

SĂNĂTATEA SEXUALĂ FEMININĂ PE PARCURSUL VIEȚII

**Elena CARCEA, cercetător științific,
CCD, INCE**

***Summary.** Sexual health throughout the life is one of the current priorities for most countries because its condition affects all stages of life. An increased attention to this area is as important as for any other area. The government has to invest in the sex education in order to have a healthy population. The purpose of this article is to conduct a descriptive analysis of sexual health during the life by studying the concepts and describing each stage of life, and the identification of their specific sexual health issues. For the research were used the following data sources: NBS, WHO Mortality Database, TransMONEE and European Health for All database (HFA-DB). The obtained results show the whole picture of female sexual health. According to the available data a higher morbidity by sexually transmitted diseases was observed in the young population in the reproductive age than for the general population, and a higher mortality frequency caused by malignancies for more advanced ages.*

Keywords: sexual health, sex education, STI, malignant tumors, lifecycle.

Sănătatea sexuală este o parte componentă a sănătății fiecărui individ, având o importanță deosebită pentru dezvoltarea capacității umane și reproducerea populației. Aceasta este definită ca „o bunăstare fizică, emoțională, mentală și socială în ceea ce privește sexualitatea, și aici nu este vorba doar de absența bolii, a disfuncției sau a infirmității. Definiția atrage atenția asupra naturii interrelaționare a dimensiunilor fizice, psihice și sociale ale sexualității, foarte importantă fiind noțiunea de bunăstare sexuală. Sănătatea sexuală necesită o abordare pozitivă și respectuoasă a relațiilor intime, precum și posibilitatea de a avea experiențe sexuale satisfăcătoare și sigure, fără constrângere, discriminare și violență. Pentru ca drepturile sexuale ale tuturor persoanelor să fie respectate și protejate trebuie să fie atins scopul și menținerea lor” [7].

Drepturile sexuale fac parte din drepturile fundamentale ale omului, care sunt deja recunoscute în aproximativ toate legislațiile naționale, precum și în diferite documente internaționale și alte acte normative. Drepturile sexuale includ drepturile tuturor persoanelor, fără constrângere, discriminare și violență la:

- educație sexuală;
- standard ridicat de sănătate sexuală, inclusiv accesul la servicii de îngrijire sexuală și reproductivă;
- căutarea, primirea și transmiterea ulterioară a informațiilor legate de sexualitate;
- respectarea integrității corporale;
- alegerea liberă a partenerului;
- decizia de a fi sau nu sexual activ;
- relații sexuale consensuale;
- uniuni consensuale;
- decizia de a avea sau nu copii;
- exercitarea unei vieți sexuale satisfăcătoare, în condiții de siguranță [7].

Cu toate că există strategii pentru sănătatea sexuală, operaționalizarea setărilor de îngrijire a acestora pe parcursul vieții sunt mai puțin dezvoltate [9], fiind abordate aspecte generale privind asigurarea egalității de șanse la servicii din domeniu și menținerea standardelor ei [112].

Conceptul sănătății sexuale reprezintă o studiere amplă, care cuprinde prevenirea și tratamentul rezultatelor negative legate de comportamentul sexual-reproductiv, precum: HIV/SIDA, hepatita virală, sarcina nedorită, tumori ale sistemului sexual-reproductiv și violența sexuală. Acest concept prevede o platformă pentru abordarea potențialelor probleme care apar pe parcursul vieții, cum ar fi: sănătatea și responsabilitatea relației sexuale, menarha (momentul declanșării primei menstruații - n.a.), sau schimbările din perioada menopauzei [9].

Scopul articolului constă în realizarea analizei descriptive a sănătății sexuale pe parcursul vieții prin descrierea fiecărei etape, intervalul de vârstă analizat fiind 15 – 70+ ani – perioada de începere a vârstei reproductive și post-reproductivă. Studiarea acestor etape va identifica problemele din domeniu specifice pentru fiecare categorie de vârstă, fiind importantă în contextul situației actuale când se pledează pentru o sănătate sexuală sănătoasă pe tot parcursul vieții.

Materiale și metode de cercetare. În analiza situației morbidității populației feminine prin bolile cu transmitere sexuală au fost utilizate datele oferite de BNS [4], pentru studierea mortalității feminine prin tumori maligne – datele WHO Mortality Database [9], în analiza situației sexuale feminine privind întreruperile de sarcină – datele European Health for All database (HFA-DB) [8], și pentru prezentarea sarcinilor în vârsta adolescenței – datele TransMONEE [155].

