

**FĂRĂ VOCE. FĂRĂ LEGE.  
FĂRĂ DREPTATE.**



**Studiul**  
**privind violența**  
**obstetrică și**  
**ginecologică în**  
**Republica Moldova**



# FĂRĂ VOCE. FĂRĂ LEGE. FĂRĂ DREPTATE.

**Primul studiu național privind fenomenul  
violentei obstetrice în Republica Moldova**

CHIȘINĂU, 2023

Prezentul studiu este realizat de către Centrul Parteneriat pentru Dezvoltare în cadrul proiectului „Suport organizațional”, implementat cu suportul financiar al IM Swedish Development Partner Lund Sucursala Chișinău.

# CUPRINS

SUMAR EXECUTIV .....	3
VIOLENȚA OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGICĂ: ABORDĂRI CONCEPTUALE .....	5
PERCEȚII PRIVIND VIOLENȚA OBSTETRICĂ.....	9
PREVALENȚA VIOLENȚEI OBSTETRICE.....	14
RAPORTAREA CAZURILOR DE VIOLENȚĂ OBSTETRICĂ .....	20
RECOMANDĂRI .....	23
METODOLOGIA CERCETĂRII.....	31
DESPRE CENTRUL PARTENERIAT PENTRU DEZVOLTARE.....	32

## AUTORI:

Alina ANDRONACHE  
Alexandra ERMOLENCO  
Natalia COVRIG  
Cristina COJOCARU  
Vadim VIERU  
Diana VALUȚA  
Ana SMOLNIȚCHI

## SUMAR EXECUTIV

**Violența obstetrică este o încălcare a drepturilor fundamentale ale femeilor, inclusiv dreptul la servicii de sănătate reproductivă calitative.** În interpretările internaționale, violența obstetrică este definită ca orice act prin care femeile sunt tratate cu nedreptate, abuz sau discriminare în timpul experiențelor lor obstetricale și ginecologice. Având la bază definițiile și practica internațională, Centrul Parteneriat pentru Dezvoltare (CPD) a dezvoltat o definiție extinsă a acestui termen, aplicată în cadrul acestui studiu, potrivit căreia *”violența obstetrică și ginecologică se referă la abuzul verbal, fizic și/sau sexual, manifestat prin constrângerea, umilirea și/sau agresiunea care apare în timpul controlului medical ginecologic, în timpul travaliului și/sau la naștere, precum și în timpul procedurilor ginecologice, manifestat de către personalul medical și auxiliar”*. Deși la nivel global problema lipsei de respect și a abuzului în timpul nașterii și examinărilor ginecologice a apărut pe agenda publică mult timp în urmă, în Europa interesul și recunoașterea acestui tip de violență a crescut începând cu anii 2017-2018 și a ajuns pe agenda factorilor de decizie în ultimii doi ani. În Republica Moldova, însă, acest subiect continuă a fi lăsat în umbră.

**În Republica Moldova, peste 60% dintre femeile care au trăit experiența maternității nu au auzit niciodată despre termenul de violență obstetrică și ginecologică.** În același timp, doar 55% dintre femei au recunoscut violența obstetrică și ginecologică ca fiind atunci când femeile suferă vătămări psihice, fizice sau emoționale sau daune, rezultate din neglijența medicală, în timp ce primesc îngrijire în timpul sarcinii, nașterii sau a consultului ginecologic. Nivelul de recunoaștere a diferitor forme este mai mic în cazul femeilor cu vârsta de 28-36 ani, din mediul rural, cu nivel de studii medii. Cel mai ușor sunt recunoscute formele de abuz fizic, formele de abuz verbal și formele de abuz sexual, toate trei clase reprezentând cele mai grave forme ale violenței obstetrice și ginecologice. Utilizarea practicilor și metodelor abuzive de tratament medical sunt mai puțin recunoscute ca formă de violență obstetrică sau ginecologică. Utilizarea diverselor metode de stimulare sau de încetinire a procesului de naștere sunt uneori vitale și nu pot fi evitate, însă adesea acestea sunt utilizate pe scară largă drept intervenții firești, doar pentru a ușura munca medicului obstetrician și a scurta timpul petrecut cu femeia în procesul de naștere.

**Circa 66% dintre femei consideră că violența obstetrică și ginecologică se întâlnește frecvent.** Majoritatea susțin că orice femeie poate deveni victimă a acestui fenomen. Cu toate acestea, anumite categorii pot fi mai predispuse unor asemenea tratamente, cum ar fi femeile cu venituri mici, femeile cu nivel jos de studii. Lipsa controlului în instituțiile medicale, nesancționarea persoanelor care recurg la acte de violență obstetrică și neraportarea cazurilor de către victime sunt printre principalele cauze ale violenței obstetrice în Moldova.

**Jumătate dintre femeile trecute prin procesul nașterii s-au confruntat cu violență obstetrică în timpul travaliului, nașterii sau examinării ginecologice.** O bună parte dintre femeile care s-au confruntat cu violență obstetrică au raportat standarde profesionale joase, care implică intervenții și proceduri în timpul nașterii pentru care nu au dat acord, fiind urmate de interacțiunea defectuoasă cu medicul, care presupune lipsă de îngrijire, tratament inadecvat ș.a. Un rol aparte îl ocupă tratamentele abuzive, care includ abuz verbal, sexual sau fizic.

**O treime dintre femei au fost supuse în timpul nașterii unor manevre obstetrice fără consimțământ sau unui tratament inadecvat.** Astfel, 34% dintre femei au fost supuse cel puțin unei manevre obstetrice pentru care nu a dat acordul (cum ar fi metoda Kristeller, epiziotomia, utilizarea oxitocinei, metoda cezariană) sau unui tratament inadecvat (refuzul de a acorda ajutor în timp rezonabil, lipsă de îngrijire și sprijin, presiuni pentru a accepta anumite intervenții, încălcarea dreptului la autonomie și decizie etc.). Cel puțin una din zece femei s-a confruntat cu diferite forme de abuz în timpul nașterii - 14% s-au confruntat cu abuz verbal, 8% dintre femei au fost supuse cel puțin unei forme de abuz sexual, iar 3% - unei forme de abuz fizic în timpul îngrijirii obstetrice.

**Femeile vulnerabile sunt expuse unui risc sporit de a se confrunta cu violență obstetrică.** Datele studiului sugerează că orice femeie, la un moment dat, poate deveni victima unor rele tratamente în perioada de sarcină și naștere. Cu toate acestea, unele grupuri sunt mai expuse acestui risc, cum ar fi cele din mediul rural, cu un nivel scăzut de studii, femeile cu dizabilități.

**Doar 6% dintre cazurile de violență obstetrică și ginecologică au fost raportate.** Deși predispoziția de a raporta cazurile de violență obstetrică și ginecologică este mare, în realitate fenomenul nu este raportat. Mai mult decât atât, majoritatea cazurilor raportate nu au fost soluționate. Circa 22% dintre cazurile raportate s-au finalizat cu implicații doar asupra victimelor, fără a fi pedepsite persoanele vinovate, iar în 4% din cazuri - persoanele vinovate au fost trase la răspundere, dar femeile victime au suferit consecințe. Există o serie de motive pentru care femeile nu raportează cazurile de violență obstetrică și ginecologică: **(i)** lipsa de încredere în sistemul de sănătate și de justiție, **(ii)** frica de represalii, **(iii)** stigma socială și **(iv)** lipsa de informare.

**Pentru a diminua fenomenul violenței obstetrice și ginecologice este nevoie de o abordare complexă care să acopere 5 dimensiuni de intervenție:** **(i) Dezvoltarea cadrului normativ legal** pentru a preveni și a combate fenomenul violenței obstetrice și ginecologice; **(ii) Formarea și responsabilizarea personalului medical**, pentru a spori nivelul de conștientizare a ceea ce poate deveni o violare a drepturilor pacienților lor și pentru a respecta deciziile pacientei, atât timp cât ele nu pun în pericol viața mamei și a copilului; **(iii) Informare, educare și suport pentru paciente**, pentru a le informa cu privire la drepturile lor și opțiunile și deciziile legate de îngrijirea lor obstetrică; **(iv) Sensibilizarea comunității largi privind violența obstetrică**, astfel încât să poată recunoaște comportamentele care constituie violență obstetrică și să ofere sprijin pentru pacientele aflate în situații care le expun la această violență; **(v) Monitorizarea și măsurarea fenomenului violenței obstetrice**, pentru a cunoaște amploarea fenomenului și impactul măsurilor întreprinse.

# VIOLENȚA OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGICĂ: ABORDĂRI CONCEPTUALE

**Violența obstetrică este o încălcare a drepturilor fundamentale ale femeilor**, inclusiv dreptul la servicii de sănătate reproductivă calitative. Tratatamentul lipsit de respect și abuziv în timpul nașterii sau îngrijirii sănătății reproductivă în instituțiile medicale nu doar că încalcă drepturile femeilor la îngrijire respectuoasă, dar le poate amenința și drepturile la viață, sănătate, integritate corporală și libertatea de discriminare. Deși la nivel global, problema lipsei de respect și a abuzului în timpul nașterii și examinărilor ginecologice (violența obstetrică) a apărut pe agenda publică mult timp în urmă, în Europa interesul și recunoașterea acestui tip de violență a crescut începând cu anii 2017-2018 și a ajuns pe agenda factorilor de decizie în ultimii doi ani. În Republica Moldova, însă, acest subiect continuă a fi lăsat în umbră.

## SCURT ISTORIC

**Termenul de "violență obstetrică" a fost folosit pentru prima dată în 2007** de către grupuri de activiști și organizații care pledau pentru drepturile femeilor din America Latină. Termenul a fost adoptat pentru a descrie tratamentul la care erau supuse unele femei, în special cele din Brazilia, care au raportat multe cazuri de abuz, tratament inadecvat, refuz de îngrijire și alte forme de violență și discriminare în timpul sarcinii, nașterii și îngrijirii post-partum. Termenul de "violență obstetrică" a fost ulterior preluat și de către alte țări, astăzi fiind recunoscută pe scară largă ca o formă distinctă de violență împotriva femeilor în îngrijirea medicală obstetrică și ginecologică.

**În 2007**, Venezuela a devenit prima țară care a definit în mod oficial conceptul de violență obstetrică prin Legea organică privind dreptul femeilor la o viață fără violență (Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia<sup>1</sup>).

**În 2011**, Jesusa Ricoy, o activistă spaniolă, a lansat campania „Roses Against Violence”<sup>2</sup> – „Trandafiri împotriva violenței”. Revoluția Trandafirilor a fost o mișcare spontană, creată ca o replică la caricaturile publicate de Societatea Spaniolă de Obstetricieni și Ginecologi în jurnalul lor, care au fost considerate ca potențial ofensatoare pentru paciente și procesul de naștere. Ulterior, mișcarea a luat amploare, iar actualmente, în fiecare an, la 25 noiembrie – „Ziua internațională privind eliminarea violenței față de femei”, femeile care au fost supuse violenței în timpul nașterii, al sarcinii sau în perioada post-partum trimit o scrisoare cu istoria lor și un trandafir în semn de îngrijire și tratament demn în timpul nașterii. În 2018, 25% din instituțiile obstetricale din Germania au primit un trandafir.

**În 2014**, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a publicat o Declarație privind prevenirea și eliminarea abuzurilor și a lipsei de respect în timpul nașterii în unitățile spitalicești<sup>3</sup>, în care sunt enumerate tipurile de tratament „lipsit de respect și abuziv” la care sunt supuse femeile în timpul nașterii.

---

<sup>1</sup> <https://siteal.iiep.unesco.org/bdnp/1121/ley-organica-derecho-mujeres-vida-libre-violencia#:~:text=Tiene%20por%20objeto%20garantizar%20y,patrones%20socioculturales%20que%20sostienen%20la>

<sup>2</sup> <https://birthcultures.eu/en/news/roses-against-violence>

<sup>3</sup> [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf)

Ulterior, în 2018, Recomandările OMS privind îngrijirea pentru o „experiență pozitivă la naștere”<sup>4</sup> au oferit orientări țărilor din comunitatea internațională bazate pe protecția și respectarea drepturilor omului.

În 2019, Raportul privind relele tratamente și violența obstetrică în timpul nașterii al raportorului special al ONU privind violența împotriva femeilor<sup>5</sup> și Rezoluția 2306/2019 a Consiliului Europei<sup>6</sup>, au legat în mod explicit fenomenul de violență și discriminarea împotriva femeilor, așa cum se prevede deja în Declarația ONU din 1993 privind eliminarea violenței împotriva femeilor și în Convenția de la Istanbul din 2011. Articolul 39 din Convenția de la Istanbul condamnă în mod specific avortul forțat și sterilizarea forțată, dar nu abordează în general violența obstetrică și ginecologică.

