



Academia
de Științe a Moldovei

INCE

INSTITUTUL NAȚIONAL DE CERCETĂRI ECONOMICE



Ministerul Economiei
al Republicii Moldova



Centrul
Cercetări
Demografice

Olga GAGAUZ

**SARCINA
ÎN VÂRSTA ADOLESCENȚEI**

Redactor științific: acad. Gheorghe Paladi

Chișinău, 2015



CZECH REPUBLIC
DEVELOPMENT COOPERATION

Această publicație a fost editată cu suportul financiar al Agenției pentru dezvoltare și cooperare a Republicii Cehe. Opiniile prezentate în această culegere aparțin autorilor și nu reflectă opinia și poziția ADCRC.

Recomandat pentru publicare de Consiliul Științific al INCE al AȘM (proces-verbal nr.7 din 24.09.2015).

Autor:

Olga Gagauz, doctor habilitat în sociologie, conferențiar cercetător, șef Centru de Cercetări Demografice al INCE

Echipa de realizare a cercetării sociologice:

Mariana Buciuceanu-Vrabie, dr. în sociologie, conf. cercet.

Marina Tatar

Ecaterina Grigoraș

Nadejda Costin

Liliana Cușnir

Recenzent:

Rodica Comendant, dr. în medicină, conf. universitar

Redactor:

Tamara Osmochescu

Descrierea Cip a Camerei Naționale a Cărții

Gagauz, Olga

Sarcina în vârsta adolescenței / Olga GAGAUZ; red. șt. : Gheorghe Paladi ; Academia de Științe a Moldovei, Inst. Naț. de Cercet. Econ., Centrul Cercet. Demografice. - Chisinau : INCE, 2015. - 86 p.

300 ex.

ISBN 978-9975-4422-2-0

613.96:612.66

G 13

ISBN 978-9975-4422-2-0

Copyright © Olga Gagauz,
Copyright © Centrul de Cercetări Demografice al INCE al AȘM, 2015
Copyright © INCE, 2015

CUPRINS

INTRODUCERE	4
1. ABORDĂRI TEORETICO-METODOLOGICE ÎN CERCETAREA SARCINII LA VÂRSTĂ ADOLESCENȚEI.....	7
1.1. Sănătatea reproductivă a adolescenților – parte componentă a capitalului uman.....	7
1.2. Gradul de cercetare a fenomenului sarcina la vârstă adolescenței.....	11
1.3. Metodologia cercetării, delimitări conceptuale	17
2. SARCINA LA VÂRSTA ADOLESCENȚEI: DIMENSIUNI ALE FENOMENULUI	19
2.1. Inițierea în viața sexuală.....	19
2.2. Dimensiuni ale fenomenului sarcina la vârstă adolescenței.....	23
2.3. Întreruperea sarcinii	27
3. FACTORII DETERMINANȚI AI SARCINII LA VÂRSTA ADOLESCENȚEI...38	
3.1. Statutul economic scăzut al familiei și migrația de muncă a părinților	38
3.2. Factorii socioculturali	44
3.3. Modelul familiei părintești și deficitul de comunicare.....	46
3.4. Gradul de informare a adolescențelor și utilizarea contraceptivelor moderne.....	48
3.5. Abuzul și violența sexuală	58
4. MATERNITATEA TIMPURIE	64
4.1. Reacția părinților	64
4.2. Rolul tatălui/partenerului în creșterea și educarea copilului.....	69
4.3. Experiența mamelor adolescente.....	71
5. SUPORTUL SOCIAL ADOLESCENTELOR ÎNSĂRCINATE/MAME	75
5.1. Suportul din partea instituțiilor medicale.....	75
5.2. Serviciile sociale	78
5.3. Intervenția echipelor multidisciplinare	83
5.4. Suportul altor instituții.....	87
CONCLUZII.....	89
RECOMANDĂRI DE POLITICI	91

INTRODUCERE

Sarcina și nașterea copilului la vârsta adolescenței este un indicator utilizat pentru a monitoriza progresele înregistrate în realizarea Programului de Acțiune de la Cairo (CIPD, 1994) și Obiectivelor de Dezvoltare ale Mileniului (ODM).

Adolescența reprezintă o perioadă unică în ciclul de viață al individului asociată cu oportunități multiple pentru dezvoltare, dar și cu provocări speciale, având implicații multiple asupra viitorului. Nu se mai simt copii și încă n-au devenit adulți, adolescenții urmează să facă alegeri importante în ceea ce privește atitudinile față de propria lor sănătate, să dezvolte practicile de sănătate pe care le vor continua în maturitate. De asemenea, perioada de adolescență este legată de conștientizarea și alegerea unor preferințe cu privire la viitorul său și perceperea rolului în societate. Stilul de viață, care va determina starea de sănătate a tinerilor, se cristalizează îndeosebi în perioada copilăriei și a adolescenței. Sub influența schimbărilor fizice, psihologice și sociale intense, specifice perioadei de dezvoltare din adolescență, se formează atitudinile și comportamentele cu impact benefic sau nociv asupra stării de sănătate.

Adolescența, caracterizată prin însușirea și cristalizarea valorilor, este considerată perioada în care se formează bazele comportamentelor și ale obișnuințelor legate de sănătate, iar acestea se dezvoltă și se stabilizează pe parcursul perioadelor ulterioare de vârstă. Astfel, adolescența reprezintă o oportunitate de a încuraja alegeri sănătoase și comportamente pro sociale, dezideratul posibil de atins prin crearea și cultivarea unui mediu sigur și sănătos, minimizând în același timp oportunități pentru comportamente care pun în pericol sănătatea și siguranța.

Sănătatea sexuală și reproductivă a adolescenților ca parte componentă a sănătății individului are o importanță deosebită pentru dezvoltarea capitalului uman și reproducerea populației, asigurând, împreună cu o educație performantă, bunăstarea și creșterea productivității, ceea ce, la rândul său, contribuie la dezvoltarea socioeconomică sustenabilă, ameliorarea calității vieții. Investițiile în sănătatea adolescenților de astăzi constituie investiții în forța de muncă, părinți și cetățeni de mâine. Totodată, ameliorarea sănătății adolescenților, creșterea securității și bunăstării acestora prezintă un demers complex care necesită consolidarea eforturilor mai multor sectoare și

Sarcina în vârsta adolescenței

instituții sociale, inclusiv, ale părinților și familiilor, ale adolescenților, ale instituțiilor de învățământ și ale celor de asistență medicală și socială, administrației locale, organizațiilor de tineret, bisericii, mass-mediei. Toate împreună, aceste entități sunt responsabile pentru asigurarea unui mediu favorabil pentru dezvoltarea adolescenților, precum și pentru crearea oportunităților de creștere economică care să sprijine și să susțină dezvoltarea sănătoasă a tinerei generații.

Perioada de adolescență este asociată cu importante schimbări psihologice și fiziologice, făcând-o una dificilă, prin faptul că are loc formarea și adoptarea noilor viziuni, noilor modele de comportament, inițierea într-o nouă sferă a vieții – în cea sexuală. Numeroase studii notează o „întinerire” a primei experiențe sexuale atât pentru băieți, cât și pentru fete, această situație fiind specifică pentru toate regiunile, indiferent de nivelul de dezvoltare socioeconomică. Inițierea timpurie a vieții sexuale duce la majorarea intervalului dintre debutul vieții sexuale și căsătorie, astfel una din problemele medico-sociale prezintă menținerea sănătății reproductive a ambelor sexe în această perioadă.

Un aspect riscant al comportamentului sexual al adolescenților o prezintă sarcina nedorită, fiind o problemă importantă și complexă ce se asociază cu consecințe multiple asupra sănătății și bunăstării populației, în special asupra adolescentelor. În prezent, există o tendință de a vedea fenomenul nașterii copilului în vârsta de adolescență preponderent din perspectiva unui comportament sexual riscant sau problematic, or comportamentul sexual însuși prezintă un rezultat al expunerii femeii la mulți factori de risc în timpul copilăriei și adolescenței. Totodată, sarcina la adolescente nu este numai rezultatul asumării de riscuri sexuale, dar este, de asemenea, puternic influențată de mediul social și economic, potențialul educațional al familiei, gradul de informare cu privire la metode moderne de contracepție etc.

Studiul în cauză examinează atât dimensiunea demografică a fenomenului sarcina în vârsta de adolescență, cât și factorii sociali ce favorizează maternitatea timpurie.

În baza datelor statistice și studiului sociologic calitativ a fost întreprinsă o analiză complexă a sarcinii în vârsta de adolescență din perspectiva cursului de viață, cu evidențierea faptului în ce măsură experiențele și contextul socioeconomic și educațional din copilărie influențează comportamentul sexual și reproductiv al adolescentelor. Ipoteza principală a studiului este că sarcina timpurie este favorizată de

Gagauz Olga

dezavantaje socioeconomice și de mediul familial perturbator în timpul copilăriei și adolescenței.

Rezultatele obținute au permis de a formula unele recomandări cu privire la asigurarea drepturilor adolescentelor la sănătate sexuală și reproductivă, având în vedere opiniile acestora și barierele cu care se confruntă. Conform recomandărilor o importanță majoră prezintă dezvoltarea programelor și strategiilor naționale în domeniul sănătății sexuale și reproductive cu o componentă puternică asupra planificării familiale – utilizării contraceptivelor moderne sigure ce asigură un grad înalt de protecție contra sarcinilor nedorite și infecțiilor sexual transmisibile, precum și unui cadru juridic adecvat și bugetele suficiente.

Instituțiile de stat și alți actori sociali preocupați de problema sănătății sexuale și reproductive ar trebui să lucreze mână la mână cu toate părțile interesate în vederea soluționării problemelor, cum ar fi satisfacerea cererii pentru contraceptivele moderne, accesibilitatea și calitatea înaltă a serviciilor prietenoase tinerilor, asigurarea accesului la informații complete și educație sexuală, toate acestea având drept scop prevenirea sarcinilor nedorite.

Sperăm că aceste recomandări vor ajuta instituțiile de stat și alte părți interesate în organizarea activităților ce țin de ameliorarea sănătății sexuale și reproductive a populației, de creșterea calității procesului de reproducere.

1. ABORDĂRI TEORETICO-METODOLOGICE ÎN CERCETAREA SARCINII LA VÂRSTĂ ADOLESCENȚEI

1.1. Sănătatea reproductivă a adolescenților – parte componentă a capitalului uman

Capitalul uman este definit ca "cunoștințele, aptitudinile și competențele, precum și alte atribute încorporate de indivizi care sunt relevante pentru activitate economică"¹. Fiind asociat cu un stoc de cunoștințe, informare, sănătate, antreprenoriat, aptitudini productive și inovatoare, capitalul uman se formează prin investiții în educație și sănătate, formarea locurilor de muncă, dezvoltarea tehnologică și informațională.

Unii teoreticienii din domeniul capitalului uman susțin că populația bine educată și instruită este o populație productivă, prin urmare, investițiile în educație, formare profesională, sănătate și grijă de copii într-o țară ar putea să mărească baza de resurse umane, de capital și potențial de productivitate. Investițiile în educație și sănătate au o rată înaltă de recuperare ².

Dezvoltarea capitalului uman este procesul de consolidare a capacităților și mobilizarea strategică a resurselor umane care deschide oportunități pentru modernizare, creșterea productivității și schimbului comercial, sporește integrarea în economia globală³.

Investițiile în capitalul uman pot însemna și volumul de resurse necesar asigurării unui trai decent sau cheltuieli pentru menținerea unei stări de sănătate bună. Prin ea se poate înțelege orice activitate ce poate îmbunătăți calitatea vieții indivizilor, însă, o importanță majoră, fără îndoială, au resursele investite în educație și sănătate. Investițiile educaționale și cele din sănătate prezintă drept investiții în creșterea productivității muncii și, implicit, în

¹ OECD, Human Capital Investment. An International Comparison, Center for Educational Research and Innovation, OECD, Paris, 1998, p.9.

<http://browse.oecdbookshop.org/oecd/pdfs/free/9698021e.pdf>

² Becker, G.S. 1993. Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis with Special Reference to Education. 3d edition. Chicago: The University of Chicago Press, 1993, 412 p.

³ Kazmi, S. W. (2007). Vocational Education and Skills Development: A Case of Pakistan. Available at: www.shrhc.org/doc/.../8.%20Syeda%20Wadiat%20Kazmi.pdfShar (Accessed: March, 13th 2013).

Gagauz Olga

creșterea economică⁴. Preocuparea constantă a țărilor europene privind creșterea economică în condițiile declinului demografic accentuează interesul deosebit pentru dezvoltarea capitalului uman prin diferite programe de consolidare a capitalului educațional. Studiile cross-naționale demonstrează că îmbunătățirea calității capitalului uman poate compensa semnificativ reducerea cantitativă a populației. Investițiile în educație și sănătate aduc efecte pozitive de lungă durată asupra structurii demografice a populației: creșterea gradului de educație a populației determină ameliorarea sănătății populației, inclusiv a sănătății reproductive, creșterea duratei medii a vieții, de asemenea ocupația mai stabilă și de lungă durată pe piața forței de muncă, capacitatea de auto-asigurare pentru o perioadă de lungă durată, ceea ce reduce povara socială⁵.

Cunoștințe și abilități ca un rezultat al educației și formării în mod direct duc la îmbunătățirea valorilor personale, acest postulat fiind fundamental pentru teoria capitalului uman. Dobândirea de cunoștințe și abilități sporește valoarea resurselor umane individuale, gradul de conștientizare a lucrurilor ce se petrec în mediul înconjurător, responsabilitatea față de activitățile îndeplinite și comportamentul individual, consecvența și eficiența strategiilor de viață.

Dat fiind faptul că majoritatea cunoștințelor, competențelor, calificărilor se însușesc în școală, prin intermediul procesului instructiv-educativ, educației i-a fost recunoscut rolul determinant pe care-l are în acumularea și dezvoltarea capitalului uman și, în consecință, în dezvoltarea economică a unei țări. Pentru ca efectele educației asupra dezvoltării capitalului uman și celei economice să fie maxime trebuie respectate anumite condiții: cantitatea și calitatea educației măsurate în număr de ani de studiu, procent din PIB alocat educației: rata de participare școlară; rezultate, performanțele școlare să fie ridicate iar oferta educațională să corespundă cerințelor actuale și de perspectivă ale pieței forței de muncă; existența unui mediu socio-economic și politic stabil și un ritm de creștere economică accelerat; diferențele dintre venituri la nivel individual, salarizarea să

⁴ Shultz T. *The Economics of Being Poor*, London, Blackwell, 1993. 356 p. Schultz, T.P. 1993. "Investments in the Schooling and Health of Women and Men: Quantities and Return. *Journal of Health Resources* 28(4): 694-734; Schultz, T.P. 1994a. "Human Capital Investment in Women and Men. *Micro and Macro Evidence of Economic Returns*." Occasional Paper No. 44. International Center for Economic Growth.

⁵ Тенденции народонаселения и ответные меры в области политики в регионе: результаты, политические меры и возможности. UNFPA & IIASA, 2013, с.58.

corespundă nivelului de pregătire școlară și profesională al individului. Formarea profesională direct este legată de strategiile de producție pe termen scurt, mediu sau lung ale diverșilor agenți economici, diferă nu numai de la o etapă la alta de dezvoltare a economiei, ci și de la un individ la altul. Investițiile în educație rămân ineficiente dacă nu sunt însoțite de o strategie de dezvoltare socioeconomică adecvată.

Unul dintre punctele forte speciale ale teoriei capitalului uman este capacitatea sa de a capta efectele directe și indirecte asociate cu investițiile sociale. Din cauza legăturilor strânse și complexe dintre problemele sociale și de sănătate în domeniul sănătății reproducerii, o astfel de abordare sinergică este deosebit de oportună reprezentând un cadru de organizare pentru discuții politice. Mai mult decât atât, o abordare a capitalului uman plasează discuția cu privire la sănătatea reproducerii într-un context mai larg pentru dezvoltare⁶.

Evident că promovarea/dezvoltarea sănătății sexuale și reproductive a adolescenților nu are ca rezultat direct dezvoltarea capitalului uman. Pentru consolidarea acestuia, există necesitatea aplicării unui mecanism de intervenții sectoriale centrate pe dezvoltare: educație, piața muncii, accesul la informații, protecția socială etc. Investițiile care promovează sănătatea sexuală și reproductivă a adolescenților duc la îmbunătățirea capitalului uman, contribuind la creșterea cunoștințelor, aptitudinilor, ameliorarea sănătății, creșterea auto-aprecierii și consolidarea valorilor morale, toate acestea având efectul de îmbunătățire a potențialului uman ce se transformă în îmbunătățirea generală a calității populației, prin urmare, și a potențialului lor socioeconomic. Investiții brute în capitalul uman presupune atât cunoștințe și abilități inerente și dobândite prin educație/formare, utilizarea contraceptivelor prin servicii de planificare familială, îmbunătățirea sănătății prin furnizarea de servicii de sănătate, cât și dezvoltarea oportunităților de creștere profesională și angajare.

Planificarea familială, ca o intervenție, este văzută, în primul rând, ca un mijloc de reglare a fertilității și îmbunătățire a sănătății mamei și copilului. Aceasta are un impact direct asupra mărimii familiei și dezvoltării copilului, respectiv asupra dezvoltării capitalului uman. Educația și formarea, ca alt tip de intervenție, pentru dezvoltarea capitalului uman este un mijloc de dobândire în mod direct de cunoștințe și abilități prin educație formală sau profesională, având ca rezultat creșterea ratei de participare școlară,

⁶ Reproductive Health and Human Capital, 1997.

Gagauz Olga

Înscrierea adolescenților în colegii sau școli profesionale, prevenirea abandonului școlar, în special din motivul sarcinii în vârstă de adolescență. Acest lucru contribuie la asigurarea gestionării cu viitorul propriu, planificarea și repartizarea în timp a evenimentelor din biografia individuală, cum ar fi finalizarea studiilor, integrarea pe piața muncii, căsătoria, nașterea copilului etc. În același timp reducerea riscului pentru sarcini nedorite, fertilitatea timpurie și avorturi nesigure. De asemenea, sporesc oportunități de participare în activitatea economică, cresc investiții în dezvoltarea personală, respectiv se îmbunătățește calitatea populației prin dezvoltarea capitalului uman.

În al doilea rând, planificarea familială ca o intervenție include serviciile care vizează prevenirea sarcinii nedorite, reducând infecții ale căilor de reproducere, inclusiv HIV/SIDA. Se urmărește, de asemenea, reducerea morbidității și mortalității infantile și materne, prevenirea/tratamentul infertilității, prevenirea abuzului și violenței sexuale. Îmbunătățirea capitalului uman a adolescenților poate fi obținută prin asigurarea drepturilor lor generale și, în special, a celor ce țin drepturile de sănătate sexuală și de reproducere, sporirea accesului la informații și abilități utile. Toate contribuie la sporirea capacității de a negocia, de a lua decizii înțelepte, stimula stima de sine și la reducerea riscului vulnerabilității adolescentelor, în special, față de factorii sociali. Orice activități sau programe legate de intervenții sectoriale ar trebui să aibă un impact evident asupra factorilor specifici care influențează direct formarea capitalului uman.

Problematica investițiilor în capitalul uman prezintă o importanță deosebită pentru Republica Moldova, globalizarea și integrarea socioeconomică crescută, dărâmarea barierelor politice și economice pune forța economică autohtonă în concurența acerbă cu capitalul uman dintr-o zonă economică europeană de mare performanță. Astfel, se conturează un șir de probleme ce scot în evidență marile curențe în valorificarea și dezvoltarea acestei prețioase resurse, iar indicatorii principali ai dezvoltării umane clasează țara noastră, din punctul de vedere al indicelui dezvoltării umane (HDI), pe locul 114, ultimul pentru țările europene.

În pofida unor alocații bugetare semnificative pentru educație (7% din PIB în 2014), comparabile cu țările europene economic dezvoltate, progresele obținute în acest domeniu sunt destul de modeste. Deși s-a constatat o creștere remarcabilă a numărului de absolvenți în ultimii ani (datorită factorului demografic – contingentul de studenți a completat cele mai numeroase generații născute în a doua jumătate a anilor '80), numărul de studenți la 1000 de locuitori constituie doar circa 27 față de o medie

europă de 35. Aceste discrepanțe sunt sintetizate de diferențele IDU (0,663 pentru Republica Moldova și 0,944 pentru Norvegia, țara clasată în fruntea clasamentului întocmit an de an de către Națiunile Unite).

La capitolul sănătatea populației Republicii Moldova de asemenea ocupă ultimele locuri după indicatorii principali. Speranța de viață la naștere constituie circa 71 ani pentru populația totală, pe când în Franța – 82 ani (cel mai înalt indicator printre țările europene). În pofida măsurilor întreprinse, în ultimele decenii sănătatea reproducerii în Republica Moldova rămâne a fi inferioară în comparație cu țările europene economic dezvoltate. Indicatorii mortalității materne și infantile se mențin la un nivel relativ înalt. Accesul populației, inclusiv a tinerilor la serviciile de planificare familială este limitat. Incidența infecțiilor cu transmisie sexuală a atins niveluri îngrijorătoare. Dreptul adolescenților la educație și servicii de sănătate a reproducerii nu este asigurat pe deplin și pretutindeni. Nivelul avorturilor continuă să fie utilizat destul de frecvent ca metodă de prevenire a sarcinii nedorite, ceea ce afectează sănătatea reproducerii, inclusiv a adolescentelor. Pe fundalul reducerii drastice a fertilității totale, rata fertilității la adolescente se menține la un nivel relativ înalt, în special în mediul rural, provocând creșterea efectivului familiilor formate de mamele minore, care necesită suport și asistență socială.

1.2. Gradul de cercetare a fenomenului sarcina la vârsta adolescenței

În ultimele decenii, o atenție sporită este acordată cercetărilor ce țin de amânarea nașterii copilului spre vârstă mai matură, impactul restructurării calendarului fertilității asupra indicatorilor conjuncturali și fertilității descendente a generațiilor feminine. Evident, în condițiile actuale, când în majoritatea țărilor europene vârsta medie a mamei la prima naștere a depășit 25 de ani, iar în unele a ajuns la vârsta de 30 de ani, problema maternității timpurii s-a deplasat pe plan secundar. Totodată, există un grup de țări, cum ar fi România, Bulgaria, Rusia, Ucraina, Ungaria, în care se menține profilul timpuriu al fertilității cu rata destul de semnificativă în grupul de vârstă 15-19 ani. După caracteristicile structurale ale fertilității Republica Moldova se aliniază la aceste țări. Cu toate acestea, studiile în domeniul sarcinii în vârsta de adolescență și maternității timpurii în țările menționate sunt foarte puține, în pofida unor implicații economice și sociale complexe provocate de acest fenomen.

Gagauz Olga

Studiile recente demonstrează scăderea semnificativă a ratelor sarcinii la vârsta adolescenței în țările europene (în special după anul 2001), cu toate că progresele obținute diferă de la regiune la alta. Se menționează accesibilitatea datelor statistice cu privire la acest fenomen, datele privind născuți-vii fiind disponibile, pe când datele privind avorturi la adolescente nu sunt disponibile sau incomplete în mai mult de o treime din statele membre ale UE. Se constată că ratele sarcinii la vârsta adolescenței sunt mai mici pentru țările în care nu se cere acordul părinților pentru avort, iar serviciile medicale în domeniul sănătății reproductive destinate tinerilor sunt disponibile în toate zonele și contraceptivele sunt subvenționate pentru toți minorii, în comparație cu țările în care nu sunt îndeplinite aceste condiții⁷.

Instalarea unei tendințe ferme de scădere a ratei sarcinilor la vârsta adolescenței în țările industrializate în ultimii 25 de ani este determinată de importanța sporită a educației, motivarea crescută a tinerilor de a obține un nivel mai ridicat de educație și formare profesională, centrarea femeilor tinere pe alte scopuri decât maternitate și formarea familiei⁸.

În baza datelor empirice pentru SUA se fac concluzii că studierea informațiilor despre contracepție nu se asociază cu un risc crescut de activitate sexuală a adolescenților sau bolile cu transmitere sexuală. Adolescencele care au primit educație sexuală cuprinzătoare au avut un risc mai mic de a rămâne însărcinate, decât adolescentele care au cunoscut numai despre abținerea și nu au avut educație sexuală⁹. Există puține dovezi că doar programe ce promovează abținerea au succes în încurajarea tinerilor de a amâna activitatea sexuală până la căsătorie, și, prin urmare, evitarea sarcinii, sau infecției HIV sau altor boli sexual transmisibile. Educația sexuală cuprinzătoare, care subliniază beneficiile abținerei sexuale în paralel cu informarea tinerilor despre metodele de contracepție, s-au dovedit a fi benefice la reducerea ratelor sarcinii la vârsta adolescenței și infecțiilor sexual transmisibile¹⁰.

⁷ Teenage pregnancies in the European Union in the context of legislation and youth sexual and reproductive health services. / Part K, Moreau C., Donati S., Gissler M., Fronteira I., Karro H. Acta Obstet Gynecol Scand, 2013 Dec;92(12):1395-406.

⁸ Singh S, Darroch JE. Adolescent pregnancy and childbearing: levels and trends in developed countries. Fam Plann Perspect. 2000 Jan-Feb;32(1):14-23. PubMed.

⁹ Kohler PK, Manhart LE, Lafferty WE. Abstinence-only and comprehensive sex education and the initiation of sexual activity and teen pregnancy. J Adolesc Health. 2008 Apr;42(4):344-51.

¹⁰ Starkman N, Rajani N. The case for comprehensive sex education. AIDS Patient Care STDS. 2002 Jul;16(7):313-8. PubMed PMID: 12194728.

Sarcina în vârsta adolescenței

Asociațiile negative între nașterea copilului în vârsta de adolescență cu un șir de variabile importante, cum ar fi statutul economic și social, au fost evidențiate într-o varietate de cercetări prin dovezi puternice consistente și persistente, pe când punctul vulnerabil rămâne cel al cauzalității. Nașterile în anii de adolescență sunt concentrate în rândul grupurilor dezavantajate, ai căror membri sunt susceptibili de a experimenta mai multe dezavantaje specifice grupurilor sociale cărora le aparțin și, care, de regulă, sunt mai puțin informate cu privire la comportamentele de risc. Astfel, s-a susținut că fertilitatea timpurie prezintă o reflectare a mediilor defavorizate a acelor adolescenți care devin părinți, mai mult decât orice alte efecte negative asociate cu nașterea copilului.

Incidența sarcinilor la vârsta adolescenței este mai mare în zonele cele mai defavorizate și în zonele cele mai bogate. În zonele bogate o proporție mai mare de sarcini se încheie cu avorturi (două din trei), comparativ cu unul din patru în zonele defavorizate. Variația geografică largă a modelelor de sarcină la vârsta adolescenței indică mai degrabă necesitatea de studii comprehensive în profilul țărilor concrete, decât o abordare regională în stabilirea de obiective și elaborarea măsurilor de realizare a acestora¹¹.

Studiile recente demonstrează că sarcina la adolescente nu prezintă doar rezultatul asumării de riscuri sexuale, este puternic influențată de experiențele trăite în copilărie în mediul familial și social, în special cele ce se raportează la parentalitate instabilă sau modelul maternității timpurii¹². Femeile care au crescut în medii familiale mai defavorizate (zonele rurale, familii mari, nu trăiesc cu ambii părinți, educație scăzută a mamei, ocupația neprestigioasă a tatălui, apartenența la etnia romă) demonstrează riscuri mai mari pentru sarcină timpurie și naștere timpurie nonmaritală¹³. Sarcina la adolescente compromite perspectivele educaționale și oportunitățile economice ale femeilor, fiind mai degrabă un marker de astfel de condiții, decât o cauza principală a ei¹⁴.

¹¹ Smith T. Influence of socioeconomic factors on attaining targets for reducing teenage pregnancies. *BMJ*. 1993 May 8;306(6887):1232-5. PubMed PMID: 8499852.

¹² Woodward L., Fergusson D.M., Horwood L.J. Risk Factors and Life Processes Associated with Teenage Pregnancy: Results of a Prospective Study From Birth to 20 Years. *Journal of Marriage and Family*, 2001, 63, p. 1170-1184.

¹³ Haraguș M. Early Motherhood in România: associated factors and consequences. În: *Revista de cercetare și intervenție socială*, 2011, 32, p.63-85.
http://www.rcis.ro/images/documente/rcis32_04.pdf

¹⁴ Motherhood in childhood: Facing the challenge of adolescent pregnancy: The State of World Population 2013. United Nations Population Fund, New York (2013), pp. 163-196.

Gagauz Olga

Înainte de a aborda legăturile cauză-efect, este important de menționat corelațiile puternice dintre nașterea copilului la vârsta de adolescență și diferite aspecte de ordin personal și social. Există dovezi solide cu privire la nivelul scăzut al bunăstării socioeconomice, atât pentru copii, cât și pentru mame, acestea fiind recunoscute de mai multe decenii. Adolescenții care au născut copii au șanse substanțial mai mici pentru a finaliza liceul, respectiv, de a obține studii profesionale de specialitate sau studii superioare. O proporție înaltă a femeilor care au născut un copil până la 20 de ani se caracterizează prin nivelul de educație scăzut, neparticiparea acestora la întregul ciclu de învățământ obligatoriu¹⁵.