Rezultate. Existența biologică a fiecărui individ poate fi divizată în mai multe etape cu anumite trăsături caracteristice pentru fiecare. Fazele de viață ale unei femei sunt divizate în: 1. copilărie; 2. pubertate (adolescență); 3. maturizare sexuală (vârsta reproductivă); 4. perioada climacterică; 5. perioada post-climacterică (vârsta 70+). Maturizarea sexuală mai este numită și perioada femeii adulte și cuprinde intervalul de vârstă 18-45 ani, fiind caracterizată prin prezența menstruației, sexualității și reproducerii. Perioada de premenopauză conține vârsta de 45-50 ani, fiind specifică trecerea spre menopauză caracterizată prin dispariția ovulației, astfel încât sistemul endocrin va determina tulburări ale ciclului menstrual și ale sistemului neurovegetativ. Perioada de menopauză se referă la grupul de vârstă 50-55 de ani și este specifică prin absența menstruației și de involuția ovarelor și organelor genitale feminine. Perioada de senescență cuprinde vârsta de 70+ ani și se caracterizează prin involuție în ansamblu a sistemului biologic. Anumite perioade includ fluctuații ale sistemului hormonal precum și anumite evenimente de viață specifice femeilor, ca sarcina sau sindromul climacteric. Starea de sănătate este influențată de fiecare etapă în parte, de aceea este necesar de a cunoaște cadrul fiecărei faze a vieții unei femei, pentru descoperirea potențialelor probleme la etapa inițială sau evitarea lor [166].

Conceptul de „sănătate” este perceput diferit de la o generație la alta, de la o societate la alta, la fel există diferențe și între bărbați și femei. Dezvoltarea sexuală are loc pe tot parcursul vieții, însă starea de sănătate este într-o strânsă legătură cu experiența obținută la fiecare etapă a vieții.

Perioada de adolescență este considerată cea mai importantă etapă, deoarece creează premise ulterioare ale sănătății sexuale, iar sexualitatea este o parte integră a vieții umane. Pe parcursul ei, tinerii ar trebui să dezvolte anumite abilități în ceea ce privește alegerea corectă a valorilor, precum și inițierea unor legături intime sigure. La fel, ar fi necesar să cunoască despre riscurile sănătății asociate cu practicile sexuale, comportamente și vulnerabilitatea lor față de alte riscuri, de cele mai multe ori, din surse existente [222].

Adolescența este caracterizată prin perioada în care se formează bazele comportamentelor și obișnuințelor legate de sănătate, care ulterior sunt dezvoltate și stabilizate pe parcursul vieții, precum și oportunitatea de încurajare a alegerilor corecte și sănătoase. Aceasta este posibil de atins doar cu ajutorul creării unui mediu sigur și sănătos, minimalizând oportunitățile alese, ce pun în pericol sănătatea și siguranța. Una dintre cele mai importante și complexe probleme cu care se confruntă adolescenții este sarcina nedorită, care are un impact negativ asupra sănătății și bunăstării populației, mai ales asupra tinerelor. Sarcina nedorită este un eșec contraceptiv, la fel poate fi legat și de lipsa metodelor de contracepție, sau apare în cazul violenței sexuale. Sarcina poate crea situații periculoase sănătății femeii, mai ales atunci când este vorba despre apariția acesteia în perioada adolescenței [11]. În prezent, tinerii petrec o perioadă mai îndelungată în sistemul de învățământ, de aceea are loc amânarea căsătoriei și nașterea copiilor, însă cu mult înainte de căsătorie ei încep să întrețină relații sexuale. Relațiile sexuale înainte de căsătorie au devenit o normalitate, iar această realitate s-a transformat în obiect de studiu. Odată cu schimbarea normelor, reglementărilor, condițiilor sociale și a posibilităților privind contactul intim, obiectivul societății este de a asigura condițiile care vor permite adolescentului să treacă mult mai sigur prin această fază a vieții, atunci când sexualitatea este considerată controversată [188].

Datele comparative demonstrează că Republica Moldova se caracterizează printr-un nivel relativ înalt al sarcinilor în vârsta adolescenței, alături de Federația Rusă, Ucraina și Kazahstan, în același timp, Bulgaria și România sunt în topul țărilor cu cei mai înalți indicatori la capitolul nașteri și avorturi la adolescente (*Fig. 1*). În Republica Moldova în anul, 2014, rata sarcinilor constituia circa 36 de sarcini la 1000 de fete cu vârsta cuprinsă între 15-19 ani, 27 dintre ele s-au finalizat cu o naștere, iar restul 9 sarcini fiind întrerupte.

