Infections in Europe, 1990-2010.

[18] A se vedea UN ICPD Beyond 2014 Review (iulie 2012), Profiluri de punere în aplicare la nivel de țară; Federația internațională pentru planificarea familială (mai 2012).

[19] Raportul lui Christine McCafferty adresat Consiliului Europei privind accesul femeilor la îngrijiri medicale legale: problema recurgerii nereglementate la obiecția pe motive de conștiință, 20.7.2010 și Rezoluția 1763 (2010) a Adunării Parlamentare a Consiliului Europei.

[20] OMS (a 2-a ediție, 2012), Safe abortion: technical and policy guidance for health systems.

FIGURA 3. Întreruperile de sarcină la 1000 născuți vii în diferite țări, anii 1995 și 2010

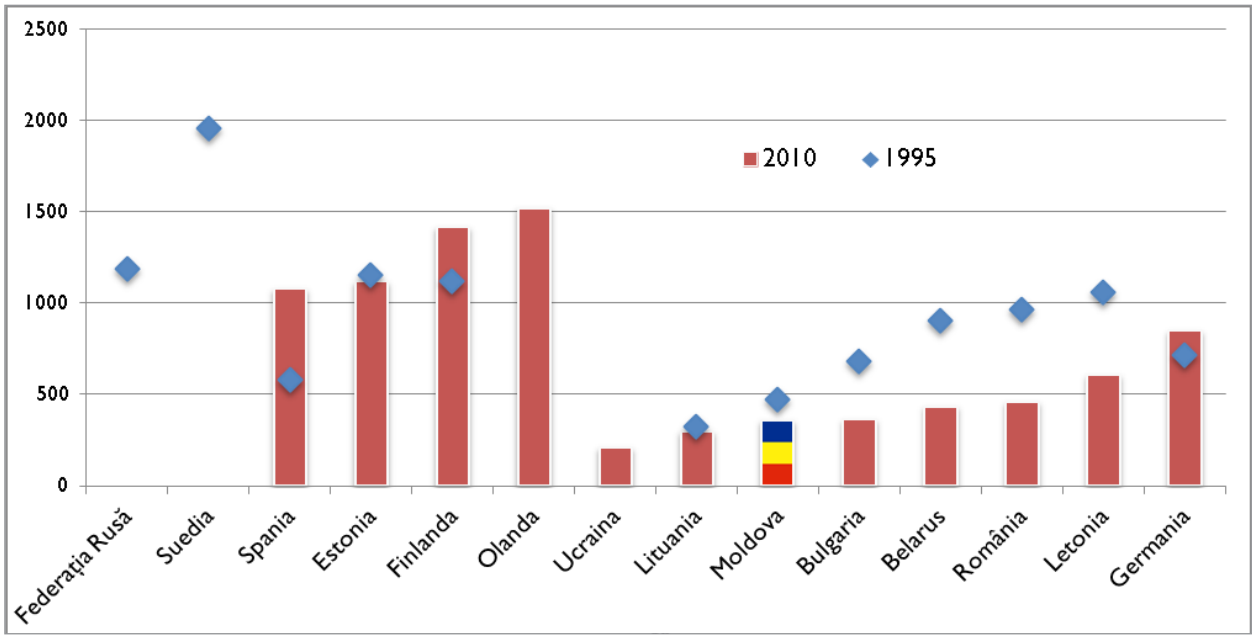


Sursa: European Health for All Database

Analiza întreruperilor de sarcină la 1000 de născuți vii pentru anii 1995 și 2010 relevă două categorii de țări – țări în care a scăzut semnificativ incidența avorturilor (România, Federația Rusă, Bulgaria, Ucraina, Letonia, Republica Moldova, Belarus, Lituania) și țări în care acest indicator s-a majorat (Olanda, Germania, Finlanda, Spania, Suedia).

Analiza comparativă a incidenței avorturilor în rândul adolescentelor relevă o situație mai puțin pozitivă. Incidența avorturilor sub 20 de ani s-a redus în ultimii ani în Letonia, România, Belarus, Bulgaria, dar a crescut în Finlanda, Germania, Spania. Republica Moldova, precum și Estonia, Lituania sunt țările în care numărul avorturilor în rândul femeilor sub 20 de ani s-a redus, dar nesemnificativ (*Figura 4*).

FIGURA 4. Întreruperile de sarcină a femeilor sub 20 de ani la 1000 nou născuți în diferite țări, anii 1995 și 2010



Sursa: European Health for All Database

NOTĂ: Datele pentru unele țări lipsesc (Federația Rusă și Suedia, anul 1995 și Ucraina și Olanda, anul 2010).

Având în vedere posibilele consecințe ale interzicerii avortului asupra sănătății, este evident că interzicerea avortului nu va descuraja femeile să recurgă la acesta. Din aceste considerente sunt mult mai eficiente măsurile de prevenire a sarcinilor nedorite. Conform Organizației Mondiale a Sănătății, „costul unui avort reprezintă o zecime din costul tratării consecințelor unui avort în condiții necorespunzătoare”[21].

Problema sarcinii nedorite vizează și femeile adulte și aceasta poate surveni din mai multe motive: eșecul contracepției, contracepția necorespunzătoare sau neregulată, parteneri sexuali care se opun contracepției, raportul sexual forțat, violul sau problemele de sănătate. Așa cum indică Organizația Mondială a Sănătății, „chiar și o sarcină planificată poate deveni nedorită în cazul în care împrejurările se modifică.”[22]

Natalitatea joasă în Republica Moldova semnifică faptul că majoritatea cuplurilor își controlează procesul de naștere al copiilor. Întrebarea ce apare ține de metodele de control care sunt utilizate – cele de planificare familială sau cele de întrerupere a sarcinii, deoarece o planificare familială adecvată este importantă pentru sănătatea femeilor și a copiilor și previne sarcinile nedorite.

Avortul în Moldova are o largă răspândire, chiar dacă numărul absolut al avorturilor s-a redus în ultimii ani de la 57181 în anul 1995 la 14838 în anul 2012[23]. Începând cu anul 2001 se atestă un număr constant al avorturilor în jur de 15000-16000 mii anual, incidența avorturilor la 1000 femei de vârstă reproductivă fiind în jur de 15-17 avorturi (*Figura 5*).

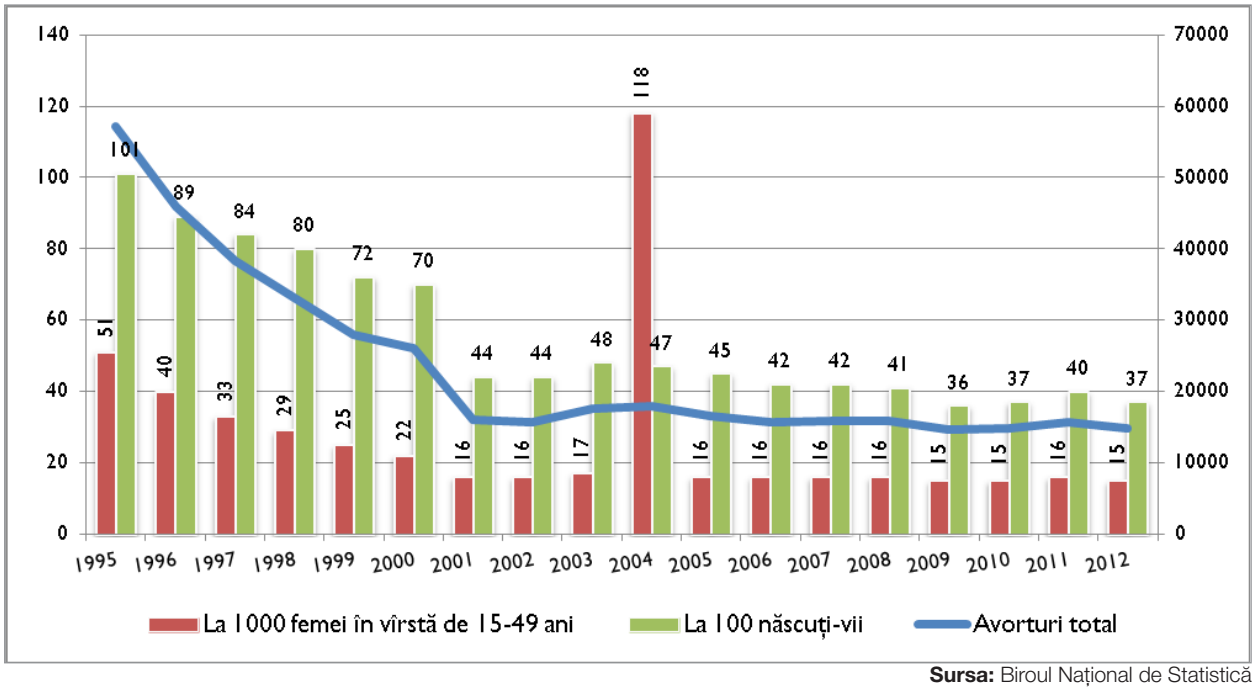
Corelarea numărului de avorturi cu numărul născuților vii relevă o situație mut mai dramatică. În anii 2000-2012, în Republica Moldova s-au înregistrat 36-48 de avorturi la 100 născuți vii. În anul 2012, numărul nașterilor a fost doar de 2,6 ori mai mare decât numărul avorturilor (39 435 copii născuții vii în anul 2012).

[21] OMS (2012). Sexual and reproductive health: facts and figures about abortion in the European region.

[22] OMS (2012). Sexual and reproductive health: facts and figures about abortion in the European region.

[23] Pentru anul 2012, numărul avorturilor nu cuprinde și datele din regiunea Trasnistreană.