În determinarea cauzelor sarcinii la vârsta de adolescență se face referință la frecvența abuzului și violenței sexuale, riscul acestora fiind mai mare pentru fetele care au crescut în mediul social-vulnerabil sau practică un comportament riscant. Cu cât mai mică este vârsta de inițiere în viața sexuală cu atât mai mare este probabilitatea că a avut loc violul. Totodată, cercetătorii accentuează că în majoritatea cazurilor acestea nu se examinează în instanțele judiciare, din motivul neadresării victimelor și dorinței de a păstra din anumite considerente confidențialitatea¹⁶. Pentru mamele adolescente probabilitatea de a deveni un părinte singur este mai mare, iar în cazul în care sarcina a fost un motiv pentru încheierea căsătoriei, de asemenea, riscul pentru divorț este mai mare. În afara de acestea, femeile care au început activitatea de reproducere la vârstă de adolescență continuă să aibă mai mulți copii decât cele cu fertilitate târzie. Din cauza perioadei mai mici de școlarizare, mamele adolescente au avut posibilitate redusă pentru a dobândi experiență de muncă, respectiv, au salarii și venituri mai mici și sunt mult sub incidența riscului de a trăi în sărăcie.

Cele mai multe dintre nașteri la adolescente au loc în afara căsătoriei, ceea ce prezintă un factor de risc pentru a avea dificultăți socioeconomice. Statutul economic scăzut determină șanse mai mari de a naște un copil în afara

¹⁵ Rotariu T. Marital and Extramarital Fertility in Latter-Day Romania. In: A. FauveChamoux & I. Bolovan (Eds), Families in Europe between the 19th and the 21st Centuries. From Traditional Model to Contemporary PACS, ClujNapoca, 2009, p. 361-380.

¹⁶ Гурко Т.А. Опыты сексуальных отношений, материнства и супружества несовершеннолетних женщин // Социологические исследования, 2002, №11, с. 83-91; Скутнева С.В. Раннее материнство. В: Социологические исследования, 2009, № 7, с. 114-118; Путинцева Е.Л. Малолетние материнство в России: состояние и проблемы // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены, 2011, №3, с. 126-131.

căsătoriei, în timp ce persoane cu un statut economic mediu și înalt sunt mai susceptibile de a avea copii în căsătorie¹⁷.

Legăturile dintre fertilitate, reglementarea fertilității și formarea capitalului uman au fost explorate pe larg în baza evidențelor din Statele Unite și alte țări dezvoltate. Într-un studiu de pionierat al consecințelor sarcinii la vârsta adolescenței asupra sănătății și succeselor economice a constatat o incidență mai mare de morbiditate maternă în rândul femeilor tinere, ratele scăzute de participare economică și nivelul scăzut al salarizării pe parcursul vieții¹⁸. Mai mult, copiii mamelor minore au venituri mai mici pe durata vieții decât copiii născuți de femei în vârstă după 18 ani¹⁹.

Analiza tendințelor în evoluția ratei sarcinilor la vârsta adolescenței în funcție de politicile publice promovate a permis de a compara eficiența măsurilor întreprinse în diferite țări, a stabili corelații dintre atitudinile față de sexualitate, normele sociale și culturale etc. Dincolo de diversitatea țărilor, se remarcă faptul că sarcinile și nașterile la vârsta adolescenței mai frecvent implica populația social vulnerabilă, izolată, cu un grad scăzut de educație, cu o frecvență mai înaltă printre minoritățile etnice. Autorii consideră că protecția socială a familiilor este un factor principal ce contribuie la reducerea sarcinilor la vârsta adolescenței prin reducerea inegalității în venituri, acordarea unui sprijin mamelor minore. Reglementarea sexualității este al doilea factor. Informații deschise, care sunt de înțeles cu privire la sexualitate, acces la contracepție și legislația cu privire la avort permisivă aduc rezultate scontate. Religia joacă și ea un rol important în controlul social asupra comportamentului adolescenților prin educație morală puternică. Promovarea nivelului înalt de educație și a echității de gen de asemenea pot avea ca efect reducerea fenomenului în cauză²⁰.

Monitorizarea situației cu privire la incidența sarcinilor la vârsta adolescenței, politicile necesare în reducerea acestui fenomen prezintă o preocupare constantă a Fondului ONU pentru Populație (UNFPA), rapoartele elaborate constituind un suport important în evaluarea situației în lume,

¹⁷ Smock P.J., Greenland, F.R. Diversity in Pathways to Parenthood: Patterns, Implications, and Emerging Research Directions. *Journal of Marriage and Family*, 2010, 72, p.576-593.

¹⁸ Hill, C.R. Education, Health and Family Size as Determinants of Labor Market Activity for the Poor and Nonpoor. *Demography*, 1971, 8(3), p. 379-388.

¹⁹ Maynard, R.A. The Costs of Adolescent Childbearing, 1997, p. 285-337 in *Kids Having Kids*, edited by R.A. Maynard. Washington, DC: The Urban Institute.

²⁰ When Children Become Parents: Welfare State Responses to Teenage Pregnancy. A/ Daguerre and C.Nativel (eds), *Bristol, Policy Press, 2006. 264 p.*

Gagauz Olga

evidențierea celor mai eficiente măsuri în acest domeniu.²¹

În Republica Moldova aspectele sarcinii la vârsta adolescenței au fost reflectate în câteva studii. În primul rând, o informație importantă a fost obținută în cadrul Studiului Sănătății Reprodusei în Moldova (SSRM)²² și Studiului Demografic și de Sănătate din RM (SDSM)²³, în special cu referire la comportamentul sexual (inițierea în viața sexuală, utilizarea contraceptivelor, recurgerea la avort, fertilitatea etc.). Cercetările CAP asupra adolescenților și tinerilor²⁴ oferă informații valoroase cu privire la aspectele comportamentale ale adolescenților, incidența abuzului și violenței.

Dinamica fertilității la vârsta adolescenței, nașterile extraconjugale, formarea parteneriatelor de adolescenți și căsătorii timpurii au fost în atenția cercetătorilor în ultimii ani, oferind recomandări practice cu privire la politicile necesare în acest domeniu²⁵.

²¹ Adolescent pregnancy: A Review of the Evidence. UNFPA, New York, 2013.

http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ADOLESCENT%20PREGNANCY_UNFPA.pdf.

State of world population. Motherhood in childhood facing the challenge of adolescent pregnancy, 2013.

<http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN-SWOP2013-final.pdf>.

²² Studiului Sănătății Reprodusei în Moldova. Chișinău, 1997. 278 p.

²³ Studiul Demografic și de Sănătate din Republica Moldova. Raportul Final. 2006.

<http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR178/FR178-Romanian.pdf> (vizitat 19.05.2009).

²⁴ Studiul CAP Sănătatea și Dezvoltarea Tinerilor, 2003; Sănătatea și dezvoltarea adolescenților, Asociația Sănătate pentru tineri, 2012

²⁵ Gagauz O. Natalitatea extraconjugală în contextul tendințelor demografice europene. În: Revista de Filosofie, Sociologie și Științe Politice, Chișinău, 2010, nr. 2, p. 87-97. Gagauz O. Impactul restructurării ciclului reproductiv asupra indicatorilor fertilității. In: Creșterea economică în condițiile globalizării: ediția a IXI-a a Conferinței Internaționale științifico-practice, 16-17 octombrie 2012. Sesiunea științifică "Structura demografică și calitatea potențialului uman". Chișinău: INCE, 2014, p. 9-20.

1.3. Metodologia cercetării, delimitări conceptuale

Adolescența este o perioadă de tranziție de la copilărie la viața de adult, ultima fiind asociată cu majoratul. Ea începe odată cu instalarea pubertății - proces de dezvoltare fizică, psihică și emoțională, cauzat de o serie de modificări endocrine care duc la pubertate și capacitatea de reproducere. La fete, pubertatea are loc la vârsta de 12-13 ani, la băieți, semne de pubertate devin vizibile la 13-14 ani²⁶. Debutul pubertății variază până la 4-5 ani de la vârsta medie și pubertatea durează 2-4 ani, astfel că nu există o definiție strictă a calendarului adolescenței. Totodată, în multe țări, durata lungă a perioadei ce ține de învățământul obligatoriu a determinat faptul că vârsta de 18 ani este stabilită, în conformitate cu prevederile legale, ca pragul majoratului, respectiv adolescența poate fi definită ca vârsta cuprinsă între 12 și 17 ani. Cu toate acestea, Fondul Națiunilor Unite pentru Populație (UNFPA) utilizează următoarele noțiuni: "adolescenți" - cei cu vârsta cuprinsă între 10-19 ani, inclusiv adolescența timpurie - 10-14 ani; adolescența târzie - 15-19 ani, respectiv statistica internațională cu privire la adolescenți se raportează la grupul de vârstă 15-19 ani.

În conformitate cu Convenția privind drepturile copilului, persoana sub vârsta de 18 ani este considerată un "copil". Astfel, această lucrare se concentrează pe sarcini și nașteri în rândul copiilor, dacă delimitarea se face pentru populația feminină în vârstă până la 18 ani și în rândul adolescentelor, când se utilizează gruparea femeilor cu vârsta de 18 și 19 ani.

Scopul cercetării: reflecția științifică a construcției sociale a fenomenului sarcina la vârsta adolescenței în Republica Moldova, pornind de la percepția mamelor adolescente asupra experienței proprii considerând și elaborarea unor propuneri de politici pentru reducerea ratei de sarcini la vârsta adolescenței.

Obiectivele cercetării:

- conceptualizarea noțiunii "sănătatea reproductivă a adolescenților" prin prisma consolidării capitalului uman și reproducerii demografice a populației;
- estimarea dimensiunilor fenomenului sarcina la vârsta adolescenței, analiza comparativă în profil mondial și european;
- evidențierea impactului factorilor socioeconomiici și culturali în incidența

²⁶ Patton G. and Viner R. Pubertal transitions in health. The Lancet, vol. 369, Nr. 9567. March 2007.

Gagauz Olga

sarcinilor la vârsta adolescenței;

- estimarea gradului de informare a adolescentelor și utilizarea mijloacelor contraceptive;
- estimarea incidenței cazurilor de violență și abuz sexual asupra adolescentelor;
- examinarea situației cu privire la cadrul instituțional în prevenirea sarcinii la vârsta adolescenței și protecția socială a mamelor minore;
- identificarea măsurilor pentru prevenirea fenomenului în cauză, reducerea ratei fertilității la adolescente și ameliorarea protecției sociale a mamelor minore.

Baza statistico-informațională a cercetării a constituit-o datele Biroului Național de Statistică cu privire la natalitate, inclusiv bazele de date primare cu privire la înregistrarea nou-născuților pentru perioada anilor 1998-2014. De asemenea, pentru analiza comparativă a fost utilizată statistica internațională.

Baza empirică a cercetării prezintă studiul calitativ, care a cuprins 25 de *interviuri individuale aprofundate* cu femeile care au născut un copil în vârstă până la 18 ani (vârsta copilului la momentul interviului a fost sub 5 ani). Intervipurile s-au desfășurat la domiciliul respondentelor, prin metoda *face-to-face*.

De asemenea, studiul calitativ a inclus 25 de *interviuri individuale aprofundate* cu experți naționali în domeniu: reprezentanții organelor de protecție socială (asistenți/lucrători sociali), organelor de ordine (polițiști), specialiști din cadrul autorităților publice locale, lucrători medicali (medici de familie/ginecologi), reprezentanți ai ONG-urilor. Experții au fost intervievați în baza unui formular de întrebări tematice generale prestabilite, dar și ajustate la domeniul de activitate a expertului.

Atât interviurile cu femeile, cât și cele cu experții au cuprins zonele statistice Nord, Centru și Sud, fiind desfășurate în mun. Chișinău, Nisporeni, Căușeni, Fălești. Intervipurile au fost înregistrate în format audio digital și ulterior transcrise pentru a fi procesate și analizate, respectând principiul anonimatului și confidențialității.

2. SARCINA LA VÂRSTA ADOLESCENȚEI: DIMENSIUNI ALE FENOMENULUI

2.1. Inițierea în viața sexuală

Adolescența ca un concept social construit în conformitate cu cadru specific social și istoric deseori se asociază cu diferite probleme, această etapă creând întotdeauna o anumită anxietate, alături de comportamente deviate cum ar fi consumul de droguri, alcool, delincvența juvenilă etc.

Una din problemele-cheie a perioadei de adolescență este conflictul dintre maturitatea sexuală și normele culturale menite interzicerii și restricționării comportamentului sexual, deci, cele ce accentuează imaturitate socială. Evident că eficiența normelor restrictive privind comportamentul sexual în vârsta de adolescență depinde de mulți factori care determină specificul unei anumite culturi (tradițiile culturale și religioase, cadrul juridic, factorii economici și social etc.). Prin urmare, problema comportamentului sexual în vârsta de adolescență prezintă o importanță deosebită în contextul transformărilor culturale fundamentale care au avut loc în ultimele decenii. Esența acestor transformări este evidentă: trecerea relațiilor sexuale din sfera intimă în sfera "publică", ceea ce demonstrează în special proporția înaltă a producției mass-media cu aspect sexual și erotic; incertitudinea cultural-normativă și valorică, liberalizarea comportamentelor și toleranța socială crescută față de cele care anterior erau considerate deviate și social dezaprobat.

Sexualitatea devine o normă, este o tranziție sexuală ce are loc la nivel global, sexualitatea este decuplată de mariaj/căsătorie, vârsta pubertății scade, datorită unei alimentații mai bune și îmbunătățirea standardelor de viață, iar vârsta căsătoriei crește. Cauzele extinderii nașterilor la vârstă prematură sunt determinate de maturizarea somatică timpurie a adolescentelor și debutul sexual timpuriu (15% din femei și 30% din bărbați până la 18 ani)²⁷.

Debutul sexual rareori prezintă o decizie responsabilă și conștientă sau este precedat de istorie de dragoste de lungă durată. Conform certărilor existente în spațiul fostelor țări socialiste, doar o pătrime din tineri și o treime din tinere au prevăzut că acest lucru se va întâmpla cu acest partener, pe când

²⁷ Robilă M. Politica familială pentru Republica Moldova. 2010.
http://www.demografie.md/files/1524_politi_ci_familiale.pdf

Gagauz Olga

în majoritatea cazurilor partenerul a fost întâmplător. Circa o treime din fete până la momentul debutului sexual nu n-au avut intenții/dorință de relații intime. Adolescenții, de regulă, aveau intenții de a avea relații sexuale fără personificare concretă, pur și simplu ei au avut dorință de a face sex cu cineva. Circa jumătate din fete și o pătrime din băieți au relatat că prima experiență sexuală au trăit-o cu prietenul/prietena sa²⁸.

Primul raport sexual în vârsta de adolescență marchează intrarea în viața sexuală adultă și prezintă unul din evenimentele importante în tranziție la viața de adult. Cele mai frecvente motive pentru începutul unor relații sexuale sunt dragostea, dorința de intimitate și acceptare de către altă persoană, precum și curiozitatea. De multe ori, sentimentele conduc comportamentul fetelor, aspectul atracției și curiozității băieților, cu toate că există un alt motiv, probabil, cel mai important, deseori neconștientizat de adolescenți - dorința de a fi iubit.

Sexualitatea este doar o parte a vieții umane, iar relațiile sexuale – parte a relației dintre doi oameni. Relațiile intime trebuie să fie construite pe încredere, consimțământ voluntar reciproc, deschidere și dialog, mai degrabă decât frica de a pierde pe cineva drag sau în condiții de constrângere. În relațiile cu sexul opus se manifestă sentimente și emoții noi inedite, ca simpatia și sentimentele de dragoste. Din dorința de a nu fi respinse, adolescentele acceptă relațiile sexuale, dar nu se gândesc la consecințele care le pot avea această decizie, mai există și mitul potrivit căruia nu se poate să rămână însărcinate la primul contact sexual și din această cauză nu folosesc nici o metodă contraceptivă.

Cercetările în domeniu demonstrează că activitatea sexuală timpurie este asociată, de regulă, cu alte riscuri – fumatul (în special pentru fete), alcoolul, drogurile, petrecerea nopții în afara casei. Mai mult decât atât, există o corelație între debutul sexual precoce și frecvența crescută a plângerilor psihosomatice în rândul tinerilor și un stil de viață mai puțin sănătos în rândul fetelor²⁹.

Pentru mulți adolescenți prima experiență sexuală este legată cu starea de ebrietate, or acest lucru înseamnă că ei nu pot deplin să conștientizeze ceea ce se întâmplă, uneori având loc violență ascunsă sau explicită. Pentru multe fete inițierea în viața sexuală este asociată cu dezamăgire, aceasta le deranjează și o păstrează doar de dragul partenerului. Pentru ele, intimitatea

²⁸ Кон И. Клубничка на березке: сексуальная культура в России. М., 1997.

²⁹ Health Behaviour in School-aged Children, HBSC.

<http://www.hbsc.org/publications/reports/>

emoțională este mai importantă decât cea trupească.

Studiul realizat demonstrează diferite experiențe trăite de adolescente în debutul vieții sexuale, unele prezentând o culminație a relațiilor afective, altele având loc întâmplător, fără acordul acestora, de asemenea s-au constatat și cazuri de violență.

Evident, dominarea aspectului afectiv în relațiile cu partenerul transformă prima experiență sexuală într-un moment pozitiv, partenerul manifestând o responsabilitate crescută față de minoră, iar după apariția sarcinii și nașterii copilului relațiile sunt legiferate.

„După prima relație sexuală m-am simțit ca și cum aș fi intrat în altă lume, parcă eram mai matură și cu mai multe probleme. Prima relație sexuală am avut-o la 18 ani cu unicul partener. Da, eu am discutat cu partenerul (în prezent soțul) pe tema dată și el era pregătit să accepte în caz că voi rămâne însărcinată”. „A fost ceva care am vrut-o ambii” (IIA_A10).

„Soțul meu a fost primul și unicul meu partener sexual. Până la el nu știam nimic, cum totul se petrece, ce trebuie de făcut. Eu mă pregăteam pentru aceasta foarte mult și serios. Soțul nu insista, el spunea că atunci când voi fi pregătită, atunci se va întâmpla. Noi am așteptat destul de mult timp. Eu nu eram hotărâtă, pentru că eram destul de mică, dar era iubire adevărată, care persistă și în prezent. Într-un final, m-am decis. A trecut totul reușit. Îndată după acesta am mers la medicul ginecolog” (IIA_A23).

Studiul calitativ a demonstrat că în multe cazuri relațiile sexuale, în special probabilitatea de a deveni însărcinată, nu au fost conștientizate de către adolescentele, fiind acceptate din cauza dorinței de a nu pierde partenerul.

„La 15 ani... am făcut cunoștință cu un băiat din sat, avea 22 de ani. După jumătate de an de întâlnire am avut relații sexuale și am rămas însărcinată”(IIA_A12).

„Am avut 15 ani când ne-am întâlnit pentru prima dată și apoi mai târziu ne-am mai întâlnit de 2 ori și...” (IIA_A8).

„Relația sexuală din partea mea nu a fost dorită, mai mult acceptată. Senzații neplăcute, dureri și mi-a fost rușine să mă uit în ochii lui. Mă gândeam că, probabil, e timpul să fiu cu el și vroiam să fiu cu el toată viața.. Prima relație sexuală am avut-o la doar 16 ani, știau și mama, și mătușa de relația noastră” (IIA_A9).

Gagauz Olga

„Pe neașteptate, vrute și nevrute, dar am avut încredere în el” (IIA_A11).

„Aveam 16 ani, ne cunoșteam deja destul de bine, el locuia în sat la bunica lui. El permanent mă întreba ce cred eu despre relațiile sexuale și eu îi răspundeam, că nu aș vrea, dar până la urmă așa și s-a întâmplat, că eu nu am vrut dar...” (IIA_A25).

Un capitol aparte prezintă cazuri de violență sexuală, o bună parte a cărora au rămas neinvestigate, din motivul că adolescentele au preferat tăcerea, n-au avut cui să încredințeze problema sau din frică față de părinți și rude.

„Prima experiență a fost negativă, în urma acestei experiențe am rămas însărcinată. Partenerul mi-a spus că nu e posibil să rămân însărcinată de la prima relație. De atunci nu am avut relații 3 ani de zile (IIA_A2).

„Prima relație forțată. Am fost violată de către colegi de școală, care erau mai mari decât mine. După aceasta nu a mai fost nici o tentativă. Eu părinților nu le-am spus nimic, deoarece când le spuneam că mă obijduiește cineva ei ziceau că eu sunt vinovată. Părinții niciodată nu m-au apărut. Am rămas însărcinată mai târziu de la prietenul meu care avea 17 ani. Apoi, am întâlnit o persoană care îmi plăcea foarte mult și am început să trăim împreună, el avea 26 de ani” (IIA_A5).

„Prima dată o fost la vârsta de 12 ani. Concubinul mătușii mele m-a forțat să întrețin relații sexuale, m-am speriat atunci foarte mult. Și totuși am ascuns acest lucru foarte mulți ani de mătușa mea, i-am spus numai la 16 ani, dar ea nici în ziua de azi nu mă crede. Îmi era frică și mai pe urmă în relațiile cu partenerul (soțul la moment), timp de trei luni am prins sarcina, cu toate că nu m-am păzit (IIA_A7).

Abuzul sexual la vârsta adolescenței este puțin sesizat și determinat de faptul că copiii și adolescenții, în primul rând, nu-și dau seama ce fac adulții, și, pe de altă parte, ele nu pot riposta, precum și din cauza lipsei unor reacții adecvate din partea celor mături. Totodată, studiile autohtone atestă un nivel relativ înalt al violenței sexuale în rândul adolescenților. Astfel, aproape o jumătate dintre adolescenți cunosc pe cineva din colegii lor care au fost supuși violenței fizice și o cincime - violenței sexuală.³⁰ O bună parte din adolescente-

³⁰ Studiu KAP în Sănătate și Dezvoltarea Adolescenților, SPT, 2012.

victime ale violenței au crescut în familiile defavorizate social, de multe ori fără tați doar cu mama social dezadaptată, având stima de sine subevaluată.

2.2. Dimensiuni ale fenomenului sarcina la vârsta adolescenței

O sarcină nedorită poate fi consecința unui eșec contraceptiv, poate fi legată de neutilizarea metodelor de contracepție sau poate apărea în urma unui viol sau incest. Sarcina poate pune în pericol sănătatea femeii, integritatea sa fizică și psihică, în special când este vorba de apariția sarcinii în perioada adolescenței.

Dat fiind faptul că statisticile cu privire la sarcina în vârsta adolescenței nu sunt disponibile în multe țări, determinarea ratei sarcinilor în vârsta adolescenței se face în baza cumulării numărului de nașteri-vii și avorturilor la femei în vârstă de 15-19 ani (din cauza numărului nesemnificativ și lipsei datelor publicate se omit nașterile unui copil mort și avorturile spontane). Datele comparative demonstrează că Republica Moldova se caracterizează printr-un nivel relativ înalt al sarcinilor în vârsta adolescenței alături de Rusia, Ucraina, Ungaria și Estonia, pe când Bulgaria și România sunt în topul țărilor cu cei mai înalți indicatori la acest capitol (Fig.1).

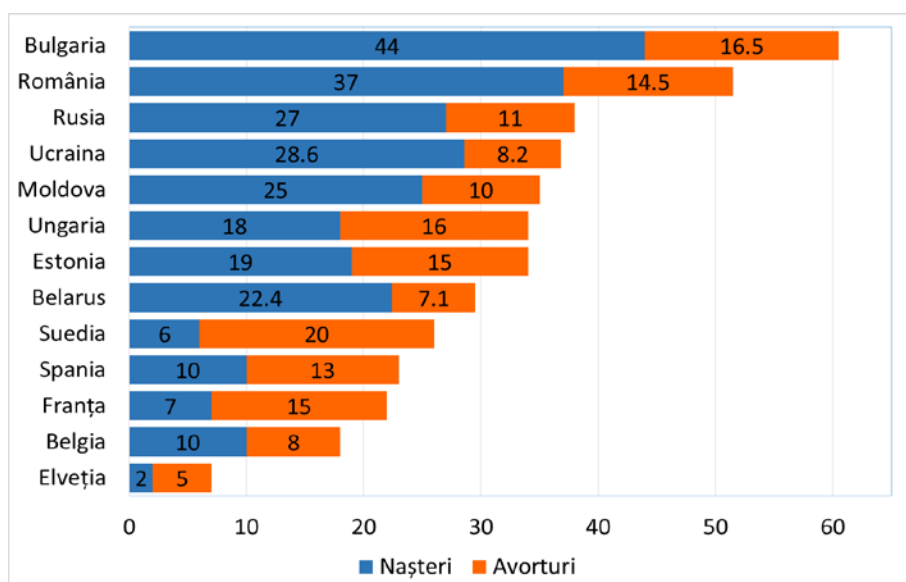


Fig. 1. Rata sarcinilor în vârstă de adolescență, la 1000 de fete în vârstă de 15-19 ani

Sursa: TransMONEE, a. 2012, pentru Republica Moldova datele sunt pentru a.2013.

Gagauz Olga

Urmează să remarcăm că estimările experților naționali și internaționali demonstrează că statisticile cu privire la avort în țările din Europa de Est sunt subestimate, în special în Republica Moldova și România, astfel, ratele de avort în rândul femeilor sub 20 de ani sunt semnificativ mai mari, respectiv și ratele sarcinilor.

În Republica Moldova, ca și în România, Bulgaria, Rusia, Belarus, Ucraina, peste 70% din sarcini în vârsta adolescenței se soldează cu nașterea copilului, pe când în țările economic dezvoltate, cum ar fi Suedia, Franța, Spania, Belgia, Elveția, nașterile în mediu constituind o treime, iar o bună parte a sarcinilor se finalizează cu avort.

În țările economic dezvoltate proporția nașterilor la vârsta adolescenței în numărul anual de nașteri este minoră, constituind mai puțin de 2%, pe când în țările ex-socialiste ponderea acestora este de trei-patru ori mai mare (Fig.2).

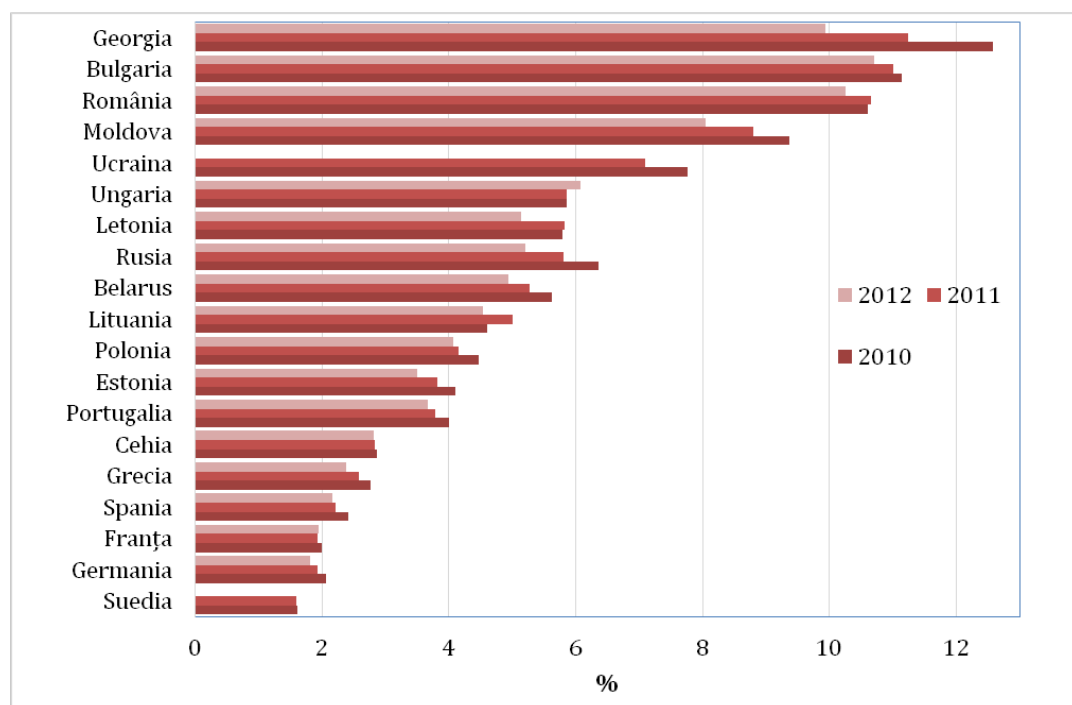


Fig. 2. Proporția nașterilor în vârstă sub 20 de ani în numărul total de nașteri
Sursa: *Health for all, WHO*

Îmbucurător este faptul că rata de fertilitate la adolescente în vârstă de 15-17 ani (la persoanele minore) în Republica Moldova este semnificativ mai scăzută decât în România și Bulgaria (circa de trei ori), fiind similară indicatorilor din Ungaria, și de circa cinci ori mai mare decât în țările cu cele mai scăzute rate ale fertilității la adolescente (Danemarca, Slovenia, Suedia), (Fig. 3).