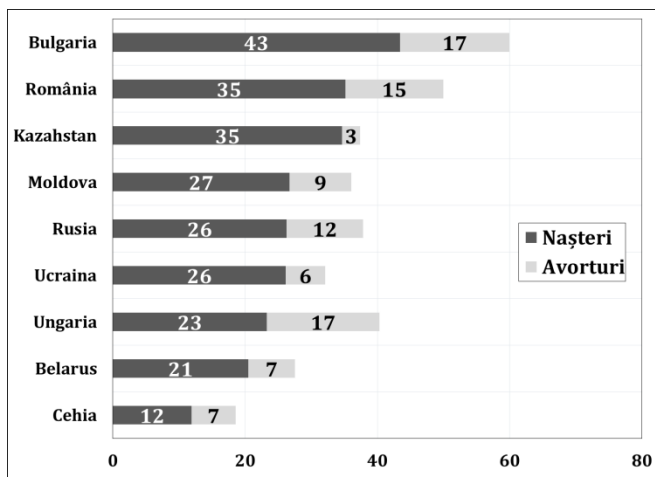


Fig. 1. Rata sarcinilor în vârstă adolescentă, la 1000 de fete în vârstă de 15 – 19 ani, în unele țări europene și Republica Moldova, anul 2014

Sursa: TransMONEE, anul 2016, datele din 2014.

Numărul destul de mare de sarcini nedorite demonstrează lipsa cunoștințelor și a practicilor contraceptive în rândul tinerilor, iar cele mai utilizate și cunoscute metode de contracepție fiind în mare parte actul sexual întrerupt și prezervativul [14].

Relațiile sexuale la adolescenți sunt cele mai periculoase, din mai multe considerente: 1. metodele de contracepție, chiar dacă le cunosc nu le folosesc, ulterior fiind urmări indezirabile ca sarcină nedorită sau prezența bolilor sexual-transmisibile; 2. violența sexuală, tinerele sunt supuse mult mai mult acestui risc; 3. vârsta când are loc primul act sexual, uneori fiind timpurie pentru a începe viața sexuală.

În Republica Moldova, infecțiile cu transmitere sexuală sunt o problemă de sănătate importantă, țara plasându-se printre primele state europene după numărul de cazuri noi înregistrate de sifilis și gonoree. În anul 2015, incidența prin aceste maladii cu o frecvență mai ridicată a fost specifică pentru categoriile de vârstă tinere de 15-29 ani, fiind activi sexual-reproductiv și demonstrând că tinerii nu duc cont de contracepție și nu au o educație sexuală adecvată. O descreștere mai semnificativă a incidenței infecțiilor sexual-transmisibile menționate este specifică pentru grupele de vârstă mai înaintate – 30-40+ ani (Fig. 2). În anul 2015, incidența cu sifilis pentru grupul de vârstă 18-19 ani constituia 145 cazuri la 100000 populație, fiind categoria de vârstă cu cea mai mare frecvență. Pe locul doi este clasată categoria de vârstă 15-17 ani, unde incidența este de 126 cazuri, iar locul trei îl ocupă grupul de vârstă 20-29 ani cu o frecvență de 108 cazuri. Incidența privind gonoreea este reprezentativă aproximativ pentru aceleași interval de vârstă, iar cel mai ridicat nivel fiind la vârsta de 18-19 ani cu 29 cazuri la 100000 populație.

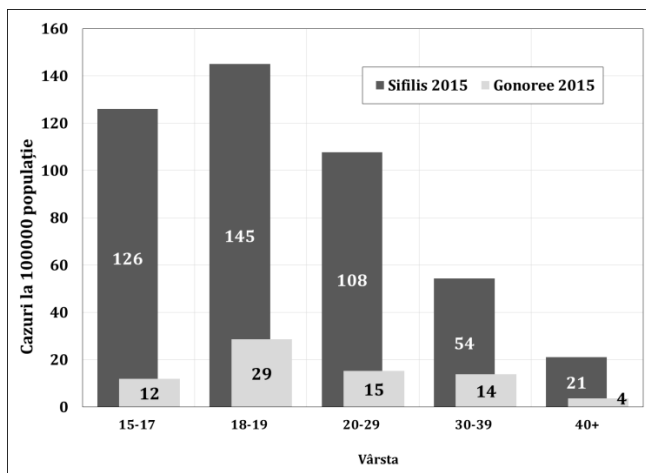


Fig. 2. Morbiditatea populației feminine prin boli venerice pe grupe de vârstă, (2015)
 Sursa: Biroului Național de Statistică.