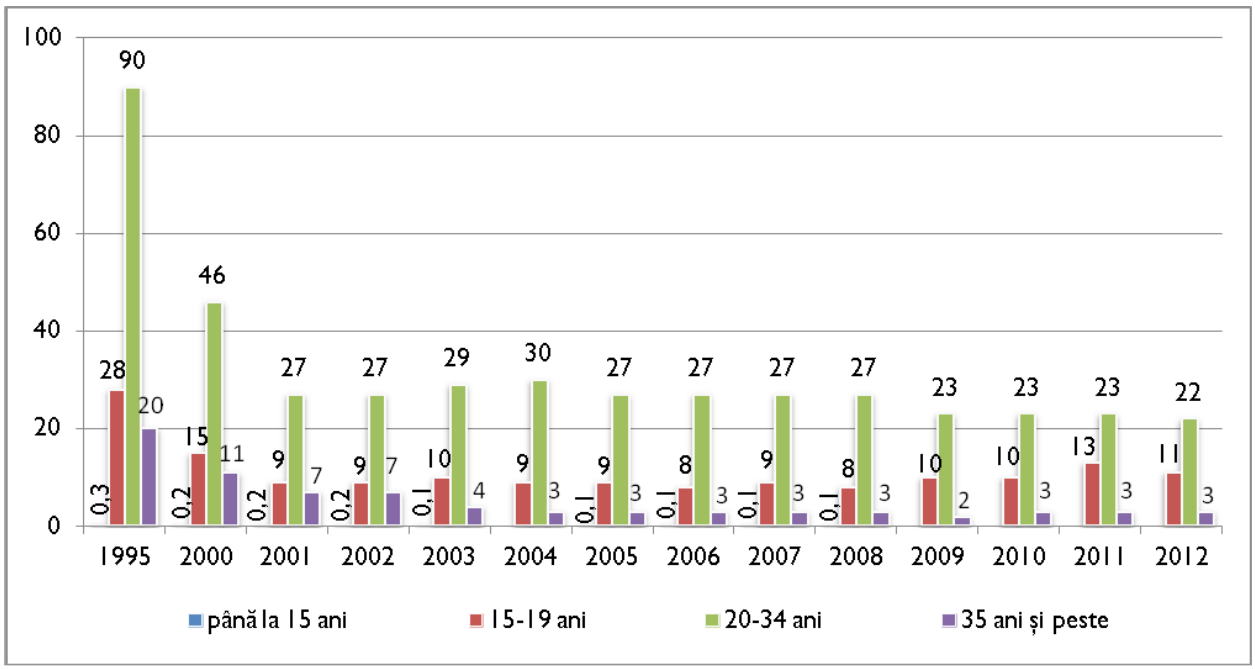
FIGURA 5. Incidența întreruperilor de sarcină în Republica Moldova, anii 1995-2012



Sursa: Biroul Național de Statistică

NOTĂ: Începând cu anul 2001, datele nu cuprind numărul avorturilor din raioanele din partea stângă a Nistrului și mun. Bender

FIGURA 6. Întreruperile de sarcină pe grupe de vârstă la 1000 de femei, Moldova, 1995-2012



Sursa: Biroul Național de Statistică

Subliniem însă că datele statistice privind incidența avorturilor în Moldova nu reflectă numărul real al acestora deoarece o mare parte din ele nu sunt înregistrate.

Analiza avorturilor pe grupe de vârstă relevă o incidență mare în grupele de vârstă de 20-34 ani, care constituie vârsta optimală pentru reproducere. O incidență mare se constată și la grupa de vârstă 15-19 ani, care abia intră în procesul de reproducere (*Figura 6*). Mai mult decât atât, datele statistice relevă în jur de 10-20 avorturi în ultimii ani la copiii în vârstă de până la 15 ani (*Tabelul 2*). Chiar dacă numărul avorturilor în această grupă de vârstă s-a diminuat începând cu anul 2009, este îngrijorător numărul acestora.

Ponderea avorturilor timpurii (sub 20 ani) a constituit 9,4% în anul 2012, iar consecințele acestora asupra sănătății reproductive sunt mult mai grave la această vârstă.

Deși statistica oficială a avorturilor în Republica Moldova este mult mai mică decât situația reală, ea depășește cu mult indicatorii înregistrați în unele țări europene și din regiune (*Figura 3*).

Statistica oficială a avorturilor pentru Republica Moldova oferă puțini indicatori. În baza acestor indicatori nu pot fi constatate diferențele existente la întreruperile de sarcină între diferite categorii sociodemografice. Răspunsurile la asemenea întrebări pot fi obținute doar în baza unor cercetări sociologice speciale, care nu se fac în Republica Moldova la nivel național. Unele întrebări privind procesul de reproducere sunt

TABELUL 2. Întreruperi de sarcină la adolescente în vârstă de până la 15 ani, 2000-2012

ANII	NUMĂRUL ÎNTRERUPERILOR DE SARCINĂ
2000	33
2001	30
2002	33
2003	16
2004	10
2005	16
2006	18
2007	19
2008	26
2009	13
2010	11
2011	9
2012	9

Sursa: Biroul Național de Statistică

incluse în cercetări mai mari, de exemplu: Studiul Demografic și de Sănătate realizat în anul 2005 de Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă, cu suportul financiar al Agenției Statelor Unite pentru Dezvoltare Internațională (USAID). Datele acestui studiu relevă că puțin peste jumătate de sarcini se termină cu nașterea unui copil viu (55%). Majoritatea sarcinilor pierdute sunt cauzate de avortul indus (345 din sarcini), urmate de avorturile spontane (105) și nașterile cu făt mort (mai puțin de 1%).[24]

În studiul nominalizat mai sus a fost analizată, de asemenea, experiența avortului pe parcursul vieții femeii. Respectiv, 37% dintre femeile de vârstă reproductivă au avut cel puțin un avort. Procentajul celor care au avut un avort crește rapid odată cu vârsta – 61% dintre femeile cu vârsta de 35 ani și mai mult au avut cel puțin un avort. Femeile cu statut socioeconomic mai scăzut decât cel mediu au raportat că au avut un avort (31%) în proporție mai scăzută decât femeile din categoriile socioeconomice mai înalte (de la 36 la 41%)[25]. Aceasta ar însemna că femeile cu resurse economice mai mari au și un acces mai mare la avort, fiind capabile să-și permită procedura dată.

Dintre femeile care au suportat o întrerupere de sarcină, 59% au avut mai mult de un avort: 45% - au semnalat 2-3 avorturi și 13% - 4 și mai multe. Numărul mediu de avorturi printre femeile care au avut cel puțin un avort a fost de 2,2[26].

Un factor care contribuie la rata ridicată a avorturilor este gradul scăzut de utilizare a contraceptivelor moderne, avortul de cele mai dese ori fiind perceput ca o metodă de prevenire a sarcinilor nedorite. *Studiul de indicatori multipli în cuiburi 2012* relevă că metodele de contracepție sunt utilizate doar de 60 la sută dintre femeile căsătorite sau aflate în uniune consensuală. Cele mai populare metode sunt dispozitivele intrauterine (20%), actul sexual întrerupt (13%), prezervativul (12%), pilule (5%). Există unele diferențe în ceea ce privește utilizarea metodelor de contracepție în dependență de vârstă, studii, statut socioeconomic. Astfel, femeile în vârstă de 15-24 ani utilizează mai rar metodele contraceptive decât femeile în vârstă de 25-45 ani. Mai frecvent însă utilizează metode de contracepție femeile cu studii superioare (64%). Utilizarea contraceptivelor crește odată cu nivelul de bunăstare al gospodăriei din care face parte femeie – de la 56% în gospodăriile din quintila 1 la 61% din quintila 5[27].

Cele evidențiate ne permit să susținem că trecerea la metodele moderne de planificare a familiei în Republica Moldova nu s-a încheiat. Marea majoritate a populației utilizează metode tradiționale de control a natalității. Drept rezultat, este mare numărul sarcinilor neplanificate, fapt ce determină menținerea unei intensități înalte a avorturilor și deteriorarea sănătății reproductive a femeilor.

2.3. Mortalitatea maternă

Avorturile constituie o cauză frecventă a sterilității, pierderilor de sarcină, complicațiilor în perioada sarcinii, indicatorilor înalți ai mortalității materne și perinatale.

Mortalitatea maternă este unul dintre indicatorii cei mai sensibili și complecși ai sănătății reproducerii care reflectă nu numai capacitatea de utilizare corectă a serviciilor de maternitate, dar și situația socioeconomică, nivelul de cultură și de trai al populației. Mortalitatea maternă

[24] CNȘPMR (2006). Republica Moldova. Studiul Demografic și de Sănătate din Republica Moldova, 2005. - Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă, p.77.

[25] Ibidem, p.79.

[26] Ibidem, p.80.

[27] Centrul Național de Sănătate Publică (2013). Republica Moldova. Studiu de indicatori multipli în cuiburi 2012.

este cea mai gravă consecință a avortului. Conform datelor Organizației Mondiale a Sănătății, 287 000 de femei mor în lume anual din cauza complicațiilor legate de sarcină sau naștere[28].

Analiza comparativă a indicatorului de mortalitate maternă în țările europene și est-europene, indică rate scăzute ale mortalității materne (sub 10 la 100 000 născuți-vii) în țări precum Belarus, Olanda, Suedia, Spania, Finlanda, Germania, Lituania, Estonia, Bulgaria. În Federația Rusă, Ucraina, România, Letonia, Republica Moldova însă se atestă rate înalte a mortalității materne. În anul 2010, Republica Moldova s-a situat pe prima poziție în Europa în ceea ce privește indicatorul de mortalitate maternă (44,5), o intensitate mai ridicată în acest an a acestui indicator fiind înregistrată în regiunea Caucaz (Kirghizia (50,1).