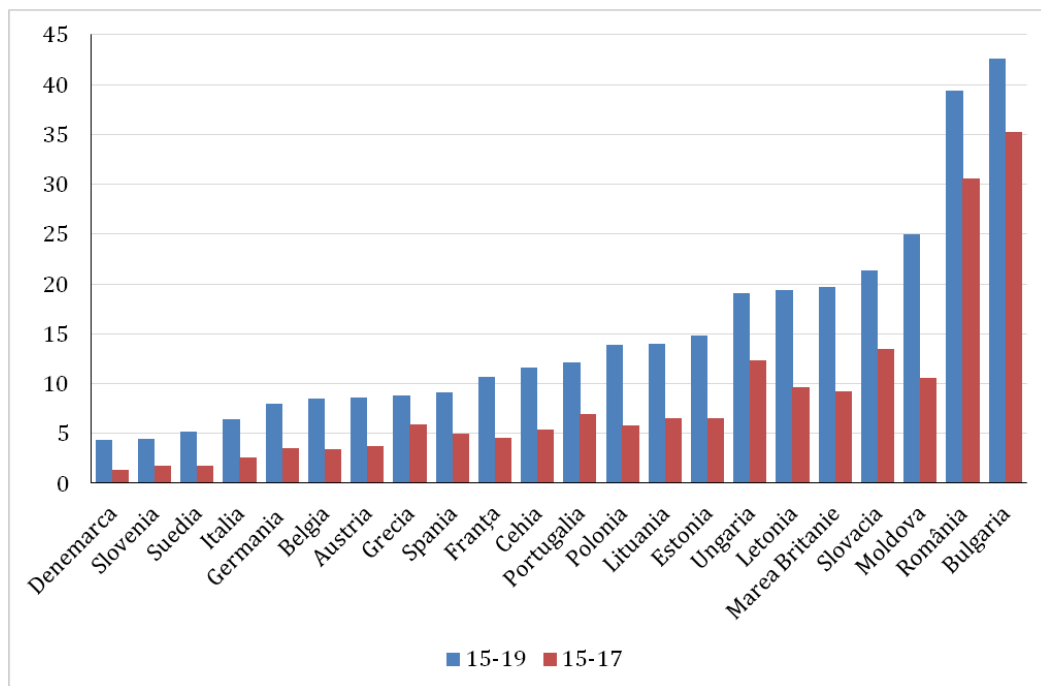


Fig. 3. Ratele de fertilitate la adolescente în vârstă de 15-19 și 15-17 ani

Sursa: *Health for all, WHO*

Analiza în dinamică a ratei de fertilitate la adolescente demonstrează că după o explozie a nașterilor la vârsta prematură la mijlocul anilor '90 se constată o tendință pozitivă, acest indicator micșorându-se circa de două ori către anul 2004. În pofida unor fluctuații, în ultimul deceniu situația se menține la un nivel relativ stabil, fără schimbări esențiale. Urmează să remarcăm faptul că supraestimarea efectivului populației Republicii Moldova (în populația stabilă sunt incluși și migranți care lipsesc în țară mai mult de 12 luni) într-o oarecare măsură distorsionează tabloul, această problemă fiind discutată în unele lucrări științifice.³¹ Analiza ratelor specifice de fertilitate la adolescente calculate în raport cu datele cu privire la populație a BNS și datele alternative ale Centrului de Cercetări Demografice scoate în evidență unele divergențe în estimarea fenomenului dat. Astfel, dacă diferența la grupul de

³¹ Penina O. Care este numărul real al populației Republicii Moldova? Barometrul demografic, 2014. <http://ccd.md/20-principala-mod/80-10-iulie-2015-lansarea-barometrului-demografic-care-este-num-rul-real-al-popula-iei-republicii-moldova>. Gagauz O., Tatar M. Nașterea copilului la vârsta adolescenței: dimensiuni și cauze ale extinderii. În: Creșterea economică în condițiile globalizării, Sesiunea științifică: Dezvoltarea demografică: provocări pentru politici sociale: Ed. a VIII-a conf. Intern. științifico-practică, 17-18 octombrie 2013. Institutul Național de Cercetări Economice. Chișinău, 2013. pp. 65-71.

Gagauz Olga

vârștă 15-17 ani nu este mare (10,6 și 12,5 pentru anul 2012), atunci pentru grupul de vârștă 18-19 ani, care este mai mult implicat în migrație, aceasta este mai semnificativă (43,5 și 51,2), respectiv ratele fertilității pentru adolescente în vârștă de 15-19 ani (conform definiției internaționale) sunt de 25 și 29,5. Din cele prezentate reiese că datele oferite de BNS subestimează nivelul fertilității la vârșta adolescenței (Fig.4).

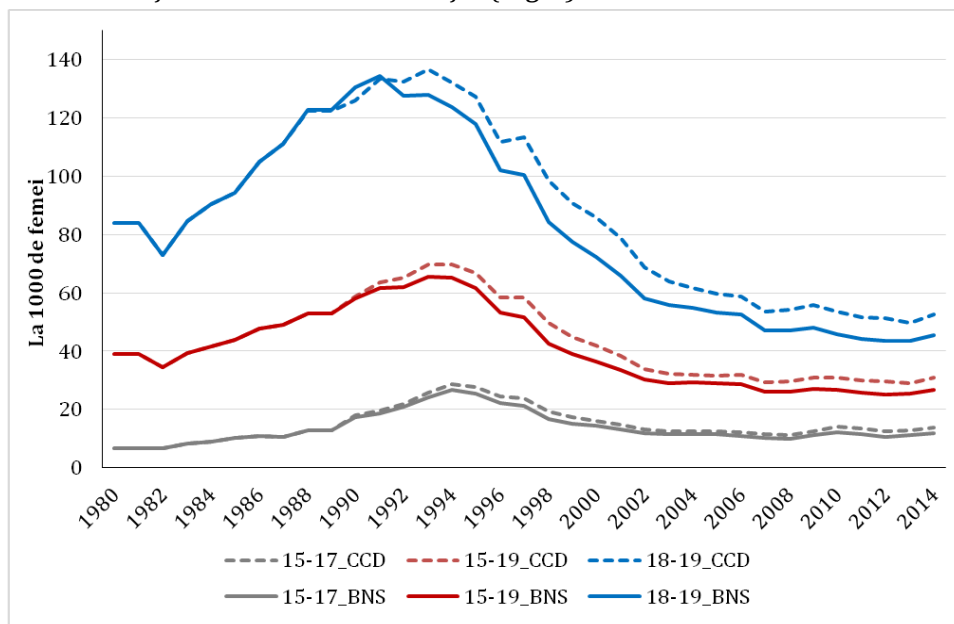


Fig. 4. Ratele de fertilitate la adolescente (15-17 și 15-19 ani), anii 1980-2012
Sursa: calculat de autor în baza datelor BNS și Centrului de Cercetări Demografice.

În mediul urban se constată o situație mai bună, rata de fertilitate la adolescente în vârștă de 15-17 ani înregistrându-se valori de două ori mai mici decât în mediul rural. În mediul rural acest indicator se menține la un nivel destul de înalt – circa 15 cazuri la 1000 de femei, cu unele fluctuații în ultimii ani, dară fără schimbări pozitive vizibile (Fig.5).

Datele empirice aduc o dovadă în plus în ceea ce privește nivelul relativ înalt al sarcinilor la vârșta adolescenței. Dintre 200 (din 1845 intervievate, ce constituie 9,2%) de femei în vârștă de 15-19 ani care erau însărcinate la momentul efectuării studiului, la 67,3% sarcina s-a finisat cu nașterea unui făt viu, la 16,9% – cu un avort provocat și la 15,8% – cu un avort spontan. Ratele specifice de avort specifice vârștei de 15-19 ani constituie 8 cazuri la 1000 de femei pentru mediul urban și 9 cazuri la 1000 de femei pentru mediul rural³².

³² Studiu demografic și de sănătate, Chișinău, 2005, p.58

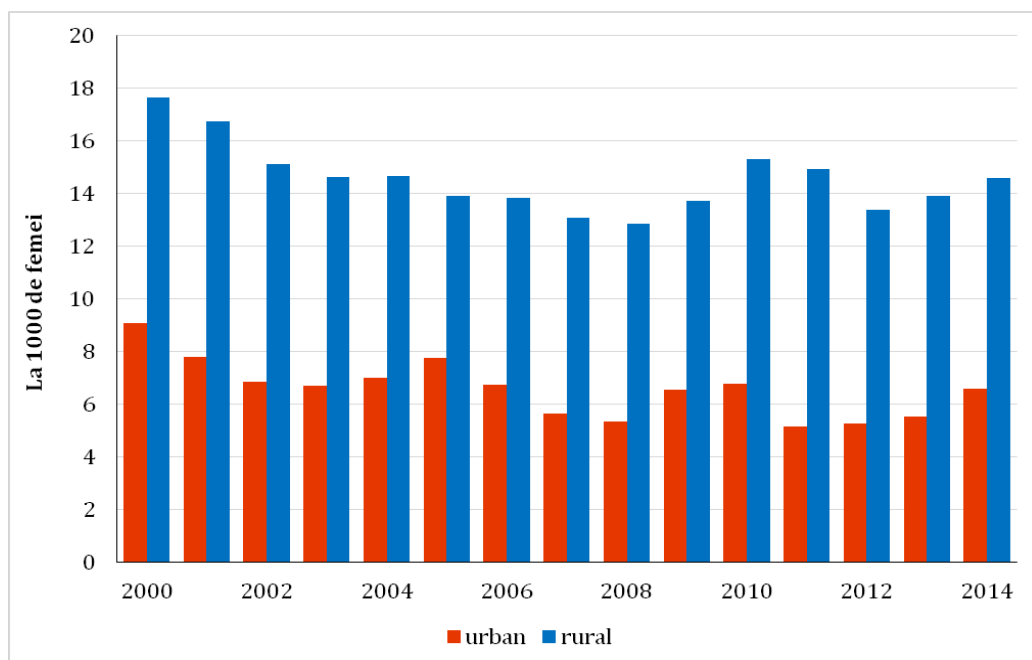


Fig. 5. Ratele de fertilitate la adolescențe în vârstă de 15-17ani pe medii de reședință, anii 1980-2014

Sursa: calculat de autor în baza datelor BNS

Conform Studiului de indicatori multipli în cuiburi, circa 5% dintre femeile cu vârsta de 15-19 ani 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 ani³³.

2.3. Întreruperea sarcinii

Circa jumătate din sarcini nedorite se soldează cu avort, întreruperea voluntară a sarcinii fiind o intervenție veche care apare la nivel global indiferent de faptul dacă este legalizată sau nu. Avortul, probabil, este cea mai dezbinată problemă legată cu sarcina nedorită, iar acceptarea avortului ca metodă de întrerupere a sarcinii nedorite a deviat atenția specialiștilor de la mai multe alte aspecte importante, cum ar fi găsirea de modalități de a încuraja cuplurile pentru a preveni atât sarcini nedorite și bolile cu transmitere sexuală, cât și de a învăța acestea cum să utilizeze mijloacele

³³ Studiul de indicatori multipli în cuiburi. Centrul Național de Sănătate Publică. http://cnsp.md/wp-content/uploads/2014/09/Studiul-populational_MICS4_Republica-Moldova_WEB_CNISP.pdf

Gagauz Olga

contraceptive moderne. Conflictul se ascunde și prin faptul că metodele moderne de contracepție sunt tratate deseori cu aceeași prudență ca și avortul, astfel, această confuzie între avort și contracepție într-o măsură oarecare a deteriorat ideea că o mai bună utilizare a contraceptivelor este o metodă foarte eficientă de a reduce incidența avorturilor.

Într-o societate "perfect contraceptivă",³⁴ numărul de nașteri la o femeie ar fi fost egal cu numărul de copii supraviețuitori pe care doresc să-i aibă, însă până în prezent acest deziderat nu a fost obținut nici în țările economic dezvoltate, în pofida unui progres semnificativ în dinamica ratei avorturilor. Teoretic, avortul trebuie să apară tot mai rar și să fie folosit doar în cazul eșecului contraceptivelor sau a unor indicații medicale.

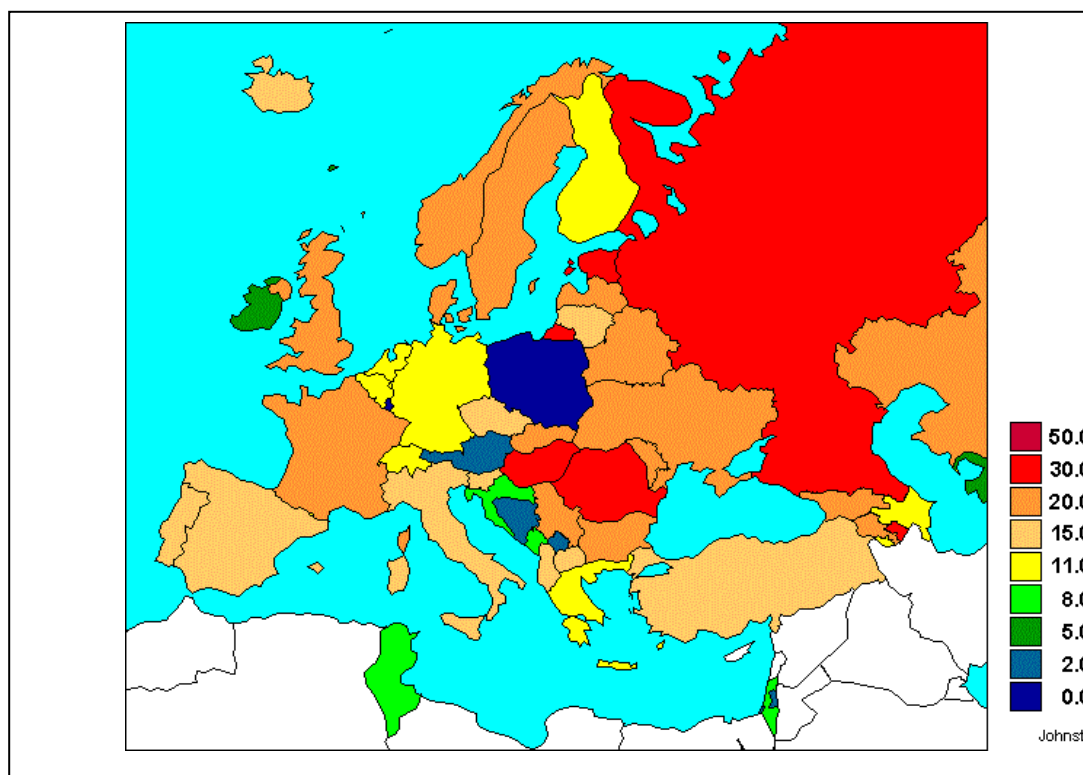


Fig. 6. Europa, proporția avorturilor în numărul total de sarcini

Sursa: <http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion>

În prezent, din 33 de țări cu statistica relativ completă cu privire la avorturi cele mai ridicate rate ale avorturilor se înregistrează în Federația

³⁴ Ryder N. and Westoff C. The Contraceptive Revolution. Paperback. Princeton: Princeton University Press, 2015. 398 p.

Sarcina în vârsta adolescenței

Rusă și SUA³⁵. Unele țări din Europa de Vest au cei mai mici indicatori ai avorturilor din lume, astfel, printre țările cu statistica fezabilă cu privire la avorturi cea mai bună situație se înregistrează în Belgia, Germania și Elveția, raportul dintre numărul de avorturi și nașteri vii constituind 0,15-0,13 (Fig.6, Tabelul 1).

Tabelul 1. Raportul dintre numărul de avorturi și nașteri vii, anii 1990-2013

	Moldova	România	Rusia	Ucraina	Cehia	Franța	Germania	Elveția	Italia	Belgia
1990	1.06	3.15	2.06	1.55	0.97	0.26	0.20	0.15	0.29	0.03
1991	1.02	3.15	2.06	1.52	0.93	0.27	0.15	0.15	0.29	0.00
1992	1.03	2.66	2.20	1.56	0.90	0.27	0.15	0.15	0.26	0.18
1993	0.97	2.34	2.35	1.60	0.71	0.28	0.14	0.15	0.26	0.09
1994	0.95	2.15	2.20	1.57	0.63	0.27	0.13	0.14	0.26	0.09
1995	1.01	2.12	2.06	1.50	0.64	0.25	0.13	0.14	0.26	0.10
1996	0.89	1.97	2.08	1.47	0.66	0.26	0.16	0.15	0.27	0.11
1997	0.84	1.47	2.02	1.35	0.63	0.26	0.17	0.15	0.27	0.23
1998	0.80	1.14	1.86	1.25	0.61	0.27	0.17	0.16	0.27	0.11
1999	0.72	1.11	1.82	1.27	0.58	0.27	0.17	0.17	0.27	0.11
2000	0.70	1.10	1.71	1.13	0.40	0.26	0.18	0.16	0.25	0.12
2001	0.44	1.16	1.63	0.98	0.37	0.27	0.18	0.17	0.25	0.13
2002	0.44	1.18	1.41	0.89	0.35	0.28	0.18	0.16	0.25	0.13
2003	0.48	1.06	1.30	0.77	0.33	0.27	0.18	0.15	0.25	0.14
2004	0.47	0.88	1.23	0.68	0.43	0.27	0.18	0.15	0.25	0.14
2005	0.44	0.74	1.18	0.62	0.27	0.27	0.18	0.15	0.23	0.14
2006	0.42	0.68	1.09	0.50	0.25	0.27	0.18	0.14	0.23	0.15
2007	0.42	0.64	0.92	0.48	0.23	0.27	0.17	0.14	0.22	0.15
2008	0.41	0.58	0.81	0.43	0.23	0.26	0.17	0.14	0.21	0.15
2009	0.36	0.52	0.73	0.38	0.22	0.26	0.17	0.14	0.21	0.15
2010	0.37	0.48	0.66	0.36	0.22	0.26	0.16	0.14	0.21	0.15
2011	0.40	0.53	0.63	0.34	0.23	0.26	0.16	0.14	0.20	0.15
2012	0.38	0.44	0.56	0.29	0.22	0.26	0.16	0.13	0.20	
2013	0.38		0.46	0.29	0.22		0.15		0.20	

Sursa: <http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion>

Țările din Europa de Est se evidențiază prin cele mai ridicate rate ale avorturilor, fostele țări socialiste formează un grup aparte în acest sens, numărul avorturilor fiind mai mare decât cel al nașterilor chiar până la sfârșitul anilor '90 ai secolului trecut. În ultimele două decenii se constată o scădere substanțială în incidență avort, care a coincis cu creșterea utilizării

35 Sedgh G. and al. Legal Abortion Levels and Trends By Woman's Age at Termination International Family Planning Perspectives. Vol. 45, 2013. <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/4501313.html>

Gagauz Olga

contraceptivelor în regiune. Cele mai ridicate rate ale avorturilor până în prezent se mențin în România și Rusia. În Republica Moldova, după anul 1995 rata avorturilor devine subunitară, cu toate că, conform estimărilor experților internaționali³⁶ și naționali³⁷, la capitolul înregistrării avorturi țara noastră este raportată la grupul de țări cu statistica incompletă alături de Franța, Georgia, Italia, România, Rusia și Spania.

În Republica Moldova, la fel ca și în țările vecine, avortul este o metodă importantă de prevenire a sarcinii nedorite, în pofida faptului că în ultimii ani au fost întreprinse un șir de măsuri orientate spre ameliorarea sănătății reproducerii, elaborarea unui cadru legislativ adecvat și lansarea mai multor programe naționale. Efectuarea avortului în condiții de siguranță constituie o componentă a sănătății reproductive a femeii, iar avortul în siguranță constituie o prioritate în cadrul Strategiei Naționale a Sănătății Reproducerii.

Strategia Națională a Sănătății Reproducerii a fost realizată în conformitate cu prevederile Strategiei Europene în Sănătate Sexuală și a documentelor adoptate la nivel internațional și a fost aprobată prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr.913 din 26 august 2005. Prezenta Strategie pune accent pe serviciile comprehensive de planificare familială și servicii sigure de avort. Scopul strategiei este de a reduce utilizarea avortului ca metodă de reglare a natalității și asigurarea lui, în caz de necesitate, în condiții de maximă siguranță.

În Republica Moldova, avortul legal este efectuat până la termenul de 12 săptămâni (la solicitarea femeii) în instituțiile medicale autorizate. Această normă, deși a suferit de-a lungul timpului careva modificări și suplimentări a rămas în vigoare până în prezent. Astfel, asigurarea dreptului femeii la sănătatea reproducerii este reglementată de câteva acte normative:

- Legea Ocrotirii Sănătății nr.411 – XIII din 28 martie 1995 prevede că femeilor li se acordă dreptul de a-și hotărî personal problema maternității și de a efectua întreruperea de sarcină până la sfârșitul primelor 12 săptămâni de sarcină.
- Legea nr.185 – XV din 24 mai 2001 cu privire la ocrotirea sănătății

³⁶ World Health Organization. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/activities/abortion/facts-and-figures-about-abortion-in-the-european-region>

³⁷ Paladi Gh. și alții. Pierderile reproductive ca problemă medico-socială și demografică în Republica Moldova. În: Creșterea economică în condițiile globalizării, Sesiunea științifică: Dezvoltarea demografică: provocări pentru politici sociale: Ed. a VIII-a conferinței internaționale științifico-practice, 17-18 octombrie 2013. Chișinău: F.E-P. "Tipografia Centrală", 2013, p.13.

reproductive și planificarea familiei prevede dreptul la luarea liberă a deciziei privitor la reproducere și dreptul privind accesul la informații privind sănătatea reproductivă și planificarea familială și dreptul la beneficierea de servicii de ocrotire a sănătății reproductive și de planificare familială.

- Legea nr. 263 – XVI din 27 octombrie 2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului care prevede asigurarea dreptului pacientului în domeniul reproducerii și contribuie la consolidarea drepturilor fundamentale ale omului în sistemul serviciilor de sănătate și asigurarea demnității și integrității pacientului. Reprezentantul legal al pacientului este persoana care poate reprezenta în condițiile legii, fără procură, interesele unui pacient, fără capacitate deplină de exercițiu sau cu capacitate de exercițiu limitată sau declarat incapabil. Ruda pacientului reprezintă părinți, copii, bunici, frați drepecți, inclusiv soțul sau soția care s-au aflat cel mai mult în contact cu pacientul. Astfel, în cazul în care survine o sarcină la adolescentă, aceasta, în cazul când dorește întreruperea sarcinii va trebui să se prezinte în instituția medicală doar cu reprezentatul legal (părinte, soră/frate, bunici) în cazul când aceasta nu a atins vârsta majoratului.

Regulamentul privind efectuarea întreruperii voluntare a cursului sarcinii a fost aprobat de Ministerul Sănătății prin Ordinul nr.647 din 21 septembrie 2010. Acesta prevede cu referință la femeile gravide cu vârstă sub 16 ani întreruperea voluntară a cursului sarcinii doar cu consimțământul reprezentantului legal conform prevederilor Legii Ocrotirii Sănătății și doar în cadrul instituțiilor medicale specializate. Consilierea post-avort și eliberarea de contraceptive după avort sunt obligatorii, și se înregistrează în documentele de rigoare cu semnătura de confirmare a pacientei. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii după primele 12 săptămâni și până la sfârșitul săptămânii a 21-a de sarcină se efectuează la indicațiile medicale și sociale. Trebuie de menționat faptul că în categoria indicațiilor sociale se încadrează și femeile cu vârsta mai mică de 18 ani, sarcina survenită în urma violului și asocierea a minimum două circumstanțe: lipsa domiciliului, lipsa resurselor financiare de existență, abuz de alcool/drog, acte de violență domestică. Astfel, în acest scop este creată Comisia Medical Consultativă, care are drept scop de a studia cererea femeii și de a analiza indicațiile medicale sau sociale pentru a emite o decizie în acest sens.

În anul 2014, în Republica Moldova s-au născut 38616 copii și s-au înregistrat 13930 întreruperi legale de sarcină, raportul dintre numărul de avorturi și numărul de sarcini constituind 0.36, proporția întreruperilor de

Gagauz Olga

sarcină – 26,5% și rata avorturilor la 1000 de femei de vârstă fertilă – 15. În comparație cu anul 2000 (Tabelul 2) raportul dintre avorturi și nașteri-vii s-a micșorat circa de două ori, ponderea avorturilor în numărul total de sarcini cu circa 14 puncte procentuale, de asemenea a scăzut semnificativ rata avorturilor la 1000 de femei în vârstă de 15-49 de ani (de la 26 până la 15).

Tabelul 2. Prevalența avorturilor în Republica Moldova, anii 1990-2014

	Numărul de nașteri-vii	Numărul de avorturi	Raportul dintre avorturi și nașteri-vii	% avorturilor din numărul total de sarcini	Rata avorturilor la 1000 de femei în vârstă de 15-49 de ani
1990	77085	81931	1.06	82.7	
1991	72020	73454	1.02	50.5	66.7
1992	69654	71430	1.03	50.6	65
1993	66179	64178	0.97	49.2	58.1
1994	62085	58777	0.95	48.6	52.6
1995	56411	57181	1.01	50.3	50.5
1996	51865	46010	0.89	47	40.1
1997	45583	38258	0.84	45.6	35.8
1998	41332	33229	0.80	44.6	33.6
1999	38501	27908	0.72	42	28
2000	36939	26035	0.70	41.3	26
2001	36448	16028	0.44	30.5	15.9
2002	35705	15739	0.44	30.6	15.6
2003	36471	17551	0.48	32.5	17.2
2004	38272	17965	0.47	31.9	17.6
2005	37695	16642	0.44	30.6	16.3
2006	37587	15752	0.42	29.5	15.5
2007	37973	15843	0.42	29.4	15.8
2008	39018	15900	0.41	29	12.3
2009	40803	14634	0.36	26.4	14.7
2010	40474	14785	0.37	26.8	15
2011	39182	15710	0.40	28.6	18.6
2012	39435	14838	0.38	27.3	15
2013	37871	14511	0.38	27.7	15
2014	38616	13930	0.36	26.5	15

Sursa: <http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion>

Proporția întreruperilor de sarcină pe parcursul ultimilor 10 ani a scăzut cu circa 40%, cu toate că se menține rata înaltă a avorturilor în grupele de vârstă cu cea mai înaltă rată de reproducere. Deși numărul întreruperilor de sarcină în vârstă de adolescență a diminuat rata avorturilor la 1000 de

Sarcina în vârsta adolescenței

femei de vârsta 15-19 ani se menține la un nivel relativ constant, constituind circa 10-11 cazuri (Tabelul 3.). De asemenea, se constată o creștere a ponderii întreruperii de sarcină la primigeste (primigestă este femeia care pentru prima dată rămâne însărcinată) de la 9,5 în 2000 la 15,4% în 2012 ³⁸, acest fenomen provocând implicații importante pentru sănătatea reproductivă a femeii, având drept consecințe complicații post avort și creșterea probabilității de infertilitate.

Tabelul 3. Indicatorii de bază al întreruperilor de sarcină înregistrate, anii 1995-2014

Anul	Numărul de avorturi	Numărul de avorturi la femei în vârstă până la 15 ani	Numărul de avorturi la femei în vârstă de 15-19 ani	La 1000 de femei în vârstă de 15-19 ani	Ponderea avorturilor la primigeste
1995	57 181	63	5104	28	8.4
1996	46 010	73	4065	22	-
1997	38 258	48	3741	20	-
1998	33 229	51	2950	20	-
1999	27 908	56	2864	17	-
2000	26 035	33	2708	15	9.5
2001	16 028	30	1665	11.1	11.9
2002	15 739	33	1713	10.7	12.8
2003	17 551	16	1859	10.7	12.5
2004	17 965	10	1605	9.5	12.9
2005	16 642	16	1569	9.7	14.5
2006	15 742	18	1410	9.2	17.4
2007	15 843	19	1409	9.5	19.0
2008	15 900	26	1327	8.3	19.7
2009	14 634	13	1506	10.8	18.2
2010	14 785	11	1350	10	20.0
2011	15 710	9	1768	13	16.4
2012	14 838	9	1383	11	15.4
2013	14511	9	1241	10.5	-
2014	13930	5	1026	9.3	-

Sursa: Banca de date a Biroului Național de Statistică.

Referindu-se încă o dată la statistica cu privire la avorturi, urmează să menționăm impactul datelor cu privire la populație, supraestimarea numărului populației cu reședința obișnuită, acest fapt provocând distorsionarea semnificativă a mai multor indicatori demografici (ca consecința a raportării datelor, inclusiv la populația cu absență în țară mai mult de 12 luni – migranți de muncă de lungă durată). Evident că în condițiile supraestimării

³⁸ Ocrotirea sănătății în Republica Moldova. BNS, 2013, p.87.

Gagauz Olga

efectivului populației feminine de vârstă fertilă indicatorii cu privire la fertilitate și ratele avorturilor sunt subestimate, ceea ce ne face să presupunem că situația este cu mult mai nefavorabilă decât arată statistica oficială.

Din cele expuse mai sus, reiese că avortul continuă să fie utilizat ca instrument de spațiere a nașterilor și de control al fertilității din cauza lipsei cunoștințelor de planificare familială, accesibilitatea redusă a contraceptivelor moderne de înaltă calitate și încrederea sorită în metodele tradiționale.

Trebuie de menționat că nu există nici o interdependență între dinamica natalității și cea a avorturilor, iar diminuarea numărului de avorturi nu aduce după sine creșterea natalității. Scăderea numărului întreruperilor de sarcină este rezultatul promovării programelor de planificare familială și a dezvoltării culturii de utilizare a contraceptivelor moderne.

Ratele înalte ale avorturilor, în special pentru unele grupuri de vârstă, probabil, reflectă un nivel mai mare decât media, a necesităților nesatisfăcute pentru contracepție sau dificultățile de utilizare consecventă și eficientă a acesteia, precum și o dorință puternică de a evita sarcina, acest fapt determinând caracterul serviciilor de informare și planificării familiale în țările respective³⁹.