## CUM DEFINIM VIOLENȚA OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGICĂ?

**Violența obstetrică și ginecologică este un termen umbrelă care cuprinde o varietate de practici înjositoare, violente și dăunătoare**, comise în timpul tuturor tipurilor de îngrijire ginecologică și obstetrică. Aceasta se manifestă pe tot parcursul ciclului de viață, atunci când sunt efectuate examinări ginecologice, în accesul la contracepție, tratamente de fertilitate, îngrijire în timpul/ după avort, în timpul sarcinii și după naștere. Violența obstetrică se referă la orice acțiune care are ca rezultat încălcarea drepturilor în timpul sarcinii și nașterii. La momentul actual, nu există o definiție legală în Republica Moldova a violenței obstetrice și ginecologice, precum și nici una internațională stabilită și acceptată unanim.

În cele ce urmează, prezentăm câteva exemple de definiții utilizate în practica internațională pentru a descrie fenomenul violenței obstetrice:

**Organizația Mondială a Sănătății (OMS)** definește violența obstetrică ca *"abuz fizic total, umilire profundă și abuz verbal, proceduri medicale coercitive sau fără consimțământ (inclusiv sterilizare), lipsă de confidențialitate, nerespectarea consimțământului pe deplin informat, refuzul de a administra medicamente pentru durere, încălcări grave ale vieții private, refuzul admiterii la instituțiile de sănătate, neglijarea femeilor în timpul nașterii, admiterea să sufere complicații care pot pune viața în pericol și care pot fi evitate și detenția femeilor și a nou-născuților acestora în instituții, după naștere, din cauza incapacității de plată"*.

**Organizația Pan-Americană a Sănătății (PAHO)** definește violența obstetrică drept *"acel comportament violent, fizic și verbal, care se manifestă în timpul sarcinii, nașterii și perioadei post-partum, afectând femeia în timpul procesului de naștere, precum și dreptul ei de a decide asupra îngrijirii medicale, a tratamentului și a nașterii. Această formă de violență include negarea dreptului de a alege singură modalitatea de naștere, tratamentul medical coercitiv și umilirea verbală."* Această definiție a fost adoptată de PAHO în 2018 și oferă o îndrumare clară cu privire la ce constituie violența obstetricală și cum poate fi prevenită.

Pe lângă acestea, există o serie de organizații internaționale care oferă definiții și informații cu privire la violența obstetrică și ginecologică, ca parte a eforturilor lor pentru protejarea drepturilor femeilor, sănătatea maternă și sănătatea publică:

**Fondul Națiunilor Unite pentru Populație (UNFPA)** definește violența obstetrică ca fiind *"comportamentul abuziv, intimidant sau forțat al personalului medical în timpul sarcinii, nașterii și îngrijirii post-partum, care*

<sup>4</sup> <https://www.worldcat.org/title/1043845468>

<sup>5</sup> <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/213/27/PDF/N1921327.pdf?OpenElement>

<sup>6</sup> <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=28236&lang=en>

<sup>7</sup> [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf)

lezează drepturile femeilor de a primi îngrijirea medicală de calitate și care poate cauza daune fizice și psihologice".

**UNICEF (Fondul Națiunilor Unite pentru Copii)** definește violența obstetrică ca fiind *"utilizarea de către profesioniștii din domeniul medical a procedurilor nedrepte sau inumane, precum și inacțiunea din partea acestora în îngrijirea femeilor în timpul sarcinii și nașterii"*.

**Amnesty International** definește violența obstetrică ca fiind *"orice tratament inuman sau degradant, abuz verbal sau fizic, intervenții medicale nejustificate sau refuzul de îngrijire medicală a femeilor în timpul sarcinii, nașterii sau post-partum"*.

**Federația Internațională de Ginecologie și Obstetrică (FIGO)** descrie violența obstetrică drept *"utilizarea de către profesioniștii din domeniul medical de proceduri, intervenții sau monitorizare nedreaptă sau desconsiderantă, care pot afecta integritatea, sănătatea fizică sau psihologică a femeii"*.

**Organizația Internațională a Lucrătorilor din Sănătate (IHWO)** definește violența obstetrică ca fiind *"folosirea forței fizice, verbale sau emoționale, intimidarea, hărțuirea sau alte forme de abuz utilizate de personalul medical în timpul îngrijirii obstetrice și ginecologice, care dăunează sănătății și bunăstării femeii"*.

**Alte surse** descriu în felul următor: *"Lipsa de respect și abuzul în timpul nașterii pot apărea în multe moduri. De exemplu, sub formă de practici de îngrijire abuzive (certare, strigăte, efectuarea sau suturarea unei epiziotomii fără anestezie), abuz fizic (lovire, palmă, împingere, ciupire), lipsă de intimitate (discutarea și dezvăluirea informațiilor confidențiale despre sănătate în public), abuz de putere (amenințarea cu retragerea tratamentului sau îngrijirii), neglijență (fără însoțitor la naștere), absența consimțământului informat (pentru mai multe proceduri), precum și cereri necorespunzătoare de plată."*

Aceste definiții diferă ușor, dar pot însuma ideea că violența obstetrică se referă la orice act prin care femeile sunt tratate cu nedreptate, abuz sau discriminare în timpul experiențelor lor obstetricale și ginecologice. Având la bază definițiile prezentate anterior, dar și practica internațională, abordarea analitică din cadrul acestui studiu pornește de la o definiție mai extinsă, dezvoltată de Centrul Parteneriat pentru Dezvoltare (CPD):

**" Violența obstetrică și ginecologică este abuzul verbal, fizic și/sau sexual, manifestat prin constrângerea, umilirea și/sau agresiunea care apare în timpul controlului medical ginecologic, în timpul travaliului și/sau la naștere, precum și în timpul procedurilor ginecologice, manifestat de către personalul medical și auxiliar. "**

## **TIPURI DE VIOLENȚĂ OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGICĂ**

**Deși violența obstetrică și ginecologică include cuvântul „violență”, aceasta nu se limitează doar la acte violente sau la utilizarea forței.** Adesea, violența obstetrică și ginecologică este legată de consimțământ (sau de lipsa acestuia) în timpul vizitelor ginecologice, sarcinii sau al nașterii. Aceasta poate apărea ori de câte ori intervențiile medicale sunt efectuate fără ca femeii să i se ofere informațiile și sprijinul necesar pentru a lua o decizie în cunoștință de cauză, sau în ciuda faptului că acestea refuză.



Conform International Planned Parenthood Federation - European Network<sup>8</sup>, formele de manifestare ale violenței obstetrice și ginecologice pot fi clasificate în patru categorii macro:

TIPURI ALE VIOLENȚEI OBSTETRICE/GINECOLOGICE			
<p><b>Violența psihologică, fizică și/sau sexuală în contextul consultațiilor ginecologice și obstetrice:</b> acestea includ umilirea, abuzul verbal, remarcile sexiste, lipsa de respect pentru intimitate și confidențialitate, precum și abuzul fizic (palmuire, împingere), penetrare vaginală/rectală sau atingere în timpul examenelor medicale</p>	<p><b>Acte medicale forțate/neconsensuale:</b> acestea includ toate tipurile de acte medicale (indiferent dacă sunt necesare sau inutile) efectuate fără acordul liber, prealabil și informat al pacientului.</p>	<p><b>Proceduri dăunătoare de rutină și/sau care nu sunt necesare din punct de vedere medical:</b> acestea cuprind toate procedurile care nu respectă ghidurile clinice (în special cele emise de OMS), care sunt efectuate din cauza normelor sociale și de gen dăunătoare sau pentru confortul profesioniștilor din domeniul sănătății.</p>	<p><b>Întârzierea sau refuzul îngrijirii:</b> aceasta include întârzierea sau refuzul administrării medicamentelor pentru tratarea durerii în timpul intervențiilor ginecologice sau obstetrice dureroase. De asemenea, include întârzierea sau refuzul de a acorda îngrijiri de avort.</p>

<sup>8</sup> <file:///C:/Users/User/Downloads/Gynaecological%20and%20Obstetric%20Violence%20-%20IPPF%20EN%20Research%20&%20Policy%20Paper.pdf>

# PERCEPȚII PRIVIND VIOLENȚA OBSTETRICĂ

**Peste 60% dintre femei nu au auzit niciodată despre termenul de violență obstetrică și ginecologică.** Conform datelor sondajului, 59% dintre femeile cu vârsta reproductivă de 18-45 ani din Republica Moldova au afirmat că nu au auzit despre acest termen, 2% nu au dorit sau nu au știut ce să răspundă, și doar 39% dintre respondente au menționat că au auzit despre acest fenomen. Cea mai mare pondere a femeilor care au afirmat că nu au auzit despre termenul de violență obstetrică și ginecologică o dețin cele cu vârsta de 28-36 ani (42%), din mediul rural (54%), cu nivel de studii medii (40%) și care au născut în maternitățile publice din centrele raionale (55%). Nivelul de cunoaștere al acestui termen este mai scăzut în rândul celor care nu s-au confruntat niciodată cu acest fenomen, 56% față de 44%, care au fost cel puțin o dată victime a violenței obstetrice și ginecologice.

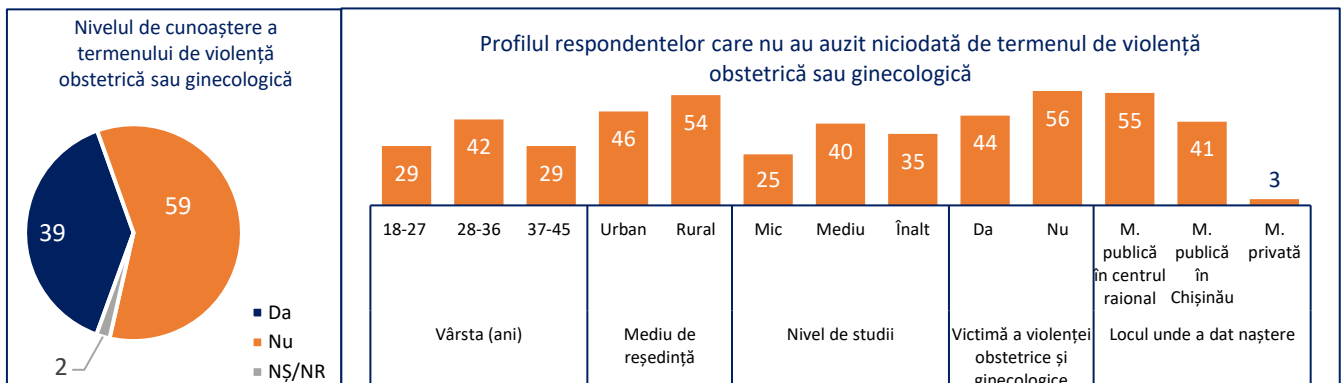


Figura 1. Nivelul de cunoaștere a termenului de violență obstetrică și ginecologică și profilul respondentelor care nu au auzit niciodată despre acest termen, %  
Sursa: Sondaj CPD, 2023

**Doar 55% dintre femei au recunoscut violența obstetrică și ginecologică ca fiind atunci când femeile suferă vătămări psihice, fizice sau emoționale sau daune,** rezultate din neglijența medicală în timp ce primesc îngrijire în timpul sarcinii, nașterii sau a consultului ginecologic. Circa 22% dintre respondente au considerat că acest tip de violență se referă mai mult la refuzul asistenței medicale sau un tratament inuman, inclusiv prin proceduri nejustificate, pe când restul femeilor l-au asociat cu fenomenul de violență aplicată asupra femeilor însărcinate din partea diferitor agresori. Analizând respondentele prin prisma nivelului de studii pe care îl dețin, constatăm că cu cât nivelul de studii este mai înalt, cu atât mai multe respondente au identificat corect explicația acestui fenomen.