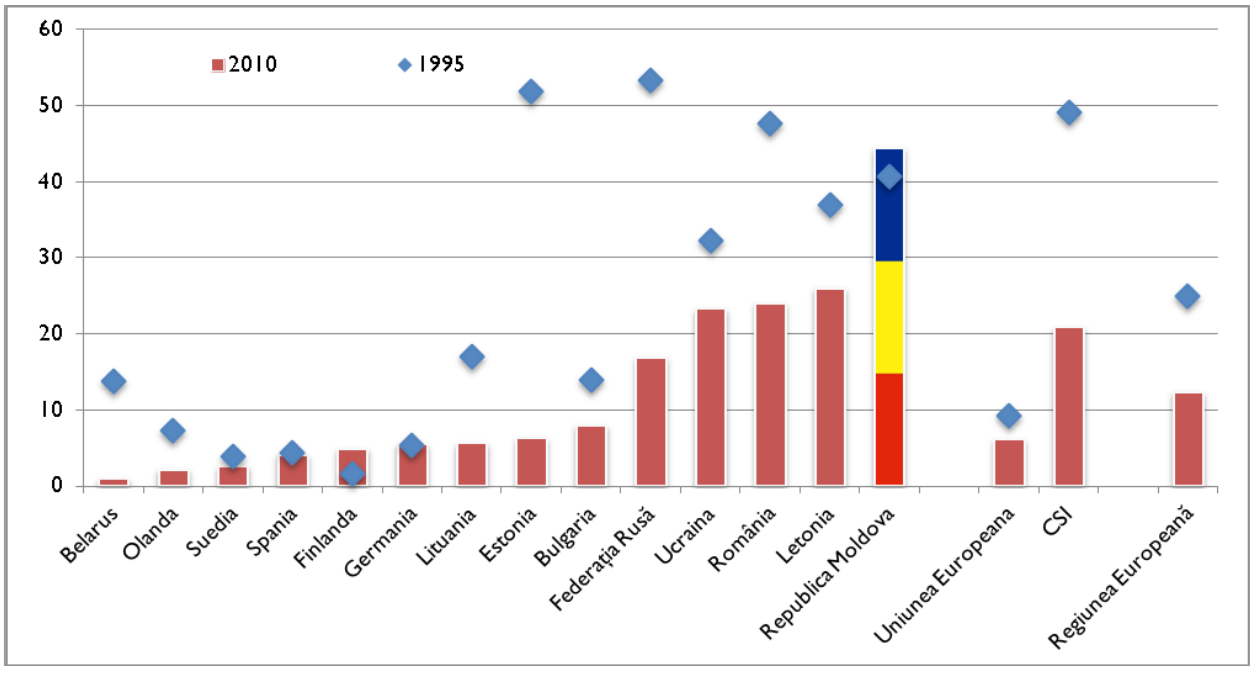
Dacă în unele țări se înregistrează tendințe încurajatoare de reducere a mortalității materne, în alte țări însă, inclusiv în Moldova, tendințele și fluctuațiile sunt îngrijorătoare. Dacă în anul 1995, România (44,8), Estonia (51,8), Federația Rusă (53,3) aveau o intensitate mai mare decât în Republica Moldova, în anul 2010 cea mai mare intensitate a mortalității materne pentru țările analizate s-a înregistrat în Moldova, în România intensitatea mortalității materne micșorându-se de peste 2 ori, în Federația Rusă – de peste 3 ori și în Estonia de aproape 8 ori (*Figura 7*).

În perioada anilor 1990-2000 s-a înregistrat tendința de descreștere a mortalității materne de la 55,2 cazuri la 100 000 nou-născuți vii în anul 1990 până la 27,1 cazuri în anul 2000. După o creștere considerabilă a mortalității materne în anul 2001 de până la 43,9 la 100 000 nou-născuți vii, acest indicator a scăzut până la 15,8 cazuri în anul 2007. În 2008 s-a atestat o nouă ascensiune a mortalității materne de până la 38,4, iar în anul 2010 a fost atinsă cea mai înaltă valoare a acestui indicator din ultimii 17 ani - 44,5 decese materne la 100 000 nou-născuți. A urmat o descreștere în 2011 de până la 15,3 și o creștere în 2012 până la 30,4.

Semnalăm că coeficientul mortalității materne se calculează anual în dependență de

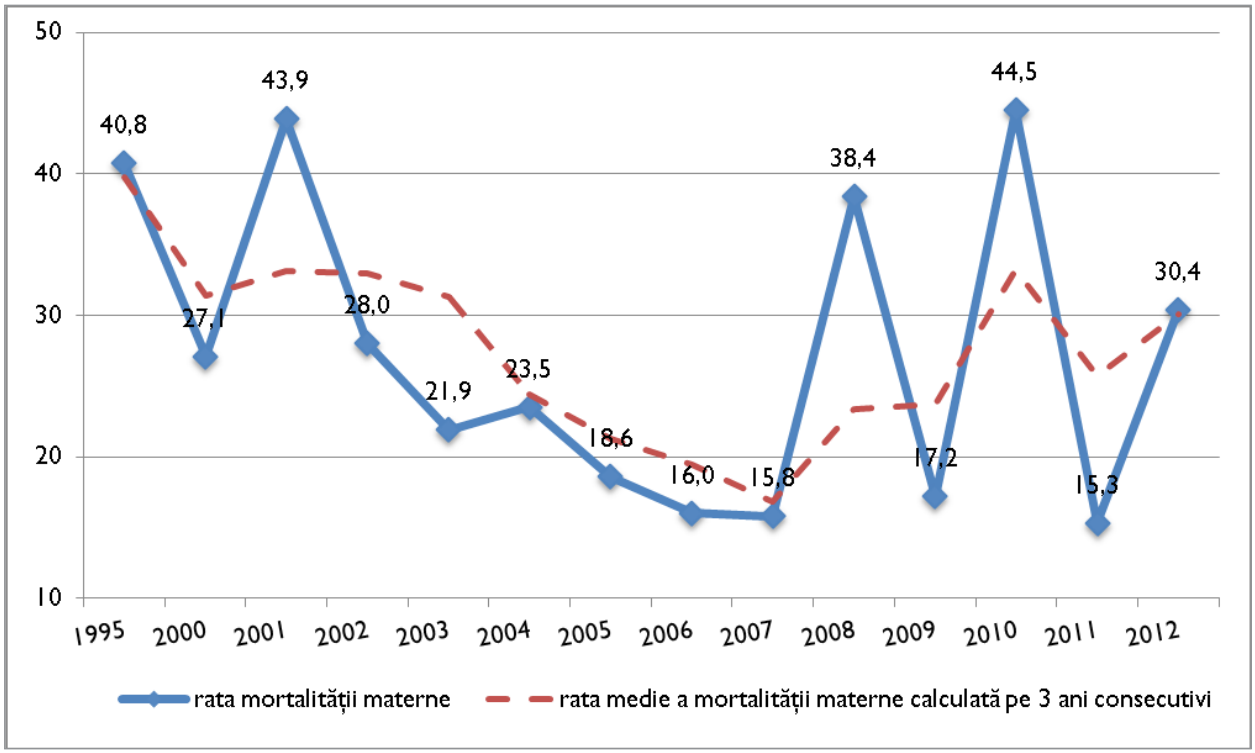
[28] Raport privind sănătatea sexual și a reproductivă și drepturile aferente. Parlamentul European, 26.09.2013, p.7.

FIGURA 7. Mortalitatea maternă la 100 000 nou-născuți vii în diferite țări, anii 1995 și 2010



Sursa: European Health for All Database

FIGURA 8. Mortalitatea maternă la 100 000 nou-născuți vii în Moldova, anii 1995-2012



Sursa: Biroul Național de Statistică

numărul de femei decedate în urma complicațiilor din timpul sarcinii, nașterii sau lăuziei per 100 000 născuți vii pe parcursul unui an. Pentru ca acest coeficient să redea starea reală a mortalității materne, numărul născuților vii trebuie să fie mai mare de 100 000. În Republica Moldova însă, numărul născuților vii în ultimii ani oscilează între 36 000-40 000. De aceea se recomandă ca coeficientul mortalității materne să fie estimat pentru 3 ani precedenți, în scopul de a diminua diferențele de eroare a cifrelor mici (*Figura 8*).

Analiza cazurilor de deces matern în Republica Moldova pun în evidență un șir de neajunsuri privind calitatea serviciilor pentru femeile gravide atât la nivel primar, cât și în staționar, dar și atitudinea societății și a familiei față de sănătatea femeii însărcinate. Cazurile de deces matern au fost condiționate de diferite probleme de ordin socio-economic, dar și de complicații obstetricale.

Serviciul medical privind sănătatea mamelor, în condițiile demografice actuale, necesită o modernizare atât la nivel asistenței medicale primare, cât și spitalicești, susțin specialiștii în domeniu din Republica Moldova, cu implementarea unor noi forme de organizare orientate spre creșterea calității serviciilor existente, inclusiv a raportului cost-eficiență[29].

Actualmente, în Moldova funcționează maternitatea Institutului de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului (ICȘDOMC), trei maternități municipale și 34 de secții de obstetrică ale spitalelor raionale[30], în care anual au loc circa 39 000 nașteri. În ICȘDOMC și cele trei maternități din mun. Chișinău și mun. Bălți se înregistrează mai mult de 18 000 nașteri sau aproape jumătate din nașterile din țară. În același timp, în secțiile obstetricale din raioanele Cahul, Orhei, Ungheni au loc mai puțin de 1500 nașteri, în raioanele Cău-

[29] Paladi Gh., Dondiuc I., Bogdan A., Tăutu L. (2013) Piederile reproductive ca problemă medico-socială și demografică în Republica Moldova, În materialele Conferinței Internaționale Științifico-Practice Creșterea economică în condițiile globalizării. – Chișinău, p.15.

[30] Datele respective nu cuprind maternitățile din partea stângă a Nistruluiu și mun. Bender.

șeni, Edineț, Florești, Hâncești, Ialoveni, Soroca, Comrat, Ciadâr-Lunga mai puțin de 1000 de nașteri, în raioanele Anenii-Noi, Briceni, Cantemir, Călărași, Criuleni, Drochia, Fălești, Glodeni, Nisporeni, Sângerei, Ștefan-Vodă mai puțin de 700 nașteri, în raioanele Cimișlia, Leova, Rezina, Telenești mai puțin de 400 nașteri, iar în raioanele Basarabeasca, Dondușeni, Taraclia, Vulcănești mai puțin de 300 nașteri în fiecare instituție. Respectiv, intențiile autorităților de a optimiza activitatea unor maternități trebuie realizate pentru a spori eficiența asistenței perinatale, inclusiv creșterea calității acestor servicii.