Studiul calitativ a scos în evidență unele particularități de lucru cu adolescentele însărcinate, procedura pre-avort este una complexă, fiind depuse eforturi esențiale în încercarea de a convinge adolescenta să-și păstreze sarcina prin consilierea psihologică pre-avort.

Situația de avort, dar și întreaga procedură până la avort, este mult mai complicată în cazul adolescentelor, atât din perspectiva consecințelor post-avort, cât și din perspectiva regulamentelor ante-avort.

În cazul adolescentelor există numeroase reguli ce trebuie îndeplinite atunci când urmează să se acceadă la avort. Astfel, în mod obligatoriu este necesară prezența unei persoane responsabile de minoră, aceștia, de regulă, sunt părinții, iar în cazurile când părinții lipsesc, acesta este deja tutorele, de altfel personalul medical este obligat să informeze părinții sau persoanele responsabile de minoră despre sarcina acesteia, maladiile ce pot fi depistate, tratamentul și investigațiile realizate⁴⁰. Situația este mult mai complicată în

³⁹ Sedgh G. and al. Legal Abortion Levels and Trends By Woman's Age at Termination International Family Planning Perspectives. Vol. 45, 2013.

<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/4501313.html>

⁴⁰ Legea nr. 411 din 28.03.1995, ocrotirii sănătății, Art. 50/ publicat în Monitorul Oficial Nr. 34, art. nr: 373 la 22.06.1995

cazul când termenul de gestație este mai mare de 12 săptămâni, în asemenea cazuri se face o comisie specială din mai mulți specialiști, iar realizarea avortului se permite doar în cazul în care există anumite condiții medico-sociale prevăzute de lege⁴¹.

Toată această perioadă este însoțită de consilierea psihologică a adolescentei, aceasta având drept scop păstrarea sarcinii. Această măsură este foarte importantă, pentru că la această vârstă nu putem vorbi despre o stabilitate emoțională și despre capacitatea de a lua decizii responsabile, iar consilierea acordată poate facilita alegerea unei soluții într-adevăr corecte, chiar specialiștii intervievați au menționat că în urma consilierii multe adolescente au decis să-și păstreze sarcina

„În majoritatea cazurilor tinerii păstrează totuși sarcina” (IIA_E5).

„Vreo 20% cer avort. Ne străduim să-i explicăm ce înseamnă un avort și care sunt consecințele după care îi vedem reacția, îi explicăm că aceasta este o procedură care necesită înștiințarea părinților” (IIA_E11).

„Toate pacientele beneficiază de suport psihologic” (IIA_E13).

„Se adresează și din start vor avort, dar deja când chemăm și partenerul și se fac analizele ele deja vor să păstreze sarcina” (IIA_E10).

Experții au menționat că adolescentele renunță la avort din diferite motive: fie e o problemă de sănătate, fie este determinată de religie sau de sentimentele personale ale fetelor. Cât despre termenul de adresare a adolescentelor, nu există un standard, ele se adresează în termen foarte mic sau tardiv. Cauzele adresărilor tardive sunt diverse: adolescentele nu știau că sunt însărcinate, multe dintre ele aflând despre sarcină abia după primul trimestru de sarcină; cred în promisiunile partenerului de a se căsători, dar care, de obicei, nu se realizează.

Actualmente există și modalități alternative de întrerupere a sarcinii. Astfel, este practică și întreruperea medicamentoasă, această metodă este

<http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=312823&lang=1>,
Legea nr. 138 din 15.06.2012, privind sănătatea reproducerii, art. 6, alin.6/
publicat în Monitorul Oficial nr. 205-207 art nr: 673, la 28.09.2012, data intrării în vigoare: 28.10.2012

<http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=344838>

⁴¹ Ordin nr. 647 din 21.09.2010 cu privire la efectuarea întreruperii voluntare a cursului sarcinii în condiții de siguranță, Anexa 2/ publicat în Monitorul Oficial Nr. 241-246, art. nr. 948 la data de 10.12.2010

<http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=336941>

Gagauz Olga

urmată de un proces mult mai simplu de restabilire și din această cauză se optează pentru el, însă doar în cazul când termenul este mic, la fel această metodă oferă și un grad mai înalt de confidențialitate, ceea ce în cazul minorelor este foarte important și, cel mai probabil, aceste cazuri nu nimeresc în statistica oficială.

„În anul acesta am avut 4 cazuri de sarcină la adolescente. O fetiță a născut, iar trei au întrerupt sarcina. Am aplicat avortul medicamentos, nimeni nu știe, ele au venit la policlinică în a doua jumătate a zilei, când nu e nimeni, sau sâmbătă, când aici e puțină lume și problema s-a rezolvat” (IIA_E25).

Dacă ar fi privită din prisma efectelor adverse, această metodă nu este una din cele mai inofensive. În cazul în care organismul ar putea dezvolta o anumită reacție de răspuns negativ, când tratamentul ar eșua și femeia însărcinată ar decide să păstreze sarcina, atunci probabilitatea dezvoltării unor anomalii congenitale de către făt este foarte mare, acest lucru fiind confirmat chiar și în documentele oficiale⁴².

Conform opiniei experților din domeniul sănătății, avortul comportă un șir de consecințe negative ce pot apărea fie imediat după această intervenție, fie se pot dezvolta în timp. Consecințele negative țin atât de sănătatea fizică a adolescentei, cât și de starea ei psihologică și morală.

„Înteruperea sarcinilor la vârsta de 14-15 ani, e mare stres pentru organism, chiar mai mare ca sarcina. Organismul se mobilizează la sarcină și dacă o întrerupem într-o zi organismului îi trebuie să își revină, acum poate nu mai sunt procese inflamatorii așa cum erau cândva, când se făceau avorturi criminale, acum e simplu de a întrerupe o sarcină, dar totuși apar anumite probleme medicale și dacă nu luni, atunci chiar ani îi trebuie să-și revină” (ginecolog – 48 ani).

Unele din cele mai grave consecințe post-avort sunt desigur sterilitatea, avorturile spontane, tulburările hormonale și infecțiile. Toate aceste urmări însă nu-i împiedică pe unii părinți să insiste asupra avortului adolescentei,

⁴² Ordin nr. 647 din 21.09.2010 cu privire la efectuarea întreruperii voluntare a cursului sarcinii în condiții de siguranță, Anexa 4/ publicat în Monitorul Oficial Nr. 241-246, art. Nr. 948, la data de 10.12.2010
<http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=336941>

Sarcina în vârsta adolescenței

sunt cazuri când părinții singuri trimit adolescența la avort fără să le pese de sănătatea propriului copil: „Veneau destul de informate, pregătite, dar tot stăteau la dubii. Nu erau hotărâte să întrerupă sarcina. În cele mai dese cazuri fetele vin la insistența mamei” (Psiholog – 3 ani), părinții pur și simplu sunt preocupați de propria poziție și prestigiu social, or aceasta este o altă problemă, ce ține de stereotipurile foarte persistente din societatea noastră.

Indiferent de termenul de adresare și de metoda utilizată, efectele adverse pot fi multiple, în acest sens nici avortul medicamentos nu este o procedură sigură, organismul feminin poate dezvolta o reacție de răspuns negativă la tratamentul primit sau în cazul când această procedură eșuează și femeia decide să păstreze sarcina fătul poate dezvolta anumite malformații congenitale⁴³. Anume din această cauză este foarte importantă conștientizarea faptului că avortul nu este o metodă de planificare a sarcinii și accentuarea importanței utilizării metodelor moderne de contracepție.

⁴³ ORDIN Nr. 647 din 21.09.2010 cu privire la efectuarea întreruperii voluntare a cursului sarcinii în condiții de siguranță, Anexa 4/ publicat în Monitorul Oficial Nr. 241-246, art. nr. 948, la data de 10.12.2010
<http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=336941>.

3. FACTORII DETERMINANȚI AI SARCINII LA VÂRSTA ADOLESCENȚEI

3.1. Statutul economic scăzut al familiei și migrația de muncă părinților

Vârsta precoce a tinerelor care devin mame nu este condiția determinantă în acest proces, ci mai degrabă mediul în care acestea se dezvoltă devine determinantul acestei situații. Cercetările cross-naționale demonstrează că nivelul de avuție națională, ritmul de dezvoltare economică, precum și amploarea inegalității veniturilor se asociază cu diferențele în ratele fertilității la adolescențe⁴⁴. Nivelul de acceptare a sexualității adolescenților și așteptările sociale că adolescenții vor folosi responsabil contraceptive au determinat frecvența sarcinilor la vârsta adolescenței. Date recente din Europa indică faptul că furnizarea de contraceptive gratuite sau subvenționate se asociază cu ratele relativ scăzute ale sarcinii și fertilității în vârsta adolescenței⁴⁵.

Este cunoscut faptul că în țările sărace sau în curs de dezvoltare ponderea nașterilor adolescentine este mai mare decât în țările dezvoltate, de asemenea acest fenomen este mai mult specific pentru mediul rural și mai puțin pentru mediul urban, indicele pentru regiunile rurale fiind mai mare de 4-5 ori⁴⁶.

În țara noastră, dezavantajele sociale, cum ar fi statutul socioeconomic scăzut al familiei, reședința în mediul rural, lipsa oportunităților socioeconomice la nivel local, lipsa suportului necesar în situații de dificultate din partea familiei, școlii, comunității, accesul la informații cu privire la sănătatea sexuală și reproductivă se asociază cu sarcina/nașterea copilului în vârstă de adolescență.

Familiile adolescentelor care au participat în studiul calitativ au un statut economic inferior, deoarece părinții fie sunt șomeri, fie nu au un post de muncă stabil, situație mult mai specifică mediului rural, unde pentru a putea

⁴⁴ Santelli J.S., Sharma V., Viner R. Inequality, national wealth, economic development and global trends in teenage birth rates, 1990-2010. *J Adolesc Health*, 53 (2013), pp. S4–S5.

⁴⁵ Part K., Moreau C., Donati S., et al. Teenage pregnancies in the European Union in the context of legislation and youth sexual and reproductive health services. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 92 (2013), pp. 1395–1406.

⁴⁶ <http://statbank.statistica.md/pxweb/Dialog/Saveshow.asp>

Sarcina în vârsta adolescenței

să-și întrețină familia părinții sunt încadrați preponderent în sectorul agrar, care necesită mult timp și efort, copiii rămânând pe locul doi sau și ei sunt implicați în activitățile părinților. Există cazuri când nivelul socioeconomic inferior este corelat cu diferite vicii, de obicei alcoolul, violență domestică, neglijență față de copii. Aceasta sporește vulnerabilitatea familiei, caracterizând nu doar un statut economic, ci și un statut social inferior.

Dificultățile financiare în familie duc la o maturizare precoce, copiii fiind siliți să lucreze pentru a supraviețui, pentru ei munca și nu joaca și educația este o preocupare cotidiană, deseori aceștia se confruntă cu violență și cruzime din partea adulților, sunt marginalizați în societate, iar perspectivele de viață pentru ei sunt foarte limitate.

„Părinții noștri au fost severi cu noi când eram mici, oricum, noi am fost 5 copii – trebuie să te descurci cumva și noi suntem la 2 ani diferență unul de la altul... eu mă temeam de mama și de tata, știam că dacă o să fac ceva, apoi o să iau bătaie, sau dacă o să zic ceva cum nu trebuie, apoi și ea credea că eu o să fiu cuminte, o să ascult de dânsa, însă după ce a plecat peste hotare eu trebuie să am grijă de soră, banii care-îi trimite trebuie să-i împart așa ca să ne ajungă de mâncare, de școală” (IIA_A15).

„Tata a venit acasă de la lucru și a început să servească și după asta foarte tare m-a bătut, a vrut să o bată și pe mama, eu m-am băgat între ei să-îi despart, eu eram însărcinată deja în 3 luni, dar el m-a bătut foarte tare și abia am ajuns la primărie. Eu aveam grețuri, dureri în burtă foarte mari și dureri foarte mari de cap” (IIA_A5).

Atitudinea neglijentă a părinților, comportamentul deviant al acestora în unele cazuri prezintă o sursă de abuz asupra adolescentelor în cadrul instituțiilor de învățământ și în comunitate, fiind ignorate dificultăți cu care se confruntă acestea în familie. De multe ori comunitatea demonstrează cruzime și indiferență și nu se acordă ajutorul necesar în cazurile respective.

”Și la școală eram obijduită. Prin cuvinte murdare, despre mine despre părinții mei. Eu din clasa a 8-a nu voiam să mă duc la școală. Pe mine tot timpul mă obijduiau, eu nu puteam să spun nimic, nimeni nu mă asculta. Mai mult din partea colegilor, îmi luau scaunul la școală și eu stăteam toate lecțiile în picioare, îmi murdăreau geanta și caietele cu corector când ne duceam la educația fizică. Râdeau de mine. Probabil, din cauza părinților, căci ei serveau și mama mă înjosea în public cu cuvinte murdare” (IIA_A5).

Gagauz Olga

Viața lipsită de grija părintească și condițiile materiale precare le fac adolescente să spere că căsătoria și nașterea unui copilului să se asocieze cu o perspectivă mai bună, acestea fiind ca un colac de salvare, care va pune punct problemelor cu care se confruntă.

Sunt fete care trăiesc foarte greu în familie, vor să se mărite mai repede și să facă un copil. Nu au de lucru nici în raion, nici în Moldova (Veronica, 20 de ani, prima sarcină la 16 ani).

Din cauza sărăciei, unele mame se bucură că fetele lor se căsătoresc, în pofida vârstei timpurii. Li se pare că au scăpat de grijă (asistent social parental, experiență profesională – 5 ani).

Experții naționali au relatat, iar și ulterior s-a și constatat și în cadrul interviurilor cu unele adolescente, că sarcina la vârsta adolescenței poate apărea și în familiile ce au caracteristici sociodemografice diametral opuse celor descrise mai sus. Astfel, fetele pot proveni și din familii complete cu un statut socioeconomic înalt și pot avea o situație școlară destul de bună. Însă asemenea cazuri sunt mai rare, fiind specifice mai mult pentru mediul urban.

Implicarea părinților în migrația de muncă pentru o perioadă de lungă durată de asemenea a fost menționată ca un factor de risc pentru sarcina în vârsta adolescenței. Cercetările autohtone demonstrează impactul negativ al migrației de muncă asupra comportamentului copiilor, având implicații socioeconomice și culturale de lungă durată.⁴⁷ Migrația de muncă în masă a adus contribuțiile sale atât la modificarea structurii familiei, cât și la modificarea relațiilor părinți – copii, la scăderea controlului social, ceea ce a facilitat dezvoltarea unei stări de anomie valorică, cauzată de formarea la adolescenți a unui sistem valoric inconsecvent. Aceasta este un efect direct al lipsei părinților în această perioadă și respectiv al lipsei relației psiho-afective dintre părinți și copii, iar ruptura intergenerațională dintre bune și nepoți este prea mare și nu permite stabilirea unei relații asemănătoare cu cea parentală, or anume în grija bunelor cel mai des rămân adolescenții, astfel toate cele comunicate de bune sunt privite ca niște lucruri de mult depășite și demodate.

⁴⁷ Necesitățile specifice ale copiilor și vârstnicilor lăsați fără îngrijirea membrilor de familie plecați la muncă peste hotare. / aut.: D. Cheianu-Andrei (coord.), R. Gramma, S. Milicenco [et al.]. – Ch. : CEP USM, 2011. – 251 p.

Sarcina în vârsta adolescenței

„Mama cu tata nu trăiesc, sunt divorțați de mai mult timp și au vreun an de când au început să lucreze prin Rusia, iar pe acasă nu stă nimeni. Uneori se mai întâmplă să nu am un scutec pentru copil, sau altceva, dar așa” (IIA_A8).

„Tații sunt la Moscova, iar mamele sunt acasă, numai mama mea lucrează” (IIA_A1).

„Părinții n-au fost lângă mine să-mi explice, sunt plecați peste hotare. Cu mama pe internet mai vorbim câteodată, dar cu tata nu țin legătura. Ei nu sunt împreună. Ambii sunt în Grecia” (IIA_A9).

„Părinții erau peste hotare...noi suntem 5 copii în familie. Și frații mai mari sunt plecați peste hotare, numai eu am rămas cu sora mai mică acasă și ca orice fată, aveam nevoie de un sprijin de la părinți, de dragoste, să te înțeleagă, să ai cui să te jeli, să ai cui să te descarci, să ai cui să spui și eu am găsit asta în altă persoană” (Lidia, 20 de ani, doi copii. Prima naștere la 16 ani).

„Părinții, fiind plecați peste hotare, lăsându-le de mici singure, nu le-au acordat atenția cuvenită, nu li s-a explicat elementar despre schimbările fizice care au loc la perioada dată.” (psiholog, experiență profesională – 3 ani).

„Acolo unde nu sunt părinți, acolo nu este control asupra copilului” (psiholog în centrul maternal, experiență profesională – 6 ani).

Migrația de muncă a afectat toate ariile vieții, iar lăsarea copiilor fără îngrijire a avut ca impact atât scăderea controlului asupra comportamentului adolescenților, cât și creșterea toleranței vizavi de anumite comportamente ale acestora. Lipsa părinților în momentele-cheie din perioada de dezvoltare a copilului provoacă ecouri impunătoare în dezvoltarea lui ulterioară. Analizând datele obținute în cadrul studiului, am constatat că migrația este unul din principalii factori ce duce la apariția sarcinilor și nașterilor la vârste fragede, pentru că acesta a determinat scăderea controlului social, devalorizarea legăturii emoționale și evident o liberalizare a relațiilor sexuale fapt confirmat atât de experți, cât și fiind depistat în cadrul interviuării subiecților cercetării.

„Eu am observat că în familiile unde părinții sunt plecați peste hotare nu există relația mamă – fiică, să i se explice, să fie alături, să vadă unde se duce, ce activități are părintele nu este atent. Când întrebi o adolescentă de 15 ani unde este mama, ea răspunde că e plecată peste hotare, când o întrebi de cât timp – de 4-5 ani, și aceasta este vârsta de 12-13 ani, timp pierdut a relației mama-fiică” (asistent social perinatal, experiență profesională – 8 ani).

Gagauz Olga

„Cea mai importantă cauză este migrația părinților, pentru că copiii rămân în tutela rudelor, aflându-se fără supraveghere” (IIA_E14).

(IIA_E13)

„Acolo unde nu sunt părinți – acolo nu este control asupra copilului.” (IIA_E17).

Acesta este un singur aspect al problemei care vizează direct adolescenții, migrația însă poate afecta și populația adultă, care nu a migrat, și aici vorbim despre bărbații adulți rămași în țară, pentru că foarte des partenerii adolescentelor sunt mai în vârstă decât ele.

„Migrația masivă, multe femei sunt plecate peste hotare, iar bărbații care au rămas acasă nu au ocupație, excesul de alcool duce la aceea că își pierd mințile” (specialist în domeniul dreptului copilului, experiență profesională – 23 ani).

În contextul situației economice dificile s-a dezvoltat un flux migrațional intens, astfel foarte multe familii sunt afectate de acest fenomen, pentru că pe lângă beneficiile economice pe care le are acest fenomen există și destule efecte negative ce afectează atât starea fizică a copiilor, cât și partea psiho-emoțională a dezvoltării lor⁴⁸. Nevoia de dragoste și atașament pe care o are orice adolescent se redirecționează în lipsa părinților spre alte persoane. Acest lucru este mult mai evident în cazul adolescentelor, astfel ele găsesc o altă persoană prin care încearcă să suplinească deficitul emoțional care-l creează lipsa părinților.

Un alt aspect al absenței părinților este și lipsa unei supravegheri sistematice a adolescentelor, or anume această perioadă a vieții este caracterizată de dorința de a încerca tot și astfel este strâns corelată cu diferite riscuri atât pentru integritatea fizică a adolescenților, cât și pentru cea emoțională. Anume la această etapă a vieții prezența părinților în calitate de supervizori și îndrumători este foarte necesară.

Acestea sunt valabile și în cazul părinților non-migranți, dar care sunt antrenați în diverse activități ce le ocupă tot timpul, pentru că în principiu situația acestor copii se diferențiază foarte puțin de situația copiilor cu părinți migranți. Și în acest caz părinții nu reușesc să supravegheze adolescentele.

⁴⁸ Cheianu-Andrei D., Gramma R., Milicenco S., ș. a., Necesități specifice ale copiilor și vârstnicilor lăsați fără îngrijirea membrilor de familie plecați la muncă peste hotare, pp. 45-110

Sarcina în vârsta adolescenței

Deci, familia are o influență enormă asupra comportamentului adolescenței. Astfel, toate modelele comportamentale riscante promovate într-un fel sau altul de familie formează un factor de risc crescut la dezvoltarea unor comportamente dezaprobat social, acestea fiind valabile și în cazul unui debut timpuriu al vieții sexuale.

Adolescențele din familiile în care persistă anumite vicii sunt mai predispuse să înceapă viața sexuală mai devreme de cât adolescențele din familiile în care nu există asemenea vicii. Unul din cele mai importante vicii care a fost semnalat în cadrul acestui studiu este excesul de alcool, situație mult mai specifică pentru regiunile rurale, unde acesta corelează și cu un grad foarte înalt de șomaj.

„De obicei, adolescențele provin din familiile în care se face abuz de alcool sau din familii complete dar cu anumite vicii” (IIA_E24).

„Au mai multe vicii – excesul de alcool. Într-o familie cu principii mai sănătoase sunt mai puține astfel de cazuri” (IIA_E2).

„Marea majoritate sunt din familii vulnerabile unde părinților sunt indiferenți de soarta copiilor” (IIA_E20).

Familiile în care persistă abuzul de alcool devin mult mai vulnerabile, însă consumul excesiv de alcool nici pe departe nu este singurul factor care catalizează acest proces. De obicei, în asemenea situații există un cumul de factori: indiferența părinților față de proprii copii, gradul scăzut de supraveghere a adolescențelor, nivelul redus de cunoștințe bazice ale adolescenței cauzat de neinformarea minorelor de către părinți, accesul redus la contraceptive, violența domestică, etc. Anume acești factori conferă familiei vulnerabilitate. Primul factor este unul extrem, fiind caracteristic doar mediilor sociale extrem de sărace și viciate.

„Nu este obligatoriu să fie o fată dintr-o familie social vulnerabilă. M-am ciocnit de multe situații când fata minoră însărcinată era dintr-o familie foarte bogată, asigurată la superlativ” (IIA_E18).

„ Sunt fete din familii cu părinți bine înstăriți, care ei singuri, de rușine, le cer să avorteze” (IIA_E11).

3.2. Factorii socioculturali

Nu putem omite influența factorilor socioculturali care au provocat modificări esențiale în comportamentul populației, în special toleranța crescută a comunității față de diferite comportamente și scăderea controlului social al comunității, degradarea normelor morale, anomia (fostele reglementări și ierarhii specifice societății tradiționale nu mai funcționează, iar cele noi încă nu s-au constituit), precum și răspândirea comportamentelor deviate (alcoolismul, narcomania, violența).

Tinerii de astăzi prezintă generațiile a căror socializare de gen a avut loc în condițiile liberalizării totale a societății. Deschiderea și accesibilitatea informațiilor despre sexualitate și contracepție, răspândirea relațiilor sexuale premaritale, toleranța socială crescută față de uniunile consensuale a condus la faptul că căsătoria și-a pierdut însemnătatea a unui punct de reper pentru inițiere în viața sexuală și nu mai este considerată un model familial unic, iar modificarea consecutivității în biografiile individuale a fost recunoscută ca unul din semnele celei de-a doua tranziții demografice. Pluralismul comportamentelor premaritale și familiale subminează strategia normativă a vieții, când testul de maturitate presupunea alegerea profesiei, iar inițierea în viața sexuală coincidea cu căsătoria.

Transformarea valorilor familiale a provocat separarea comportamentului sexual de comportamentul reproductiv, sporirea decalajului valoric și diferențierea modelelor sexual-comportamentale inter-generaționale și tendința de excludere a tabuurilor din cultura generală⁴⁹. Acestea au facilitat dezvoltarea unei culturi sexuale diferite de cea existentă anterior, precum și un grad mai înalt de toleranță a societății față de aspectele ce țin de sexualitate.

„Adolescentele acceptă relațiile sexuale din motivul că acest lucru e ca un fel de modă. Se ia numai o parte mică din relații, nu se pune accent pe partea sentimentală” (IIA_E6).

Sexualitatea devine o normă, este o tranziție sexuală ce are loc la nivel global, este decuplată de mariaj/căsătorie, vârsta pubertății scade datorită unei alimentații mai bune și îmbunătățirii standardelor de viață, iar vârsta căsătoriei crește. Reprezentările culturale leagă masculinitatea cu dominarea sexuală și feminitatea cu atractivitatea sexuală.

⁴⁹ Кон И. Подростковая сексуальность на пороге XXI века, Москва, 2001, 208 с.

În societatea modernă, aspectele ce țin de sexualitate sunt tratate ca o combinație a tabuurilor și permisivității, sexul este adesea prezentat ca un obiectiv în sine, cu discuții superficiale despre riscurile sau comportamentul contraceptiv responsabil. În prezent, majoritatea tinerilor nu mai văd relațiile sexuale premaritale ca ceva greșit sau inacceptabil, ci din contra, acestea sunt privite ca lucruri normale. Mass-media bombardează adolescenții și tinerii cu scene de implicare sexuală și aluzii. Fetele continuă să facă obiectul unor standarde duble, pe de o parte, normele sociale prezintă sex ocazional ca inacceptabil și declară adolescenții prea tineri pentru relații serioase, pe de altă parte, pe rețelele de televiziune putem urmări publicitate cu aspect sexual, pe când informații controlul nașterilor, comportamentul sexual riscant rămân aproape tabu. Reprezentările culturale leagă masculinitatea cu dominare sexuală și feminitatea cu atractivitate sexuală. Ca rezultat, tinerii și adolescenții se dezvoltă în condițiile de ambivalență socială, iar mesajele amestecate pe care le primesc de pretutindeni nu îi servesc ca repere sigure pentru comportament, așa că fac ceea ce pare să fie natural și corect.

Factorii principali de formare a culturii sexuale a adolescenților sunt mass-media, internetul și mediul apropiat, în special prietenii. Constatăm că mass-media promovează sexualitatea și comportamentul iresponsabil. Multiplele videoclipuri nu arată nimic, decât mișcări de dans sugestive, iar versurile sugerează ideea că destinul principal al femeilor este de a satisface dorințele sexuale ale bărbaților. Unele filme, telenovele rareori prezintă un cuplu căsătorit care are o relație de familie sănătoasă, bazată pe dragoste și susținere reciprocă. În schimb, persoanele singure sunt portretizate *"în situații de fericire în pat"*, implicați în afacerile adultere și având copii în afara căsătoriei etc. Persoanele de pe ecran sunt privite, în special de tineri, ca modele de rol, contribuind la formarea percepțiilor respective. Dacă o vedetă sau personajul tău preferat manifestă asemenea comportamente, atunci aceasta trebuie să fie în regulă și poate servi ca un model care poate fi urmărit.

Creșterea accesului la informație, în special internetul are un rol important în socializarea adolescenților și tinerilor, oferind o gamă largă a subiectelor care deseori au un caracter contradictoriu, având efecte multiple asupra cunoștințelor, atitudinilor și practicilor sexuale ale adolescenților, relațiilor lor sociale. Experții au subliniat acest paradox al unui acces nelimitat la informație, care nu duce neapărat la creșterea gradului de informare a adolescentelor cu privire la sexualitate, ci invers, contribuie la formarea percepțiilor eronate și comportamentul riscant.

Gagauz Olga

„Cauza este avalanșa asta de pe internet, pe când cu psihologul sau cu preotul copiii rareori contactează” (medic de familie, șef Centru Prietenos Tinerilor – 12 ani).

„Copii văd asta în mass media și în internet și lor le trezește curiozitate, ce e asta, dar cum e asta” (profesor de istorie, director adjunct – 8 ani).

Astfel, adolescenții în societatea contemporană aproape de unii singuri trebuie să depășească influența negativă a străzii, televiziunii, culturii consumului de masă, ceea ce duce la situații de stres psihologic, încercări de a se distanța de la realitate și de a căuta plăceri.

Alți factori sociali și culturali se transformă continuu, sunt instabili și nu pot să ghideze comportamentul adolescenților, inclusiv în sfera sexualității și sănătății reproducerii. Deși au fost obținute unele progrese în ceea ce privește promovarea egalității de gen, cel puțin la nivelul conștiinței de masă, în realitate însă persistența stereotipurilor de gen este foarte înrădăcinată, în special în mediul rural. Femeile având în condițiile actuale oportunități reduse de autorealizare și de obținere a independenței materiale, acceptă superioritatea bărbaților, percepend bunătatea lor proprie cu partea masculină și mai puțin se bazează pe eforturi proprii, obținerea succesului prin educație și autoafirmare profesională.

3.3. Modelul familiei părintești și deficitul de comunicare

În multe cazuri, adolescentele provin din familii restructurate sau incomplete, unde fie unul din părinți a decedat, fie părinții sunt divorțați, fie se află într-o uniune consensuală (concubinaj).

Relațiile de concubinaj duc la o devalorizare a familiei, a valorilor dezirabile și ulterior la o liberalizare a relațiilor sexuale, astfel minorele implementează modelul de relații văzut în familie. Familiile monoparentale se confruntă și cu probleme financiare substanțiale, ceea ce le face să fie mai expuse creării unui mediu propice apariției sarcinii adolescente, un singur părinte întâmpină dificultăți la întreținerea și educarea copiilor.