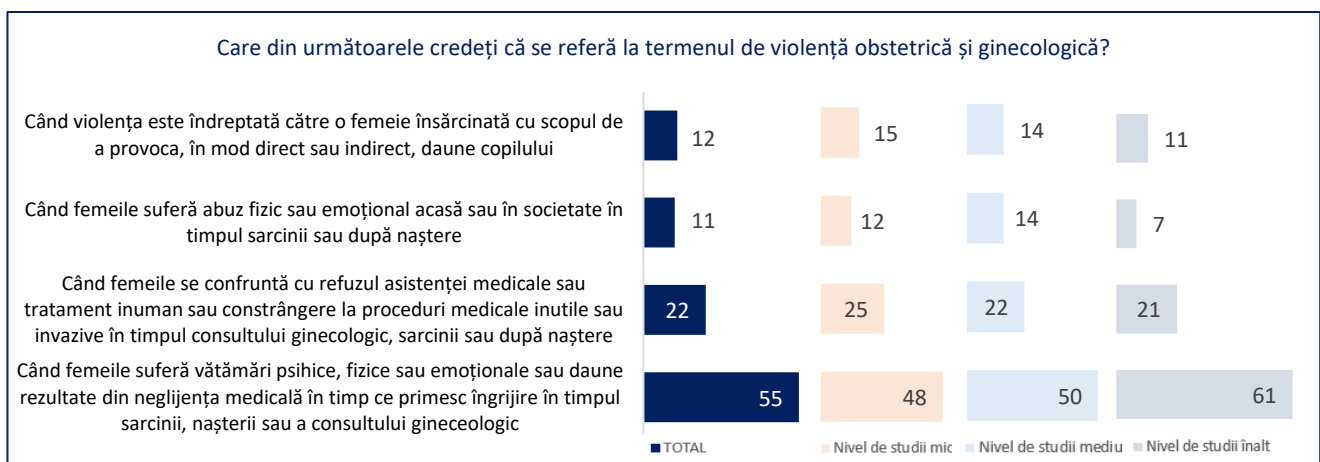


Figura 2. Identificarea explicației fenomenului de violență obstetrică și ginecologică, %  
Sursa: Sondaj CPD, 2023

**Formele de abuz fizic au fost identificate ca forme de violență obstetrică și ginecologică de peste 80% din respondente.** În cadrul sondajului, respondentelor le-au fost oferite o serie de forme de violență obstetrică și ginecologică, fiind clasificate în 7 clase: (i) forme de abuz fizic; (ii) forme de abuz verbal, (iii) forme de abuz sexual, (iv) forme de stigmă și discriminare, (v) forme ce se referă la nivelul standardelor profesionale de îngrijire, (vi) forme ce se referă la calitatea interacțiunii dintre medic și pacient și (vii) forme ce se referă la condiții și constrângeri ale sistemului medical. În rezultat, sa constată că formele care se referă la calitatea interacțiunii dintre medic și pacient au fost recunoscute drept forme de violență obstetrică și ginecologică de doar 59,1%. Formele care nu au fost identificate de către majoritatea sunt cele ce se referă la (i) nivelul standardelor profesionale de îngrijire (62,4%), (ii) condițiile și constrângerile sistemului medical (67,7%) și cele ce se referă la (iii) calitatea interacțiunii medic-pacient (59,1%).

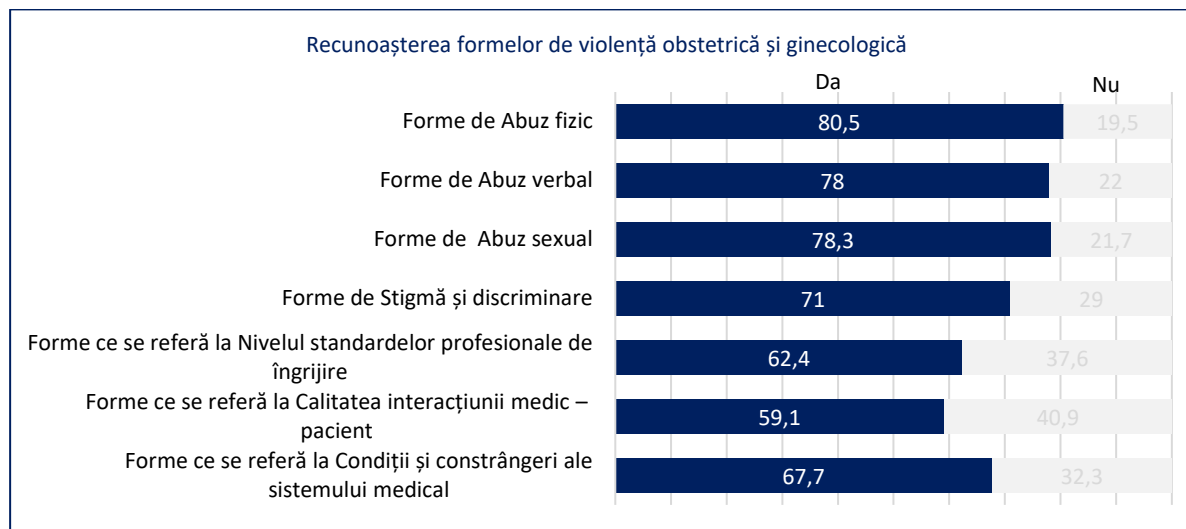


Figura 3. Identificarea formelor de violență obstetrică și ginecologică conform tipurilor de forme, %  
Sursa: Sondaj CPD, 2023

**Nivelul de recunoaștere a formelor de abuz fizic și sexual al violenței obstetrice și ginecologice este unul destul de înalt.** Folosirea forței fizice, inclusiv reținerea și imobilizarea fizică a gravidei în timpul nașterii, a fost considerată drept formă de violență obstetrică și ginecologică de aproximativ 80% dintre femei. Dintre formele de abuz sexual, manipularea grosolană și lipsită de respect a organelor genitale a fost identificată de cele mai multe respondente drept formă a acestui tip de violență - 82%. În schimb, numărul respondentelor care a oferit un răspuns afirmativ a fost în scădere atunci când au fost întrebate dacă glumele sau aluziile cu tentă sexuală din partea personalului medical în timpul procedurilor ginecologice sau obstetrice constituie o formă de violență obstetrică (72%).

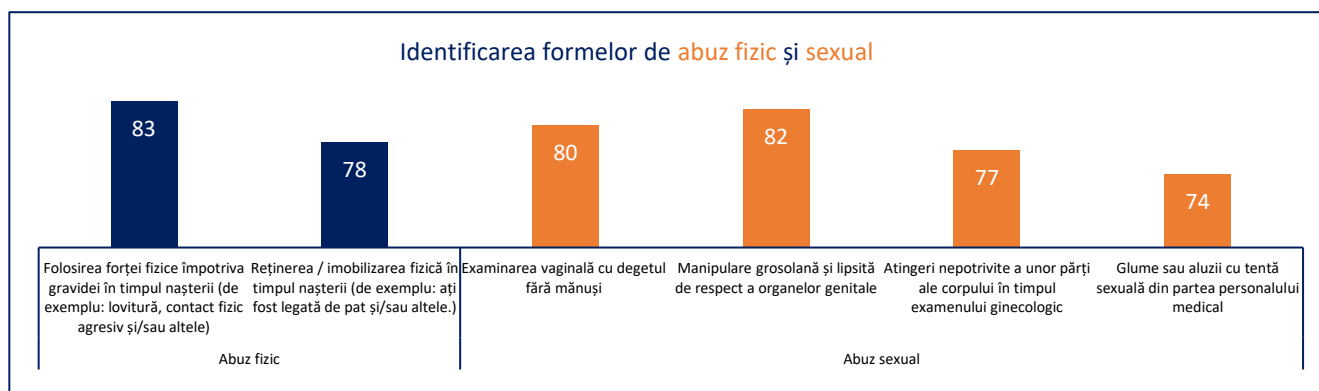


Figura. Identificarea formelor de violență obstetrică și ginecologică, abuz fizic și sexual, %;  
Sursa: Sondaj CPD, 2023

**Comparativ cu celelalte forme de abuz verbal, învinuirea mamei pentru starea proastă de sănătate a nou-născutului a fost recunoscută de o pondere mai mică de femei drept violență obstetrică și ginecologică (68%).** Amenințările, limbajul umilitor și nepoliticos din partea personalului medical au fost clasificate ca forme ale violenței obstetrice și ginecologice de peste 80% dintre femei. Pe de altă parte, stigma și discriminarea pe motiv de apartenență etnică, vârstă, religie a fost recunoscută de către 71%. Dintre aceste respondente, ponderea net superioară a celor care au afirmat că aceasta poate fi o formă de violență au fost femeile cu nivelul socio-economic mic: 51%, comparativ cu 13% în cazul celor cu nivel înalt. Această discrepanță se explică prin faptul că unul dintre cele mai uzuale criterii de discriminare este însăși statutul socio-economic, iar respondentele, cel mai probabil, au simțit deseori stigmă pe acest criteriu.

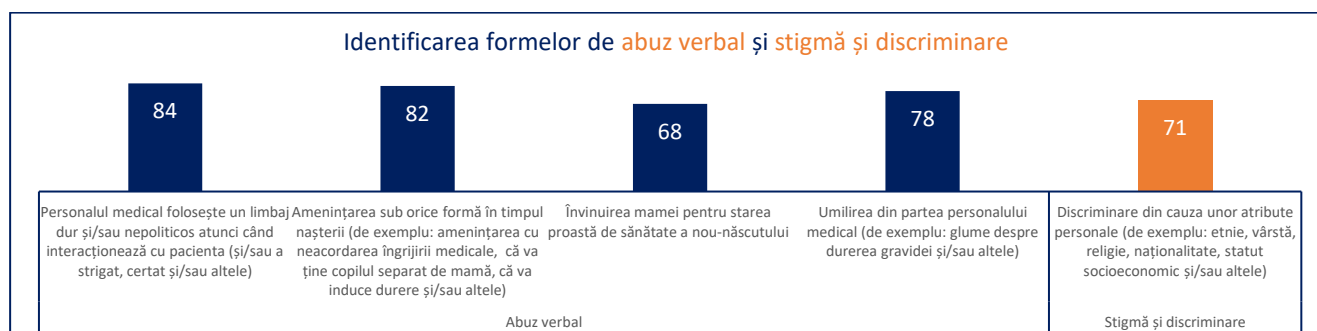


Figura. Identificarea formelor de violență obstetrică și ginecologică, abuz verbal și stigmă și discriminare, %; Sursa: Sondaj CPD, 2023

**Refuzul de a naște în poziția preferată a fost considerată drept formă a violenței obstetrice de doar 37% dintre respondente.** În Republica Moldova, nașterea se efectuează strict în poziția litotomică<sup>9</sup>. Poziția de litotomie a fost poziția standard de livrare utilizată de foarte mult timp, utilizată pentru că le oferă un acces mai bun medicilor către mamă și copil. În perioada recentă, însă, în multe țări se oferă prioritate confortului femeii, în pofida celui a personalului medical. Ba mai mult, mai multe studii arată că poziția de litotomie scade tensiunea arterială, ceea ce poate face contracțiile mai dureroase și poate prelungi procesul de naștere<sup>10</sup>, iar în foarte multe cazuri poate provoca chiar ruperea perineului<sup>11</sup>, în timp ce poziția ghemuită, de exemplu, are mult mai multe beneficii asupra procesului de naștere<sup>12</sup>. Astfel, refuzul de a naște în poziția preferată/comodă este o încălcare a drepturilor gravidei la o naștere firească și confortabilă. De asemenea, calificarea insuficientă a personalului medical a fost apreciată ca formă de violență obstetrică și ginecologică de doar 63% de respondente, or dreptul la servicii medicale profesionale este un drept fundamental.

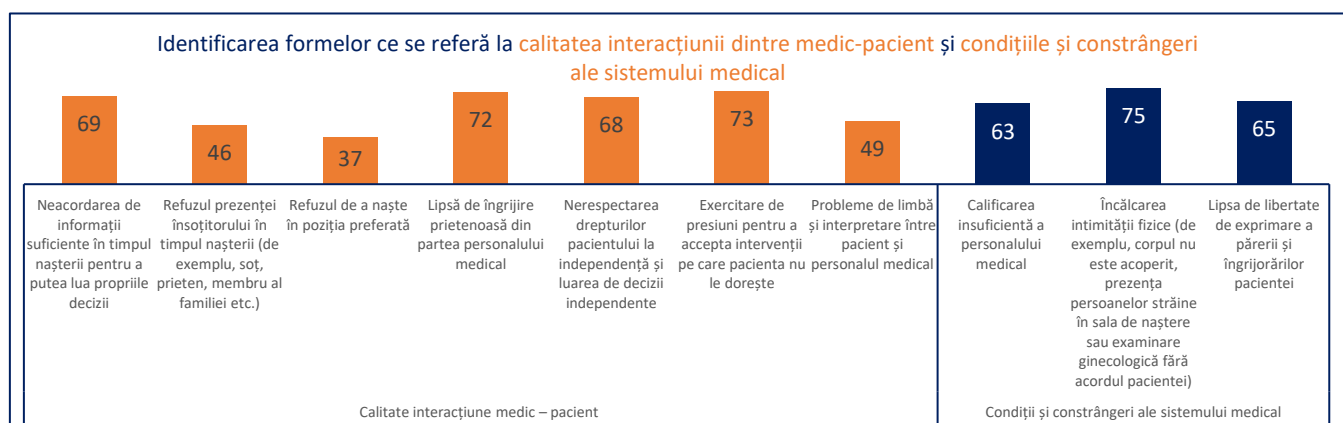


Figura 6. Identificarea formelor de violență obstetrică și ginecologică, ce se referă la calitatea interacțiunii dintre medic-pacient și condițiile și constrângeri ale sistemului medical, %, Sursa: Sondaj CPD, 2023

<sup>9</sup> Poziție litotomică- reprezintă o poziție în supinație, cu picioarele separate, iar soldurile și genunchii sunt flexate într-un grad variabil