Perioada de maturizare sexuală, fiind denumită și vârsta reproductivă, cuprinde intervalul de timp dintre adolescență și premenopauză, unde au loc modificări fiziologice unice pentru femei, ele fiind legate de menstruație sau afecțiuni ale uterului, precum și boli ale ovarelor sau ale glandelor mamare [166]. Problemele de sănătate cu care se confruntă femeile sunt mult mai intense, fiind direcționate încă din adolescență. Problema sarcinii nedorite vizează și femeile adulte, iar aceasta poate surveni din mai multe motive, cum ar fi: contracepția necorespunzătoare, parteneri sexuali care se opun contracepției, eșecul contracepției, probleme de sănătate sau violența sexuală. Conform Organizației Mondiale a Sănătății, „chiar și o sarcină planificată poate deveni nedorită în cazul în care împrejurările se modifică” [3].

Comportamentul sexual-reproductiv al femeilor din Europa de Est a fost caracterizat printr-un acces limitat la metodele de contracepție modernă (până la sfârșitul anilor 1980), fiind atestată lipsa educației sexuale, precum și nivelul ridicat al avorturilor induse. În anii '50 avortul a fost un serviciu medical gratuit în majoritatea țărilor, deoarece multe societăți au tolerat relațiile sexuale premaritale. În mare parte primul act sexual are loc fără folosirea unei metode de contracepție, iar sarcina de cele mai multe ori survenind la scurt timp după debutul vieții sexual-reproductive. Controlul general scăzut al persoanelor asupra sănătății sexual-reproductive a rezultat într-o proporție mare de nașteri nedorite. O parte a declinului înregistrat în ratele de avort pot fi cauzate și de înregistrarea incompletă a avorturilor, în special în țările în care sunt efectuate în instituțiile de sănătate private, ceea ce este specific și pentru țările unde sistemul de sănătate este deteriorat [155], această practică fiind specifică la moment și pentru Republica Moldova.

Cultura avorturilor este o noțiune ce caracterizează succint natura comportamentului de reglementare a nașterii în fostele țări din Europa Centrală și cea de Est. Liberalizarea legii de efectuare a avortului, împreună cu sistemele de sănătate curative mai avansate decât medicina preventivă, a creat o obținere ușoară

și acceptabilă din punct de vedere social. Din motiv că contraceptivele moderne, în special pastilele contraceptive, au fost inaccesibile, cele mai multe cupluri foloseau metodele tradiționale de protecție, ele fiind ineficiente. Tranziția spre utilizarea dominantă a contraceptivelor moderne de către majoritatea populației, este denumită ca „revoluția contraceptivă” [10].

Conform SDSRM (Studiu Demografic și de Sănătate din Republica Moldova), la vârsta reproductivă, mai mult de o treime din numărul de femei (37%) au avut cel puțin un avort, iar procentajul avorturilor crește odată cu vârsta, fiind asociat cu un grad mai mare de expunere la riscul apariției unei sarcini. Aproximativ 60% din femei cu vârsta de 35+ ani au avut cel puțin un avort, ponderea sporește pentru femeile care au mai puțin de trei copii în viață și scade pentru femeile unde există mai mult de trei copii. Nu există diferențe semnificative în ceea ce privește numărul avorturilor după mediu de reședință, însă s-a constatat că femeile cu un statut social economic inferior nu raportează acest eveniment din viață, decât cele cu un statut social economic mai ridicat [2]. Unii dintre factorii care contribuie la rata ridicată a avorturilor o constituie lipsa cunoștințelor despre metodele de contracepție și utilizarea lor, la fel accesibilitatea financiară redusă pentru contracepția modernă.

Rata avorturilor la 1000 de nașteri vii, conform datelor oferite de către European Health for All database (HFA-DB), plasează Republica Moldova în anul 2014 printre primele state europene privind întreruperile de sarcină (Fig. 3). Cea mai ridicată incidență o are Bulgaria - cu 416 avorturi, și România - cu 401 avorturi la 1000 de nașteri vii, plasând Republica Moldova cu o frecvență de 361 avorturi pe locul trei, locul patru fiind ocupat de către Ungaria, cu 357 întreruperi de sarcină, iar cea mai mică incidență – Polonia – cu 3 avorturi.

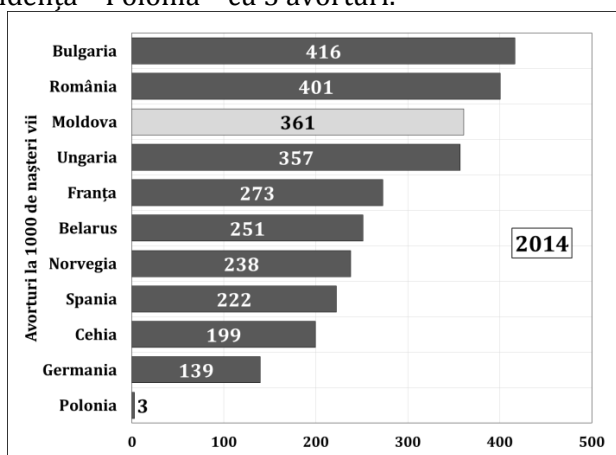


Fig. 3. Rata avorturilor la 1000 de nașteri vii în unele țări europene și Republica Moldova, anul 2014

Sursa: European Health for All database (HFA-DB).