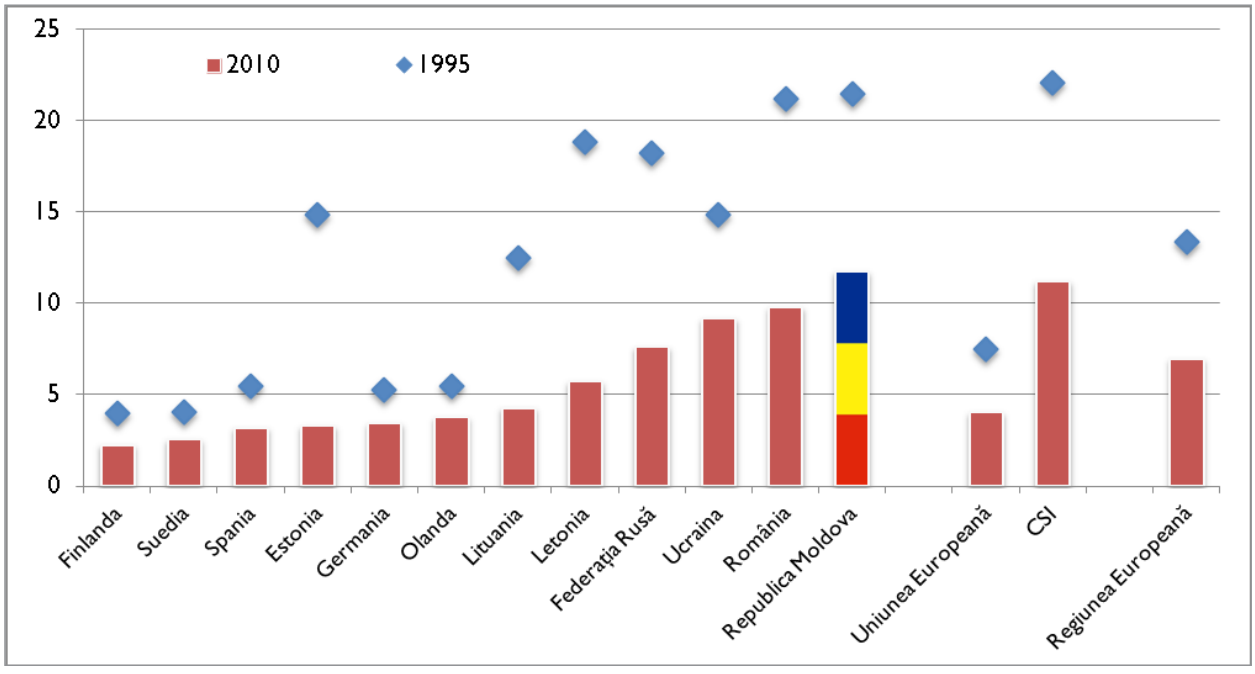
2.4. Mortalitatea infantilă

Mortalitatea infantilă este un alt indicator al stării sănătății reproducerii care reflectă nivelul de organizare a serviciilor de sănătate, inclusiv calitatea de deservire a copiilor. În țările în care nivelul de trai, de educație și de cultură a populației sunt reduse, se observă o rată mai ridicată a mortalității infantile.

Mortalitatea infantilă caracterizează sănătatea mamei și a copilului, precum și calitatea serviciilor oferite în perioada sarcinii, nașterii și după nașterea propriu-zisă. Analiza comparativă pentru diferite țări europene relevă că unele țări au o intensitate mai mică de cinci decese a copiilor în vârstă de până la un an la 1000 născuți vii pentru anii analizați (*Figura 9*). Spre exemplu: Finlanda (2,29), Suedia (2,54), Spania (3,19), Estonia (3,29), Germania (3,43), Olanda (3,77), Lituania (4,29). În alte țări intensitatea mortalității infantile este mult mai mare – Letonia (5,72), Federația Rusă (7,61), Ucraina (9,17), România (9,79), Republica Moldova (11,76). Chiar dacă unele țări precum Moldova, România, Letonia, Federația Rusă, Estonia, Lituania, au înregistrat tendințe pozitive în reducerea mortalității infantile pe parcursul ultimilor 15 ani, intensitatea acestui indicator se menține destul de înaltă.

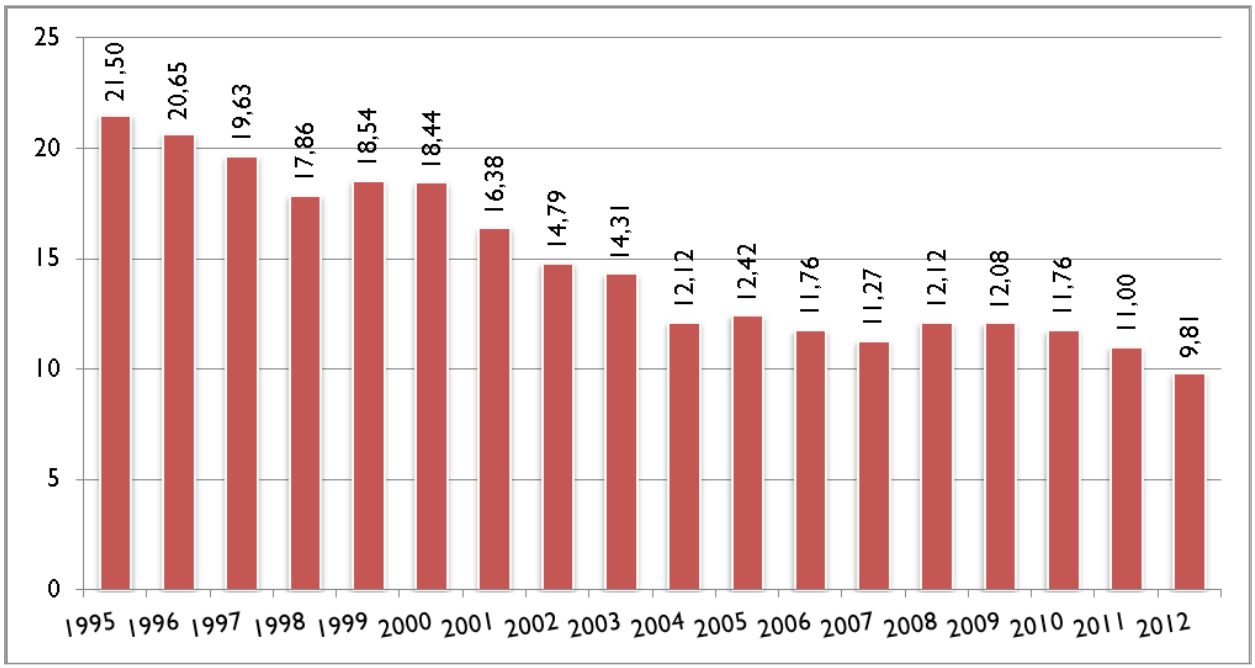
Reformele inițiate în Republica Moldova la sfârșitul secolului trecut au determinat reducerea acestui indicator de 2,2 ori pe parcursul ultimilor 15 ani. Cu toate acestea, mortalitatea infantilă în Moldova este de aproape două ori mai mare decât media pe UE.

FIGURA 9. Mortalitatea infantilă la 1000 născuți vii în diferite țări, anii 1995 și 2010



Sursa: European Health for All Database

FIGURA 10. Mortalitatea infantilă la 1000 născuți vii în diferite țări, anii 1995 și 2010



Sursa: Biroul Național de Statistică

NOTĂ: Începând cu anul 1997, fără populația din raioanele din partea stângă a Nistrului și mun. Bender

2.5. Infertilitatea

O problemă existentă atât la nivel global, cât și național, în domeniul sănătății reproducerii o constituie infertilitatea. Imposibilitatea de a avea copii afectează multidimensional cuplurile. Factorii care contribuie la infertilitate sunt multipli: genetici, de mediu, sociali, medicali etc.

Datele Organizației Mondiale a Sănătății relevă că ponderea cuplurilor infertile pe plan mondial a crescut pe parcursul ultimilor 20 de ani cu 6,5 mln. – de la 42, 0 mln. în anul 1990 la 48,5 mln. în anul 2010. Incidența sterilității primare pe plan mondial variază de la 1% în America Latină, Polonia, Coreea etc., la 3% și mai mult în Europa de Est, unele țări din Asia. Prevalența sterilității secundare variază de la 5,0-10,2% în țările dezvoltate și 13,8-24,1% în țările în curs de dezvoltare[31].

În Republica Moldova, incidența cuplurilor infertile pe parcursul ultimilor 10 ani s-a majorat de 2 ori, atingând valoarea de 16%. Moldova prezintă țara cu cele mai mari valori ale sterilității, atât primare (3%), cât și secundare (13%) în Europa și fostul spațiu sovietic[32].

Creșterea incidenței cuplurilor infertile cu ulterioarele implicații medicale în concepere, inevitabil contribuie la creșterea morbidității și mortalității perinatale. Aceasta determină creșterea pierderilor reproductive, precum și morbiditatea generațiilor viitoare, fapt ce va avea repercusiuni grave demografice, sociale și economice.

[31] Mascarenhas M.N., Flaxman S.R. et. (2012). National, Regional and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis Health Surveys. PLoSMed9(12):e10011356.journal.pmed.

[32] Tăutu L., Bofdan A., (2013). Prematuritatea în raport cu tendințele sănătății reproductive, În materialele Conferinței Internaționale Științifico-Practice Creșterea economică în condițiile globalizării. – Chișinău, p.173.

III. CUNOȘTINȚE, ATITUDINI ȘI PRACTICI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII REPRODUCERII

În Republica Moldova starea sănătății reproductive a adolescenților, tinerilor, inclusiv a femeilor de vârstă reproductivă este determinată de un complex de factori sociali, economici, medicali, un rol important având cunoștințele, atitudinile și practicile populației în domeniul dat.