„Mama ne-a crescut pe toți trei, doi de la un tată și unul de la alt tată. Când aveam 6 ani, mama s-a căsătorit cu alt tată, dar el a decedat. Mama a rămas cu trei copii și nu a avut posibilitate să ne crească, să ne ajute. Ea lucra cu ziuă și nu avea timp să se ocupe de mine” (20 ani, rural, IIA_A18).

Sarcina în vârsta adolescenței

„Tata meu a stat în pușcărie. Mama avea grijă de el. Eu nu mâncam, dar lui îi ducea mâncare. Iarna cu 5-6 geți grele ne duceam la el. El era închis aici, în oraș, apoi a fost transferat în satul Goieni. Dar după ce a ieșit din închisoare, a început să umble ba cu una, ba cu alta. Apoi a plecat de la noi și mama a divorțat” (IIA_A22).

„Familia este incompletă deseori... în primul rând mama are o viață separată de minoră, ceea ce îi conferă un punct de vulnerabilitate a situației” (Pedagog organizator în cadrul Direcției municipale pentru protecția copilului, experiență profesională – 4 ani).

„Marea majoritate sunt din familii vulnerabile, unde părinții sunt indiferenți de soarta copiilor” (pedagog-psiholog, director Centrul Maternal, experiență profesională – peste 30 de ani).

Adolescentele care sunt orfane prezintă un risc și mai mare, pentru că nimeni nu este responsabil pentru viața și integritatea lor, în condițiile socioeconomice actuale având șanse foarte modeste de integrare socială.

Am trăit cu bunelul, fiindcă mama și tata m-au lepădat și am rămas cu bunelul. El primea un fel de indemnizație pentru mine... eu am fost o perioadă în casa de copii și când m-am întors înapoi la vârsta de 16 ani indemnizație n-a mai primit. El mi-a spus: „Draga mea ești fată mare, ai 16 ani, du-te și lucrează și te întreține și locuiește singură”. El mai are o fiică care locuiește cu dânsul, ea e tare agresivă, avea frică de dânsa” (21 ani, urban).

Un aspect foarte important prezintă climatul psiho-afectiv din cadrul familiei de origine. Toți experții au fost de acord că rădăcinile sarcinii timpurii trebuie căutată în înstrăinarea emoțională dintre părinți și copii. Pe de o parte, adolescentele suferă de insuficiența susținerii și căldurii sufletești acasă, căutând încredere și susținere din partea altor persoane. Pe de altă parte, se constată lipsa de informații de la părinți vizavi de tema educației sexuale și riscurilor posibile.

Este foarte important ca în cadrul familiei să se dezvolte o relație deschisă între părinți și copii, acest aspect devenind extrem de important în cazul adolescentelor. Relația deficitară dintre părinți și adolescenți afectează conduita adolescenților, aceștia fiind predispuși spre un comportament mai experimental, iar relațiile tensionate alimentează acesta. Influența mediului social asupra acestui fenomen este incontestabilă, astfel climatul tensionat din

Gagauz Olga

cadrul familiei, fie relația părinți – părinți, fie relația părinți – copii sau în general menținerea unei stări conflictuale intense formează o situație propice pentru dezvoltarea unor asemenea conduite: inițierea timpurie a relațiilor sexuale, sarcina etc. În acest fel adolescențele doresc să completeze deficitul de dragoste care apare în acel moment.

„Dacă între părinți relațiile sunt tensionate, din practica care o știu, a influențat situația” (IIA_E12).

„Deseori fetele au probleme cu mamele lor, nu discută cu ele, este o lipsă de comunicare” (IIA_E10).

„Relațiile nu sunt deschise” (IIA_E5).

„Dacă copilul e străin în familie și i se acordă numai partea materială, atunci suferă mult și atunci e mai problematic” (IIA_E6).

„Familie distructivă, sau e orfană sau mama ei a avut aceeași experiență, sau provine dintr-o familie social-vulnerabilă. Sau din contra, familia este destul de favorabilă, sunt și tata și mama, au un statut foarte bun, dar lipsește relația dintre ei. Nu există comunicare sau copiii sunt prea alintați” (IIA_E13).

3.4. Gradul de informare a adolescentelor și utilizarea contraceptivelor moderne

Educație sexuală completă, adecvată vârstei, bazată pe date concrete, exactă din punct de vedere științific, serviciile de planificare familială de calitate și accesul la contracepție ajută la prevenirea sarcinilor neplanificate și nedorite, reduc nevoia de a recurge la avort și contribuie la prevenirea infecțiilor cu transmitere sexuală, întrucât învăța tinerii să-și asume responsabilitatea pentru sănătatea lor sexuală și reproductivă are efecte pozitive pe termen lung, pe toată durata vieții lor, și un impact pozitiv asupra societății.

Studiile recente demonstrează că introducerea unor programe de educație sexuală la nivel național pe termen lung contribuie la reducerea sarcinilor la vârsta adolescenței a ratelor avorturilor și infecțiilor cu transmitere sexuală în rândul tinerilor de 15-24 de ani. Prin creșterea încrederii și consolidarea competențelor pentru a face față la provocări diferite, educația sexuală ajută tinerii să dezvolte relații interpersonale mai

puternice și mai semnificative⁵⁰.

Educația sexuală își propune să dezvolte și să consolideze capacitatea adolescenților și tinerilor de a face alegeri conștiente, satisfăcătoare, sănătoase și respectuoase cu privire la relațiile, sexualitatea, sănătatea emoțională și fizică și nicidecum nu încurajează copiii și tinerii să facă sex.

Rezultatele cercetării au demonstrat că ratele înalte ale sarcinii la vârsta adolescenței în Republica Moldova este un efect al lipsei de educație sexuală coerentă, fetele de cele mai dese ori nici nu discută cu nimeni despre schimbările ce au loc în pubertate cu atât mai mult despre comportamentul sexual și metodele de contracepție. Se constată nivelul scăzut al culturii contraceptive a adolescentelor, în special în mediul rural, persistența reprezentărilor greșite cu privire la contracepție și metode de prevenire a sarcinii, accesul limitat la informație, gradul scăzut de implicare a diferitor actori sociali în educația sexuală a adolescentelor.

Contracepția reprezintă ansamblul procedeelelor destinate împiedicării fecundării, într-o manieră temporară și reversibilă, incluzând „multiple forme ale comportamentului uman, raportat la asigurarea conștientă și planificată a succesiunilor“. Pentru femeile active sexual care nu utilizează contracepție rata fertilității anuale este de aproximativ 90%⁵¹.

În Republica Moldova, metodele moderne de contracepție au devenit accesibile pentru o bună parte a populației în ultimele două decenii, ceea ce face nerealistă să așteptăm ca utilizarea acestora să fie universală, fără erori și eșecuri. Utilizarea cu atenție și cu succes unor metode contraceptive moderne prezintă o întreprindere complicată, necesită o convergență a mai multor factori sociali, medicali și culturali, concordanța acestora cu valorile personale, precum și cooperarea activă a partenerilor. Menținerea continuă a unui nivel înalt al sarcinilor nedorite sugerează ideea că acest proces ar putea dura mai mulți ani pentru a realiza dezideratul privind contracepția dorită și controlul fertilității, iar problema utilizării contraceptivelor de către adolescenți rămâne o problemă-cheie, ca și în alte țări din Europa de Est. Cele mai recente date

⁵⁰ Apter, D. Recent developments and consequences of sexuality education in Finland. FORUM Sexuality Education and Family Planning, 2011, 2: 3-8. Cologne, BZgA; Haldre, K., K. Part, E. Ketting. Youth sexual health improvement in Estonia, 1990-2009: the role of sexuality education and youth-friendly services. European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 2012, 17(5): 351-62.

⁵¹ Studiu privind utilizarea contracepției în România. În: Practica medicală. Vol.VII, Nr. 4 (28), 2012, p.316. http://practica-medicala.medica.ro/reviste_med/download/practica_medicala/2012.4/PM_Nr-4_2012_Art-12.pdf

Gagauz Olga

comparabile demonstrează că doar 34% din femei sexual active în vârstă de 15-19 ani și 42% în vârstă de 20-24 de ani utilizează metode moderne de contracepție, acești indicatori fiind relativ mai scăzuți decât media pentru țările din Europa de Est (Fig.7).

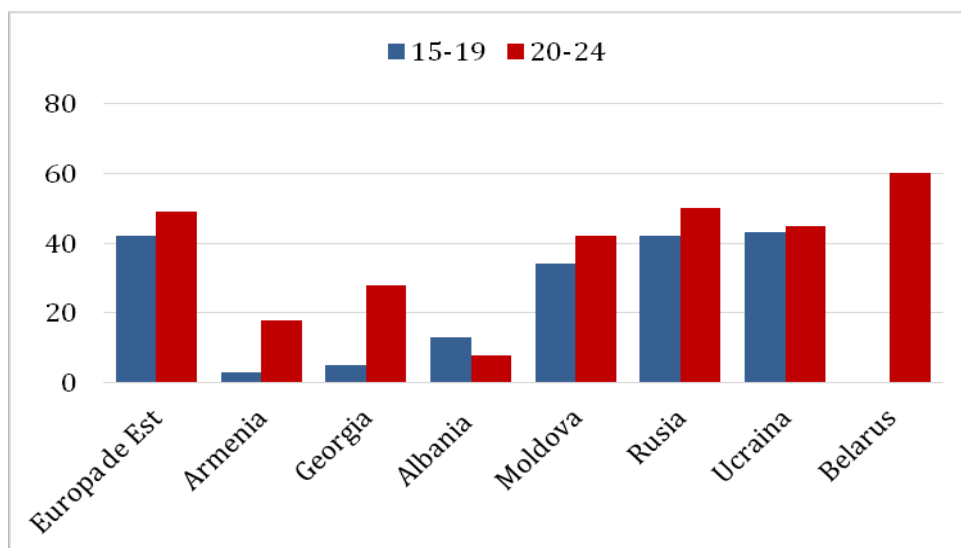


Fig.7. Ponderea femeilor în vârstă de 15-19 și 20-24 de ani care utilizează metodele moderne de contracepție, în %, anii 2005-2011

Sursa: Population reference Bureau. Youth Data Sheet.

Alte cercetări internaționale de asemenea confirmă gradul scăzut al utilizării contraceptivelor în rândurile adolescentelor din Republica Moldova: o treime din totalul adolescentelor sexual active folosesc cel puțin o metodă modernă de contracepție⁵². Deși există dovezi că tinerii au tendință de a avea un acces mai bun la informații cu privire la contracepție decât generațiile mai mari, consumul total de contraceptive moderne este foarte scăzut, atât pentru tineri, cât și pentru adulți.

Studiile demonstrează că în utilizarea mijloacelor contraceptive moderne adolescenții întâmpină și unele obstacole, cum ar fi informarea insuficientă, predominarea opiniilor despre efectele negative ale contraceptivelor asupra sănătății și nesiguranța lor, complexitatea utilizării, costul ridicat, gradul scăzut de pregătire psihologică, dorința de a păstra relația sexuală în secret de rude, prieteni, medici.

⁵² Adolescent pregnancy in Eastern Europe and Central Asia

[http://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-](http://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Adolescent_pregnancy_in_Eastern-Europe_and_Central_Asia_0.pdf)

[pdf/Adolescent_pregnancy_in_Eastern-Europe_and_Central_Asia_0.pdf.](http://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Adolescent_pregnancy_in_Eastern-Europe_and_Central_Asia_0.pdf)

Population Reference Bureau [http://www.prb.org/pdf13/youth-data-sheet-2013.pdf.](http://www.prb.org/pdf13/youth-data-sheet-2013.pdf)

Sarcina în vârsta adolescenței

Un indicator important asociat cu utilizarea metodelor moderne de contracepție în rândul adolescenților este incidența diferitor maladii sexual transmisibile, dar și ponderea persoanelor sexual active care utilizează cel puțin o metodă modernă de contracepție. În Republica Moldova, răspândirea HIV/SIDA în rândul adolescenților atinge proporții înalte comparativ cu alte state din țările din Europa de Est, fiind precedată doar de Ucraina⁵³.

Astfel, o bună parte din adolescențele sexual active sunt supuse riscului unei sarcini nedorite sau infectării cu maladii sexual transmisibile, această situație în mare parte fiind determinată de percepțiile și atitudinile greșite cu privire la metodele moderne de contracepție, cum ar fi efectul dăunător pentru sănătate, opinie larg răspândită în cadrul populației rurale și urbane, la tineri și generații mai în vârstă, cu un grad înalt de educație și mai scăzut, căsătoriți și necăsătorit etc. Contracepția orală a fost clasificată ca dăunătoare pentru sănătatea unei femei.⁵⁴

Rezultatele Studiului de Indicatori Multipli în Cuiburi evidențiază că utilizarea curentă a metodelor de contracepție tradiționale sau moderne a fost raportată de 60 la sută printre femeile căsătorite sau aflate în prezent în uniune, printre care doar 5% au raportat utilizarea pastilelor, iar 12% – a prezervativului. Tinerele cu vârsta de 15-24 de ani utilizează mai rar metode contraceptive decât femeile în vârstă de 25-45 de ani. Doar 45 la sută din tinerele cu vârsta de 15-19 ani și 55 la sută cu vârsta de 20-24 ani căsătorite sau în uniune folosesc în prezent o metodă de contracepție (tradițională sau modernă), comparativ cu 63%-70% din femeile cu vârsta de 25-44 de ani. Totodată, cerințele satisfăcute pentru planificarea familiei în grupul de vârstă 15-19 ani constituie 66%, pe când necesitățile nesatisfăcute de contracepție constituie 23,4%, inclusiv pentru spațierea nașterilor 18,9% și pentru limitare -4,5%. Se constată, de asemenea, o discordanță între metodele contraceptive cunoscute și aplicarea lor în practică.⁵⁵

Această situație este determinată de faptul că subiectul rămâne a fi

⁵³ Investing in young people in Eastern Europe and Central Asia

http://www.unfpa.md/images/stories/SWOP_Supplement_en_s.pdf

⁵⁴ Key Factors Influencing Contraceptive Use in Eastern Europe and Central Asia. Findings from a Qualitative Study in 7 Countries and Recommendations for Improving Access to Modern Contraception in the Region, 2012.

<http://eeca.unfpa.org/publications/key-factors-influencing-contraceptive-use-eastern-europe-and-central-asia>

⁵⁵ Studiul de Indicatori Multipli în Cuiburi. Raport final, Chișinău, 2014.

http://cnspl.md/wp-content/uploads/2014/09/Studiul-populational_MICS4_Republica-Moldova_WEB_CNSP.pdf

Gagauz Olga

unul tabu atât în sfera privată (familie), cât și în sfera publică, societate, adolescenții nu au acces la informația de care au nevoie și care le-ar permite să ia decizii corecte.

Studiul calitativ realizat demonstrează nivelul scăzut al culturii contraceptive a adolescenților, în special în mediul rural, persistența reprezentărilor greșite cu privire la concepție și metodele de prevenire a sarcinii, accesul limitat la informație, gradul scăzut de implicare a diferitelor actori sociali în educația sexuală a adolescenților.

Majoritatea experților s-au pronunțat pentru un nivel foarte jos de cunoștințe cu privire la viața sexuală și metodele de contracepție la adolescenți, acest fapt fiind condiționat de lipsa comunicării și informării acestora în familie și în școală. Adolescenților le este greu de a îndrăzni să vorbească cu părinții sau profesorii despre sexualitate și despre problemele care le deranjează în acest sens, ele nu pot să meargă la medic la control din cauza că toată lumea le cunoaște, pe când ele vor totul să țină în secret.

„Neinformarea minorelor despre sarcină și unde duce o relație sexuală timpurie este cauza principală a sarcinilor la vârsta de adolescență. La sate, informația este mai puțină și nivelul cultural este altul, de aceea sunt mai multe cazuri când un copil dă naștere unui alt copil” (IIA_E19).

”Adolescentele nu sunt informate care sunt metodele de contracepție, părinții nu au grijă să le informeze, unele nu au acces la internet, sunt cazuri când nici televizor nu au în casă” (IIA_E24).

”La momentul actual, cunoștințele adolescenților cu privire la metodele de contracepție fie sunt foarte sumare, fie aceștia nu le acordă importanță. Nu au cunoștințe despre sarcină, nu cunosc metodele de contracepție sexuală. Și chiar dacă cunosc despre metodele de contracepție moderne se limitează la cele tradiționale, care, de obicei, au un grad de siguranță mult mai redusă, sau nu folosesc chiar nici o metodă” (psiholog în Centrul maternal Pro-Familia – 6 ani).

Experții susțin că familia poartă principala răspundere pentru informarea adolescenților cu privire la sănătatea sexuală și reproductivă, consecințele comportamentului iresponsabil. Se observă că în prezent rolul familiei în educația sexuală a adolescenților este scăzut, responsabilitatea părinților în momentul debutului vieții sexuale a copiilor lor nu este asumată, acest fapt în mare măsură fiind determinat de predominarea prejudecăților referitoare la viața sexuală a adolescenților și gradul scăzut al potențialului

Sarcina în vârsta adolescenței

educativ al multor familii, în special al părinților fără studii superioare sau medii speciale, precum și a celor cu un comportament social-vulnerabil.

Părinții nu sunt pregătiți să ofere informații despre sexualitate și comportamentul sexual, din cauza că ei înșiși nu au primit informații adecvate cu privire la sexualitate și reproducere și nu pot să-și învețe copiii. Rezultatul final este că mulți adolescenți nu se bazează pe spusele și informațiile părinților.

Părinții nu acordă atenția cuvenită educației sexuale a copiilor atât din cauza lipsei unei educații a cunoștințelor corespunzătoare, cât și din motivul menținerii unui model educațional primit de la părinții lor, tema sexualității fiind un tabu care nu trebuie discutat. S-a constatat că foarte mamele discută cu fiicele lor despre schimbările fiziologice, pe când despre relațiile și comportamentul sexual foarte rar, doar din cauza "că acest lucru e rușinos".

"Sarcina timpurie întotdeauna este rezultatul educației celor 7 ani de acasă. Neglijența părinților este una din cauzele unei sarcini timpurii" (IIA_E2).

„Lipsa unei educații corecte și comunicării calitative, lipsa capacităților părinților de a discuta cu proprii copii pe teme sensibile, cum ar fi educația sexuală. Totul pornește de la familie. Faptul că mai predomină percepția încă din URSS că statul se va ocupa de tot și nu omul ca persoană responsabilă, plus educația tradițională din Moldova că numai mama răspunde de educația copilului" (IIA_E7).

„Avem multă informație fără explicație sau lipsă de educație" (IIA_E9).

„Lipsa dragostei în familie, copiilor le este frică de mama, de tata. Copilul n-a simțit dragoste în familie, relația părinte-copil, relația de prietenie, respectiv, ea a găsit o persoană în care să aibă încredere, dar a înșelat-o" (IIA_E13).

Studiul a scos în evidență implicarea scăzută a diferitelor instituții de stat în educația sexuală și reproductivă. Cu toate că se recunoaște importanța educației pentru sănătate și a celei sexuale în școli, această temă până în prezent rămâne una discutabilă. Sunt opinii "pro" și "contra", probabil, din lipsa experienței în acest domeniu, de asemenea nu este clar ce profil trebuie să aibă specialistul ca să se ocupe de predarea unor astfel de teme. De asemenea, în conștiința de masă predomină opinia că educația sexuală în școală îi va încuraja pe adolescenți să experimenteze viața sexuală la o vârstă fragedă, astfel de încercări de a introduce în curriculumul școlar asemenea cursuri ca *Educație pentru sănătate* sau *Deprinderi de viață* nu au avut succes.

Gagauz Olga

„Adolenșenții nu sunt informați despre prevenirea sarcinii, chiar în școală nu se face acest lucru” (IIA_E2).

„Avem o restanță foarte mare față de elevi că nu există educație sexual-reproductivă în școală, tinerii nu știu să se protejeze, nu pot lua decizii responsabile, le iau de multe ori în pripă, fără ca să se gândească, fără ca să planifice sau să conștientizeze ceea ce fac” (IIA_E21).

„La școală foarte puțin se discută pe așa teme” (IIA_E18).

„În școală nu avem un obiect care să le informeze” (IIA_E14).

Educația sexuală este doar un instrument de formare a cunoștințelor, totul depinde de felul în care este promovată: efectele acesteia pot fi benefice sau dezastruoase. Dacă educația sexuală se va axa numai pe relații sexuale, protejarea de anumite maladii și prevenirea sarcinilor nedorite și nu se va pune accent pe aspectul moral – abținerea de relații sexuale în vârsta de adolescență, și ceea ce este cel mai important, respectul pentru persoana celuilalt/celeilalte, atunci rezultatele pot fi imprevizibile. În acest context o importanță majoră urmează a fi acordată pregătirii cadrelor capabile să prezinte informații despre relațiile între sexe, dragoste, responsabilitate, consecințele comportamentului riscant, constituind o bază de pregătire pentru familie și maternitate/paternitate responsabilă.

În prezent, doar lecțiile de biologie includ unele teme ce țin de sistemul reproductiv sau perioada de pubertate, informarea elevilor este una fragmentară și doar în cazuri foarte rare se discută și despre sexualitate, aspectele morale ale acesteia și comportamentul responsabil.

„Tot ce știu e numai de la școală, cât ne-au informat profesorii la lecții” (IIA_A1).

„Mai mult profesoara de biologie și cea de la educația civică. Copii mai mari ne explicau câte ceva” (IIA_A9).

„Chiar și de la Chișinău au fost la noi în sat și ne-au vorbit. Din clasa a 8-a au început discuțiile” (IIA_A11).

„În clasele a 8-9-a, la educația civică, profesoara ne mai lămurea, dar pe departe, nu se referea direct la temă. Nu ni s-a povestit despre sexualitate, pentru că băieții noștri demonstrau o atitudine neserioasă. Dacă profesoara începea să discute cu noi aceste teme, ei râdeau, făceau diferite glume, de aceea, probabil, profesorii nu vor să vorbească deschis cu noi” (IIA_A14).

„Aveam și medic ginecolog, chiar ne aducea și filmulețe despre corpul uman, sexualitate, contracepție, dar în ultimii ani totul s-a stopat” (IIA_A25).

Sarcina în vârsta adolescenței

Datele obținute demonstrează că adulții (părinți și profesori) practică o poziție de înstrăinare sau neglijență în raport cu educația sexuală a adolescentelor, pe de altă parte, tinerele sunt orientate spre evitare a unor astfel de discuții, sau manifestă o atitudine neaprofundată față de informațiile obținute.

Astfel, lipsa comunicării în domeniul sănătății reproductive și sexualității adolescenților sporește vulnerabilitatea situației, fiind specifică țării noastre. Chiar dacă în societate sunt acceptate noi viziuni și se constată o liberalizare a comportamentului sexual, aceste aspecte continuă să fie subiecte de discuție tabu în majoritatea familiilor și în cadrul instituțiilor educaționale. Pe de o parte, părinții nici nu știu cum să explice aceste lucruri copiilor și aici nici nu le vin în ajutor instituțiile academice, pe de altă parte, ei nici nu au suficient timp, fiind încadrați în diferite activități de muncă pentru a-și putea asigura familia cu toate cele necesare. Instituțiile educaționale au făcut anumite încercări de a introduce anumite proiecte ce ar viza direct acest subiect, însă acestea au suferit eșec. Proiectul „Deprinderi de viață”, implementat de Ministerul Educației, avea menirea să informeze elevii pe teme „incomode” pentru majoritatea părinților, cum ar fi: viața sexuală, metodele de contracepție, maladiile sexual transmisibile etc. Societatea însă nu a susținut acest proiect, din cauză că manualul nu a fost prea bine ajustat pentru vârsta elevilor, de asemenea unele teme din cadrul acestui manual au fost considerate de părinți și experți prea cu lux de amănunte, excluderea cărora ar fi făcut ca proiectul să fie acceptat: *„Au scos cursul dar de fapt trebuiau scoase câteva teme din el (Deprinderi de viață)”* (șef Centrul maternal Diaconia – 13 ani). În cadrul interviului expertii au subliniat că în familiile contemporane există numeroase probleme ce ar conferi o vulnerabilitate sporită adolescentelor. Una dintre acestea a fost și lipsa comunicării în familie: *„Deseori fetele au probleme cu mamele lor, nu discută cu ele, este o lipsă de comunicare.”* (medic de familie, șef Centru Prietenos Tinerilor – 12 ani). Aceasta a fost doar unul din aspectele nefavorabile legate de familie, o altă problemă destul de importantă, dar specifică perioadei contemporane, este lipsa sau înlocuirea valorilor și lapsusul educațional care pornește din familie: *„Lipsa de educație corectă și comunicare calitativă, lipsa capacităților părinților de a discuta cu proprii copii pe teme sensibile cum ar fi educația sexuală... Totul pornește de la familie. Faptul că mai predomină percepția încă din URSS că statul se va ocupa de tot și nu omul ca persoană responsabilă, plus educația tradițională din Moldova că numai mama răspunde de educația copilului”* (șef secția Reintegrare familială și adopție, Direcția municipală pentru protecția drepturilor copilului – 16 ani).

Gagauz Olga

Devalorizarea relațiilor și aprecierea lor mult mai superficială este provocată de un cumul de factori pe care i-am expus mai devreme. Este un răspuns previzibil al adolescenților, provocat de atmosfera în care aceștia se dezvoltă. Acest fapt a fost impulsivat și de o scădere puternică a gradului de control din partea societății.

„Societatea noastră a mers pe accesibilitatea informației, cu libertate în alegere, libertate în toate, să vorbească despre sex, dar nu s-a vorbit din punct de vedere psihologic și anume cum trebuie, de ce trebuie, de ce nu se poate de început relațiile mai înainte, care sunt efectele nefavorabile” (obstetrician-ginecolog – 38 ani).

Libertatea acordată adolescenților nu a fost ghidată de un nivel de educație corespunzător, iar în corelație cu lipsa părinților a catalizat liberalizarea relațiilor sexuale, ca urmare – și consecințele negative – sarcina și nașterea copilului la vârsta prematură. Aceste două lucruri sunt indispensabile, formând o legătură cauză-efect directă, deoarece adolescenții au cunoștințe foarte superficiale despre relațiile sexuale, despre metodele de contracepție, bolile sexual transmisibile etc., acest fapt a fost confirmat și de experți.

Totodată, acestea preferă alte surse de informare, cum ar fi prieteni, cunoscuți de aceeași vârstă sau mai mari sau se angajează în "autoeducație", iar principalele surse de informare în acest caz sunt televiziunea și internetul. Astfel, deficitul informațional este suplinit de către adolescente din alte surse, care nu întotdeauna sunt credibile (prietene, rude) sau se încredințează total partenerului, care deseori are cunoștințe superficiale cu privire la metode moderne de contracepție, sau manifestă un comportament iresponsabil privind consecințele relațiilor sexuale.

“Aveam o prietenă, ea era mai mare ca mine și îmi mai spunea câte ceva” (IIA_A6).

„Am auzit de la fetele mai mari de pe strada mea, ele îmi spuneau, dar eu lucrurile acestea nu le luam în serios, mi se părea că eu, când voi fi mare nu voi avea așa ceva și când mi s-o întâmplat acest lucru (ciclu menstrual), eram în drum și mă jucam, m-am speriat și nu știam ce să fac, nu era nimeni cui să spun ca să mă ajute și m-am dus la o fată care era cu vreo doi-trei ani mai mare ca mine, și ea mi-a lămurit cât ține și că este în fiecare lună” (IIA_A7).

Sarcina în vârsta adolescenței

„Despre comportamentul și relațiile sexuale mama nu își permitea să discute cu mine, mai mult discutam cu fetele din clasă” (IIA_A10).

„Bineînțeles, totul se află din cercul de prieteni. Erau în compania noastră fete mai mature, ele deja aveau relații sexuale și ne povesteau cum e asta. Discutam foarte deschis” (IIA_A23).

În cadrul interviurilor, o mică parte din adolescente au recunoscut faptul că au fost informate inclusiv în familie despre comportamentul sexual, necesitatea utilizării metodelor contraceptive moderne, precum și probabilitatea sarcinii, dar această informație nu a fost recepționată în mod serios, din cauza specificului vârstei, factorilor psihologici și comportamentali, capacității limitate de planificare a viitorului sau de anticipare a consecințelor acțiunilor proprii, precum și persistenței unui sentiment de invulnerabilitate (*“nu credeam că mi așa ceva se va întâmpla”*). Atitudinea iresponsabilă a adolescenților față de propria lor sănătate și informarea respectivă a fost confirmată și în cadrul interviurilor cu experți.

„Informarea este sub nivel, pentru că de multe ori adolescentele nu participă la aceste discuții sau chiar dacă au participat s-au gândit că cu ele nu se va întâmpla așa ceva. Nivelul educației sexuale este foarte jos și tinerii nu sunt pregătiți pentru viața sexuală” (IIA_E20).

Deci, chiar dacă există anumite posibilități de informare sau informația este prezentată adolescentelor, acestea din diferite motive nu aplică ulterior aceste cunoștințe în plan practic, fără a conștientiza la ce riscuri se expun, iar aceasta, corelat cu un nivel scăzut de educație și situația materială deficitară sporește vulnerabilitatea adolescentei.

Adolescenții care beneficiază de serviciile Centrelor de Sănătate Prietenoase Tinerilor consideră că pentru ei nu este o problemă să aibă acces la prezervative, fiindu-le oferite gratis și în număr suficient ca să le dea și altora: prieteni, semenii. Problema accesului la prezervative, preponderent în cazul fetelor, se referă însă la percepțiile și constrângerile socioculturale, teama că acestea vor fi condamnate de cei apropiați, în special le preocupă reacția părinților⁵⁶.