<sup>10</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4979260/>

<sup>11</sup> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23281859/>

<sup>12</sup> [https://applications.emro.who.int/imemrf/Professional\\_Med\\_J\\_Q/Professional\\_Med\\_J\\_Q\\_2015\\_22\\_4\\_390\\_394.pdf](https://applications.emro.who.int/imemrf/Professional_Med_J_Q/Professional_Med_J_Q_2015_22_4_390_394.pdf)

**Utilizarea practicilor și metodelor abuzive de tratament medical se determină mai dificil ca fiind o formă de violență obstetrică sau ginecologică.** Utilizarea diverselor metode de stimulare sau de încetinire a procesului de naștere sunt uneori vitale și nu pot fi evitate, însă adesea acestea sunt utilizate pe scară largă drept intervenții firești, doar pentru a ușura munca medicului obstetrician și a scurta timpul petrecut cu femeia în proces de naștere, sau invers, pentru a amâna procesul, întrucât la acel moment nu este disponibil medicul. De exemplu, aplicarea metodei Kristeller este considerată o formă de violență obstetrică de doar 53%, în pofida faptului că această metodă a fost interzisă de mult timp în țările Vestice, deoarece prezintă riscuri incontestabile ca: abrupțul placentar, ruperea uterului, fractura claviculei bebelușului și leziuni la nivelul plexului brahial. Interzicerea mișcării în timpul travaliului sau nașterii a fost considerată drept formă de violență doar de 56% dintre respondente, însă luând în considerare faptul că nașterea e un proces fiziologic, femeia trebuie să aibă dreptul să își miște corpul așa cum îi este mai comod și cum se simte mai bine. Acest lucru trebuie să fie restricționat doar în cazul unor situații excepționale, când există pericol atât pentru mamă, cât și pentru copil. Interzicerea hranei și apei în timpul travaliului se practică de cele mai deseori pentru a preveni defecarea în timpul nașterii, fapt fiziologic care nu ar trebui să impună limitări drastice pentru viitoarea mamă. Aceste rezultate se datorează faptului că femeile nu pot distinge metodele de strică necesitate de cele abuzive și nu cunosc mai multe despre procesul de naștere și situațiile neprevăzute care pot interveni, astfel încât să fie capabile să își apere dreptul la o naștere decentă și să stopeze practicile abuzive.

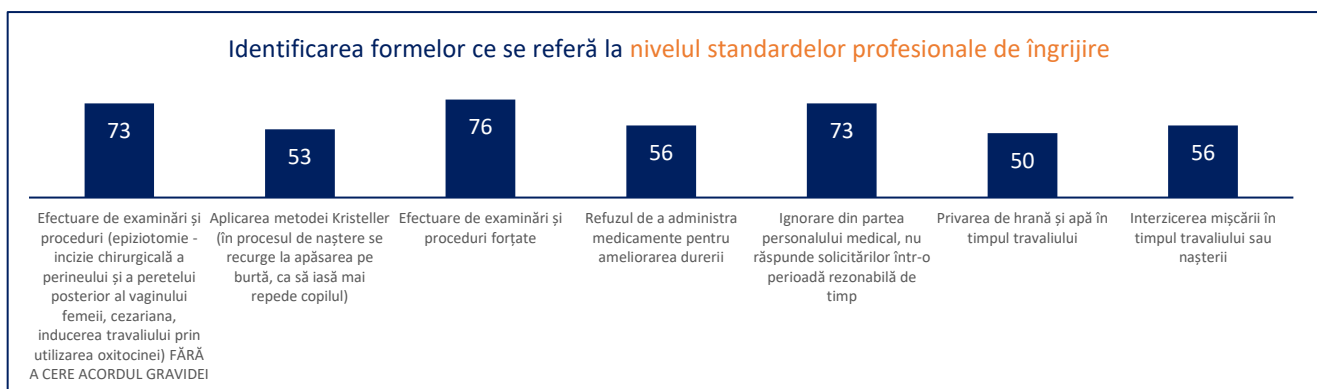


Figura. Identificarea formelor de violență obstetrică și ginecologică care se referă la nivelul standardelor profesionale de îngrijire, %  
Sursa: Sondaj CPD, 2023

**Circa 66% dintre femei consideră că violența obstetrică și ginecologică se întâlnește frecvent.** Odată familiarizate cu acest fenomen, 60% dintre respondente au răspuns că acest tip de violență se întâlnește des și foarte des, iar 6% dintre ele au afirmat că se întâmplă practic de fiecare dată. 92% dintre respondente susțin că orice femeie poate deveni victimă a acestui fenomen. Din perspectivă de profil al victimelor, mai mult de jumătate din femeile care au participat la acest sondaj consideră că femeile adolescente și femeile cu venituri mici sunt cele mai predispuse la cazurile de violență obstetrică.

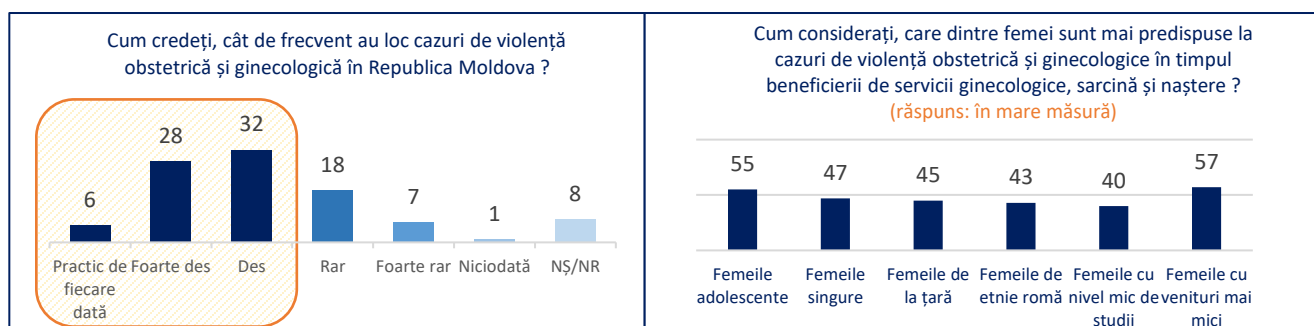


Figura. Frecvența cazurilor de violență obstetrică și ginecologică și profilul victimelor, %  
Sursa: Sondaj CPD, 2023

**Lipsa controlului în instituțiile medicale, nesancționarea persoanelor care recurg la acte de violență obstetrică și neraportarea cazurilor de către victime sunt printre cele mai principale cauze ale violenței obstetrice în Moldova.** Circa 39% dintre respondente consideră că neraportarea cazurilor de violență este una dintre principalele cauze care perpetuează acest fenomen. Pe lângă violența pe care au suportat-o, un proces de raportare și eventual, confruntare cu agresorul, este practic imposibilă pentru femeile care au în grija lor un nou-născut, și elementar, au nevoie minim de perioada de recuperare fizică, or raportarea este precedată de un proces îndelungat de probare a cazului de abuz. În opinia a 39% din respondente, o altă cauză este și nesancționarea pentru actele de violență, ceea ce determină femeile să nu ia act în cazul în care ar deveni victime. De asemenea, tocmai 78% dintre femei, susțin că atunci când medicii de la maternități fac greșeli, acestea de obicei sunt ascunse, ceea ce complet demotivează ca acestea să raportează orice încălcare.

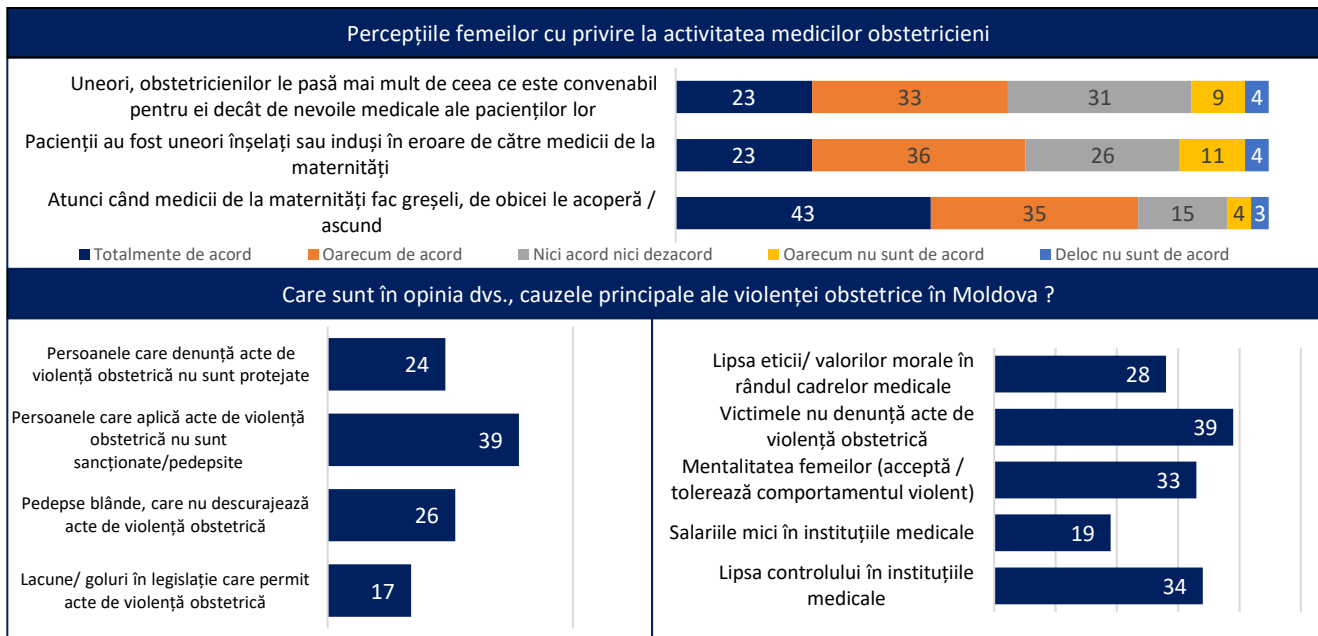


Figura. Percepțiile cu privire la activitatea medicilor obstetricieni și cu referire la cauzele violenței obstetrice în Moldova, %  
Sursa: Sondaj CPD, 2023

**Nivelul de încredere în medicii obstetricieni este mai înalt în rândul femeilor care au născut copii la maternitatea privată.** Jumătate din femeile care au beneficiat de servicii obstetrice și ginecologice în maternitatea privată, sunt absolut încredute în deciziile obstetricianului lor și în competențele acestuia. În rândul femeilor care au născut la o maternitate publică în centrul raional, nivelul de încredere este mai scăzut, fapt ce denotă că medicii alocă mai puțin timp pentru a le explica pacienților lor despre perioada în care se află și intervențiile necesare, care le-ar oferi mai multă încredere cu privire la deciziile pe care le iau.

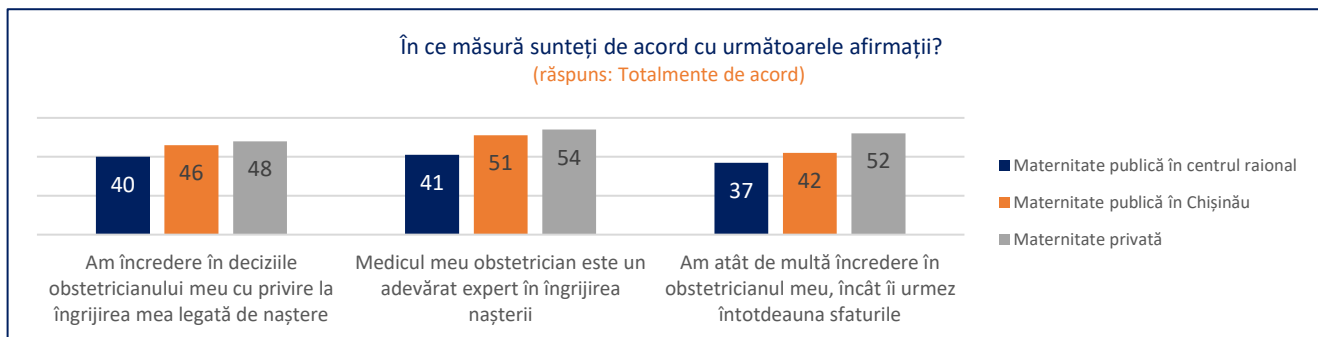


Figura 10. Percepțiile cu privire la activitatea medicilor obstetricieni și cu referire la cauzele violenței obstetrice în Moldova, %  
Sursa: Sondaj CPD, 2023

# PREVALENȚA VIOLENȚEI OBSTETRICE

Capitolul respectiv prezintă primele evidențe colectate în Republica Moldova cu privire la magnitudinea fenomenului violenței obstetrice, care constituie un obstacol important în calea accesării serviciilor de îngrijire a sănătății reproductive. Deși acest fenomen reprezintă o încălcare gravă a drepturilor omului, care amenință integritatea corporală și dreptul la viață și sănătate a femeilor, Republica Moldova nu abordează acest subiect. La momentul actual, nu există date oficiale cu privire la incidența acestui fenomen, fapt ce face dificilă elaborarea unor politici și mecanisme clare de protecție și intervenție în cazul acestui tip de violență. În cele ce urmează, vom prezenta date cu privire la incidența acestui fenomen, colectate pentru prima dată în Republica Moldova. Aceste date vor putea servi drept fundament pentru a elabora politici publice și cadrul reglementator pe acest subiect, dar și pentru a iniția măsuri naționale de sensibilizare, prevenție și intervenție.