Pentru a ameliora indicatorii sănătății reproductive a populației nu este suficient doar de realizat reforme în sistemul de asistență perinatală. De asemenea, sunt necesare acțiuni în domeniul informării și educării tinerelor generații, femeilor și bărbaților de vârstă reproductivă, inclusiv a formării unor atitudini responsabile față de sănătatea proprie și a celor apropiați. Unele acțiuni au început a fi realizate în Moldova la acest capitol încă în anul 2004, când la inițiativa Fondului ONU pentru Populație a fost creată rețeaua educatorilor de la egal la egal pe lângă Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor. Metoda de transmitere a cunoștințelor de la egal la egal este o metodă inovativă de instruire care a fost aprobată de Ministerul Educației. Drept urmare, în Republica Moldova a fost creată o echipă națională și peste 270 de echipe locale ale educatorilor de la egal la egal. De aceea, în cadrul acestui studiu ne-am propus să analizăm și sursele de informare în domeniul sănătății sexuale și reproductive, inclusiv atitudinile și practicile adolescenților, tinerilor și femeilor în domeniul sănătății reproducerii, pentru a identifica unele puncte tari, dar și pe cele slabe. Pentru a cunoaște opiniile și a înțelege comportamentul adolescenților și ale femeilor de vârstă reproductivă, au fost realizate mai multe ședințe focus-grup, datele cărora vor fi prezentate în continuare.

3.1. Necesitățile adolescenților în domeniul sănătății reproducerii

Reformele în domeniul sănătății reproducerii nu trebuie să neglijeze programele educative. Educația pentru sănătate și modul sănătos de viață au o importanță deosebită pentru adolescenți și tineri.

Adolescența prezintă experiențe noi de viață, oferind posibilități, dar și riscuri pentru sănătate și dezvoltare. Viața sexuală timpurie a adolescenților este una din problemele importante pentru Republica Moldova. De cele mai multe ori, aceștia nu sunt informați sau pregătiți atunci când încep viața sexuală nici din punct de vedere fiziologic, și nici psihologic. Ei nu posedă suficiente cunoștințe despre bolile sexual transmisibile, metodele de contracepție și efectele acestora, consecințele începerii vieții sexuale de timpuriu, efectele avortului etc.

Printre factorii care contribuie la formarea unui comportament riscant al adolescenților sunt: sărăcia, cunoștințele limitate ale părinților în domeniul sănătății sexuale și reproducerii, dificultăți în transmiterea acestei informații copiilor și, nu în ultimul rând, lipsa de informare sau informarea slabă privind sănătatea sexuală și cea a reproducerii. În scopul unei informări calitative,

în Moldova au fost deschise Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor (CSPT) care să creeze un mediu de încredere pentru tineri și să contribuie la informarea și promovarea unui mod sănătos de viață sexuală și reproductivă în rândul acestora.

Sănătatea reproducerii este importantă pentru adolescenți întrucât ea este cea care va determina nașterea copiilor sănătoși și unificarea familiilor, iar "*problemele de sănătate a reproducerii sunt frecvent surse de conflicte*" (FG_T). Sănătatea reproducerii, în opinia tinerelor generații este influențată de educația primită în cadrul familiei "*dacă tânărul nu știe, el crede că e ceva normal*", dar și de comportamentul individual al acestora "*numărul de parteneri dinaintea căsătoriei și metodele de protejare*".

Fiind întrebați despre sursele de informare care contribuie la educația sexuală, inclusiv cea a reproducerii, adolescenții au nominalizat mai mulți actori, cu grad diferit de influență și eficiență:

— Școala prin "*lecțiile de biologie*", "*la lecțiile de etică și estetică am discutat puțin și despre educația pentru sănătatea sexuală*", "*la educația civică*".

— Familia. "*A încercat mama cumva să explice, dar ea este încă din generația ceea mai rușinoasă care consideră că asemenea probleme nu se discută în familie*", "*sora mea mai mare, dar când ea nu a putut să-mi răspundă, i-am pus întrebări mamei*".

— Prietenii. "*Mie îmi este rușine să o întreb pe mama anumite lucruri. Nici ea nu are curaj să spună anumite lucruri, dar am o prietenă și cel mai des comunicăm cu ea la acest subiect*".

— Rudele. "*Mătușa care este mai aproape de vârsta mea, mi-a explicat foarte multe. Am avut posibilitatea să discut direct și să pun întrebări personale, inclusiv sfaturi cum să procedez*".

— Activitățile de voluntariat sau alte activități informale. "*Nu am avut părinți, rude… Am avut în schimb un coordonator de la Centrul Comunitar al Tinerilor care m-a ajutat să devin membru al rețelei educatorilor de la egal la egal*"; "*am fost la o tabără pentru fete (GLOW) și acolo șapte zile am discutat toate aspectele și am primit și un manual*".

Deși există mulți actori de la care adolescenții ar putea obține cunoștințele necesare în domeniul sănătății sexuale și reproducerii, adolescenții care au participat la discuțiile focus-grup au semnalat că atât în instituțiile educaționale, cât și în familie sau în cercul de prieteni, aceste probleme sunt abordate frecvent "*superficial*", "*nu prea profund*".

Uneori, adolescenții au acces la unele informații din internet sau de la alți semeni, dar fără un specialist ei pot înțelege greșit informația – "*la nivelul cunoașterii comune foarte mulți greșesc. Frecvent prietenii dau idei care nu întotdeauna sunt corecte. Spre exemplu, marea majoritate a bolilor sexual transmisibile au aceleași simptome. Și atunci o persoană care a avut o anumită boală dezvăluie tratamentul altei persoane care suferă de o altă boală, dar la care simptomele sunt aceleași*" (FG_T_1).

Un rol deosebit în informarea adolescenților privind sănătatea sexuală și cea a reproducerii o au organizațiile neguvernamentale. În localitățile în care există Centre Comunitare ale Tinerilor sau alte organizații neguvernamentale active, o parte dintre adolescenți sunt mai informați, dar și mai activi, adesea fiind implicați în diferite activități privind informare a altor tineri.

În același timp, în opinia celor care au participat la discuțiile focus-grup există și categorii de adolescenți care au un acces mai limitat la informațiile privind sănătatea sexuală și cea a reproducerii. Printre aceștia, în opinia adolescenților, se află cei care provin din familii vulnerabile, inclusiv cei la care părinții sunt plecați la muncă peste hotare. Medicii și asistenții sociali susțin că vulnerabilitatea tinerilor este legată frecvent de starea de sărăcie din familie, lipsa de responsa-

bilitate a părinților, precum și de lipsa de atenție sau atenția redusă din partea unor instituții educaționale față de subiectul dat. Au un acces mai redus la informații calitative adolescenții din familii cu venituri mici, în care se face abuz de alcool și drog, unde este prezentă violența, părinții nu sunt angajați în câmpul muncii etc.

În comparație cu adolescenții din orașe, cei de la sate sunt dezavantajați în posibilitățile lor de informare în acest domeniu pentru că în sate nu funcționează Centre de Sănătate Prietenoase Tinerilor așa cum sunt în orașe. Astfel, în cazul lipsei unor voluntari la nivel local și accesul la informații este mai limitat. O altă problemă ce ține de localitățile rurale este și gradul redus de libertate și confidențialitate. Adolescenții se rușinează să adreseze întrebări persoanelor care fac parte din aceeași comunitate. Lor le este frică să nu fie interpretați greșit sau ca despre problemele lor vor afla și alte persoane.

Deși Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor funcționează de mai mulți ani, puțini adolescenți cunosc despre existența acestora. Mai informați la acest capitol sunt adolescenții din orașe, comparativ cu cei din sate.

Opiniile adolescenților privind vârsta la care trebuie începută educația pentru sănătatea sexuală și cea a reproducerii sunt împărțite în rândul tinerelor generații. Unii consideră că unele instruiri ar putea începe chiar din clasa a 4-a, alții din a 6-a sau a 7-a. Cei care pledează pentru începerea educației în domeniul dat la o vârstă mai mică consideră că informația poate fi oferită la orice vârstă, dar în mod diferit. Ei, de asemenea, speră că în acest mod ar putea fi reduse sarcinile nedorite în rândurile adolescentelor.

Generațiile tinere pledează pentru un obiect care ar pune bazele în domeniul dat și care ar fi obligatoriu pentru toți copiii în școală. Adolescenții nu au sugerat o denumire exactă a acestui obiect, lăsând problema dată pe seama specialiștilor. În cadrul acestui obiect, pentru ca adolescenții să fie informați și protejați, problema dată trebuie să fie abordată din mai multe aspecte, prezentând activitatea mai multor instituții care urmăresc același scop – generații viitoare sănătoase. Este important mesajul care trebuie transmis adolescenților, ca acesta să fie înțeles cât mai bine. În calitate de exemple s-au propus: "*Ești informat, transmite și altuia informația*", "*Nu transmite boala, transmite – informația*".

Activitățile realizate în prezent în școli prezintă unele deficiențe. Elevii sunt reticenți când li se distribuie informații – "*din experiență personală pot să vă spun că elevii se tem să ia broșurile care se distribuie în școli... Dacă elevul acceptă broșurile, este perceput de colegi ca fiind o persoană cu anumite probleme în acest sens*" (FG_T_2). Unii adolescenți nu percep de ce este important să cunoască aceste lucruri și cred că au cunoștințe suficiente.

Pentru a fi mai eficientă, informarea în instituțiile educaționale trebuie să aibă o parte comună, dar pe anumite teme discuțiile să se facă separat pentru fete și băieți "*să nu se simtă jena dintre ei, să nu râdă unii de ceilalți*". Informațiile trebuie prezentate de specialiști instruiți în acest scop (medici specialiști, profesori, psihologi).

Importanța sănătății reproducerii și necesitățile de informare ale elevilor trebuie să fie conștientizate de toate cadrele didactice și administrațiile instituțiilor de învățământ. Unii educatori de la egal la egal au semnalat că uneori administrația instituției nu este deschisă pentru astfel de lucruri, există bariere cu care se confruntă educatorii de la egal la egal în informarea adolescenților. Din această perspectivă ar fi bine ca Direcțiile raionale de învățământ să stabilească, în parteneriat cu Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor de la nivel raional, un Plan de activitate pentru informarea adolescenților și tinerilor.