⁵⁶ Opinii, percepții, atitudini și experiențe ale adolescenților privind consilierea și testarea voluntară la HIV. Chișinău, 2012.

Gagauz Olga

Reieșind din cele expuse, concluzionăm că majoritatea adolescentelor care au devenit mame la vârsta minoră au avut cunoștințe sumbre despre sexualitate/relațiile sexuale, metodele de contracepție și prevenirea sarcinii într-o formă adecvată vârstei și educației lor. O concluzie a studiului calitativ este că adolescentele n-au înțeles necesitatea contracepției, sunt informate incorect sau insuficient, nu aplică metodele moderne, eficiente, de ultimă generație, pentru a preveni o sarcină nedorită. Se constată gradul scăzut al folosirii prezervativului care protejează și de bolile cu transmitere sexuală, astfel, neîncrederea în mijloacele moderne, lipsa de informare determină faptul că multe adolescente la etapa de inițiere în viața sexuală recurg la metodele naturale (coitul întrerupt și calendarul), care nu asigură protecția necesară contra sarcinii nedorite și bolilor sexual transmisibile.

3.5. Abuzul și violența sexuală

Abuzul sexual este una din cauzele sarcinii la adolescente, multe dintre acestea și-au început viața sexuală neavând propria voință. S-a estimat că la nivel global 40-60% dintre abuzurile sexuale sunt față de tinerele cu vârsta de până la 16 ani. Tinerele, căsătorite sau necăsătorite, de multe ori nu au nici o putere asupra naturii și calendarului relațiilor sexuale, constrângerea sexuală și violul sunt experiențe comune pentru multe dintre ele. Studiile în domeniu au demonstrat că în lume proporția fetelor care au raportat că prima lor experiență sexuală a avut loc în condițiile de constrângere variază de la 15% până la 30%. În unele țări înalt dezvoltate, s-a înregistrat o corelație puternică dintre încălcarea drepturilor sexuale ale adolescentelor și sarcina ulterioară⁵⁷.

Abuzul sexual asupra adolescentelor are o incidență greu de stabilit. Cercetări recente în domeniu demonstrează că în regiunea europeană se înregistrează caracteristici similare cu privire la violența sexuală asupra adolescentelor, fiind identificat un procent destul de ridicat de fete care au raportat despre contact sexual abuziv – aproximativ 10%⁵⁸. De asemenea, s-a constatat că experiențele sexuale nedorite sunt parte a relațiilor adolescentelor, fiind evidențiată tendința de dominare masculină în relația cu fetele tinere⁵⁹. În România, circa 24% dintre femeile a au fost supuse violenței

⁵⁷ Childhood Sexual Abuse and Teen Pregnancy, 2007.

http://sspw.dpi.wi.gov/sites/default/files/imce/sspw/pdf/inspireabuseandpreg_2007.pdf

⁵⁸ Mossige S. et al. (eds.), *The Baltic Sea Regional Study on Adolescents' Sexuality*, NOVA, 2007. http://www.nova.no/asset/2812/1/2812_1.pdf.

⁵⁹The Mediterranean Institute of Gender Studies (coord.), *Date rape cases among young women, Strategies for support and prevention*, University of Nicosia Press,

fizice sau sexuale de către un adult înainte de vârsta de 15 ani⁶⁰.

În Republica Moldova, un studiu național cu privire la Violența împotriva Femeilor realizat în 2011 a arătat că 10,5% dintre femeile cu vârste cuprinse între 15-24 de ani au fost supuse vreodată violenței sexuale de către soțul sau partenerul lor⁶¹.

Studiul realizat de asemenea confirmă răspândirea abuzului și violenței sexuale asupra minorelor, precum și faptul că cazurile respective nu sunt examinate în instanțele de drept din diferite motive, fie din cauza că partenerul, din frică de a-i fi aplicate măsuri juridice se căsătorește cu minora, fie că victima fiind amenințată, blamată din partea partenerului și neprotejată juridic singură își retrace cererea, sau are loc consimțământul financiar între ambele părți cu implicarea părinților sau altor mediatori.

Deși Codul Penal al Republicii Moldova⁶² prevede sancțiuni în cazul întreținerii raporturilor sexuale cu o persoană care nu a împlinit vârsta de 16 ani, precum și delimitează cazuri de violență sexuală și sancțiuni respective, totuși în multe cazuri persoanele care au săvârșit aceste crime scapă de pedepsire.

Chiar dacă sesizarea organelor abilitate este prevăzută prin lege, nu toți specialiștii care sunt implicați în examinarea cazurilor respective îndeplinesc această prevedere, motivele fiind diferite: fie pentru a nu pierde încrederea beneficiarilor, sau că aceasta nu ține de competența lor. Doar în cazuri excepționale, cum ar fi violul, acest lucru se face obligatoriu, dar și în asemenea situații apar diferite dificultăți, iar gradul de birocrație este destul de înalt.

„Noi nu sesizăm organele de drept, anunțăm, autoritatea tutelară ei au tangențe directe cu celelalte organe” (asistent social parental).

„Se adună toate materialele, după care se depun la procuratură, pentru că tot ce este legat de minori este în competența procuraturii” (polițist).

„Chiar dacă e vorba de sarcină, tot nu anunțăm organele de drept, se anunță familia și părinții decid ce fac mai departe” (IIA_E6).

Nicosia, 2008. <http://www.medinstgenderstudies.org/publications/resource-book-date-rape-cases-among-young-women-and-the-development-of-good-practices-for-support-and-prevention>>.

⁶⁰ Studiu privind prevalența violenței împotriva femeilor în Europa: România - țara unde victimele nu au încredere în instituții <http://www.cpe.ro/acasa/13-acasa/86-studiu-privind-prevalenta-violentei-impotriva-femeilor-in-europa-romania-tara-unde-victimele-nu-au-incredere-in-institutii>.

⁶¹ Violența față de femei în familie în Republica Moldova. Chișinău, 2011.

⁶² Adoptat la 18.04.2002, cu modificări în anul 2012

Gagauz Olga

„În cazul când partenerul este un matur sunt anunțate asistența socială, medicina penală, centrul de planificare a familiei” (IIA_E9).

„În cazuri de viol apelăm la medicina legală” (IIA_E11).

„Indiferent de vârsta partenerului, se anunță poliția, pentru că fata este minoră. Poliția, la rândul ei, anchetează pe fiecare în parte” (IIA_E21).

„Dacă sunt persoane adulte, se sesizează procuratura în timp de 24 de ore, și doar în cazul în care noi avem această informație” (IIA_E22).

Eu am fost la diferite treninguri, ne-au spus că dacă cineva s-a adresat trebuie să anunțăm poliția. Și dacă ducem polițistul la poarta lui, acesta e sat, se încep vorbele. Noi pierdem încrederea, pentru că ei cer să nu știe nimeni, și dacă noi îi spunem asistentului medical, polițistului etc. Acolo unde e violență cu tata vitreg noi trebuie să anunțăm poliția, Dar acolo unde familia e foarte bună, sunt acasă, ei au știut de cele întâmplate, ce să faci? Au știut, au fost informați, dar s-a întâmplat” (IIA_E25).

„Da, mai întâi de toate sesizăm procuratura, sesizăm și polițistul de sector, dar el are și competențe mai multe. Cazul cu minora care am vorbit mai înainte, nu a dorit să depună mărturii, ei și până acuma trăiesc împreună. Demersul a fost din partea noastră, noi am vrut să sesizăm că era o persoană matură, și am vrut să aducem la cunoștință” (IIA_E24).

Studiul calitativ realizat cu experți naționali a scos în evidență că de cele mai multe ori, pentru niște sume de bani, părinții acceptă să se împace cu cel care i-a abuzat copilul și astfel acesta scapă nepedepsit. Împăcarea se acceptă, uneori chiar de la etapa de cercetare preventivă la nivelul poliției din localitate. De exemplu, o femeie a cărei fiică a fost violată de concubinul ei și-a retras plângerea de la politie, la iertat pe agresor, și astfel a condamnat-o pe fiica ei să trăiască în același mediu cu abuzatorul, să fie mereu sub o presiune psihică. Evident că în această situație există o probabilitate crescută că fata poate fi agresată și violată din nou.

În același timp, după retragerea plângerii organele de drept nu continuă ancheta și agresorul nu este tras la răspundere, de asemenea nimeni nu studiază în ce condiții adolescența sau părinții acesteia și-au retras cererea. Evident, dacă cazul nu a fost depistat și examinat, nicio structură abilitată cu protecția drepturilor copiilor nu monitorizează starea adolescentei, nu-i oferă servicii de consiliere și reabilitare.

În multe cazuri de examinare a dosarelor penale crima se recalifică, motivul fiind că minora ar fi întreținut raporturi sexuale cu agresorul de bună voie, deci nu se ia în considerare faptul că la această vârstă adolescentele

foarte ușor se supun manipulării. Având în vedere că vârsta consimțământului în legislația națională, ca și în cazul multor altor țări europene, este 16 ani, cazurile de violență este dificil de stabilit.

Un rol negativ au și atitudinile tradiționale, prejudecăți, teama de a fi blamați de comunitate, ceea ce motivează pe părinți să ascundă cele întâmplate și să nu se adreseze în instituțiile abilitate. De asemenea, în familiile social vulnerabile, sau unde mama tot a avut prima naștere la vârstă timpurie, cele întâmplate nu se consideră ca ceva grav și nu se depun cereri, totul se rezolvă în familie.

“Majoritatea fetelor provin din familii dificile, dezorganizate și pentru ele este normal acest fapt. Chiar eu am avut un caz unde părinții nu au depus cerere, unde fata avea 16 ani iar partenerul 17 ani, ambii minori. Când am întrebat: “De ce dumneavoastră ca mamă nu veniți la noi să depuneți plângere?”, ea mi-a răspuns: “Eu nu am pretenții față de băiat, deoarece și el îi copil și fata mea e copil... Am crescut-o eu pe ea, o să mai crească un copil în casă” IIA_E4.

În opinia experților, toleranța crescută a societății față de relațiile sexuale întreținute de persoane minore sau a unei persoane adulte cu minora, ceea ce prezintă o încălcare penală, este cauza principală că nu se întreprind măsuri sancționare respective. *“Indiferența și neimplicarea comunității, lipsa de inteligență și educație, potențialul educativ scăzut al părinților”* contribuie la persistența fenomenului dat.

Experții au menționat necesitatea înăspririi legislației pentru persoanele adulte, să fie excluse cazurile când se ajunge la procuratură sau în judecată și mai apoi victima să nu mai aibă pretenții față de persoana care a abuzat-o și să se înceteze cazul. Dosarul penal să fie dus până la capăt, indiferent de părerea victimei, *“și atunci oamenii vor avea o frică și altfel vor privi lucrurile” (IIA_E4)*. Experiența internațională demonstrează că doar respectarea strictă a legii și urmărirea penală a adulților pentru relațiile sexuale cu minora au rezultate scontate.

O explicație a acestei situații poate fi și faptul că demonstrarea în instanță a situației de viol este foarte complicată: *„Este lege pentru asta, dar abuzul sexual și violul este foarte greu de demonstrat în instanțele de judecată, toate cazurile le redirectionăm către MICUS și ei lucrează cu victimele, dacă este nevoie.” (șef Secția reintegrare familială și adopție, Direcția municipală pentru protecția drepturilor copilului – 16 ani)*.

Gagauz Olga

Experții au specificat și existența unui grad destul de înalt de birocratizare în cadrul procedurilor legale de penalizarea juridică a persoanelor adulte care au întreținut relații sexuale cu minore.

După ce am declarat, familia asta nu era bucuroasă de ce li se întâmplă. Venea procuratura și îi amenința, îi anchetau, le puneau întrebări provocatoare etc. Sărmana de ea, trebuia să meargă la Ungheni în fiecare săptămână cu copil mic, foarte greu îi era. Într-un final părinții și-au retras plângerea. IIA_E23.

Abuzul și violența asupra adolescentelor demonstrează persistența asimetriei de gen în societate, reflectă și exacerbează inechitatea socială dintre bărbați și femei. Mai mult de atât, violența afectează sănătatea, demnitatea, securitatea și independența victimelor.

Consecințele abuzului și violenței sexuale sunt devastatoare. Frecvent victimele suferă o perioadă de lungă durată de tulburări psihice și emoționale, au probleme cu sănătatea reproductivă. Femeile care au fost supuse unui abuz fizic sau sexual, de regulă, pe o perioadă lungă de timp au nevoie de servicii medicale.

Astfel, sarcina la vârsta adolescenței apare în consecința unui melanj de situații materiale dificile, vulnerabilității al modelului familial al părinților, ignoranței, stânjenirii și așteptărilor reduse de la viață a adolescentelor. Fiind determinat de complexitatea factorilor de ordin socioeconomic, instituțional, cultural și caracteristici individuale acest fenomen prezintă o sursă pentru reproducerea sărăciei și vulnerabilitate socială (Fig. 8).

Sarcina în vârsta adolescenței

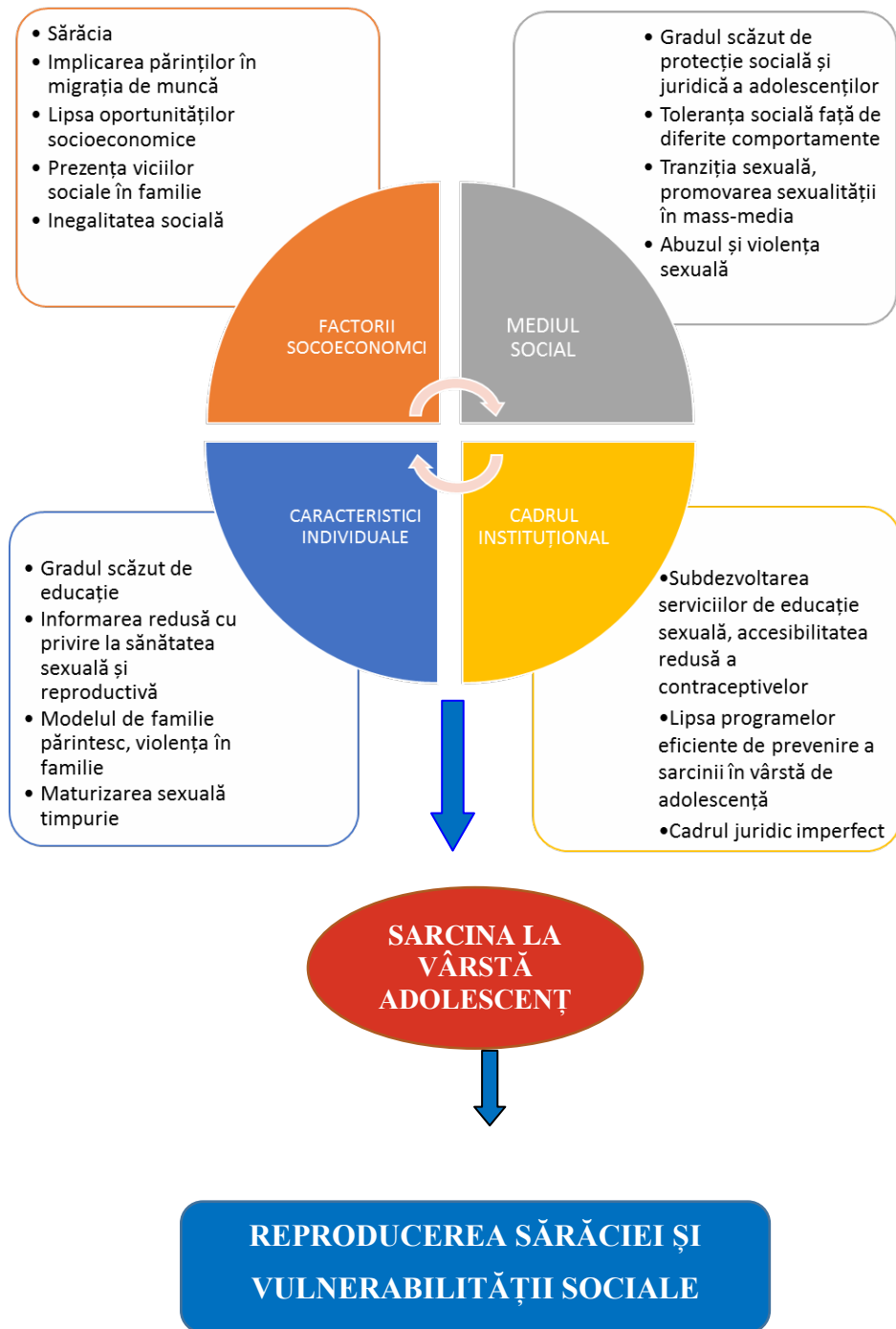


Fig. 8. Factorii determinați ai sarcinii la vârsta adolescenței

4. MATERNITATEA TIMPURIE

4.1. Reacția părinților

Maternitatea timpurie este asociată cu un șir de probleme, iar prețul nașterii copilului la vârsta de adolescență este triplu, pentru care se răsplătesc trei generații. În primul rând, mamele tinere care în multe cazuri rămân singure, amână sau abandonează studiile, pierd unele oportunități economice pe parcursul vieții, în rezultat se modifică radical traiectoria dezvoltării în raport cu semenii lor. Paternitatea timpurie la fel influențează negativ asupra multor tineri, aceștia fiind nevoiți să se concentreze asupra asigurării materiale a familiei, abandonează studiile, astfel, pierd oportunități de avansare în carieră și creștere profesională, respectiv, ocupă locuri de muncă mai puțin calificate cu salarizare mai scăzută, toate acestea având un impact nefavorabil asupra întregului ciclu de viață al indivizilor.

În al-doilea rând, părinții adolescenților care se confruntă cu dezamăgire și șoc ce precedă acceptarea sarcinii – sunt afectați planurile lor de viață, deseori o bună parte din responsabilități ce țin de creșterea și educarea copilului cad pe umerele lor, de asemenea și povara cheltuielilor materiale.

În al treilea rând, are de suferit însuși copilul mamei tinere, având o probabilitate înaltă de a trăi în sărăcie, nu va avea posibilitate să obțină studii de calitate și, probabil singur va deveni părinte la vârstă prematură.

În conștiința de masă predomină reprezentările că vârsta “potrivită” pentru a deveni mamă, acceptată din punct de vedere social, este cea când femeia nu este nici prea tânără, nici prea în vârstă, când are o educație, dispune de independență financiară și maturitate personală. Totodată, se regularizează apariția maternității în cadrul unei familii, a unei căsnicii, a unei relații stabile.

Care sunt motivele când o adolescentă însărcinată ia decizia de a deveni mamă? Un motiv este depistarea târzie a sarcinii și teama de a recurge la avort, alt motiv – dorința de a deveni matură prin nașterea copilului, al treilea motiv ar fi dorința de a consolida relațiile cu partenerul.

Evident că un rol important în cazul nașterii copilului îl au părinții adolescentei, atitudinea lor, sprijinul moral și material acordat, care în mare măsură determină viitorul mamei și a copilului. De regulă, părinții sunt predispuși să susțină adolescenta, deși că această situație nu este acceptată

imediat, ci doar după anumite medieri, intervenția medicilor, asistenților sociali. Totodată, adolescentele foarte rar le spun părinților că sunt însărcinate, din moment ce își dau seama că sunt însărcinate, mai întâi află partenerul, prietena sau o rudă apropiată în care au încredere, sau lucrurile se dezvăluie atunci când deja nu mai pot fi ascunse.

Amânarea deciziei de a dezvălui sarcina părinților sau persoanelor de încredere determină restrângerea spectrului de opțiuni pentru adolescența însărcinată (maternitate sau avort). Astfel, avortul nu a mai constituit o opțiune pentru multe dintre mamele participante la studiu. Intervenția medicilor se asociază cu discursul de a păstra copilul și de a anticipa modul în care viața lor se va restructura după naștere și ajutându-le să se clarifice în ceea ce privește decizia. Totodată, mamele minore participante la studiu au evitat să vorbească despre alte variante de luare a deciziilor decât cea a păstrării copilului.

În perioada sarcinii, adolescentele au mai multă nevoie de dragoste, atenție și protecție, însă pentru multe dintre ele aceasta devine una foarte stresantă. Adolescencele se află într-o stare de frică, fiindu-le teamă să le spună părinților despre sarcină, ceea ce prezintă un rezultat al relației deficitare dintre părinți și adolescente, dificultăți de comunicare și lipsa de încredere.

Reacțiile după dezvăluire sunt variate și ambivalente: unele persoane au manifestat o atitudine înțelegătoare față de sarcina adolescenței, le-au acordat un sprijin moral și psihologic, au susținut decizia de a naște (unii membri ai familiei, cadrele didactice, colegii, comunitatea), alte persoane s-au îndepărtat de viitoarele mame (partenerii, prietenii) sau chiar au manifestat o atitudine negativă și stigmatizantă. În rezultat, adolescentele însărcinate au fost poziționate între două mesaje – de acceptare și de respingere. Evident că cel mai dureros mesaj a fost acela de respingere din partea partenerului, care o abandonează sau neagă paternitatea. În aceste condiții, sarcina/maternitatea apare pentru tinerele mame ca fiind o experiență trăită intens: cu emoții variate, cu temeri, cu dezamăgiri și planuri de viitor, care în mare măsură depind de părinții adolescenței, susținerea lor morală și materială în creșterea și educarea copilului.

Diferențele la nivel economic dintre diferite familii determină și reacții diferite, astfel, familiile cu un statut economic mai scăzut percep mai lejer situația, pe când familiile cu un statut economic mai înalt acceptă mai greu situația. Diferențele de percepere sunt influențate de nivelul diferit de așteptări ale familiei față de viitorul adolescenței, familiile cu un statut

Gagauz Olga

economic mai redus au așteptări mai mici și astfel sarcina și o ulterioară căsătorie sunt privite ca o alternativă acceptabilă, pe când familiile cu un statut economic mai înalt au alte așteptări, cum ar fi: continuarea studiilor, dezvoltarea profesională, etc., iar sarcina și nașterea fac practic imposibil acest lucru⁶³.

Pentru unele adolescente din pătura socială mijlocie din "familii bune" a spune părinților despre sarcină a fost un lucru extrem de dificil. Prin apariția unei sarcini timpurii, adolescentele au încălcat normele sociale, au pus la îndoială valorile familiale, discursul despre normalitatea parcurgerii unor etape de viață "la timpul lor". Stilul parental autoritar sau tabu-urile legate de discutarea unor teme ca sexualitate, reproducere, controlul reproducerii au făcut și mai dificilă confidența. Anxietatea cea mai mare atât pentru adolescentă, cât și pentru mama acesteia, a fost momentul când trebuia să-i spună tatălui.

Prima reacție a părinților care află despre sarcină, de cele mai dese ori de la persoane terțe, este un răspuns de șoc, fiind urmată de conflicte, explicații. Mai frecvent, părinții au nevoie de o anumită perioadă de timp ca să poată să înțeleagă și să accepte această situație, iar intervenția în mediere a unui specialist este practic decisivă.

„În marea majoritate a cazurilor părinții când aflau că fiica lor minoră este însărcinată spuneau că nu o voi primi acasă, în loc să-i ofere un sprijin. Părinții nu știu cum să reacționeze, neagă faptul, nu acceptă, pe urmă este important ce-i spune și specialistul. Îi spune că copilul tău are nevoie de susținere sau că "așa v-ați educat copilul". (Manager de programe la organizația CCF Moldova „Copil Comunitate Familie” – 13 ani).

Sunt cazurile când părinții acceptă sarcina la o vârstă minoră din start: „Nu am avut așa situații în care părinții au spus că o alungă de acasă din cauza că este gravidă, dimpotrivă, oamenii noștri la suflet nu sunt așa de răutăcioși, vorba ceea: „pe unde mănâncă toți o să mai mănânce încă unul”” (ginecolog obstetrician – 36 ani).

Foarte importantă este reacția mamei, pentru că de cele mai dese ori anume ea devine mediator, tatăl fiind mai reticent, din această cauză chiar se dezvoltă un sentiment de frică față de tată. Această situație în mare măsură se dezvoltă din cauza menținerii unui patern educațional tradiționalist, în care

⁶³ Сакевич В. Уровень подростковых беременностей, <http://demoscope.ru/weekly/2012/0535/reprod02.php>

Sarcina în vârsta adolescenței

anume mamei îi revine funcția de educare a copiilor, ce-i aparține în exclusivitate ei, tatăl neimplicându-se în procesul educațional, până la urmă responsabilă pentru toate eșecurile educației este mama.

Mai frecvent problema acceptării este mult mai complicată în cazul tatălui adolescenței, mamele fiind, de regulă, mai înțelegătoare și optând chiar inițial pentru păstrarea sarcinii „frica de tata” este un fenomen confirmat atât de experți, cât și de adolescentele intervievate: „*Bunica copilului se temea cel mai tare de tata, „că o să ne împuște pe amândouă, ce fac eu? Datorită rudelor a înțeles și tata, dar cu bărbații un pic e mai greu” (specialist în problemele dreptului copilului – 23 ani)*. Există însă și cazuri excepționale, când tatăl adolescenței a fost mult mai tolerant decât mama, aceste situații sunt mai curând o excepție decât o situație obișnuită: „*Am avut cazuri când tata se dădea convins, dar mama nu” (Asistent social – 12 ani)*. Totuși din moment ce insistă pe păstrarea sarcinii, părinții se implică foarte activ în susținerea adolescenței.

”Părinții mi-au spus că avortul este mult mai dureros decât nașterea, și ei au spus că o să-l creștem împreună” (IIA_A1).

„Eu la început am vrut să fac avort, dar mama a spus că îl va crește ea” (IIA_A2).

„Am vrut să fac avort, dar părinții au spus să nu fac, că ei mă vor ajuta” (IIA_A3).

„I-am spus mamei și ea mi-o spus ca să nu fac avort, că mă va ajuta și o să fie cu mine tot timpul” (IIA_A5).

„I-am spus mamei, însă mama nu a acceptat ca eu să fac avort, pentru că știe și ea ce înseamnă avortul” (IIA_A14).

Au fost înregistrate și situații când părinții nu acceptă și chiar ascund sarcina adolescenței, aceasta în mare parte datorându-se gradului înalt de reticență din societate și fiind mult mai specifică mediului rural. Asemenea situații au fost raportate de cinci experți din cei intervievați.

„Sarcina a fost ascunsă, iarăși gura lumii, nu întotdeauna familia biologică dorește ca fata să se întoarcă la domiciliu” (IIA_E1).

„Mama a adus adolescenta din raion, să nască aici, ca să nu se afle, ca să nu se audă și imediat cum a născut, a luat-o, iar copilul a rămas” (IIA_E3).

„Am avut un caz când mama a văzut că burta la fata crește pur și simplu a dus-o de acasă ca să nu o vadă satul. Părinții nici n-au întrebat-o cum s-a întâmplat. Aceste mame nu sunt acceptate de familii și asta este cea mai gravă problemă” (șef Centrul maternal Diaconia – 13 ani).

Gagauz Olga

Traiful în comun cu părinți deseori se asociază cu situații de dezavantaj social – familia cu mulți copii, părinții fac abuz de alcool, sărăcie, nivelul scăzut de cultură, relații de conflict și un reproș constant creează pentru mama minoră și copilul ei probleme de supraviețuire. Relațiile cu părinți în astfel de familii sunt extrem de tensionate. Anume această categorie de mame tinere au nevoie de programe de asistență specială - psihologică, juridică, obținerea abilităților practice de bază pentru a fi încadrate în câmpul muncii, educație, și în mod ideal – în adăposturi temporare.

În acest context, urmează să remarcăm că Implementarea în practică a Centrelor de plasament din anul 2007 pentru mamele din păturile social vulnerabile, inclusiv pentru mamele minore, au contribuit la reducerea numărului de copii abandonati și prevenirea excluziunii sociale. Perioada de aflare în aceste Centre permite consultarea minorelor de specialiști de profil (medici, psihologi, asistenți sociali), cât și negocierea cu părinți, convingerea de a susține mama minoră în creșterea și educarea copilului.

Studiul a scos în evidență și practicile pozitive în adaptarea familiilor și adolescenților în cazul nașterii unui copil la vârsta prematură. Susținerea părinților și comportamentul responsabil al tinerilor le-a permis să depășească situația de criză, să crească copilul și să termine studiile, să obțină profesie și în așa mod să-și dirijeze viitorul.

Părinții au fost foarte șocați, dar o fost o atitudine pozitivă față de fiică, au susținut-o pe parcursul sarcinii și evident după nașterea copilului.. Ea o născut un băiețel, ce-i interesant că a născut un băiețel foarte mare – de 4kg. Dar ce înseamnă o susținere din partea familiilor și a celor din jur. Fetița o mers și o făcut liceul, băiatul a mers și o făcut colegiul la Ungheni. Probabil, deja au terminat, acest caz o fost cu 3 ani în urmă. Ambii învață, ambii își întrețin copilul, adică au grijă de ei singuri. Da, mama fetei o ajută la îngrijirea copilului, dar nu au întrerupt învățătura nici unul, nici celălalt, sunt împreună și acum, cresc și au un copilaș de minune. IIA_E6. O fetiță a născut la 14 ani, nu s-a căsătorit, ea a rămas mamă-singură. A terminat școala, 9 clase, după care a făcut și niște cursuri de instruire – ori de cusătoreasă, ori de bucătar. Important e că a finisat, a avut un spirit de ăsta puternic, care pe lângă faptul că avea doar 14 ani, a fost bravo, s-a angajat în serviciu la fabrica de pâine din orașul Căușeni și până acum lucrează, a dat copilul la grădiniță. Locuiește împreună cu mama. În orice caz, nu pot să spun că e un caz nereușit. Eu o văd zâmbind, comunicând, atașament în relația ei cu copilul, are grijă de copil, e îngrijit, alimentat la timp... Adică tot ce se întâmplă, se întâmplă spre bine IIA_E17.