La nivel general, peste 20% dintre femeile din Republica Moldova care au trăit experiența maternității sunt nemulțumite de serviciile medicale de care au beneficiat la ultima naștere. Satisfacția pacienților a devenit un subiect tot mai des abordat în studiile cu privire la accesul populației la servicii medicale. Unele studii internaționale sugerează că nivelul de satisfacție este un factor critic care determină rezultatele îngrijirii sănătății - pacienții care raportează un nivel mai înalt de satisfacție față de calitatea îngrijirii medicale și atitudinea personalului medical sunt mai aderenți la tratamente și, prin urmare, dau dovadă și de rezultate mai bune din perspectiva sănătății. În cazul serviciilor medicale de obstetrică și ginecologie, nivelul de satisfacție poate fi determinat de diferiți factori, dar un rol esențial îl au factorii legați de profesionalismul personalului medical, comunicarea eficientă dintre pacientă și medic, implicarea pacientelor în procesul de luare a deciziilor cu privire la procedurile/ intervențiile la care urmează a fi supuse, precum și comportamentul/atitudinea personalului medical în timpul examinărilor ginecologice, în timpul nașterii etc. Datele studiului arată că pentru 23% dintre femeile care au trecut prin experiența maternității nivelul de satisfacție față de serviciile medicale și atitudinea personalului medical nu depășește 7 puncte, pe scala de la 1 la 10, dintre care 4% au dat un punctaj maxim de 4 puncte, fapt ce denotă că acestea au beneficiat de servicii medicale de calitate precară.

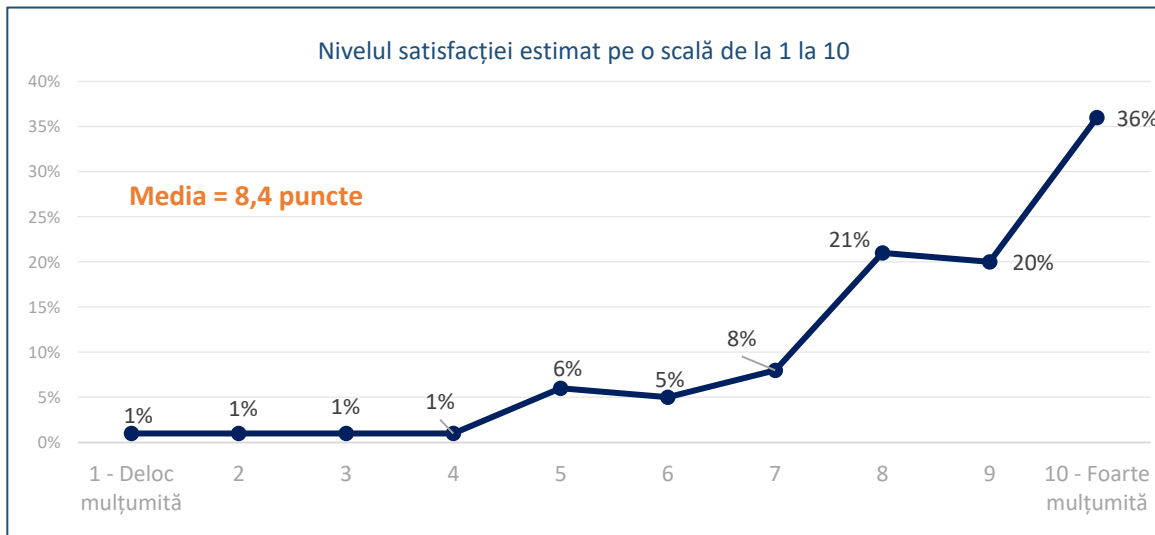


Figura 11 . Ponderea femeilor în funcție de nivelul satisfacției acestora față de serviciile medicale și atitudinea de care au beneficiat la maternitate, %

Sursa: Sondaj CPD, 2023

**Circa 1 din 5 femei nu ar reveni la aceeași maternitate în cazul unei eventuale nașteri, pe motivul calității serviciilor de care au beneficiat.** Nivelul de satisfacție este considerat un indicator al calității serviciilor, fiind luate în calcul inclusiv aspectele psiho-emoționale și siguranța fizică. Predispoziția femeilor de a reveni, la o eventuală naștere, la aceeași maternitate este un indicator *proxy* al satisfacției față de calitatea serviciilor de care au beneficiat. Potrivit datelor studiului, 17% dintre femei nu și-ar dori să revină la aceeași maternitate, fapt ce sugerează existența unor experiențe traumatice sau servicii de calitate scăzută. Această situație este caracteristică preponderent maternităților publice din centrele raionale, în care se atestă condiții mai precare.

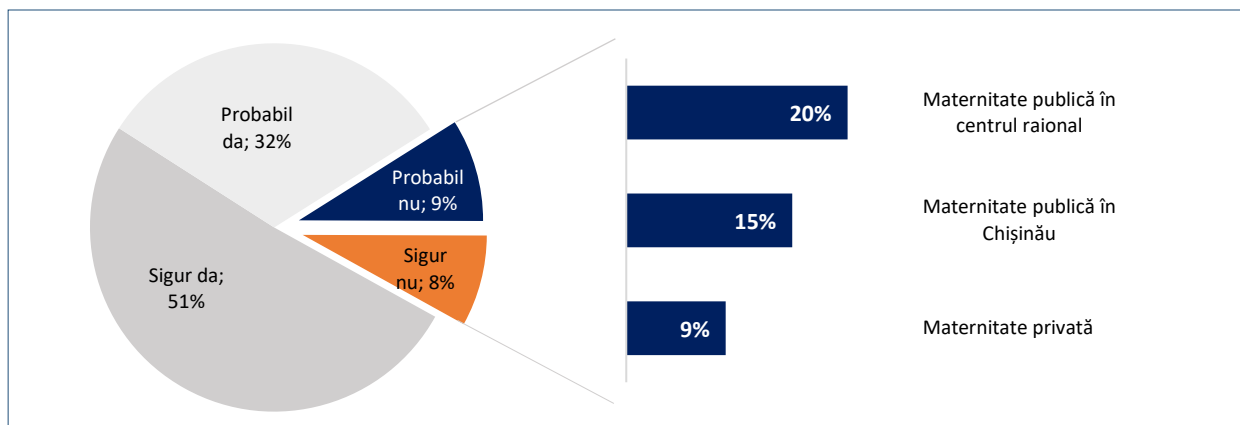


Figura 12. Predispoziția femeilor de a reveni la aceeași maternitate la o eventuală naștere  
Sursa: Sondaj CPD, 2023

**Insatisfacția față de serviciile medicale de care au beneficiat la ultima naștere a fost determinată, în mare parte, de atitudinea personalului medical și modalitatea de comunicare.** Evaluarea performanței personalului medical și a calității îngrijirii este determinată atât de caracteristici obiective (de exemplu, accesibilitatea serviciilor, expertiza medicală), cât și de caracteristici subiective (cum ar fi, percepția cu privire la cât de atent a fost personalul medical, cât de eficient comunică, cât de deschis și flexibil a fost). În îngrijirea perinatală există mulți factori subiectivi care influențează satisfacția generală a femeii: posibilitatea de a controla propriul corp în timpul procesului de naștere, participarea la luarea deciziilor legate de acest proces, prezența unei persoane apropiate în timpul nașterii, furnizarea de informații relevante privind nașterea și alăptarea copilului, mediul fizic în care are loc travaliul și nașterea ș.a.

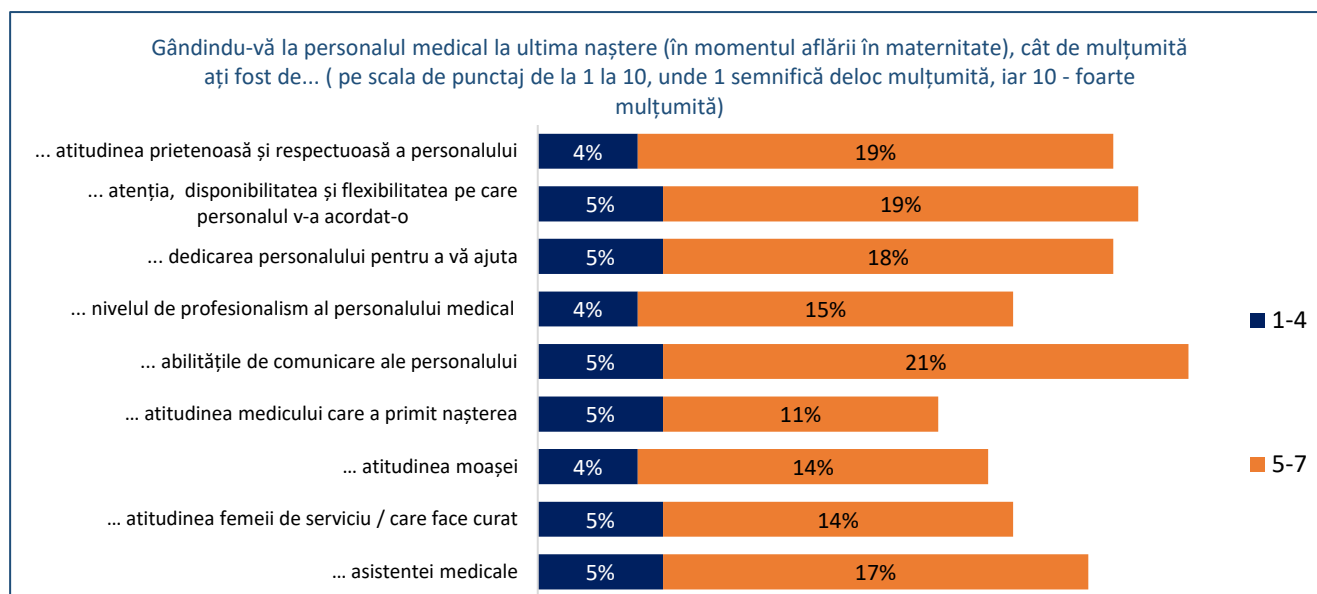


Figura 13. % femeilor în funcție de nivelul satisfacției față de serviciile medicale și atitudinea de care au beneficiat la maternitate, pe tipul de factori; Sursa: Sondaj CPD, 2023



**Jumătate dintre femeile trecute prin procesul nașterii s-au confruntat cu violență obstetrică în timpul travaliului, nașterii sau examinării ginecologice.** La nivel internațional, violența obstetrică este considerată o formă de violență în bază de gen, care implică tratamentul discriminatoriu și abuziv al femeilor în instituțiile de asistență medicală. Deși există foarte puține evidențe cu privire la prevalența violenței obstetrice la nivel global sau regional, diferite țări încearcă să măsoare acest fenomen și să colecteze date pentru proiectarea politicilor publice de prevenire și eradicare a acestui fenomen. La nivel european, potrivit datelor Agenției Uniunii Europene pentru Drepturi Fundamentale<sup>13</sup>, una din trei femei din Europa este victimă a violenței în bază de gen (violența obstetrică fiind parte componentă). Un [studiu](#) realizat în perioada martie 2020 - martie 2021 asupra unui eșantion de femei din 12 țări europene, care au născut recent, constată că 23,9% dintre acestea au simțit că nu au fost tratate cu demnitate, iar 12,5% au suferit diverse abuzuri. Un alt [studiu](#) realizat în 5 țări din Europa de Nord sugerează că una din cinci femei însărcinate a fost supusă abuzurilor în timpul examinărilor prenatale. În Republica Moldova, ponderea femeilor care s-au confruntat cu cel puțin o formă de violență obstetrică și ginecologică depășește semnificativ indicatorii europeni. Potrivit studiului, **50,2%** dintre femeile care au trăit experiența maternității s-au confruntat cu diferite forme ale violenței obstetrice în timpul nașterii sau examinărilor ginecologice. Deși este un procent uriaș, dacă raportăm la populația generală de femei care au dat naștere, există prezumții rezonabile de a considera că ponderea respectivă ar putea fi mai înaltă, însă neraportată din motive de frică, rușine, cunoștințe limitate cu privire la drepturile în sănătate, nivel scăzut de conștientizare ș.a.