Un rol important în educarea tinerelor generații în domeniul sănătății reproducerii revine familiei. Actualmente însă, în opinia adolescenților, sunt necesare eforturi pentru a crește gradul de informare al părinților și a crește nivelul de implicare al acestora în educarea privind sănătatea reproducerii. Pentru aceasta ar putea fi planificate și anumite traininguri din partea specialiștilor cu părinții la această temă. Foarte mulți părinți au cunoștințe comune la această problemă – "*știu că este periculos, modul de transmitere, dar nu și alte detalii*"(FG_T_2) și se sfiesc să discute cu copiii pe asemenea subiecte – "*suntem prea conservatori, prea tradiționaliști*"(FG_T_1).

În Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor este important să activeze adolescenți și tineri care să transmită informațiile de la egal la egal, pentru ca adolescenții să poată comunica mai liber cu semenii și discuta problemele care-i frământă. Principiile de bază care trebuie să ghideze aceste instituții în opinia participanților la discuții, sunt păstrarea confidențialității și neutralității.

În localitățile în care nu există organizații neguvernamentale, asistenții medicali, profesorii ar putea identifica voluntari din rândul adolescenților, care vor fi coordonați în organizarea unor activități, inclusiv mese rotunde pe problemele date.

3.2. Femeile de vârstă reproductivă: cunoștințe, atitudini și practici în perioada pre, intra și postnatală

Cunoștințe, atitudini și practici înainte de sarcină

Analiza atitudinilor și practicilor familiilor din Republica Moldova relevă că membrii adulți ai acestora merg la medic, în mare parte, o dată la 2-3 ani. Nu există în marea majoritate a familiilor o cultură a controlului medical profilactic. Adresarea la medic, de obicei, se face târziu – „*când nu mai putem suporta durerea*", „*în țările civilizate omul se duce la medic înainte de a se îmbolnăvi, dar la noi cu trei zile înainte de a muri*".

Când există probleme de sănătate personală sau a membrilor familiei, în primul rând, frecvent femeile încearcă tratamentul la domiciliu în baza cunoștințelor pe care le dețin sau din experiențele anterioare. Ulterior, dacă nu se atestă schimbări în starea generală a persoanei bolnave, femeile apelează după sfaturi la părinți, prieteni sau rude, dacă există posibilități pe Internet – „*găsești totul ce te interesează și faci analiza informației*", la farmacie – „*mergi după medicamente și farmacistul poate să-ți dea careva indicații, oricum are studii…*" Abia în ultimă instanță se apelează la medicul de familie sau la serviciile medicale de urgență.

Adresarea la medic se face mai frecvent în cazul copiilor de vârstă mică, în cazurile grave de sănătate, inclusiv când starea bolnavului rămâne aceeași sau se agravează.

Comportamentul neglijent față de propria sănătate și cea a membrilor familiei este determinat și de generațiile mai în vârstă, care cred că problema se va rezolva de la sine - „*Când eram cu prima fetiță și trăiam la buneii soțului, fata avea temperatură, bunica îmi spuneau să nu merg la spital. Când am ajuns la spital starea era deja gravă. Dacă stăteam acasă mi-aș fi pierdut copilul*" (FG_F_1_rural).

Conceptul de planificare familială, cel mai frecvent este înțeles și practicat de femeile de vârstă reproductivă ca planificare a perioadei de naștere a copilului – „*ne-am înțeles să-l planificăm, să fie într-o zi cu primul*" sau planificare a sexului copilului „*am vrut băiețel*". Discuțiile focus-grup evidențiază că marea majoritate a familiilor nu-și planifică copiii, în special primul copil - „*apar din dragoste*", iar în ultimii ani, se atestă tendința de creștere a

copiilor născuți înainte de căsătorie, în special în rândul părinților tineri (16-20 ani).

Unele discuții despre nașterea copiilor apar în familie atunci când se dorește al doilea copil, dar nu este un fenomen caracteristic tuturor familiilor. În mediul rural, se atestă nașterea copiilor de rang trei, neplanificați – „*de la Dumnezeu*", la femeile în vârstă de peste 35 ani. Întrucât sarcinile nu au fost planificate, femeile au avut anumite ezitări în luarea decizie de a duce a treia sarcină, considerând că la această vârstă este rușinos să rămână însărcinate. Însă, ele au relatat că-și doresc acești copii, că există o diferență mare între copilul conceput la 20 de ani și cel la 35 ani. La 35 de ani au mai mult timp, dar și experiență în ceea ce privește îngrijirea copilului.

Datele statistice indică schimbări importante în ceea ce privește numărul de copii în familie în ultimii 30 de ani. Or, generațiile anterioare optau pentru un număr mai mare de copii în familie, comparativ cu generațiile prezente. Pe de altă parte, chiar dacă metodele de planificare familială nu s-au schimbat esențial, există schimbări importante privind accesul la informații, la metodele de contracepție, prezența unui număr mai mare de cabinete de consultații în domeniul planificării familiale. Cu toate acestea, controlul medical înainte de conceperea primului copil este o practică puțin răspândită în rândul femeilor și aproape că lipsește în cazul bărbaților care nu doresc să meargă la control medical. Cei din urmă consideră că responsabilitatea pentru nașterea unui copil sănătos îi aparține în totalitate mamei. Puține familii s-au adresat medicului pentru a efectua un control medical înainte de sarcină în scopul prevenirii sau evitării riscurilor pentru sarcină. Totuși, se atestă o atitudine mai responsabilă în ceea ce privește controlul medical printre tineri, pe motiv că este mare numărul persoanelor implicate în procese migraționiste și crește incidența bolilor sexual transmisibile.

Numărul familiilor care-și planifică nașterea viitorului copil este redus și caracteristic pentru acele familii unde au existat careva probleme de sănătate, pierderi de sarcină sau dificultăți în conceperea copiilor – „*după căsătorie, timp de 8 luni nu am fost însărcinată, de aceea ne-am dus ambii la medic*"(FG_F_2_rural).

În unele familii, vestea despre naștere unui viitor urmaș se încheie cu desfacerea căsătoriei – „*am trăit 2 ani și parcă de la început spunea că vrea copii. Pe urmă, când a auzit că am rămas gravidă, mă trimitea la avort că-i devreme și ne-am despărțit…*" (FG_F_3_urban).

În trecut, foarte rar femeile utilizau metode contraceptive până la nașterea copilului. De obicei, femeile utilizau preponderent metoda steriletului după nașterea primului copil, celui de-al doilea etc., după consultația medicului. Actualmente însă, tinerii utilizează metodele contraceptive (tabletele contraceptive, prezervativul) înainte de nașterea copiilor. Ei se informează despre metodele de contracepție din mass-media, de la prieteni, mai rar în cabinetele de planificare familială, Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor sau cele de Sănătate a Reproducerii.

Unele femei, care fac parte din categoria superioară de vârstă a contingentului fertil, au relatat că nu au utilizat și nu utilizează metode contraceptive. Numărul acestor femei este mai mare în mediul rural, comparativ cu cel urban. În viziunea unor femei, contracepția dăunează sănătății motiv pentru care ele nu utilizează aceste metode – „*în viziunea mea toate dăunează cumva și de aceea nu folosesc*".

Generațiile actuale utilizează metode contraceptive mai frecvent decât cele din trecut – „*orice flăcău are în buzunar prezervative*". În cazul unui partener stabil, fetele preferă să ia contraceptive sub formă de tablete, în anumite situații contracepția de urgență („*pastila de urgență*"). Situația dată este

determinată de creșterea gradului de accesibilitate, inclusiv de faptul că o parte din tineri încep destul de devreme viața sexuală – la 15-16 ani.

Cercetarea relevă însă că oricum există lacune în ceea ce privește cunoștințele tinerilor în domeniul utilizării metodelor contraceptive. În cadrul discuțiilor de grup, o femeie ne-a povestit istoria familiei sale, în care lipsa cunoștințelor în domeniul dat, dar și lipsa de comunicare la această temă cu băiatul său a determinat crearea unei familii destul de devreme (19 ani băiatul, 17 ani – fata) – „*când se ducea la discotecă îi spuneam să nu se bată cu nimeni și niciodată nu m-am gândit să-i spun să fie atent să nu lase fete însărcinate*" (FG_F_1_rural).

Cunoștințe, atitudini și practici în perioada sarcinii

Majoritatea femeilor nu cunosc termenul exact de punere la evidență la medicul de familie a femeilor însărcinate. Punerea la evidență a femeilor în prima perioadă de sarcină nu este determinată de grija pentru sănătate, ci de confirmarea sarcinii – „*ne ducem la ginecolog după ce suntem însărcinate și când ne ducem, atunci ne pun la evidență*" sau de unele probleme de sănătate. Femeile care au avut pierderi de sarcină, de obicei, se adresează mai devreme pentru îngrijiri în timpul sarcinii.

Se adresează după perioada de 12 săptămâni pentru a se pune la evidența medicului de familie, de obicei, femeile implicate în procesele migraționiste, femeile din grupurile socialmente vulnerabile care nu doresc să se pună la evidență sau sunt „*mai nepăsătoare*", femeile angajate în câmpul muncii („*aveam mult de lucru și nu puteam să-mi cer voie*"), femeile care se află la a treia sarcină și femeile cărora medicii le-au recomandat întreruperi de sarcină. De obicei, femeile din ultima categorie se adresează la medic după ce trece perioada în care acesta i-ar putea recomanda întreruperea sarcinii – „*am rămas însărcinată după primul și m-a trimis medicul la avort. Am avortat și după aceasta iarăși am rămas gravidă și m-am dus la medici când am știut că a trecut perioada de avortare*" (FG_F_3_urban). Sunt situații când medicii au recomandat întreruperi de sarcină, în special, în situațiile când femeile aveau deja doi copii sau atunci când perioada de după nașterea ultimului copil și noua sarcină era mai mică de 2 ani.

Unele femei au menționat că uneori întârzierile privind punerea la evidență a sarcinii sunt determinate de faptul că medicii recomandă femeilor să facă avort – „*ție nu-ți trebuie copilul acesta. Tu nu ai să-l poți duce până la capăt*", „*mai bine întrerupe de acum, pentru că tu oricum o să-l pierzi*" (FG_F_4_rural), „*m-am temut să nu mă ducă medicul la avort și de aceea, special, ca să nu mă poată manipula am mers mai târziu*" (FG_F_3_urban).