4.2. Rolul tatălui/partenerului în creșterea și educarea copilului

Analiza datelor primare ale BNS cu privire la înregistrare nou-născuților demonstrează că o bună parte a copiilor născuți de mamele-minore și înregistrați conform cererii ambilor părinți au tați în vârstă peste 20 de ani (Tabelul 4).

Tabelul 4. Repartizarea nașterilor la vârstă adolescenței în funcție de vârsta tatălui, anul 2014

Vârsta mamei	Numărul de nașteri	Vârsta tatălui (copii înregistrați la cererea ambilor părinți)					Copilul înregistrat numai la cererea mamei
		16-17	18-19	20-24	25-29	30 +	
13	2	-	-	-	-	-	2
14	7	-	1	2	-	-	4
15	44	1	4	9	5	1	24
16	112	3	15	15	14	-	65
17	496	3	39	198	75	33	148
Total	661	7	59	224	94	34	243

Sursa: calculat de autor în baza datelor primare ale BNS

Partenerul, de obicei, abandonează adolescența atunci când află că aceasta este însărcinată, sau îi propune să facă un avort. Doar circa 20% se căsătoresc, iar de cele mai dese ori aceste căsătorii în pripă sunt urmate de divorțuri. După nașterea copilului, o parte din fete trăiesc în concubinaj, peste 60% din nou-născuți fiind înregistrați la cererea ambilor părinți, iar o treime rămân mame singure.

„În multe cazuri când partenerul a aflat despre sarcină i-a propus întrerupere de sarcină sau a dispărut” (IIA_E1).

„Nu am avut cazuri când s-au căsătorit cu partenerul” (IIA_E2).

„Deseori partenerii sunt cam de aceeași vârstă cu ea, nu sunt responsabili, se retrag, fug. Nu sunt de acord cu situația care s-a creat. Plăcere au primit, dar mai apoi...” (IIA_E13).

„Relația minorei cu tatăl copilului se rupe, majoritatea dispar, chiar și locul de trai și-l schimbă, la telefon nu răspund” (IIA_E22).

Gagauz Olga

Căsătoriile în pripă nu sunt stabile și în scurt timp se soldează cu divorț și în felul acesta partenerul-persoană adultă, care trebuie să fie responsabilă în acțiunile proprii, *scapă de urmărire penală*. În unele cazuri, promisiunile de a se căsători nu se realizează, partenerii emigrează, își schimbă locul de trai, nu răspund la telefon etc.

Sunt și cazuri fericite, când partenerul a manifestat un comportament responsabil, luând asupra sa grija familie.

„Bucuros... m-a strâns în brațe, m-a sărutat. În fiecare zi mă încurajează cu vorbe, cu fapte, adică nu m-a trimis să avortez, cu toate că s-a gândit că vor fi și probleme financiare dar a spus că le vom depăși” (IIA_A9).

„Cred că el a fost unica persoană care s-a bucurat” (IIA_A10).

„El era bucuros, pur și simplu, nu se știa cum vor reacționa părinții la asta, dar între noi a fost o relație puternică. Nu știu, asta a fost cel mai mare sprijin din partea lui” (IIA_A15).

„Soțul meu mi-a spus că totul va fi bine, să nu plâng, că vom lăsa copilul și gata. Apoi el a mers la părinți, a relatat situația și le-a zis că, dacă ceva nu-i aranjează, noi vom fi gata și singuri să creștem copilul. Eram gata pentru sarcină, pentru naștere” (IIA_A23).

În cadrul studiului s-a constatat că o bună parte din parteneri au avut studii gimnaziale sau profesionale, doar un singur caz cu studii universitare, evident că nivelul de educație este important și în cazul bărbaților, astfel un bărbat cu un nivel de educație mai înalt va folosi mai degrabă metode de contracepție⁶⁴.

Persoanele care au ales să-și susțină familia în multe cazuri sunt plecați la muncă peste hotare, pentru a putea avea un salariu mai mare ca să-și întrețină familia. Cei care au rămas în țară se descurcă mai greu, din cauza lipsei unei profesii, a posibilității de a avea un loc de muncă calificat.

Unii parteneri, după recunoașterea paternității sau după căsătorie manifestă un comportament agresiv, mamele minore fiind abuzate fizic și psihologic, frecvent în urma consumului de alcool.

Din interviurile realizate cu experți s-a constatat că există multe cazuri când adolescentele ascund cine este tatăl copilului. Chiar și în cazurile când a fost acordată asistență psihologică și juridică adolescentei și părinților

⁶⁴ Duze M, Mohammed I (2006) 'Male knowledge, attitudes, and family planning practices in Northern Nigeria', African Journal of Reproductive Health, 10(3): 53-65.

acesteia, explicată procedura penală în cazul violenței sexuale, sau în cazul persoanei adulte care a avut relații sexuale cu minora, adolescentele nu au dat nicio informație despre partener. Au păstrat în secret, fie din cauza că e o procedură complexă de urmărire penală, fie din cauza stigmatizării, fata fiind considerată vinovată și responsabilă pentru cele întâmplate. Această situație alimentează în continuare răspândirea sarcinilor în vârsta adolescenței,

4.3. Experiența mamelor adolescente

Sarcina și nașterea copilului la vârsta adolescentină are unele implicații asupra sănătății generale și reproductive a femeii, care fie se exteriorizează imediat după naștere, fie după o anumită perioadă. În unele cazuri, sarcina la vârste fragede decurge mai complicat și presupune anumite riscuri, inclusiv în timpul nașterii, care pot afecta sănătatea mamei sau a copilului.

Experții au atenționat asupra aspectului psihologic al fenomenului. Adolescentele fiind ele încă copii, nu au o percepție coerentă vizavi de noul-născut, nefiind responsabile de acesta și de îngrijirea lui, pentru că în cele mai dese cazuri nici nu au abilitățile necesare, dar nici pe plan psihologic nu s-au maturizat, perioada de sarcină și ulterior nașterea devenind un stres psihologic foarte puternic pentru acestea.

„Nu sunt pregătite pentru a deveni mame și de regulă ele nu se isprăvesc cu acest rol, mai ales dacă nu au susținere și sunt din familii sărace, nevoiașe le vine greu. Desigur când este înțelegere în familie și susținere din partea celor apropiați, atunci pe viitor și copilul se dezvoltă altfel” (obstetrician-ginecolog, șef Centrul de Sănătate – 30 ani). „La nivel fiziologic sunt niște consecințe, dar cel mai mult sigur că trauma este la nivel psihologic. Deci, este foarte greu să te detașezi de la faptul de a fi copil și brusc din copil să devii mamă, părinte- nu se conștientizează faptul... prea devreme a devenit adultă, nu are experiența copilăriei” (manager de programe la organizația CCF Moldova „Copil Comunitate Familie” – 13 ani). „Foarte des ele înțeleg că au greșit după ce nasc, și sunt mămici care învinuiesc copilul și își descarcă furia pe copil. Medicii la fel ne vorbesc de problema aceasta, că într-adevăr ea poate fi apatică și consideră că și-a stricat viața” (pedagog-psiholog, director Centrul Maternal – 31 ani).

Gagauz Olga

Atitudinea comunității, dar și a celor apropiați vizavi de adolescența însărcinată, este diferită, actualmente se înregistrează anumite tendințe de toleranță a acestui fenomen, cu toate că gradul de reticență față de adolescențele însărcinate este foarte înalt, acestea confruntându-se cu discriminare în multe domenii sociale: educație, asistență medicală, etc.

Astfel, la nașterea unui copil, mamele tinere se află într-o situație de dependență psihologică și socioeconomică completă și de lungă durată față de părinți; izolate de colegi și cercul obișnuit de prieteni; cu perspective incerte pentru viața de familie, oportunități educaționale și profesionale reduse, condiții materiale nesatisfăcătoare. Din cauza multitudinii de probleme care este greu de rezolvat, mamele tinere au o calitate scăzută a vieții, perspectivele socioeconomice sunt mai mici și copiii lor au indicatori de sănătate mai mici.

În aceste condiții decurge adaptarea mamelor minore la noul rol social al mamei, care trebuie să aibă grijă de copil și viitorul lui. Intervenițiile realizate au permis să se evidențieze schimbările în comportamentul și percepțiile de viață ale mamelor adolescente prin relații sociale, autopercepții și modul în care acestea s-au modificat în perioada respectivă. Impresia generală care s-a reliefat din analiza datelor a fost aceea că femeile își reorganizează viața în jurul copilului, concentrându-și toate energiile pentru satisfacerea nevoilor acestuia. Reorganizarea capătă sensul rearanjării tuturor aspectelor vieții, atât pentru binele copilului, cât și al mamei. Procesul de reorganizare a vieții tinerelor mame este declanșat în momentul în care acestea rămân însărcinate, și, mai apoi, în momentul în care iau decizia de a avea acest copil. Acestui moment decizional îi corespund o serie de emoții, trăiri, comportamente. Dacă relațiile cu partenerul au fost bune și sarcina a fost acceptată de el, mama era bucuroasă. Dacă apariția ei nu a fost așteptată, adolescența nu a avut susținere din partea partenerului mama, se aliniaza valorilor familiale și culturale, îndeplinindu-și rolul conturat de comunitate, tradiție și familie.

În ceea ce privește schimbările apărute în viața lor, mamele minore s-ar încadra, potrivit propriilor reprezentări, în două categorii: mame care resimt schimbări majore în viața lor și mame care cataloghează aceste schimbări ca fiind ne semnificative, în special cele dintr-un mediu socioeconomic defavorizat.

În pofida faptului că adolescențele au o atitudine mult mai infantilă față de copilul nou-născut incidența abandonului în cazul adolescentelor este mult mai mică decât în cadrul altor grupuri. Cazurile de abandon sunt excepții, în special au loc atunci când părinții adolescentei nu o susțin sau ea face parte dintr-un grup cu risc sporit.

Sarcina în vârsta adolescenței

Altă problemă a nașterii copilului la vârsta adolescenței ține de continuarea studiilor și de dezvoltarea pe plan profesional, care pot asigura o independență materială pe parcursul vieții și un nivel de trai decent pentru mamă și copilul.

Continuarea studiilor este mai curând o excepție, din cauză că aceste fete întrunesc, pe de o parte, probleme financiare, iar pe de altă parte, nici nu există servicii care le-ar permite să continue studiile, de exemplu: creșe gratuite pentru copii, programe de învățământ flexibile, facilități pentru studii universitare etc., neavând studii ele nu pot să se afirme pe plan profesional, riscând să devină șomere sau, în cel mai bun caz, să găsească un serviciu ce nu necesită anumite calificări. Cu toate acestea, există însă și istorii de succes în rândurile adolescentelor.

La această vârstă, majoritatea adolescentelor finisează ciclul general de educație, fie gimnazial, urmat de studii profesional-vocaționale, fie liceal, însă adolescentele însărcinate foarte des pot să nu finiseze nici ciclul gimnazial. Cazurile în care adolescentele cu un nivel înalt al reușitei școlare rămân însărcinate sunt mai rare. La fel, adolescentele care după finisarea studiilor gimnaziale urmează studii profesional-vocaționale sunt mai predispuse spre sarcină, aceasta se explică prin faptul că gradul de supraveghere din partea părinților și controlul social este mult mai scăzut, pentru că de obicei instituțiile de învățământ se află în altă localitate decât cea de baștină, iar adolescentele locuiesc în cămine studențești, adică în afara familiei.

„Sau nu învață nicăieri, sau învață la o școală de specialitate” (IIA_E5).

„Multe ajung până în clasa a 8-a și gata, s-au terminat toate studiile” (IIA_E13).

„Uneori finisează 9 clase, altele nu” (IIA_E1).

Gradul înalt de reticență și discriminare din cadrul societății, fapt menționat de adolescentele interviewate care deja au trăit această experiență: *„aceea o născut – luați seama și voi să faceți așa”, iată ce spun un profesor și un psiholog școlar” (17 ani, rural). Ca urmare, fetele abandonează școala: „Nu, nu am continuat studiile, deoarece îmi era rușine să mă duc la școală, câteodată îmi era lene” (17 ani, urban).*

Astfel, în cel mai bun caz, adolescentele finisează ciclul gimnazial sau fac o școală de meserii, au un nivel de studii inferior, fapt menționat și de experți, dar relevat și în cadrul interviurilor cu adolescentele: *„Am lăsat școala,*

Gagauz Olga

terminasem 8 clase" (16 ani, urban), „Eu am absolvit 7 clase, apoi am retras actele. După asta deja am mers la cursuri, am făcut o specialitate" (18 ani, urban). Abandonul școlar este determinat și de apariția unui nou statut social, care implică și asumarea unor roluri noi, specifice, pe care trebuie să le îndeplinească noua mămică, ea își asumă noi responsabilități, care îi cer mai mult timp și ea nu mai reușește să facă față tuturor rolurilor pe care le are, în special în cazurile când nu are susținere din parte familiei sau rudelor: „Multe ajung până în clasa a 8-a și gata, s-au terminat toate studiile" (psiholog, experiență profesională – 3 ani); „Uneori finisează 9 clase, alții nu" (asistent social perinatal, experiență profesională – 8 ani).

Neangajarea și lipsa studiilor le face pe adolescente dependente fie de părinți, fie de ajutorul acordat de organele abilitate: *„Ele nu pot să fie angajate, ei nu pot să trăiască singure, deci ele au nevoie de rețeaua de sprijin. Cineva nu și-a finisat studiile și atunci fără studii unde te ia la lucru? Aceste mame rămân într-o situație când nu pot să se asigure" (manager de programe la organizația CCF Moldova „Copil Comunitate Familie" – 13 ani).*

Reieșind din cele expuse, putem concluziona următoarele: problema maternității la vârsta adolescenței în mare măsură este determinată de mediul social marginalizat, care prezintă o barieră în adaptarea socială a acesteia, în multe cazuri nu-i permite să-și elaboreze o strategie de viață corectă pentru ea și copil. Probabilitatea de a avea o căsătorie de succes la această vârstă este foarte scăzută, dar în cazul în care o tânără mamă depășește dificultățile din primii ani, atunci se poate adapta bine în viitor.

5. SUPTUL SOCIAL ADOLESCENTELOR ÎNSĂRCINATE/MAME

5.1. Suportul din partea instituțiilor medicale

Un program reușit de intervenție, atât pentru prevenirea sarcinii la vârsta adolescenței, cât și în cazul mamelor adolescente, presupune analiza particularităților rețelei de suport social, coordonarea și conjugarea activităților întreprinse, evidențierea lacunelor în acest domeniu.

Suportul social prezintă o totalitate de relații interpersonale care oferă persoanei sentimentul de iubire, stimă de sine și apreciere, comunicare și apartenență, ajutor instrumental. Suportul social poate fi abordat ca o resursă oferită de ceilalți sau ca un schimb de resurse și se referă la funcționalitatea și calitatea relațiilor sociale, incluzând disponibilitatea percepută de ajutor și suportul primit. Putem evidenția mai multe tipuri de suporturi: emoțional, apreciativ (valorizare și recunoaștere personală), informațional (sfaturi, sugestii, direcții orientări, îndrumare), instrumental (ajutor material sau alt ajutor concret). Fiecare dintre aceste tipuri de suporturi sunt transmise de către cei ce furnizează suportul social indivizilor, cu un efect pozitiv asupra stării de bine.

Un rol foarte important în prevenirea sarcinilor la vârsta de adolescență și asistarea sarcinii îl are accesul la serviciile medicale, existența unor programe speciale cu destinație specială pentru această categorie de populație.

Perioada de sarcină este una destul de specifică, fiind asociată cu diferite schimbări atât la nivel fiziologic, cât și psihologic, cu atât mai mult aceste schimbări sunt mai intense în cazul adolescentelor, anume din această cauză la această etapă și au nevoie de servicii specifice.

Serviciile acordate adolescentelor însărcinate de asemenea sunt însoțite de norme speciale, diferențe nu există doar la internarea minorei în maternitate. Situația, însă, e diferită în cazul externării, când se cere prezența obligatorie a unuia din părinți sau a tutorelui, pentru a se asigura că mama minoră și copilul ei vor fi protejați de persoane mature.

„Până la 16 ani nu avem dreptul să examinăm adolescente fără prezență mamei, indiferent, dacă ele sunt de acord sau nu” (IIA_E6).

Gagauz Olga

„De obicei, rugăm pe cineva (sora, mama) să fie alături și cu atât mai mult, la orice manipulație trebuie să fie dat acordul, de aceea e de dorit ca cineva să însoțească copilul și să ia decizii” (IIA_E14).

Dacă minora este orfană, ea este stăpâna situației și ea hotărăște totul. Dar dacă are unul din părinți, numaidecât se cere acceptarea sau neacceptarea lor” (IIA_E13).

În prezent, în cadrul sistemului național de sănătate există anumite reguli de acces bazate pe limita de vârstă. În cazul minorilor cu vârsta până la 16 ani, consimțământul benevol pentru obținerea serviciilor de ocrotire a sănătății reproducerii este exprimat atât de minor, cât și de reprezentantul legal al acestuia. În cazul când este imposibil de a obține consimțământul reprezentantului legal al minorului și când serviciile medicale sunt indicate pentru a păstra viața și sănătatea acestuia, este suficient consimțământul său benevol. În această situație, decizia este luată în mod consultativ de către prestatorii de servicii, în interesul superior al minorului, în conformitate cu actele normative ale Ministerului Sănătății⁶⁵.

Astfel, adolescentele pot beneficia de anumite servicii doar prin acordul părinților sau tutorelui, ceea ce în unele cazuri formează anumite bariere când adolescentele recurg la serviciile ginecologice. Studiile în acest domeniu demonstrează ratele de sarcină la vârsta adolescenței mai mici în țările în care nu este necesar acordul părinților pentru avort, serviciile în domeniul sănătății reproducerii, contraceptivele sunt accesibile pentru tineri în toate zonele, în comparație cu țările în care aceste condiții lipsesc ⁶⁶.

În ceea ce privește sprijinul cadrelor medicale, conform rezultatelor cercetării, acesta este un suport, de cele mai multe ori de tip instrumental: consultație ginecologică, îngrijire pre și post-natală, consultație pentru copil. Ceea ce tinerele mame au presimțit ca lipsindu-le, a fost susținerea emoțională și o atitudine tolerantă, de foarte multe ori mamele simțind-se stigmatizate în

⁶⁵ LEGE Nr. 411 din 28.03.1995, ocrotirii sănătății, Art. 50/ publicat în Monitorul Oficial Nr. 34, art. Nr: 373 la 22.06.1995

<http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=312823&lang=1>, LEGE Nr. 138 din 15.06.2012, privind sănătatea reproducerii, art. 6, alin. 6/ publicat în Monitorul Oficial Nr. 205-207 art.6 Nr: 673, la 28.09.2012, data intrării în vigoare: 28.10.2012

<http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=344838>.

⁶⁶ Part K., Teenage pregnancies in the European Union in the context of legislation and youth sexual and reproductive health services. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. 2013. Dec;92(12):1395-406.

Sarcina în vârsta adolescenței

acest context medical, fără a li se asculta povestea. Cazuri de atitudine ignorantă și stigmatizantă sunt destul de frecvente, fiind specifice atât pentru instituțiile medicale din mediul urban, cât și din mediul rural.

„Erau unele care vorbeau normal, dar altele – ”uite, a născut la 16 ani – ce va face, ce una-alta” mă luau peste picior ”ce-ai făcut tu la 16 ani” (IIA_A13).

„Mereu au fost reacții negative. Erau așa situații când mergeam la centrul Neovita și medicul era ocupat, dar era nevoie de ultrasonografie urgentă, și mergeam la o policlinică de stat și medicul spunea că: „Iată, așa tinere și deja însărcinate... m-ați săturat deja”. Și evident că așa cuvinte sunt supărătoare... mai ales eu fiind sentimentală, emotivă, începeam să plâng. Și nici nu mai vroiam ultrasonografia ceea, doar să mă lase în pace. Dar după asta am renunțat la policlinica de stat, eram la evidență doar la Neovita” (IIA_A23).

„Era un medic care a venit la mine în salon și mi-a bruscat copilul și chiar m-am certat cu el, pentru că nu e frumos ce a făcut. Iar el îmi spunea de ce, mă rog, mă rostesc la el. Apoi a chemat-o pe mama la el a doua zi, dar el nu a venit. Mi se pare ceva urât din partea lui” (IIA_A24).

Atitudine binevoitoare și un suport emoțional acordat din partea personalului medical ajută mamele minore în acceptarea sarcinii și decurgerea cât mai favorabilă a acesteia, depășirea emoțiilor ce țin de acceptarea sarcinii la vârsta prematură și a unui rol social nou de mamă.

„Medicul de familie a vorbit calm cu mine când am fost la control, am fost cu mama și mi-a explicat unde să ne ducem. A zis că o să-mi distribuie vitamine” (IIA_A12).

„Nu știu cum e la Fălești, dar la Chișinău foarte bine s-au comportat, eu nu voiam să mă duc să mănânc, dar asistentele îmi aduceau în salon mâncare. S-au comportat foarte bine, mă întrebau dacă totul e bine dacă doresc ceva” (IIA_A1)

„Atitudinea medicilor a fost binevoitoare, am născut bine, la termen, la spital” (IIA_A6).

„Da toți s-au comportat frumos, nimeni nu răcnea la mine” (IIA_A8).

„Aici, în sat, aveau grijă” (IIA_A10).

„Pe de o parte, au fost uimiți că mama mea tot lucrează la spital, dar s-au comportat, înțelegător, m-au ajutat și m-au calmat că eu eram în depresie” (IIA_A11).

„Da, chiar au fost oameni cu suflet bun” (IIA_A25).

Gagauz Olga

Sunt cazuri când s-a constatat o atitudine indiferentă, lipsa ajutorului și ceea ce este mai important, lipsa comunicării și oferiri informațiilor necesare ce țin de îngrijirea nou-născutului și unele aspecte ale sănătății copilului. Acest aspect este semnificativ prin prisma faptului că dacă mamele adolescente se simt stigmatizate ele vor avea rețineri în a apela la serviciile respective.

„La spital, după ce am născut-o, că eu am născut-o dimineață și i-a pus vaccină, mi-a îmbrăcat-o, dar când trebuia de înfășat moașele au zis să o înfăș singură că ele se grăbesc” (IIA_A2).

„Medicii nu au interes să explice, să ajute, când am născut băiatul nimeni nu mi-a zis nimic, nici cum se face masaj, nici cum se face baie, nimic, dacă poate te adresai cu întrebări, poate îți explicau, dar așa, să vină ei să ne ofere ceva informații că suntem la început... La raion, când mă duceam nu avea nimeni interes de mine, singură mă descurcam. Eu cred atitudinea aceasta este din cauza salariilor mici” (IIA_A10).

„La Bălți nu ne-o lămurit, de aceea am avut probleme cu fetița” (IIA_A15).

5.2. Serviciile sociale

Inexistența sau insuficiența serviciilor sociale pentru adolescente este o problemă atât în prevenirea sarcinii la adolescente, în special în cazurile când adolescența provine dintr-o familie social vulnerabilă, cât și pentru integrarea socială a adolescentelor după apariția copilului. Inexistența serviciilor ce ar susține părinții și i-ar ajuta să comunice cu proprii copii, sunt temele jenante pentru aceștia, fiind subliniate și de experții intervievați în cadrul cercetării realizate: *„lipsa serviciilor care ar veni în ajutorul părinților să medieze conflictele dintre generații... Părinții nu fac față schimbărilor care se întâmplă”*(șef Secția reintegrare familială și adopție, Direcția municipală pentru protecția drepturilor copilului – 16 ani).

Statul acordă diferite servicii adolescentelor ce au născut sau sunt însărcinate. Astfel, adolescentele pot beneficia de: indemnizația garantată de stat femeilor ce se află în concediu de îngrijire a copilului, indiferent de faptul dacă a fost asigurată sau nu. ajutorul social, în cazul în care este depistată situația materială precară și aceasta poate fi înregistrată doar pe o persoană ce a atins vârsta de 21 ani, care e responsabilă de minoră. Un alt tip de ajutor acordat minorei este cel pe care îl poate oferi fie centrul maternal, fie alte ONG-uri la care aceasta apelează sau este direcționată.

Sarcina în vârsta adolescenței

Atât în perioada sarcinii, cât și după naștere, situația economică a familiei suferă modificări esențiale, problemele de ordin economic devenind tot mai stringente, familiile cu copii fiind mai mult expuse riscului de sărăcie decât alte tipuri de gospodării⁶⁷, cu atât mai mult adolescențele sunt supuse acestui risc.

Datorită faptului că adolescențele nu sunt asigurate, ele sunt expuse riscului înalt de sărăcie, cu toate acestea adolescențele beneficiază de același pachet de indemnizații ca femeile neasigurate social, adică care nu au fost angajate până la momentul sarcinii. Indemnizațiile pentru grupurile social neasigurate sunt foarte mici, din această cauză nu pot acoperi toate costurile ce țin de creșterea copilului.

Indemnizația și ajutorul social pe care îl garantează statul este insuficient: *„Dacă o adolescentă a născut și vrea să trăiască singură, asta e imposibil. 300 lei pentru că ea nu a lucrat – este indemnizația lunară pe care o primește pentru copil – și ce face cu 300 lei, nimic” (manager de programe la organizația CCF Moldova “Copil Comunitate Familie” – 13 ani).* Pe lângă acest fapt, experții au sesizat și un grad înalt de birocratizare a procesului de obținere a acestui ajutor de către minore: *„Au probleme cu indemnizațiile nu le poate primi din cauză că tatăl copilului este fără statut și mai au o cotă de pământ care compensează aceste indemnizații”.* (Asistent social – 12 ani). Totuși este necesar de menționat că această situație este specifică per general societății noastre, nu doar în cazul adolescențelor.

Ajutorul social este un alt tip de suport financiar acordat de stat beneficiarilor care întrunesc anumite condiții (lipsa locului de muncă, venituri insuficiente sau lipsa acestora etc.). De asemenea prestații nu pot beneficia toate adolescențele, nu doar din motiv că nu întrunesc toate cerințele necesare, ci și din cauza gradului de birocratism destul de înalt, un alt motiv este și informarea sau mai curând lipsa acesteia. Astfel necesitățile cuplului mamă-copil nu pot fi satisfăcute prin intermediul indemnizațiilor oferite de stat și nici nu sunt dezvoltate alte servicii care ar putea satisface aceste trebuințe ale adolescenței și copilului acesteia.

⁶⁷ М.А. Малкова Факторы семейного неблагополучия и механизмы профилактики социального сиротства: результаты анализа и рекомендации, под редакцией Л.Н. Овчаровой, Е.Р. Ярской-Смирновой, Moscova, 2010; Детская бедность в России Тревожные тенденции и выбор стратегических действий Л.Н. Овчарова Д.О. Попова, Moscova, 2005 pag 27
http://www.socpol.ru/publications/pdf/RUS_Child_Poverty.pdf

Gagauz Olga

„Primește numai indemnizația pentru copil, indemnizația unică la naștere și atât. Ar putea să beneficieze de ajutor social numai în cazul când locuiește cu mama și ca solicitant o pune pe mama, deoarece solicitantul trebuie să aibă minimum 21 de ani” (IIA_E24).

„Au probleme cu indemnizațiile, nu le poate primi din cauză că tatăl copilului este fără statut și mai au o cotă de pământ care compensează aceste indemnizații” (IIA_E19).

„Noi nu avem indemnizație pentru mamă solitară. Dacă o adolescentă a născut și vrea să trăiască singură, asta e imposibil. 300 lei pentru că ea nu a lucrat – este indemnizația lunară pentru îngrijirea copilului” (IIA_E16).

Un alt tip de ajutor social prezintă centrele maternale, având drept scop prevenirea abandonului copilului, mămica minoră fiind susținută, iar copilul rămâne în familia biologică. *„Fetele beneficiază de consiliere psihologică, preot (consiliere rituală), servicii de plasament, și tot de ce are nevoie material (haine, hrană etc.). Din centru ele nu pleacă pur și simplu, noi le găsim la toate o soluție... Avem și un proiect aparte în care putem susține 8 mame un an de zile cu un pachet lunar cu cele mai necesare bunuri, în special scutecele și hrana pentru copii. Pe copilaș l-am dat la creșă, pentru mamă agenția națională de ocupare a forțelor de muncă i-a găsit de lucru și am început să conlucrăm și cu agentul economic care a luat-o la lucru, directorul ne-a ajutat să găsim o locuință mamei, este vorba despre o mămică orfană la care părinții au fost decăzuți din drepturile părintești” (șef Centrul maternal Diaconia – 13 ani).*

Cazurile, când adolescenta este plasată la centrul maternal, de obicei, prezintă un grad de risc social și vulnerabilitate sporită și necesită intervenții atât în perioada de până la naștere, cât și după. Unul din cele mai importante servicii ce sunt oferite adolescentei în perioada în care este ea este cazată este probabil medierea relației cu familia de origine, ceea ce va facilita reintegrarea familială ulterioară a adolescentei. Un aspect important este continuarea monitorizării adolescentei post-perioadă de acordare a serviciilor centrului, astfel specialiștii se asigură de finalitatea reușită a intervenției realizate.