**Femeile au fost supuse în timpul nașterii unor grade variate de rele tratamente,** de la lipsă subtilă de respect față de autonomia lor, până la abuz – insulte verbale, violență fizică, discriminări, condiții degradante ș.a. O bună parte dintre femeile care s-au confruntat cu violență obstetrică au raportat standarde profesionale joase, care implică intervenții și proceduri în timpul nașterii pentru care nu au dat acord, fiind urmate de interacțiunea defectuoasă cu medicul, care presupunea lipsă de îngrijire, tratament inadecvat ș.a. Un rol aparte îl ocupă tratamentele abuzive, care include abuz verbal, sexual sau fizic.

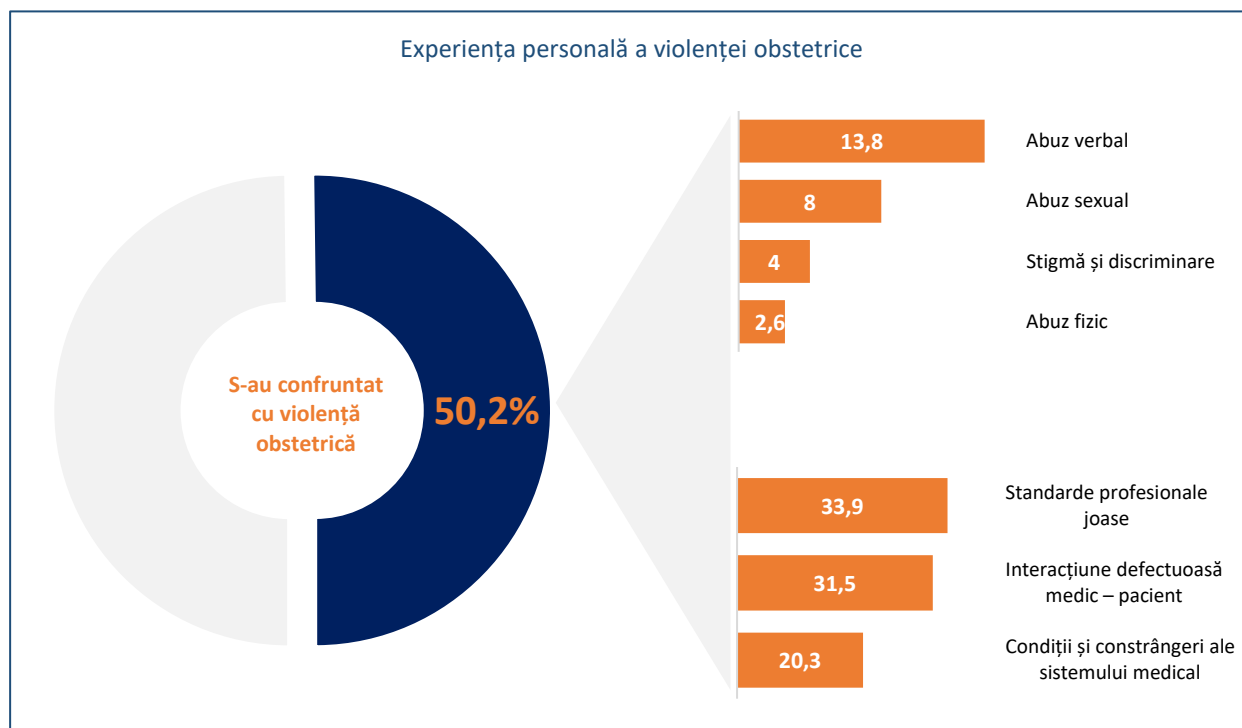


Figura 14. Ponderea femeilor din Republica Moldova care s-au confruntat cu diferite forme ale violenței obstetrice în timpul nașterii și/sau examinărilor ginecologice, %  
Sursa: Sondaj CPD, 2023

<sup>13</sup> Rezoluția 2306/ 2019 a Consiliului Europei privind violența obstetrică și ginecologică

**O treime dintre femei au fost supuse în timpul nașterii unor manevre obstetrice fără consimțământ sau unui tratament inadecvat.** Datele arată că cele mai multe evidențe ale violenței se atestă în jurul nașterii, formele variind de la proceduri non consensuale, uneori dăunătoare, până la subminarea demnității și integrității femeilor. La nivel general, 34% dintre femei au fost supuse cel puțin unei manevre obstetrice pentru care nu a dat consimțământ (cum ar fi metoda Kristeller, epiziotomia, utilizarea oxitocinei, metoda cezariană) sau unui tratament inadecvat (refuzul de a acorda ajutor în timp rezonabil, lipsă de îngrijire și sprijin, presiuni pentru a accepta anumite intervenții, încălcarea dreptului la autonomie și decizie etc.).

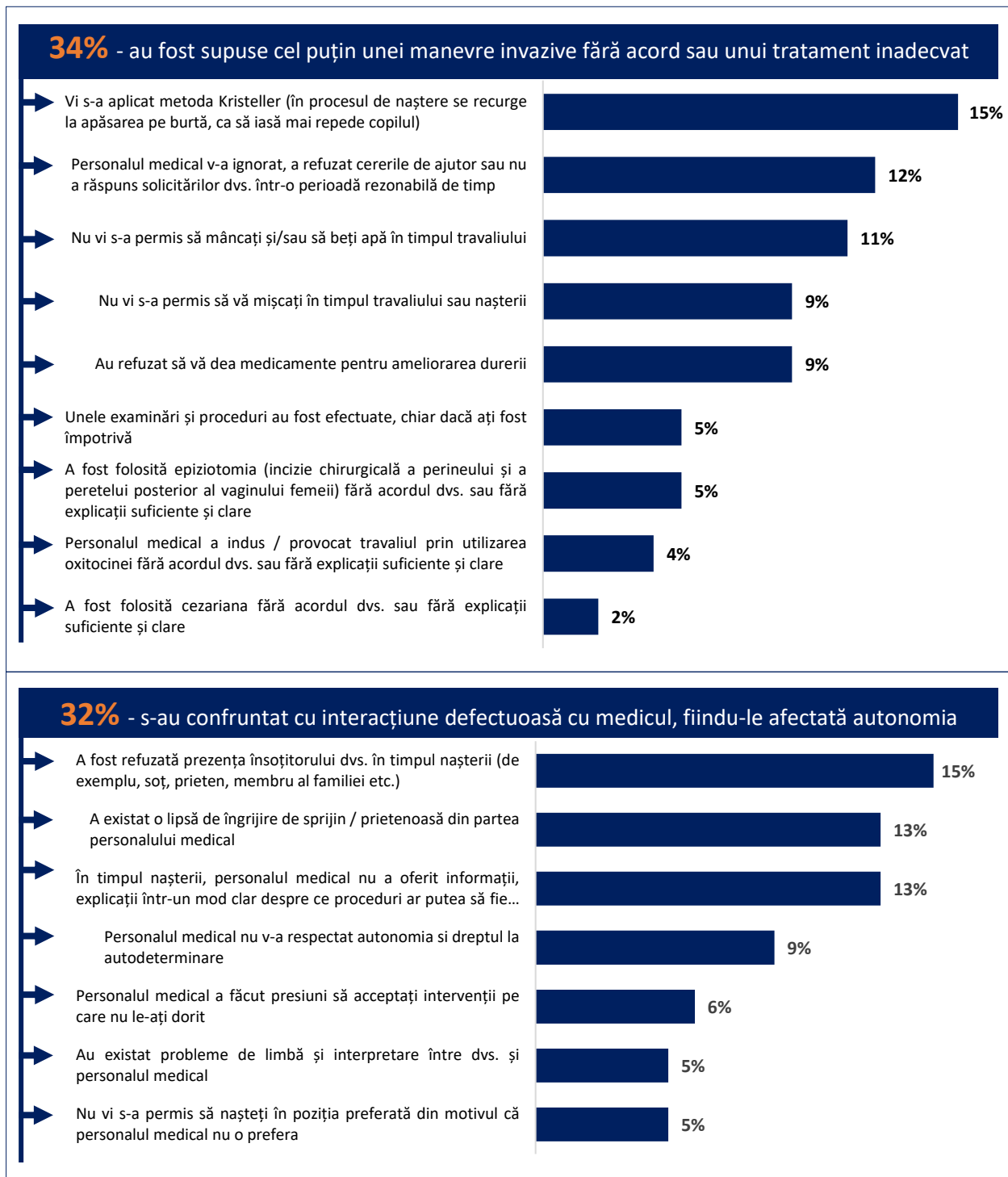


Figura 15. Ponderea femeilor din Republica Moldova care s-au confruntat cu diferite practici invazive și/ sau tratament inadecvat în timpul nașterii, %; Sursa: Sondaj CPD, 2023

**Cel puțin una din zece femei s-a confruntat cu diferite forme de abuz în timpul nașterii.** Astfel, 14% dintre acestea s-au confruntat cu abuz verbal, aceasta fiind cea mai frecventă formă, care implică limbaj nepolitic, batjocoritor, amenințări sau învinuiri. Violența fizică și/sau sexuală, deși are o incidență mai mică, implică forme grave de abuz. Potrivit datelor studiului, 8% dintre femei au fost supuse cel puțin unei forme de abuz sexual, iar 3% - unei forme de abuz fizic în timpul îngrijirii obstetrice. Acestea includ umilirea, aplicarea forței, constrângere fizică, pălmuire, împingere, limbaj cu caracter sexual, manipulări grosolane a organelor genitale, atingeri nepotrivite în timpul examinării ginecologice ș.a. Aceste experiențe traumatizante au implicații psiho-emoționale adânci asupra femeilor, provocând stări de depresie, anxietate, tulburări emoționale, afectând în același timp și predispoziția ulterioară de a concepe un copil. Datele sus-menționate indică urgența dezvoltării unor măsuri legislative care să reglementeze orice formă de abuz asupra femeilor aflate în perioada de sarcină sau în timpul nașterii, dar și măsuri de educare și conștientizare atât în rândul personalului medical, cât și în rândul societății.

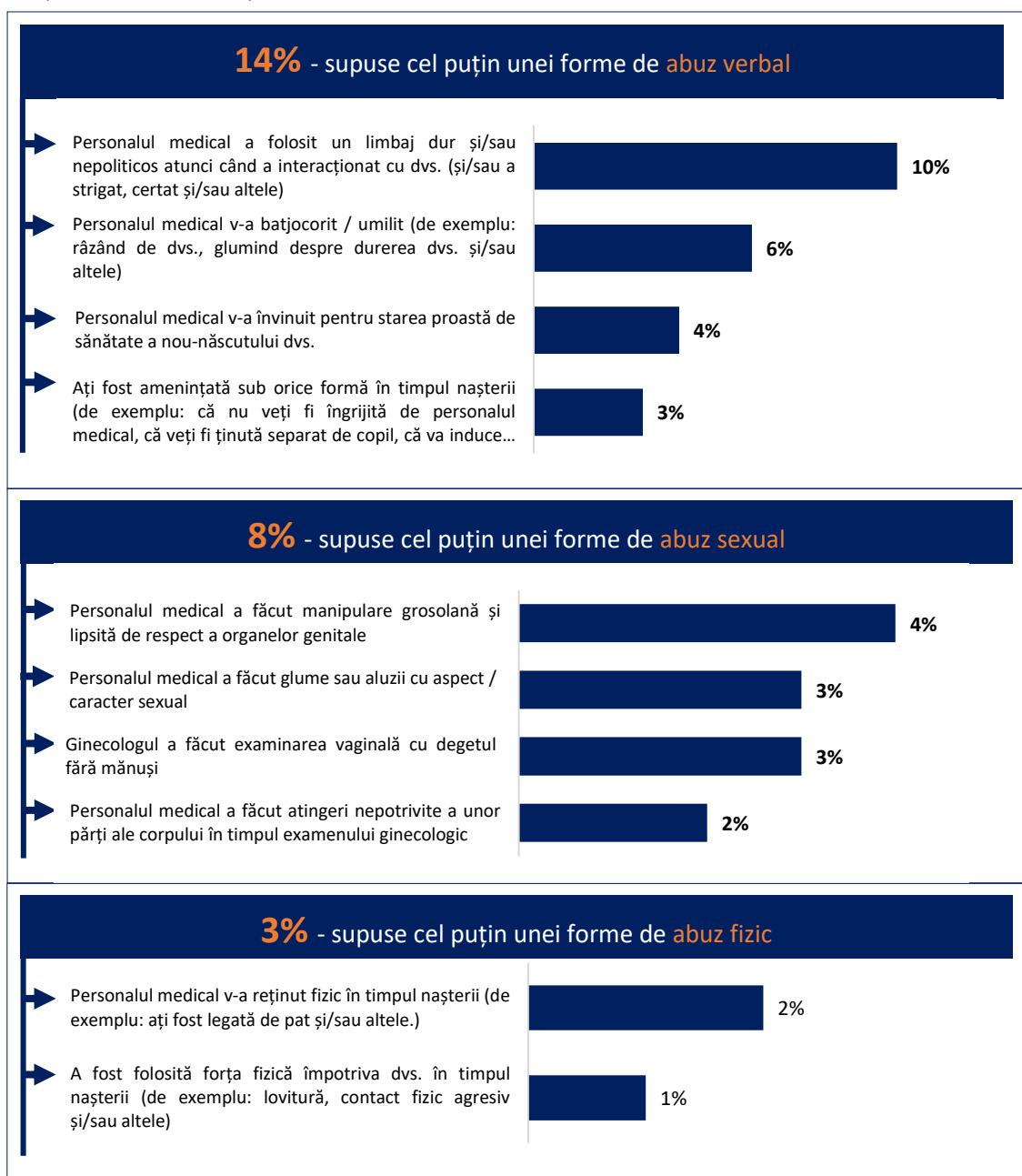


Figura 16. Ponderea femeilor care s-au confruntat cu diverse forme de abuz în timpul nașterii și/sau examinărilor ginecologice, %  
Sursa: Sondaj CPD, 2023