Dificultățile cu care se confruntă femeile însărcinate în accesarea serviciilor medicale se împart în mai multe categorii:

— cele ce țin de lipsa specialiștilor, nivelul de profesionalism a celor care activează, dar și atitudinea unora dintre aceștia față de pacienți;
— utilajul medical învechit sau insuficiența acestuia determină accesarea serviciilor medicale din centrele perinatologice regionale sau municipale,
— modul de organizare și gestionare a activității instituțiilor medicale („*te duci la ora 10 dimineața și intri la medic la ora 3 după amiază*"), inclusiv prezența fenomenului de corupție.

Mai dificilă este situația femeilor însărcinate din mediul rural pentru că acestea lunar trebuie să se prezinte și la evidența specialistului din centrul raional.

O parte însemnată din femeile ce au participat la discuțiile de grup nu au utilizat acidul folic în perioada sarcinii. Cauzele sunt diverse: s-au adresat aproape de perioada de 12 săptămâni sau mai târziu, au fost însărcinate în perioada în care nu se oferea acid folic femeilor însărcinate, n-au dorit să-l primească. Majoritatea au utilizat acidul folic o perioadă scurtă – 5-6 săptămâni în dependență de perioada când s-au pus la evidența medicului de familie.

Numărul femeilor de vârstă reproductivă care cunosc perioada de utilizare a acidului folic și importanța acestuia pentru dezvoltarea copilului este redus și a cuprins maximum 1-2 persoane pentru fiecare discuție de grup, în fiecare grup fiind 9-11 persoane. Unele femei știu că acest preparat se utilizează în primele 12 săptămâni de sarcină. Mai rar, este cunoscut că acidul folic trebuie primit și până la concepție.

O singură femeie ne-a spus că a utilizat acidul folic începând cu 3 luni înainte de conceperea sarcinii și până la 12 săptămâni de sarcină, procurând-l personal de la farmacie.

Multe femei confundă medicamentele care au fost primite de ele în timpul sarcinii – acidul folic cu substanțele de fier sau alte medicamente – „*aveam un pic de anemie și mi-o indicat*", „*știu că ceva am băut, îmi amorțeau picioarele, mâinile și am băut ceva, dar nu țin minte…*". Altele au aruncat pastilele – „*le ascundeam, le aruncam, mă temeam să nu acționeze negativ fătul*" (FG_F_4_rural) sau au relatat că au încercat să-l suplimenteze „*mâncând legume care conțin acid folic*" (FG_F_3_urban). Constatăm deci, că pentru multe femei nu este clară necesitatea consumului acidului folic și a fierului, sau pot să le încurce cu alte preparate primite pe parcursul sarcinii (vitamine etc.)

Substanțele indicate pentru suplimentarea fierului în organism provoacă disconfort femeilor însărcinate, motiv pentru care acestea, de multe ori, nu sunt utilizate. Femeile preferă metode naturale pentru a-și menține hemoglobina, cum ar fi sfecla roșie.

Marea majoritate a femeilor au relatat că nu au urmat careva cursuri antenatale. Doar unele femei din cele care au participat la discuțiile de grup știu despre existența cabinetului de planificare familială în centrul raional, menționând că asistenta de acolo le-a oferit câteva instrucțiuni despre cum să se comporte cu copilul după naștere – „*am fost la 2-3 lecții*" și că au completat o anchetă în acest cabinet.

Femeile care sunt la a doua sau a treia naștere au spus că nu sunt invitate la acest cabinet: „*a ieșit o doamnă pe coridor și a zis: femeile care-s începătoare și care se pun la evidență cu prima sarcină să intre la mine*". Deși unele din ele și-au dorit să beneficieze de cursuri și s-au dus, lor li s-a spus că ele au deja experiență și cel mai important este să asculte medicul.

Femeile care au reușit să beneficieze de clasele antenatale au menționat că li s-au oferit sfaturi și atât, nu le-au fost prezentate filme sau altceva în legătură cu nașterea. Unele femei care au frecventat aceste cursuri au relatat că ele sunt realizate superficial și nu sunt mulțumite de calitatea organizării lor. Ele și-ar dori să discute la aceste cursuri cu o femeie – „*un bărbat nu poate povesti despre durerile femeii la naștere*" și să fie mai multe exemple din practică.

O altă particularitate importantă, identificată, este că în centrele raionale, comparativ cu municipiile, cursurile antenatale sunt frecventate doar de către femei, rolul partenerului nefiind conștientizat.

Experiența femeilor care au născut însă la maternitățile din mun. Chișinău sau peste hotare este mult mai bogată și mai pozitivă la acest capitol – „*am învățat ce exerciții sunt necesare în timpul nașterii, cum să îngrijești copilul după naștere*". Ele, de asemenea, mai frecvent au mers la cursuri cu partenerul de viață. Când au avut posibilitate, aceste femei au transmis această experiență și al-

tor femei – „*am recomandat aceste exerciții și altor persoane*” (FG_F_4_rural).

În general, femeile de vârstă reproductivă au menționat utilitatea și necesitatea organizării unor astfel de cursuri, dar și a îmbunătățirii modalității de organizare a acestora.

Asistarea rudelor la naștere, în special a soților se realizează mai frecvent în cazul când femeile nasc în maternitățile din municipiile Chișinău, Bălți, în cele de peste hotare și foarte rar în cazul maternităților raionale.

Practica de asistare a rudelor la naștere nu este acceptată de majoritatea femeilor din mediul rural. Dacă uneori există o atitudine pozitivă față de asistarea surorilor, mamelor, nu se acceptă asistarea soțului la naștere – „*femeile trebuie să fie cu greutățile lor și bărbații cu ale lor*”, „*este ceva intim…*”, „*nu vrem ca bărbații să ne jelească în momentul acela, e ceva neplăcut*”. Unele dintre ele au menționat că au citit pe internet că bărbații primesc repulsie de la procesul de naștere și nu ar trebui să asiste.

Femeile care au fost asistate la naștere de rude au menționat că s-au simțit din punct de vedere psihologic mai bine și au primit susținere din partea acestora – „*dacă nu era el și nu mă susținea cred că nu aveam atâta curaj și atâta putere…*”, „*mi-a făcut masaj, el m-a ajutat foarte mult…*”. Femeile care au avut susținerea soților la naștere au relatat despre necesitatea creării unei legături dintre tată și copil din primele clipe ale vieții. De asemenea, ele au evidențiat că există unele schimbări în comportamentul taților după ce au asistat la naștere, recomandând și altor mame tinere să-și ia soții. Însă, unele femei au evidențiat și lipsa dorinței în rândul bărbaților de a participa la naștere.

Cunoștințe, atitudini și practici după nașterea copilului

Perioada de ședere la maternitate este grea pentru femei, dar în același timp ele se pot adresa cu unele întrebări la personalul medical.

Majoritatea femeilor apreciază pozitiv practica existentă în Moldova, conform căreia sora medicală sau medicul trebuie să frecventeze copilul și mama veniți de la maternitate în primele zile. În cadrul acestor vizite, tinerele mame primesc sfaturi despre îngrijirea copilului, alimentarea la sân, organizarea unor proceduri, inclusiv organizarea camerei pentru copil.

În mediul rural se atestă o legătură mai strânsă între medici și femeile însărcinate și cele care au în îngrijire copii nou-născuți. Medicii dau numerele de telefon femeilor pentru ca acestea să sune în caz de urgență. Însă, femeile nu telefonează întotdeauna când au probleme. Uneori, ele încearcă singure să soluționeze problema de sănătate a copilului. Spre exemplu, o doamnă ne-a relatat: „*Dacă nu-i ceva grav – o tusă… eu îi dau antibiotice. Medicul m-a certat. M-a întrebat de ce nu m-am adresat inițial la ei…*” (FG_F_1_rural).

După nașterea copilului, cel mai frecvent tinerele mame au nevoie de consultații pe următoarele subiecte:

- alăptarea și probleme ce apar din diferite cauze la piept;
- modalitatea de îngrijire a copilului în primele luni de viață (baia copilului, pozițiile la somn etc.), depășirea fricii de a atinge copilul;
- durerile de burtă ale copilului în primele luni de viață;
- problemele ce țin de apariția și creșterea dinților.

O parte din specialiștii care activează la nivel comunitar consideră că sănătatea reproductivă este puțin promovată atât de sistemul de sănătate, cel de educație, precum și de protecție socială. Ei apreciază acțiunile care s-au întreprins în domeniul promovării sănătății mamei și copilului în sistemul de sănătate și cel de protecție socială.

CONCLUZII

Analiza efectuată relevă:

- Organizația Mondială a Sănătății, Fondul ONU pentru Populație, UNICEF, etc. consideră sănătatea reproducerii o problemă prioritară a dezvoltării sustenabile a unui stat. La nivel internațional, atât în recomandările ONU, cât și în prevederile diferitor foruri, conferințe internaționale, sănătatea reproducerii este recunoscută drept o componentă fundamentală necesară dezvoltării umane, ea fiind promotorul sănătății generale a populației, dar și al prosperității și dezvoltării.

- Sănătatea, inclusiv cea a reproducerii este determinată de factori biologici, de mediu, stilul de viață și nivelul de organizare a activității instituțiilor de asistență medicală. Or, sănătatea nu este doar un rezultat al sistemului medical, ci și al gradului de informare, cel atitudinal și comportamental al populației.

- Valoarea sănătății reproducerii constă în posibilitatea de exercitare optimă a condiției umane. Disfuncționalitățile sănătății reproducerii a indivizilor provoacă disfuncționalități în întregul sistem social prezent, dar și cel viitor.

- Republica Moldova a adoptat legi, inclusiv o Strategie națională a sănătății reproductive care stabilește direcțiile prioritare ale politicii statului în domeniul dat. Acțiunile elaborate și promovate de autoritățile moldovenești urmăresc modernizarea și aducerea în corespundere cu standardele europene a sistemului de sănătate și asigurare a sănătății reproducerii, în conformitate cu recomandările Organizației Mondiale a Sănătății și prevederile milenare.