Ponderea întreruperii de sarcină la grupa de vârstă 35+ ani pe parcursul ultimilor 20 de ani s-a redus de aproximativ trei ori pentru Republica Moldova – de la 3000 de avorturi în anul 1995 la 870 de întreruperi în anul 2014, la 1000 de nașteri vii (Fig. 4).

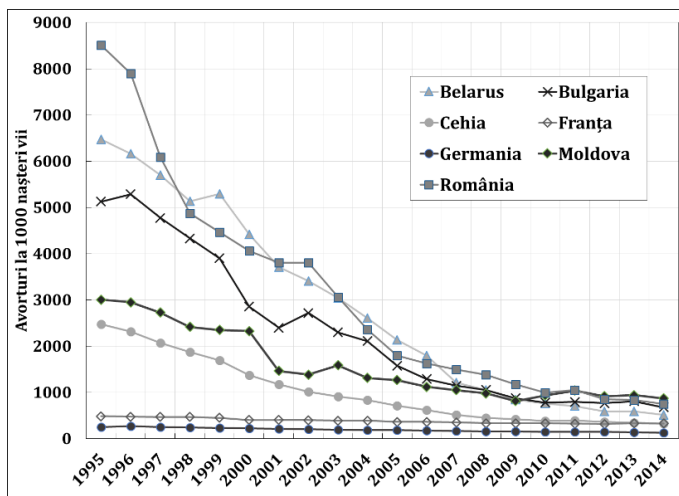


Fig. 4. Rata avorturilor la 1000 de nașteri vii, pentru categoria de vârstă 35+ ani, în unele țări europene și Republica Moldova, perioada 1995 - 2014

Sursa: European Health for All database (HFA-DB).

Problema avortului prezintă un aspect important al sănătății sexual-reproductive, Republica Moldova înregistrând la acest capitol încă un nivel destul de înalt. Cea mai redusă frecvență a întreruperilor de sarcini pe parcursul ultimilor 20 de ani o au doar Germania și Franța, cu cât ponderea nașterilor până la 35+ din numărul total de nașteri este mai mare, cu atât și controlul asupra nașterilor este mult mai ridicat [233].

O altă problemă o reprezintă infertilitatea – o boală a sistemului sexual-reproductiv, definindu-se ca incapacitatea de a realiza o sarcină clinică după 12 luni sau mai mult în urma contactului sexual regulat și neprotejat. Conform cadrului demographic, infertilitatea reprezintă incapacitatea reprezentanților de vârstă reproductivă (15-49 ani) de a deveni sau rămâne însărcinate pe o perioadă de 5 ani de la expunere la sarcină, fiind bazată pe lipsa metodelor de contracepție, lipsa alăptării și dorința de a avea un copil. Infertilitatea este clasificată în: infertilitatea primară – atunci când o femeie nu este în măsură să fie însărcinată, fie din cauza incapacității de a deveni însărcinată, sau incapacitatea de a duce o sarcină la o naștere vie, sau situațiile când femeile a căror sarcină a survenit ca un avort spontan, fără a mai avea sarcini cu naștere vii ulterioare; infertilitatea secundară – care prezintă incapacitatea femeii de a fi însărcinată, dar care ulterior a avut o sarcină care a survenit cu o naștere vie [219].

În Republica Moldova este dificil de studiat problema infertilității, deoarece la moment nu există nici un sistem național care ar putea prezenta date statistice viabile în acest domeniu. Conform studiilor internaționale, în anul 2010 infertilitatea primară în Republica Moldova constituia 2,5%, iar cea secundară – 3.6%, același fenomen fiind observat și în țările vecine (Fig. 5).

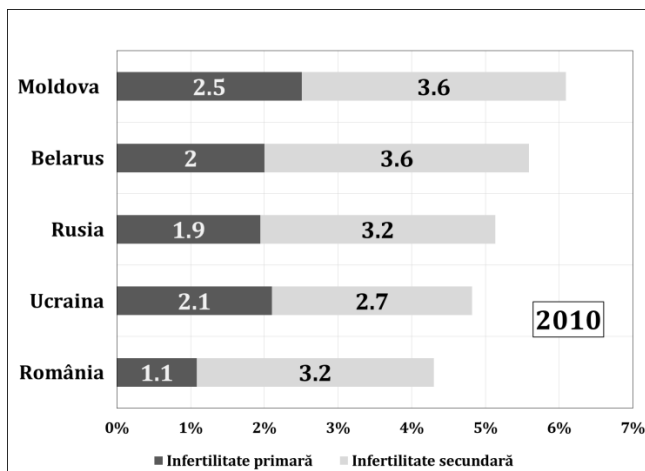


Fig. 5. Prevalența infertilității primare și secundare în Republica Moldova și unele țări din regiune, femei în vârstă de 20-44 ani, anul 2010

Sursa: Mascarenhas M.N., Flaxman S.R., Boerma T., Vanderpoel S., Stevens G.A. (2012) National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys. PLoS Med 9.