**Femeile vulnerabile sunt expuse unui risc sporit de a se confrunta cu violență obstetrică.** Datele studiului indică faptul că violența obstetrică a afectat femei din diferite categorii socio-economice, în diferite contexte și circumstanțe, fapt ce sugerează că orice femeie, la un moment dat, poate deveni victima unor rele tratamente în perioada de sarcină și naștere. Cu toate acestea, unele grupuri sunt mai expuse acestui risc, cum ar fi cele din mediul rural, cu un nivel scăzut de studii. Femeile cu dizabilități sunt expuse dublei marginalizării: (i) pe de o parte, acestea adesea întâmpină dificultăți în accesarea serviciilor de sănătate în general, pe motivul infrastructurii neadaptate, atitudinilor discriminatorii ș.a., (ii) pe de altă parte, acestea devin mai des victime ale tratamentelor abuzive și ale violenței atunci când accesează servicii de obstetrică și ginecologie. Orice politică publică în domeniul sănătății trebuie să țină cont de aceste inegalități și să vină cu un pachet de măsuri adecvate.

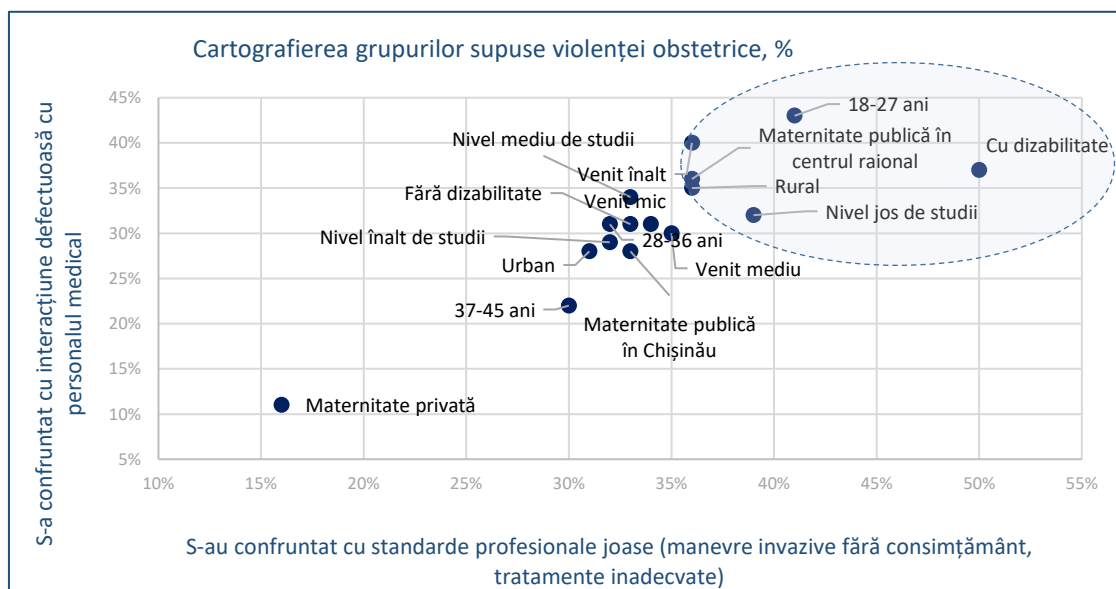


Figura 17. Cartografierea grupurilor de femei care s-au confruntat cu violență obstetrică în timpul nașterii și/sau examinărilor ginecologice  
Sursa: Sondaj CPD, 2023

**Frecvența cazurilor de violență obstetrică este mai mare în cazul maternităților publice și a celor din regiuni.** Deși, accesul la servicii de sănătate de calitate este un drept garantat de stat tuturor, datele sugerează existența unor inegalități semnificative. Ponderea femeilor care s-au confruntat cu cel puțin o formă de violență obstetrică este de două ori mai mare în maternitățile publice din Chișinău și de trei ori mai mare în maternitățile publice din centrele raionale, în raport cu maternitățile private. Diferențe se atestă și în plan regional, rata violenței obstetrice fiind mai mare în regiuni, comparativ cu Chișinău. Aceste date indică câteva aspecte: (i) comparativ cu maternitățile private, cele publice dispun de o dotare tehnică și condiții mai modeste, un nivel mai mic de salarizare și motivare a personalului, fapt ce influențează calitatea serviciilor, (ii) diferențele regionale se explică prin nivelul de accesare a resurselor financiare, dar și prin deficitul de personal medical în regiuni.

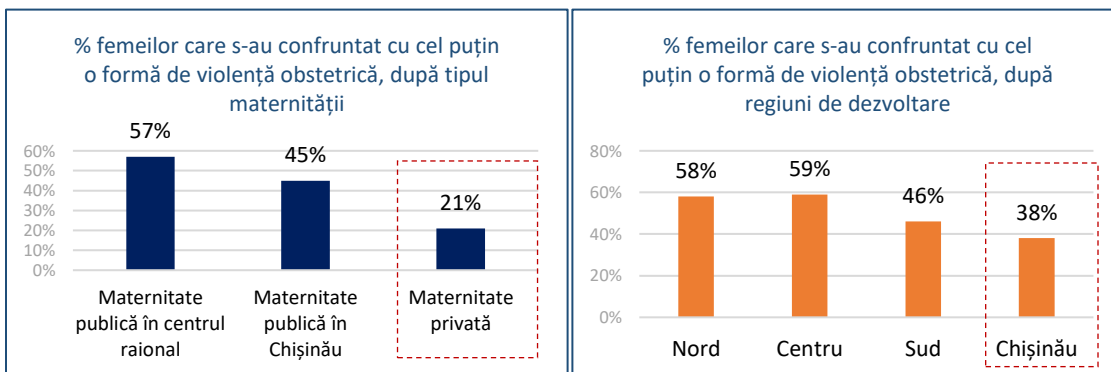


Figura 18. Ponderea femeilor supuse unei forme de violență obstetrică în funcție de maternitatea și regiunea în care au născut copilul  
Sursa: Sondaj CPD, 2023

# RAPORTAREA CAZURILOR DE VIOLENȚĂ OBSTETRICĂ

Raportarea cazurilor de violență obstetrică și ginecologică este esențială, aceasta fiind singura modalitate prin care putem recunoaște, preveni și combate aceste forme de abuz. Totodată, raportarea și gestionarea cazurilor de violență obstetrică ar spori accesul femeilor la servicii de sănătate reproductivă sigure și de calitate. Prin raportarea cazurilor și investigarea lor putem preveni astfel de tratamente abuzive și putem crea condiții de îngrijire medicală mai sigure și mai accesibile. Pentru a combate acest fenomen este important, să se lucreze în mod activ pentru a sensibiliza comunitatea, a promova educația și a elimina stigma asociată cu plângerile pe violență obstetrică și ginecologică, dar și pentru a oferi opțiuni sigure și accesibile pentru raportarea cazurilor, fie că este vorba de sectorul medical, organizații sociale sau autorități guvernamentale.

Deși predispoziția de a raporta cazurile de violență obstetrică și ginecologică este mare, în realitate fenomenul nu este raportat. Datele arată că aproximativ 84% din numărul total de femei respondente la sigur/probabil da, ar raporta situațiile în cazul în care ar suferi de o formă de violență obstetrică și ginecologică. Cu toate acestea, datele sondajului arată că 90% dintre femeile care s-au confruntat cu cel puțin cu o formă de violență obstetrică, nu au raportat aceste cazuri. Astfel, doar 6% dintre cazurile de violență obstetrică și ginecologică au fost raportate. Analizând profilul femeilor care au afirmat că au raportat cazurile de violență obstetrică și ginecologică cu care s-au confruntat, observăm că sunt acele femei, care au un nivel de studii medii, cu mediu de reședință urban și cu vârsta aproximativ între 37 ani – 45 ani.

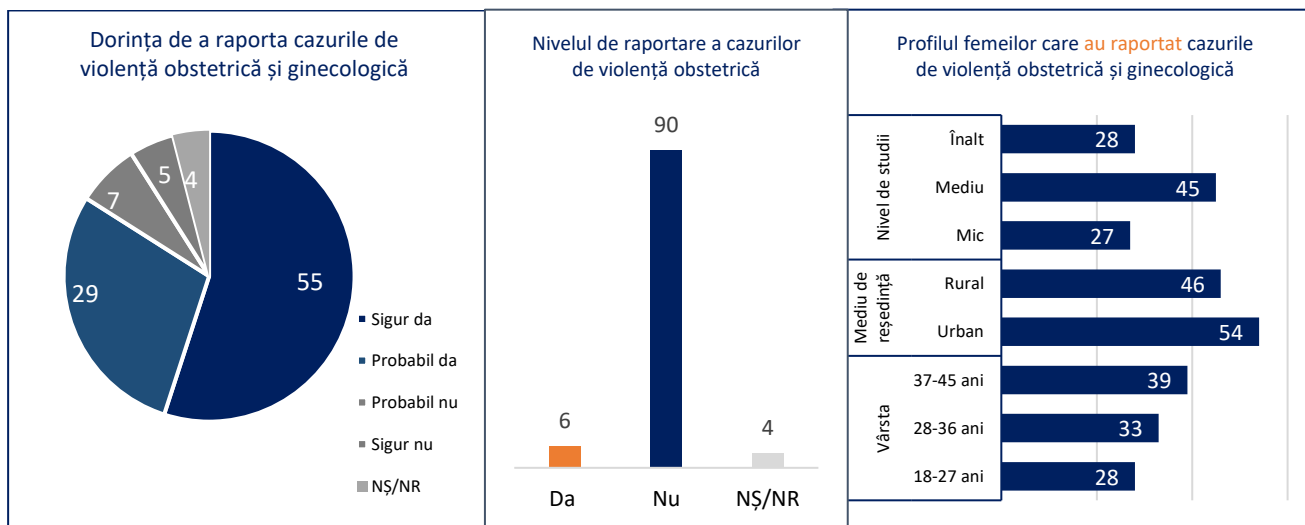


Figura 19. Predispoziția femeilor de a raporta cazurile de violență obstetrică și ginecologică, comparativ cu nivelul de raportare și profilul femeilor care au raportat, %

Sursa: Sondaj CPD, 2023

**Din numărul total de cazuri raportate, majoritatea nu au fost soluționate.** Din cele 6% care au trăit cel puțin o formă de violență obstetrică și ginecologică și au raportat-o, 75% au fost redirecționate la conducerea instituției medicale și 22% la poliție. Totodată, 49% dintre respondentele care au raportat cazurile de violență obstetrică și ginecologică au menționat că nu au fost întreprinse nici o măsură, iar persoanele nu au fost trase la răspundere, fără oarecare percușiuni asupra lor. Cu toate acestea, 22% dintre cazurile raportate s-au finalizat cu implicații doar asupra victimelor, fără a fi pedepsite persoanele vinovate. Circa 4% dintre ele au spus că persoanele vinovate au fost trase la răspundere, dar ele au avut de suferit consecințe. Evidențiem că doar în 25% dintre cazurile de violență obstetrică și ginecologică, au fost trase la răspundere, iar victimele nu au avut de suferit. Raportarea cazurilor de violență obstetrică și ginecologică în interiorul sistemului de sănătate, în situația în care nu există un mecanism de raportare, identificare și investigare a acestora, subestimarea gradului de abuz,

precum și lipsa de implicare în procesul de soluționare a problemelor, pot fi explicațiile pentru datele redată în graficele de mai jos.