- Datele statistice relevă o rată ridicată a natalității în rândul adolescenților de 15-19 ani în mai multe țări din regiune – Bulgaria (11,1), România (10,6), Republica Moldova (9,6), fapt ce denotă lacune în primul rând în cunoștințele adolescenților în materie de sexualitate și reproducere. În Republica Moldova, datele statistice prezintă o tendință de descreștere a numărului născuților vii de mame în vârstă de 15-19 ani, dar această tendință este determinată de generațiile mai puțin numeroase de la sfârșitul anilor 1990.

- Țările cu cel mai mare număr al avorturilor raportate la 1000 de născuții vii cuprind Republica Moldova (365,3), Letonia (387,3), Bulgaria (417,8), România (480,3), Federația Rusă (598,8). Impactul numărului de avorturi asupra natalității poate fi perceput mai bine atunci când corelăm numărul de avorturi cu născuții vii. Situația din Republica Moldova la acest capitol este una dramatică – 37 de avorturi la 100 născuți vii în anul 2012. O incidență mare a avorturilor se constată în grupa de vârstă 15-19 ani – 9,4%.

- Mortalitatea maternă este înaltă în așa țări precum Federația Rusă, Ucraina, România, Letonia, Republica Moldova. Dacă în unele țări se înregistrează tendințe încurajatoare de reducere a mortalității materne, în Moldova se observă tendințe îngrijorătoare – 30,4 decese la 100 000 născuți vii în anul 2012.

- Mortalitatea infantilă caracterizează sănătatea mamei și a copilului, precum și calitatea serviciilor oferite în perioada sarcinii, nașterii și după nașterea propriu-zisă. Țările cu rate înalte ale mortalității infantile sunt Letonia, Federația Rusă, Ucraina, România, Republica Moldova. Reformele inițiate în Moldova în sistemul perinatologic au redus mortalitatea infantilă de 2,2 ori în ultimii 15 ani. Cu toate acestea, acest indicator în Republica Moldova este actualmente de două ori mai mare decât media pe Uniunea Europeană.

- Incidența sterilității primare în plan mondial variază de la 1-3%, iar cea secundată de la 5-10,2% în țările dezvoltate și de la 13,8-24,1% în cele în curs de dezvoltare. Republica Moldova are valori înalte atât a sterilității primare – 3%, precum și a celei secundare – 13%. Conform estimărilor specialiștilor, incidența cuplurilor infertile în Moldova pe parcursul ultimilor 10 ani s-a majorat de două ori.

- Viața sexuală timpurie a adolescenților este o problemă importantă pentru Republica Moldova. Migrația părinților, cunoștințele insuficiente ale părinților, determină lipsa de comunicare dintre părinți și copii pe aceste tematici, fapt ce determină în final o informare insuficientă și incorectă a acestora. Adolescenții sunt slab informați și nu cunosc riscurile începerii vieții sexuale timpurii asupra sănătății reproducerii.

- Sursele de informare care contribuie în prezent la educația sexuală și cea reproductivă a tinerilor sunt familia, instituțiile educaționale, grupurile de prieteni, organizațiile neguvernamentale. Cu mici excepții însă, aceste surse de informare abordează aceste probleme „superficial” în opinia adolescenților.

- Există, în același timp, categorii de adolescenți care au un acces limitat la informațiile privind sănătatea sexuală și cea a reproducerii - preponderent adolescenții din mediul rural, din familii socialmente vulnerabile (sărace, cu părinți care consumă alcool, cu comportament violent etc.) și cei ai căror părinți sunt plecați la muncă peste hotare.

- Adolescenții își doresc un obiect obligatoriu în școală care să abordeze problemele sănătății pentru a fi informați și protejați în domeniul dat și a reduce numărul sarcinilor în rândul adolescentelor, și a îmbunătăți sănătatea reproducerii.

- Pentru marea majoritate a femeilor din Republica Moldova, planificarea familială înseamnă planificarea perioadei de naștere a copilului, abandonarea metodelor contracepție, puține fiind cele pentru care planificarea copilului presupune consultația preconcepțională, investigațiile medicale ale soților înainte de conceperea copilului care pot preveni anumite riscuri din perioada de sarcină.

- Actualmente, sănătatea reproductivă a populației este determinată în mare măsură de gradul de informare și stilul de viață al populației (lacune în cunoștințe privind riscurile începerii unei vieți sexuale timpurii, în ceea ce privește metodele de contracepție, punerea la evidență la medic în perioada de sarcină, utilizarea acidului folic, îngrijirea copilului etc.) și mai puțin de factorii biologici, de mediu și organizarea sistemului de asistență medicală. Informarea redusă determină schimbări importante în cadrul factorilor biologici care vor fi resimțiți de generațiile viitoare.

RECOMANDĂRI

Înrăutățirea continuă a sănătății reproducerii, creșterea incidenței cuplurilor infertile contribuie la creșterea morbidității și mortalității perinatale. Aceste schimbări determină ca sănătatea reproducerii să nu fie doar o problemă medicală, ci una de interes major pentru toată lumea științifică, întrucât ea aduce urmări grave atât în plan demografic, cât și economic și social. Sarcina strategică a sistemului de sănătate din Republica Moldova, la momentul actual, este de a folosi toate posibilitățile de îmbunătățire a potențialului reproductiv al populației, de a ameliora sănătatea de procreare a femeii și de a reduce numărul sarcinilor nedorite.

În acest sens, ***RECOMANDĂM****:*

- DEZVOLTAREA politicilor, programelor de informare și educare atât pentru adolescenți, tineri, părinți, cât și specialiști (profesori). Aceste acțiuni trebuie să fie o muncă comună atât a specialiștilor din subordinea Ministerului Sănătății, Ministerului Educației, Ministerului Tineretului și Sportului, precum și a Ministerului Muncii, Protecției Sociale și Familiei.

- DEZVOLTAREA unor programe axate pe informarea adolescenților, tinerilor, inclusiv femeilor cu acces limitat la informații și nivel redus de informare – din mediul rural, din familii social vulnerabile.

- INTRODUCEREA unui obiect în școală în domeniul sănătății, elaborarea curriculumului bazat pe necesitățile și doleanțele tinerilor și dezbaterea publică a acestuia.

- ORIENTAREA adolescenților, tinerilor, femeilor spre programele de educație formală și informală existente, direcționarea spre Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor pentru a crește nivelul de informare, de încredere în necesitatea adresării la specialiști atunci când există o problemă de sănătate.

- DEZVOLTAREA continuă a Rețelei de formatori de la egal la egal.

- CONSOLIDAREA parteneriatului între Direcțiile raionale de învățământ și instituțiile medicale, inclusiv Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor pentru a crește nivelul de informare a adolescenților și tinerilor privind metodele de contracepție, sănătatea sexuală și cea a reproducerii.

- DEZVOLTAREA unor programe educaționale pentru viitoarele și tinerele mame.

- IMPLICAREA mass-mediei în informarea adolescenților, tinerilor, părinților în domeniul sănătății reproductive prin emisiuni televizate în domeniu, dar și promovarea unor mesaje scurte care să contribuie la formarea unui mod sănătos de viață reproductivă.

- REALIZAREA cercetărilor în domeniul sănătății reproducerii a adolescenților, tinerilor, inclusiv a familiilor tinere.

BIBLIOGRAFIE

1. Beaumont, K; Maguire, M; Schulze, E., (2013). *Policies for Sexuality Education in the European Union*, disponibil la: http://www.europarl.europa.eu/committees/en/femm
2. Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor (iunie 2012). *Sexually Transmitted Infections in Europe, 1990-2010*
3. ICPD (2013). *ICPD Beyond 2014 review in the UNECE region*.
5. Liefbrouer A., Corjin M., (1999). Who, What, Where, and When? Specifying the Impact of Educational Attainment and Labour Force Participation on Family Formation, *European Journal of Population*
6. Mascarenhas M.N., Flaxman S.R. et. (2012). National, Regional and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis Health Surveys. PLoSMed9(12):e10011356.journal.pmed
7. OMS (2012). *Sexual and reproductive health: facts and figures about abortion in the European region*
8. OMS (a 2-a ediție, 2012), *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*
9. Paladi Gh., Dondiuc I., Bogdan A., Tăutu L., (2013). Pierderile reproductive ca problemă medico-socială și demografică Republica Moldova, în materialele Conferinței Internaționale Științifico-practice *Creșterea economică în condițiile globalizării*. – Chișinău
10. *Raport privind sănătatea sexuală și a reproductivă și drepturile aferente*. Parlamentul European, 26.09.2013
11. Rebeleanu-Bereczki A., (2007). *Politicile în domeniul sănătății în contextul reformei sociale din România* – Presa Universitară Clujeană
12. CNSP (2013). *Republica Moldova. Studiu de indicatori multipli în cuiburi 2012. Raport final*. – Chișinău
13. CNȘPMP (2006). *Republica Moldova. Studiul Demografic și de Sănătate din Republica Moldova, 2005*. - Chișinău
14. Sobotka T., (2004). *Postponment of childbearing and low fertility in Europe*. – Dutch University Press, Amsterdam
15. Tăutu L., Bogdan A., (2013). Prematuritatea în raport cu tendințele sănătății reproductive, În materialele Conferinței Internaționale Științifico-practice Creșterea economică în condițiile globalizării. – Chișinău
16. Yamin, A. E., (2005), *Learning to dance: Advancing women's reproductive health and well-being from the perspectives of public health and human rights*. - Cambridge, Harvard University Press
17. European Health for All Database
18. http: //www.unece.org/oes/nutshell/2004-2005/focus_sustainable_development.html

Acte normative:

19. Legea nr. 185 din 24.05.2001 cu privire la ocrotirea sănătății reproductive și planificarea familială
20. Legea nr.138 privind sănătatea reproducerii din 15.06.2012
21. Strategia națională a sănătății reproductive (HG nr.913 din 26.08.2005)