La fel, pragul de 12 luni, care este adoptat în practica medicală, absența concepției după un an de relații sexuale neprotejate nu este neapărat un indicator de infertilitate, ci doar o problemă temporară de fertilitate sau fertilitate scăzută. Conform unor date, probabilitatea de a deveni însărcinată după o perioadă de un an de relații sexuale regulate și fără nici o metodă de contracepție este de 85%, dar nu presupune că restul 15% din familii nu vor avea copii, aceasta poate fi realizată mai târziu [255]. Problema infertilității și metodele de corecție ale ei la moment sunt unele din cele mai actuale servicii medicale ale sistemului sexual-reproductiv, iar rezultate vizibile s-au înregistrat după introducerea în sistemul medical a tehnologiilor de reproducere asistată, care sunt în mare parte orientate spre fertilizarea *in vitro* [244]. În Republica Moldova serviciile de fertilizare *in vitro* sunt prestate doar în instituțiile medicale private contra plată, iar statul nu oferă aceste servicii medicale gratuit ca fiind incluse în pachetul de servicii al asigurării medicale. Recent a fost aprobat proiectul de lege cu privire la modificarea „art. 20 din Legea Sănătății reproducerii”, unde noile prevederi presupun prestarea serviciilor de reproducere umană asistată doar în baza indicațiilor medicale și posibilitatea de a beneficia de o procedură de fertilizare *in vitro* în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. O statistică oficială ar putea permite analiza datelor privind numărul de cupluri care au recurs la servicii de fertilizare *in vitro* în Republica Moldova nu există.

Perioada climacterică este considerată intervalul de 5 ani înainte și după menopauză. O femeie se consideră în etapa de menopauză atunci când timp de 12 luni consecutiv nu are loc menstruația, or acest lucru se întâmplă, de obicei, la 45–55 de ani [16].

Este cunoscut faptul că femeile după o anumită vârstă deja nu se mai adresează medicului cu anumite necesități ce țin de sistemul sexual-reproductiv,

cea ce reprezintă una dintre principalele cauze a depistării tardive a anumitor schimbări care au loc în organismul femeii după și la o anumită perioadă. În cele mai dese cazuri nu sunt depistate la timp tumorile maligne ale sistemului sexual, descoperirea lor fiind prea târzie pentru a se mai putea întreprinde ceva.

Speranța de viață a femeilor a crescut rapid și, în consecință, și incidența afecțiunilor medicale specifice postmenopauzei. Bolile care apar în această perioadă în cele mai dese cazuri sunt asociate cu stilul de viață al femeilor. Problemele de sănătate ale femeilor care se cer abordate în perioada climacterică este depistarea cancerului de sân și a celui uterin, precum și prevenirea și depistarea precoce a bolilor latente. Pentru a putea menține un mediu de sănătate adecvat, este nevoie de a practica un mod activ de viață, stabilirea unei rețele de socializare, precum și asigurarea accesului la asistență medicală necesară.

Odată cu înaintarea în vârstă, sănătatea sexuală este afectată și de bolile oncologice. Tumorile maligne specifice pentru perioada climacterică sunt tumorile sânelui, tumorile ovariene, tumorile corpului uterin (Fig. 5). Tumorile maligne ale organelor genitale feminine ocupă un loc special în oncologia clinică, deoarece acestea sunt în mare parte cele mai frecvente afecțiuni maligne. Cea mai frecventă tumoare malignă la femei, specifică acestei perioade, este cancerul de sân, cu o frecvență de aproximativ 80 cazuri/decese la 100000 populație, locul doi îl ocupă tumorile maligne ale colului uterin, urmat de tumorile maligne ale ovarelor.