„Plasăm aceste fete în centrele maternale, unde li se oferă spațiu locativ, alimentație; condiții bune, totul este gratuit” (IIA_E1).

„Se oferă consultație psihologică. Dacă situația materială este precară, li se acordă diferite ajutoare materiale, financiare. A fost plasat împreună cu copilul la un centru de plasament, centru maternal dacă dorește, se mai prelungește termenul până la 6 luni” (IIA_E2).

„În cazul copilului, există centrul maternal care îi va acorda un plasament pe o perioadă de jumătate de an, îi va acorda ajutor mămicii să crească copilul, și paralel se lucrează cu familia pentru ca cuplul să fie reintegrat în familie. Mai avem serviciul de sprijin familial, care are ca scop ajutor atât material, cât și o consultație, o consiliere” (IIA_E18).

„În cazul în care sunt probleme cu familia sau nu dispune de finanțe suficiente pentru creșterea copilului, se contactează Centrul Maternal și o plasăm înainte de naștere” (IIA_E21).

Centrele maternale, la fel ca și asistenții sociali, sunt obligați să monitorizeze situația după externarea adolescenței din maternitate. În cazul organelor abilitate, minorele se monitorizează până la majorat, însă această practică este mult mai rară, adică se merge pe o monitorizare o dată la una sau la două luni: *„Dacă cazul este fericit, de exemplu a plecat acasă, este vizitată de asistentul social de 2 ori pe săptămână și de medicul de familie, dacă totul este în regulă, se trece la o monitorizare mai pasivă – de la 2 ori pe săptămână se trece la o dată pe săptămână. Familia este monitorizată până la majoratul copilului, fie o dată în lună, fie o dată la 2 luni” (Pedagog organizator în cadrul Direcției municipale pentru protecția copilului – 4 ani).*

De regulă, ajutorul ce se acordă de către centrele maternale este posibil doar în cazurile când se face o intervenție complexă de către centrul maternal spre care sunt îndreptate minorele de către specialiști (asistenții sociali, medicii). În cadrul acestor centre, minorele beneficiază de servicii de cazare pentru o anumită perioadă (de la 3 luni până la un an) și la fel în acest timp le sunt acordate diferite servicii, începând de la cele medicale și finisând cu diferite servicii de instruire, atât profesională, cât și socială (abilitatea de gestionare corectă a banilor, îngrijirea copilului, etc.) și diferite servicii juridice. Un accent evident se pune pe procesul de consiliere a minorelor și pe procesul de mediere a problemelor acestora cu familia de origine, în cadrul acestora se implică și specialiști din diferite domenii: asistenți sociali, profesori, psihologi, juriști, medici etc. Există și anumite practici orientate spre soluționarea diferitor probleme, de exemplu: procurarea unei case, reparații; pentru aceasta se apelează la diferite persoane (agenți economici, sponsori), însă această practică este mai curând o excepție decât una general acceptată sau folosită.

Centrele maternale nu sunt unicele instituții care se implică în susținerea adolescențelor, există și anumite organizații de caritate care acordă diferite servicii adolescențelor, orientate spre susținerea cuplului mamă-copil și crearea condițiilor optime pentru păstrarea acestuia.

Gagauz Olga

„Foarte mult conlucrăm cu centrele de alternativă ca să le putem plasa. Apelăm la Organizația Internațională pentru Emigrație, care împreună cu asistentul social creează condiții cu strictul necesar pentru o mamă cu copil. Conlucrăm și cu ASADA, mai avem centre pentru copii de vârstă fragedă. Asigurăm cu lemne de foc pentru iarnă, care la fel ne ajută Organizația Internațională pentru Emigrare. Căci administrația publică locală ne spune că ei nu au” (IIA_E19).

„Ajutor material și social când ele pleacă din maternitate, când sunt la domiciliu, de care se ocupă tot asistentul social. Începem de la centrul maternal, îi oferim tot pachetul de servicii pe care îl putem oferi, dacă părinții sau ea personal poate să achite o gazdă și are nevoie să meargă la serviciu, noi putem să găsim loc în creșă, la un caz am găsit și sponsor să-i achite gazda numai să stea cu copilul alături...când ne spune că dorește să refuze de copil, noi încercăm să implicăm asistentul social, psihologul, medicul, părinții în cazul în care sunt, sunt mulți actori sociali care participă la discuții frecvente, desigur recomandăm tot ce e posibil, sunt organizații cu care lucrăm CCF Moldova care pune accent pe prevenirea refuzului, abandonului, se lucrează foarte mult cu familia biologică, noi încercăm să procurăm scutece, să găsim o bonă, numai să ia copilul acasă” (IIA_E22).

„Aici, în Chișinău, am creat un serviciu foarte bun, un serviciu-creșă, unde mamele în situații de risc pot să plaseze copiii de la 4 luni până la 2 ani și jumătate, pe perioada de zi, ca la grădiniță. E un serviciu pentru mamicile care sunt singure, au fost refuzate de rude, n-au sprijin, sunt orfane și doresc să se angajeze să poată să-și satisfacă unele necesități, cum ar fi: gazda, mâncarea, dar nu are ce face cu copilul” (IIA_E16).

„Eu, ca psiholog, lucrez la starea ei emoțională, juristul – starea lucrurilor ce ține de partea juridică, medicul este responsabil de tratament, medicamente, tot ce trebuie. Asistentul social se ocupă de alimentație și igiena personală, adică toate lucrurile se procură. Noi avem contract încheiat cu agentul public, totul pe recipisă se dă, fiindcă inițial noi ca ONG când am fost le dădeam banii în plic, le învățam cum să-și gestioneze banii. Dar acum, chiar mai bine mănâncă copiii, fiindcă dacă inițial, ele mai puteau să-și mai procure și lor câte ceva, limitându-l pe copil, acum este pe recipisă – ele numai se duc, iau de la magazin. Da, ele singure își fac notițe de ce au nevoie. În orice caz, sunt mult mai asigurate” (IIA_E17).

„Fetele beneficiază de consiliere psihologică, preot (consiliere rituală), servicii de plasament, și tot de ce are nevoie material (haine, hrană etc.). Din centru ele nu pleacă pur și simplu, noi le găsim la toate o soluție... Avem și un proiect aparte în care putem susține 8 mame un an de zile cu un pachet lunar cu cele mai necesare bunuri, îndeosebi scutecele și hrana pentru copii. Pe copilaș l-am dat la creșă, pentru mamă agenția națională de ocupare a forțelor de muncă i-a găsit de lucru și am început să conlucrăm și cu agentul economic care a luat-o la lucru, directorul ne-a ajutat să găsim o locuință mamei, este vorba despre o mămică orfană la care părinții au fost decăzuți din drepturile părintești” (IIA_E23).

În cazul ONG-urilor monitorizarea minorelor se face până la 6 luni, însă de facto relațiile cu minorele se păstrează pentru un timp mai îndelungat: *„Noi le monitorizăm după legislație 6 luni, dar de facto chiar din primii noștri beneficiari vin la noi după ajutor și sfaturi” (șef Centrul maternal Diaconia – 13 ani).*

Experții de asemenea au subliniat existența anumitor deficiențe atât la nivel legislativ cât și la nivel practic, în special inexistența unor programe speciale pentru suportul adolescentelor ce au devenit mămici (creșe pentru copii în vârstă până la 3 ani, alte servicii de ajutor social).

5.3. Intervenția echipelor multidisciplinare

În ultimii ani, în Republica Moldova funcționează echipele multidisciplinare, având drept scop intervenția în cazuri de risc atât pentru mamă, cât și pentru copilul nou-născut. Prin intermediul acestor echipe se urmărește păstrarea cuplului mamă-copil prin acordarea diferitor facilități și servicii la diferite nivele. Echipele multidisciplinare sunt formate din specialiști din principalele domenii sociale: asistenți sociali, psihologi, profesori, medici, polițiști etc.

Conlucrarea dintre specialiști sau activitatea unei rețele multidisciplinare în asemenea cazuri ar fi decisivă, însă datorită neimplicării sau implicării superficiale a unor specialiști aceasta, de regulă, se stopează la etapa acordării unui singur ajutor, acest fapt fiind mult mai evident în privința informării adolescentelor însărcinate despre serviciile disponibile: *„Ea știa dar nu știa unde să se adreseze, căci la noi, ca să capeți o informație simplă, e foarte greu, nimeni nu-ți spune concret unde să te adresezi și ce ai de făcut.” (profesor*

Gagauz Olga

de istorie, director adjunct – 12 ani). Informația despre serviciile la care ar putea apela minora, fie însărcinată, fie după ce a născut, mai frecvent sunt oferite de către specialiști din domeniul privat/nonguvernamental și mai puțin de către cei din cadrul sectorului public: „Mama nu știa despre ajutorul social, noi am ajutat-o, am informat-o, am monitorizat-o.” (Directorul Centrului Protecția Familiei și Copilului – 8 ani).

„Acum avem un sistem bine determinat în parteneriat strâns cu autoritățile locale, asistența socială, cu organele de poliție și organele din sistemul sănătății și avem desigur și rezultate, foarte mult s-a lucrat și se lucrează cu școala, cu primăria, cu asistenții sociali, ca aceste persoane să fie sprijinite și pe parcurs poate nu atât fizic și material, cât psihologic. Noi facem doar investigațiile medicale, ne adresăm la asistentul social pentru a-i face o anchetă, ca mai apoi să fie trimisă de către autoritățile locale” (IIA_E20).

Raportându-ne la cele menționate de experții intervievați putem menționa că conlucrarea intersectorială este asigurată din plin, cu toate acestea însă există anumite inconveniențe atât cu situație reală pe care au raportat-o adolescentele, cât și cu faptul că anunțarea altor specialiști este destul de complicată și însuși procesul în sine este destul de birocratizat, la fel sunt menționate anumite deficiențe ce nu țin doar de cele legislative sau structurale, ci și de atitudinea unor specialiști atât față de activitatea lor în general, cât și în privința adolescentelor: „Nici asistența socială nu a intervenit cu nimic ajutor, în genere ei nu prea vin cu ajutoare în cazuri similare” (profesor de istorie, director adjunct – 12 ani). Așadar, specialiștii pur și simplu nu-și îndeplinesc misiunea și aceasta face ca cei interesați să apeleze mai curând la sectorul non-guvernamental, care este mult mai deschis și mai disponibil să se implice de cât cel public.

Activitatea echipelor multidisciplinare întrunește diferite deficiențe, una din principalele cu care se confruntă acestea și care diminuează calitatea serviciilor acordate este lipsa reală a unei coordonări a acesteia. Lipsește atât monitorizarea eficientă a activității echipelor multidisciplinare, cât și un mecanism efectiv de comunicare la nivel intersectorial. O altă problemă ține de calitatea factorului uman. O importanță deosebită o are nu doar numărul personalului ocupat în asemenea activități, cât și gradul de implicare personală a acestora în activitatea pe care o desfășoară. Astfel, atitudinea

Sarcina în vârsta adolescenței

personală în cadrul activității sociale, în special în activitatea cu asemenea grupuri de populație, este foarte importantă, adolescențele fiind un grup ce necesită o atitudine deosebită mai ales în asemenea cazuri.

„Aici e o lacună foarte mare, dacă ar fi 2, 3 asistenți sociali, fiecare trebuie să știe că el lucrează cu 3 medici de familie, în fiecare lună să vină în cabinet la medic și să spună unde mergem, pentru că el trebuie să organizeze” (IIA_E10).

„Nu, fiindu-i frică, fiindu-i teamă, fiindcă a amenințat-o. Noi am venit pentru a o încuraja, că uite, s-a întâmplat. Poliția își face treaba, mai departe anchetatorii” (IIA_E3).

„Asistenții sociali ne lipsesc, fiindcă ei fac anchete sociale și stau mai mult în birou, la insistența noastră prin demersuri îi mai scoatem din birouri în teritoriu, pentru ca să nu merg eu singură la familia dată, dar să mai fie și cineva din administrație” (IIA_E8).

În esență, activitatea echipelor multidisciplinare trebuie să înceapă mai devreme de apariția problemei, fiind centrată pe prevenirea acesteia, or ea începe doar când apare problema ca atare. La fel și activitatea echipelor multidisciplinare se deosebește în dependență de complexitatea situației, în cazuri mai dificile activitatea se focalizează maximal pe rezolvarea acestora, fiind atrași și alți actori sociali și instituții.

„Am conlucrat foarte bine cu Centrul maternal din Chișinău și ele colaborează cu diferite ONG... Dacă este plasată în spital, împreună specialiștii din direcție, asistentul social din localitate colaborează destul de intens” (IIA_E2).

„Avem stabilite relații cu toate direcțiile de sănătate din municipiu plus maternitățile, spitalele. Informația este referită către noi doar la cazurile care persistă risc de separare sau abandon. Dacă este un caz fericit ne implicăm cu o monitorizare anuală, cum prevede serviciul de tutelă-curatelă. Dacă este un caz cu probleme unde există riscuri, ne deplasăm la maternitate, discutăm, vedem care sunt necesitățile. Stabilim un plan individualizat la acest caz. O soluție deseori sunt centrele maternale. Plasamentul în aceste instituții sunt prin îndreptarea direcției municipale. Cazul este preluat de către specialiștii din sector care mediază conflictul familial. Dacă minora declară că a fost violată, atunci noi prezentăm cazul la procuratură sau la CNPAC” (IIA_E7).

Gagauz Olga

Conlucrarea intersectorială nu se realizează doar la nivelul specialiștilor din domeniul public, ci tot mai mult se pune accentul pe colaborarea dintre instituțiile publice și cele din sectorul non-guvernamental, privat.

„Noi avem în teritoriu serviciul ca sprijin familial, unde prin comisia copilului aflat în dificultate noi deschidem un dosar, întocmim planul individualizat de asistență socială, identificăm necesitățile, lucrăm la caz până a ajunge la comisia Copilului aflat în dificultate, discutăm cazul la consiliul local al protecției drepturilor copilului, la primărie, de unde vine cazul. Chiar dacă i se acordă ajutorul, banii sunt gestionați împreună cu asistentul social comunitar, se întocmește lista necesităților, după aceasta banii sunt ridicați împreună cu asistentul social comunitar și cumpărăturile se fac împreună...Noi mai avem în raion o biserică Evanghelistă care ne ajută foarte mult. Reprezentanții acesteia conlucrează cu noi, noi le punem la dispoziție listele familiilor social-vulnerabile; aproape în fiecare an se acordă un pachet alimentar, unul, igienic și altul de iarnă” (IIA_E24).

„Noi intervenim când ne informează asistentul social din localitate sau centrele din sistemul național de referire. Examinăm problemele cu care ea se confruntă, vedem ce prestații sunt din fondul social sau alte ajutoare independente. Întâlnim și unele bariere - la oficiul stării civile, la casa teritorială de asigurări sociale, la direcția de evidență și documentare, la instituția publică Sănătate. Apelăm și la ONG-urile naționale. Instituțiile de stat sunt mai puțin receptive, decât cele neguvernamentale” (IIA_E19).

„Conlucrăm cu mai multe ONG-uri, cu direcția municipală pentru protecția drepturilor copilului și cu direcțiile de sector, cu parohiile noastre și toate maternitățile și direcțiile de asistență socială din raioane. Maternitățile ne sună și ne anunță despre cazuri. Cu ONG-urile lucrăm împreună la soluționarea cazurilor. Lucrăm cu CCF Moldova, cu Neovita, Concordia și cu centrul OEM-ului” (IIA_E23).

Intervențiile echipelor multidisciplinare necesită și anumite resurse financiare, care nu pot fi acoperite de către sectorul public, anume din această cauză se apelează foarte des la sectorul nonguvernamental, care poate acoperi unele necesități specifice, cum ar fi: cazarea, acordarea anumitor cursuri parentale, dar și de instruire profesională, acordarea unor surse bănești etc. Centrele maternale în acest sens au devenit unul din partenerii de bază ai

echipelor multidisciplinare, oferind diverse servicii adolescentelor însărcinate sau care au născut. Aceste centre acordă servicii complexe, fiind formate dintr-o echipă de specialiști diverși sau apelând după necesitate la serviciile unor specialiști din afară: medici, juriști etc. Datorită existenței echipei multidisciplinare, în cadrul centrelor maternale este posibilă constituirea unui program individualizat de intervenție pentru fiecare beneficiar. Unul din principalele puncte forte ale centrelor maternale este oferirea serviciilor de cazare, fie chiar și temporară, însă aceste centre sunt insuficiente și nu au o capacitate ce ar putea acoperi toate cazurile ce necesită asemenea intervenție.

5.4. Suportul altor instituții

Activități ce țin de prevenirea sarcinii la vârsta adolescenței prezintă o preocupare a rețelei *Educatorilor de la egal la egal-Y-peer*. Scopul acesteia este de a informa tinerii despre modul de viață sănătos și de a-i ajuta să ia decizii responsabile privind propria sănătate. Modul de conlucrare cu adolescenții și tinerii cuprinde ore informative, discuții, mese rotunde, tabere de vară sau activități care sunt în afara școlii și în afara taberelor de vară, cum ar fi în stradă, la discotecă. Activitățile menționate se încadrează în educație pentru sănătatea reproductivă.

În prezent, aria de intervenție a echipelor *Y-peer* este destul de largă, se încearcă să fie acoperit întregul teritoriu al țării, activitatea variază și în mare parte depinde de liderii care se manifestă în echipă. De exemplu, echipa de la Drochia anual organizează circa 180 de ore informative, pe când alte echipe – doar 40 de ore.

Experții au menționat că în unele cazuri administrația instituțiilor de învățământ și administrația publică locală nu sunt receptivi la organizarea unor astfel de campanii de informare. Foarte mult depinde de existența unei colaborări la nivel tineri-adulți, de persoanele bine pregătite pentru acest lucru.

„Când avem campanii de informare în școli, avem un ordin de la Ministerul Educației, care ne permite să intrăm în școală (...). Instituțiile de învățământ primesc acest ordin (...). Acolo unde există echipele este mai ușor, pentru că administrația știe care este conceptul nostru, acolo unde nu există aceste echipe e mai dificil, pentru că se știe situația. Dar și când există o echipă, este nevoie de foarte multă muncă ca să demonstrăm că totuși asta este o activitate bună (...), de multe ori administrația este reticentă la activitățile făcute de educatorii de la egal la egal”.

Gagauz Olga

Centrele Prietenoase Tinerilor sunt partenerul de bază a Echipelor *Y-peer* la care se face referință ca tinerii să fie informați despre activitatea lor și să apeleze la serviciile acestora. În câteva raioane, echipele de educatori de la egal la egal se află în sediile acestor centre, având posibilitatea de a obține și o pregătire calitativă în domeniul sănătății reproducerii. Există parteneriate cu organizațiile de tineret, cum ar fi Consiliul Național al Tineretului, centrele de resurse – la nivel local, consiliile de tineret la nivel local, care lucrează cu tinerii, iar colaborarea cu aceste structuri este benefică. Ministerul Educației, susține atât organizarea campaniilor de informare, cât și organizarea festivalului național de teatru social; Ministerul Tineretului și Sportului, vine și cu susținere financiară.

În cadrul cercetării realizate a fost identificată o conlucrare intersectorială atât la nivelul diferitor specialiști și servicii, cât și la nivelul sectoarelor public-nonguvernamentale: *„Conlucrăm cu mai multe ONG-uri, cu direcția municipală pentru protecția drepturilor copilului și cu direcțiile de sector, cu parohiile, cu maternitățile și direcțiile de asistență socială din raioane. Maternitățile ne anunță despre cazuri concrete. Cu ONG-urile lucrăm împreună la soluționarea cazurilor. Lucrăm cu CCF Moldova, cu NEO-Vita, Concordia și cu centrul OEM-ului” (șef Centrul maternal Diaconia – 13 ani)*. Datorită conlucrării cu sectorul public-nonguvernamental, specialiștii găsesc soluții pentru rezolvarea problemelor în ceea ce privește acordarea ajutorului minorelor, deși în opinia experților sunt mai simple relațiile de conlucrat cu ONG-urile decât cu organele statale. Cu toate acestea, conlucrarea intersectorială începe doar din momentul apariției problemei, și nu la etapa de prevenire a acesteia.

CONCLUZII

1. Rezultatele cercetării au demonstrat că pentru majoritatea adolescentelor în vârstă sub 18 ani sarcina nu a fost rezultatul unei alegeri libere. Dimpotrivă, sarcina la această vârstă prezintă rezultatul lipsei de opțiuni și a circumstanțelor socioeconomice și culturale dincolo de controlul unei fete. Sarcina timpurie reflectă neputință, sărăcie și presiune din partea partenerului, iar în multe cazuri acesta este rezultatul violenței sexuale sau constrângerii. Sarcina la vârsta adolescenței prezintă o încălcare a drepturilor copilului (conform Convenției cu privire la drepturile Copilului, persoana în vârstă sub 18 ani este considerată un copil) și subminează oportunitățile unei fete de a exercita dreptul la educație, sănătate și autonomie. Dezavantajele sociale, cum ar fi statutul socioeconomic scăzut al familiei, lipsa oportunităților socioeconomice la nivel local, aspirațiile educaționale scăzute, precum și lipsa suportului necesar în situații de dificultate din partea familiei, școlii comunității se asociază cu sarcina/nașterea copilului în vârstă de adolescență.

2. Ratele ridicate ale sarcinii la vârsta adolescenței sunt determinate de gradul scăzut de informare a adolescentelor cu privire la sexualitate și planificarea familială, insuficiența programelor de educație sexuală și calitatea slabă a programelor, gradul scăzut de informare a adolescentelor cu privire la serviciile de sănătate adresate tinerilor, reticența față de acestea din cauza confidențialității reduse, accesibilitatea geografică (financiară) scăzută a serviciilor prietenoase tinerilor. Accesul limitat la metodele moderne de contracepție: costul ridicat al contraceptivelor și care nu sunt suportate de asigurarea medicală, cerințele prescrise pentru unele metode, persistența normelor culturale care limitează utilizarea contraceptivelor moderne – toate acestea de asemenea prezintă un obstacol important în calea accesului anumitor grupuri de femei, inclusiv al femeilor cu venit redus, al adolescentelor și al femeilor care au avut relații violente. Serviciile de sănătate existente nu corespund necesităților reale ale tinerilor, în special ce țin de conținut și calitate. Grupurile de persoane tinere în stare de vulnerabilitate au acces mai dificil la serviciile de sănătate.

3. Factorii socioculturali, normele sociale și inegalitatea de gen influențează expresia sexualității și comportamentul sexual, multe adolescente având un grad scăzut de putere și control în relațiile lor sexuale. Inegalitatea de gen reprezintă o cauză fundamentală a nerealizării sănătății sexuale și

Gagauz Olga

reproductive în cazul adolescentelor, percepțiile stereotipe legate de feminitate și masculinitate (băraților li se permite mai multă libertate sexuală decât femeilor), în general, precum și percepțiile legate de sexualitatea fetelor și femeilor, în special, reprezintă o piedică importantă în ameliorarea sănătății reproducerii și reducerea ratelor de sarcini la adolescente. Comunitățile locale nu susțin și chiar adesea nu acceptă, prin atitudine de judecată, apelarea tinerilor la serviciile de sănătate sexual-reproductivă.

4. Deși în prezent se observă o toleranță socială crescută față de fenomenul în cauză, adolescentele însărcinate/mamele minore deseori se confruntă cu problema izolării sociale, fiind stigmatizate și blamate de comunitate, având posibilități reduse pentru continuarea studiilor și obținerea unei profesii, obținerea independenței materiale. În majoritatea cazurilor, nașterea copilului la vârsta adolescenței sporește riscul sărăciei și vulnerabilității sociale pentru mamă și copilul ei.

5. Violența sexuală asupra adolescentelor este destul de răspândită, având efecte devastatoare asupra demnității, bunăstării psihologice, autonomiei și sănătății reproductive, dat fiind faptul că au un efect negativ asupra bunăstării personale și a stimei de sine, a relațiilor sexuale, a sarcinilor, a nașterii și reprezintă un risc permanent pentru sănătatea femeilor, dar și pentru comunități și societate. În prezent se constată gradul scăzut de protecție socială și juridică a adolescentelor în situații de abuz și violență sexuală, atât din cauza imperfecțiunii cadrului legislativ cu privire la examinarea cazurilor de abuz și violență asupra adolescentelor (minorelor), cât și din cauza unor atitudini stigmatizatoare față de adolescentele – victime.

6. Se constată lipsa unei abordări sociale complexe cu privire la prevenirea sarcinilor în vârsta de adolescență, axarea acțiunilor la rezolvarea problemei. Se conturează necesitatea unor programe speciale pentru a trece dincolo de o abordare orientată spre rezolvarea problemei la cea de dezvoltare, care promovează comportamentul autoprotector al adolescenților și rezistența lor la unii factori distructivi din exterior, tranziția de la intervenții individualizate la intervenții familiale și comunitare; participarea activă a tinerilor (de la tineri ca destinatari pentru tineri ca participanți activi); abordări verticale coordonate, eforturile integrate în promovarea sănătății și prevenirea comportamentelor de risc. Cadrul instituțional privind sănătatea sexuală și reproductivă a adolescenților urmează să fie axat pe o dezvoltare centrată pe familie, cultură și mediul social favorabil, sănătatea sexuală și reproductivă fiind tratată ca o componentă integrantă a stării generale de sănătate.

RECOMANDĂRI DE POLITICI

În abordarea sarcinii la vârsta adolescenței prin prisma politicilor și programelor este nevoie de o schimbare a paradigmei, luând în considerare faptul că această problemă ține de drepturile umane, încălcarea cărora este de multe ori o cauză a fenomenului. Este necesar să se treacă de la intervențiile axate pe adolescente/fete ca sursa problemei la intervențiile care abordează factorii determinanți ce duc la sarcina în vârstă adolescenței.

Pentru ameliorarea situației social-economice a adolescenților și tinerilor, creșterea bunăstării acestora sunt necesare următoarele activități:

- Intervenții pe durata copilăriei timpurii prin diferite programe de dezvoltare, care combină nivelul individual cu nivelul structural pentru combaterea dezavantajelor sociale și intensificării protecției sociale a familiilor cu copii.
- Promovarea drepturilor copiilor, îmbunătățirea calității educației școlare pentru a ridica așteptările și ambițiile adolescenților pentru viitor, eradicarea efectului unei copilării nefericite în circumstanțe materiale precare.
- Dezvoltarea oportunităților socioeconomice la nivel local și a culturii generale, creșterea ratei de ocupare a tinerilor și a posibilităților de angajare, promovarea drepturilor umane și principiilor egalității de gen.

Creșterea gradului de informare a adolescenților cu privire la sexualitate și sănătatea reproductivă

- Introducerea cursului “Deprinderi de viață” în școală, care să includă și aspecte legate de educația sexual-reproductivă. Informarea adolescenților cu privire la sănătatea sexuală și reproductivă cu accent pe amânarea primului raport sexual spre vârstă mai matură, îmbunătățirea utilizării contraceptivelor, prevenirea sarcinii și infecțiilor cu transmitere sexuală.
- Dezvoltarea serviciilor de educație sexuală de înaltă calitate prin extinderea rețelei Centrelor Prietenoase Tinerilor, în special la nivel comunitar, creșterea culturii contraceptive a adolescenților, accesului

Gagauz Olga

la contraceptive, inclusiv la contracepție de urgență pentru toate categoriile de adolescenți, în special pentru cei din familiile social-vulnerabile. Îmbinarea serviciilor de prevenire a sarcinii cu alte servicii pentru tineri, lucrul cu adolescenții prin implicarea "*liderilor de opinie*", discuții în grup *de la egal la egal* și colaborarea în parteneriat cu comunitatea.

- Furnizarea serviciilor pe termen lung și intervenții adaptate pentru a satisface nevoile locale ale tinerilor, în special în grupurile cu risc ridicat.
- Informarea și schimbarea de atitudine a bărbaților vizavi de importanța metodelor de contracepție, sporirea responsabilității acestora în ceea ce privește sănătatea reproductivă.
- Dezvoltarea unui sistem unitar și coerent de prevenire, sesizare și intervenție în cazurile de abuz, neglijare și exploatare a copilului, respectarea dreptului copilului la protecție prin intervenție multidisciplinară și interinstituțională. Prevenirea abuzului și violenței sexuale asupra adolescentelor prin perfecționarea mecanismelor de aplicare a prevederilor legislative.

Sprijinul mamelor-minore

- Acordarea de sprijin financiar și insistarea ca mamele adolescente să locuiască cu părinții lor pentru a spori probabilitatea ca acestea să-și continue studiile.
- Dezvoltarea intervențiilor complexe de sprijinire a mamelor minore: consultanță juridică și psihologică gratuită. Organizarea unor seminare speciale pentru mame/părinți minori privind îngrijirea și dezvoltarea copilului.
- Suportul pentru încadrare în câmpul muncii, garantarea accesului la serviciile de educație extrafamilială (creșe/grădinițe) cu îngrijire completă pe parcursul zilei de lucru.

Bun de tipar: 03.12.2015

Format: B5, Com. 20

Coli de tipar conv.: 8,4

Complexul Editorial, INCE,
Chişinău, str. Ion Creanga, 45.
fax. (+37322) 74-37-94, tel.: 0-22-50-11-30
www.ince.md, bircaiulita@mail.ru