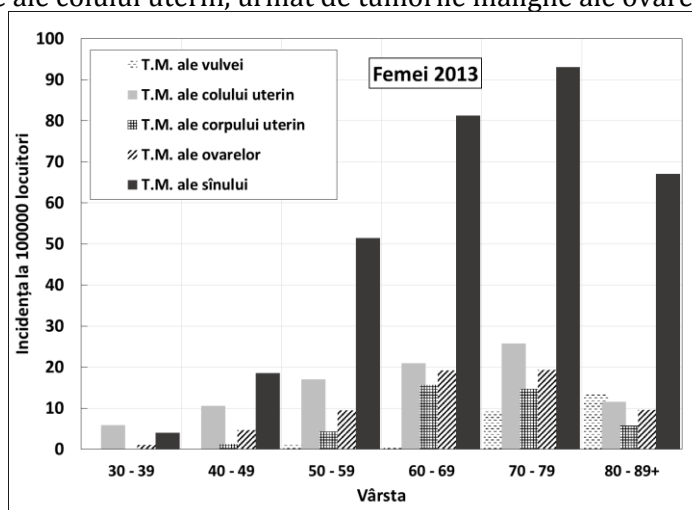


Fig. 5. Mortalitatea feminină după tipurile de tumori maligne ale organelor genitale, intervalul de vârstă 30 - 89+ de ani, anul 2013

Sursa: WHO Mortality Database.

Cancerul uterin este o tumoare malignă a mucoasei corpului uterin, cel mai des el apare la femeile aflate în perioada de menopauză. În ultimul timp însă se extinde spre vârste mai tinere, din ce în ce mai des cancerul uterin apare și la femeile în vârstă fertile, înainte de menopauză [133].

Conform datelor oferite, s-a demonstrat că în țările cu venituri mai mari efectuarea screening-ului la sân reduce mortalitatea prin acest tip de cancer, în cazul în care este depistat în primele etape ale sale. Un program bine elaborat, bazat

pe promovarea unui mod sănătos de viață și efectuarea acestui screening la anumite etape ale vieții, conduce la o reducere a mortalității în urma cancerului mamar cu 20% la femeile cu vârsta de peste 50 de ani [177]. Frecvența cancerului mamar crește odată cu înaintarea în vârstă, fiind adesea reprezentativ pentru categoria de vârstă 55+, iar aproximativ 5-10% din toate cauzele de cancer la sân sunt considerate a fi ereditare, rezultat al unor defecte genetice [1]. În ultimii ani s-a depistat o creștere a numărului de tumori maligne ale colului uterin în rândul femeilor tinere precum și în rândul femeilor însărcinate. În conformitate cu datele prezente (Fig. 5), cancerul glandei mamare și al colului uterin au pondere mai considerabilă în structura mortalității feminine.

Perioada postclimacterică este caracterizată prin reducerea la zero a funcției ovariene, precum și prin probleme de sănătate asociate cu îmbătrânirea, care sunt în creștere. Aspectele financiare și alți factori sociali, ca nevoia de îngrijire și traiul solitar, pun accent asupra stării de sănătate. Crește riscul dezvoltării bolilor cardiovasculare, precum și a tumorilor maligne [166]. Pentru această perioadă se evidențiază câteva subgrupe mortalității feminine prin tumori maligne, dintre acestea – cancerul de sân cu o frecvență de aproximativ 95 cazuri/decese la 100000 populație, fiind și cea mai mare incidență pentru toate categoriile de vârstă, locul doi îl ocupă tumorile maligne ale colului uterin, cu aproximativ 25 cazuri/decese, urmat de tumorile maligne ale ovarelor, cu aproximativ 18 cazuri/decese.

În rezultat, un factor important de creștere a morbidității și numărului de decese care survin în urma cancerului este îmbătrânirea populației. Incidența cancerului este în creștere rapidă pentru grupele de vârstă mai înaintată, fiind asociată cu o expunere mai mare la factorii de risc și efectul cumulat al impactului acestora, combinată cu o eficiență în scădere a mecanismelor de reparare celulară. Morbiditatea și mortalitatea din cauza tumorilor poate fi controlată și redusă cu ajutorul unor strategii de prevenire, diagnosticare precoce și tratament eficient [26].

Sănătatea sexuală este o parte componentă a sănătății fiecărui individ și are o importanță deosebită pentru dezvoltarea capacității umane și reproducerea populației. Deoarece de-a lungul vieții oamenii rămân ființe sexuale, iar obiectivele sănătății sexuale reprezintă furnizarea de îngrijiri medicale și prestarea consultațiilor cu privire la fertilitate, implicarea activă în reducerea infecțiilor și bolilor cu transmitere sexuală, aceasta ar mai trebui să implice și îmbunătățirea calității vieții și consolidarea relațiilor interpersonale [199].

Sexualitatea și experiențele sexuale sunt o parte a vieții fiecărei persoane, fiind asociate cu diferite nevoi și transmit diferite semnificații [20]. Este important de a acorda o atenție sporită sănătății sexuale tuturor categoriilor de persoane, mai ales pentru persoanele marginalizate. Acest lucru ar putea fi atins prin transmiterea informațiilor, abilităților și explicarea valorilor reale și necesare tinerilor, la fel și asigurarea accesului tuturor grupelor de vârstă la informații veridice și corecte, dar și la servicii medico-sanitare de calitate.

Referințe bibliografice

1. American Cancer Society, Breast Cancer, Causes, Risk Factors, and Prevention Topics. <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-risk-factors>
2. Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă, Ministerul Sănătății și Protecției Sociale. Studiu Demografic și de Sănătate din Republica Moldova 2005. Chișinău, 2006. 370 p.
3. Cheianu–Andrei D. Sănătatea reproducerii: beneficiu individual și colectiv. Chișinău, 2013. 38 p.
4. Datele folosite pentru analiza numărul de cazuri de infecții sexual transmisibile <http://statbank.statistica.md/pxweb/pxweb/ro/30%20Statistica%20sociala/?rxid=b2ff27d7-0b96-43c9-934b-42e1a2a9a774>
5. Datele folosite pentru analiza numărul și tipurile de cancere ginecologice http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/causeofdeath_query/
6. Datele folosite pentru analiza sarcinilor în vârsta adolescenței – TransMONEE, anul 2016, datele din 2014.
7. Edite E. Proiect de Raport referitor la sănătatea sexuală și reproductivă și la drepturile aferente (2013/2014(INI)). Comisia pentru drepturile femeii și egalitatea de gen, 2013. p. 10-11.
8. European Health for All database (HFA-DB). <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>
9. Ford J., Barnes R., Rompalo A., Hook E. Sexual Health Training and Education in the U.S. Public Health Reports, martie – aprilie 2013, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3562751/>
10. Frejka T. Birth regulation in Europe: Completing the contraceptive revolution DEMOGRAPHIC RESEARCH VOLUME 19, PUBLISHED 01 JULY 2008, p.73-84. [http://www.demographicresearch.org/volumes/vol19/5/195.pdf#search=%22sexual health throughout life%22](http://www.demographicresearch.org/volumes/vol19/5/195.pdf#search=%22sexual%20health%20throughout%20life%22)
11. Gagauz O. Sarcina în vârsta adolescenței. Chișinău: INCE, 2015. 93 p.
12. Hotărârea Guvernului „Cu privire la aprobarea Strategiei Naționale a sănătății reproducerii” nr 913 din 26.08.2005. În: Monitorul Oficial din 09.09.2005, nr. 19 – 122.
13. Informații oferite de către N.N. Alexandrov National Cancer Centre of Belarus, <http://eng.omr.by/>
14. MSRM, CNSP, AEDC, OMS, UNICEF. Republica Moldova studiu de Indicatori Multipli în Cuiburi 2012, MICS. Chișinău, 2014. 324 p.
15. Sobotka T. Re-emerging diversity: Rapid fertility changes in central and eastern Europe after the collapse of the Communist regimes. În: Population, 2003 58(4-5), 511-547 p.
16. Takeda Y. Research and Reviews. Understanding the Life Stages of Women to Enhance Your Practice, 2010, 6 p.
17. WHO Europe. Breast cancer <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/news/news/2012/2/early-detection-of-common-cancers/breast-cancer>

18. WHO Europe. *Entre Nous* The European Magazine for Sexual and Reproductive Health, Sexual health: A public health challenge in Europe, 2011, Nr. 72, 31 p.
19. WHO Europe. Sexual and reproductive health, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/sexual-and-reproductive-health>.
20. WHO Europe. Sexual health throughout life, 24-06-2011, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life>
21. WHO Europe. Sexual health throughout life, Infertility <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en>
22. WHO, Europe. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva, 2006, 35 p.
23. Захаров С. Методы моделирования и прогнозирования рождаемости в материалах курса Народа Население, 12 – 21 сентября, 2016.
24. Исупова О. Русанова Н., Изменения социального портрета пациентов репродуктивных клиник после широкого распространения квот на ВРТ. Социология медицины: наука и практика. Сборник статей / Под ред. Решетникова А.В. -М.: Издательство Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, 2012, N 509-510, 215-218 p. <http://demoscope.ru/weekly/2012/0509/analit03.php>
25. Сакевич В., Сколько в мире бесплодных пар?, 2013 №. 559-560 <http://demoscope.ru/weekly/2013/0559/reprod01.php>
26. Щербакова Е., Ежегодно в мире от рака умирает почти 8 миллионов человек (13% от общего числа умерших), 30% этих смертей можно было бы предотвратить, 2013, N.577-578, <http://demoscope.ru/weekly/2013/0577/barom01.php>