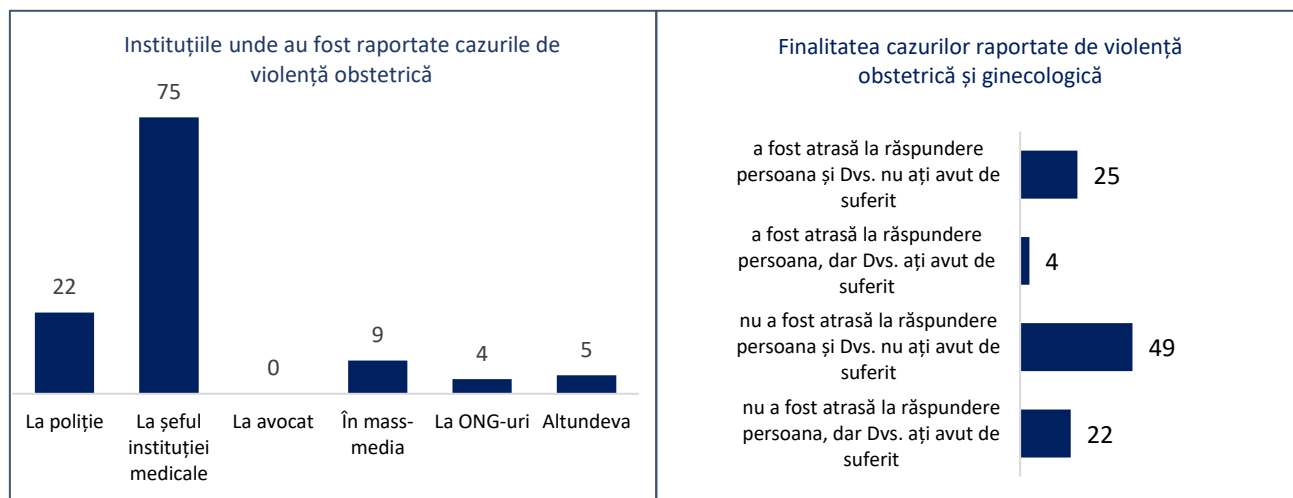


Figura 20. Finalitatea cazurilor raportate de violență obstetrică și ginecologică și instituțiile unde au fost raportate, %  
 Sub-eșanțion: 6% care au trăit cel puțin o formă de violență obstetrică și ginecologică și au raportat-o  
 Sursa: Sondaj CPD, 2023

**Există o serie de motive pentru care femeile nu raportează cazurile de violență obstetrică și ginecologică: (i)** lipsa de încredere în sistemul de sănătate și de justiție, **(ii)** frica de represalii, **(iii)** stigma socială și **(iv)** lipsa de informare. Din graficul de mai jos observăm că una dintre cele mai mari bariere pentru a raporta un caz de violență obstetrică și ginecologică este nivelul scăzut de încredere în sistemele de sănătate și justiție. Astfel, aproape jumătate din femeile respondente consideră că plângerile lor nu vor fi luate în considerare și nu se vor lua careva măsuri, altele 45% cred că nu vor avea suficiente dovezi pentru a raporta cazurile de violență obstetrică, iar 35% dintre ele consideră că nu există instrumente de sprijin și protecție pentru victimele care își caută dreptatea. Alte motive invocate de către femei au fost lipsa de siguranță, 30% au frică că vor avea de suferit mai târziu, adică vor fi supuse unor represalii. Stigma socială o altă barieră invocată de 26% dintre femeile respondente. 22% de femei nu știu cum sau unde să apeleze după ajutor. Dacă aceste bariere nu vor fi eliminate, acest lucru poate avea un efect negativ asupra accesului femeilor la servicii de sănătate reproductive sigure și de calitate și poate afecta negativ încercările de a preveni astfel de abuzuri în viitor. În cele din urmă, este important să se acorde o atenție deosebită acestor probleme grave, pentru a asigura că femeile și fetele sunt protejate și tratate cu demnitate în ceea ce privește serviciile de sănătate reproductive.

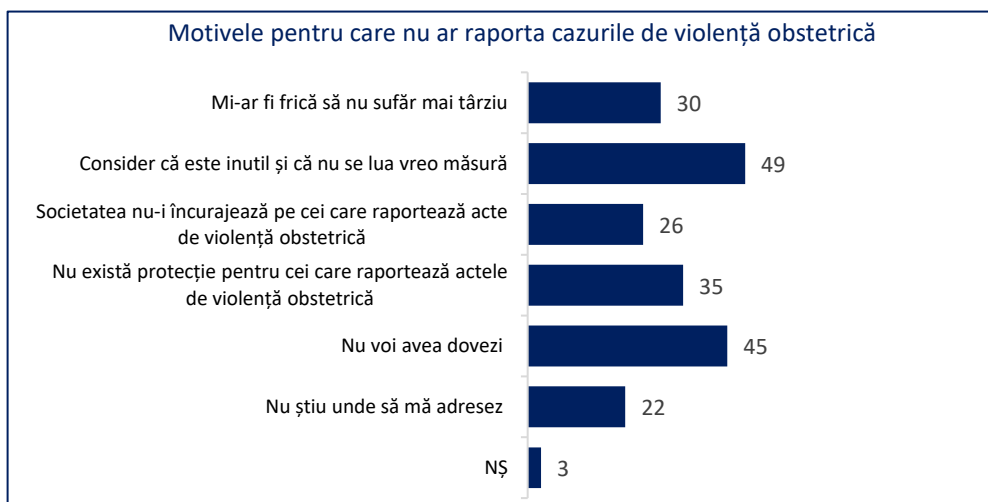


Figura 21. Motivele femeilor de a nu raporta cazurile de violență obstetrică, %  
 Sursa: Sondaj CPD, 2023

**Majoritatea femeilor ar raporta cazurile de violență ginecologică și obstetrică la o linie fierbinte.** Cazurile de violență obstetrică și ginecologică adesea sunt traumatizante și sensibile, iar femeile pot avea dificultăți în a discuta despre experiențele lor. Fiind întrebat unde ar dori să raporteze fenomenul violenței obstetrice și ginecologice, 64% dintre ele au răspuns că preferă să o facă la o linie fierbinte națională. Practica de prevenire și combatere a diferitor forme de violență în bază de gen, evidențiază faptul că apelarea la o linie fierbinte anonimă este mai confortabil, oferindu-le femeilor un mediu sigur de a vorbi despre ceea ce s-a întâmplat.

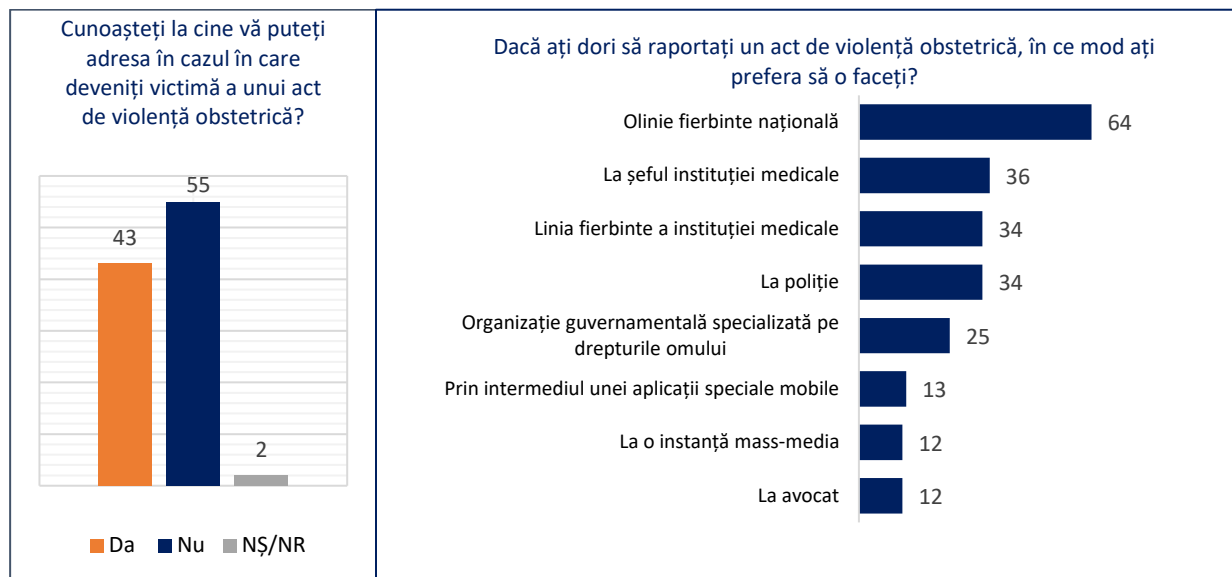


Figura 22. Nivelul de cunoaștere a femeilor unde să se adreseze în cazul în care devin victimă, și care ar fi metodele potrivite pentru ca ele să raporteze, %

Sursa: Sondaj CPD, 2023

# RECOMANDĂRI

Violența obstetrică este o încălcare a drepturilor femeilor la sănătate, prin încălcarea drepturilor la conștientizare, consimțământ, la tratament egal, la nediscriminare, la informare, la integritate, la autonomie reproductivă în timpul unui act medical în condițiile unei instituții medicale. Ea apare atât în practica medicală publică, cât și în cea privată, în timpul îngrijirii medicale legate de sarcină și nu doar, naștere și post-partum și reprezintă un context multi-factorial de violență instituțională și violență în bază de gen.

## ABORDAREA INTERNAȚIONALĂ A FENOMENULUI VIOLENȚEI OBSTETRICE ȘI GINECOLOGICE

**Până în prezent, câteva țări au inclus aspecte privind violența obstetrică și ginecologică în legislația lor, printre care se numără:**

**Venezuela:** În 2007, Venezuela a modificat legea privind drepturile femeii și egalitatea de gen pentru a include prevederi privind respectarea drepturilor femeilor în timpul sarcinii, nașterii și îngrijirii post-partum.

**Argentina:** În 2009, Argentina a aprobat [o lege](#) privind drepturile femeii în timpul nașterii, care definește violența obstetrică și prevede pedepse pentru aceasta.

**Brazilia:** În 2015, Brazilia a adoptat [o lege](#) care garantează drepturile femeii în timpul nașterii, precum și prevenirea și combaterea violenței obstetricale.

Aceste țări au fost primele care au recunoscut legal violența obstetrică și ginecologică ca infracțiune și formă de violență bazată pe gen.

**Italia:** În 2017, a aprobat o lege ([Legea numărul 24/2017](#)) care stabilește reguli și modalități specifice de prevenire și combatere a violenței obstetrice și ginecologice. Conform prevederilor legale, femeile au dreptul să fie informate cu privire la starea lor de sănătate și să fie consultate în ceea ce privește toate procedurile medicale și intervențiile care urmează să fie efectuate. În cazul în care femeile sunt victime ale violenței obstetrice și ginecologice, acestea pot solicita asistență medicală și psihologică în spital și pot depune o plângere oficială împotriva personalului medical care a comis actele de violență. În plus, femeile ar putea solicita acordarea unor despăgubiri financiare pentru orice daune suferite ca urmare a violenței obstetrice și ginecologice. În 2018, Italia a adoptat un [Cod al Practicii Obstetricale](#), care include prevederi specifice pentru a preveni violența obstetrică.

**Mexic:** În unele state din Mexic, cum ar fi Nuevo León și Guerrero, există [legi](#) care interzic violența obstetrică.

În Uniunea Europeană, unele țări au aprobat politici privind prevenirea și combaterea fenomenului violenței obstetrice și ginecologice, iar altele încă dezbat sau examinează aceste politici. Iată câteva exemple de țări care au adoptat politici în acest sens:

**Spania:** A adoptat [o lege](#) care definește violența obstetrică în cadrul legii sale privind violența sexistă. Această lege cuprinde: sterilizarea forțată, sarcina forțată, prevenirea avortului în cazurile legal stabilite și prevenirea accesării metodelor contraceptive, precum și a practicilor ginecologice și obstetrice care nu respectă deciziile, organismul, sănătatea și procesele emoționale ale femeilor. În 2018, guvernul spaniol a adoptat [un plan de acțiune național](#) pentru a preveni și a combate violența împotriva femeilor în perioada sarcinii, nașterii și îngrijirii post-partum.

**Franța:** În Franța, prevederi care reglementează violența obstetrică și ginecologică au fost introduse în [Codul de Sănătate](#), prin articolele 2226-1 și 2226-2. Conform legii, violența obstetrică și ginecologică se referă la orice formă de violență fizică sau verbală, presiune sau tratament umilitor sau disprețuitor aplicat femeilor în timpul actului medical sau în timpul nașterii. Aceasta include presiune pentru a accepta intervenții medicale sau tratamente fără consimțământul femeii, lipsa de informare și consultare adecvată a femeii și respingerea solicitărilor sale legate de îngrijire și tratament.



Potrivit legii, = autoritățile medicale și profesionale trebuie să ia în considerare drepturile și nevoile femeilor și să evite orice violare a integrității lor fizice și morale. De asemenea, legea stipulează că femeile trebuie să fie informate cu privire la toate intervențiile medicale, tratamentele și procedurile care urmează să fie efectuate, precum și la orice consecințe sau riscuri potențiale. În cazurile de violență obstetrică și ginecologică, femeile au dreptul să depună o plângere oficială la autoritățile medicale și la instituțiile judiciare competente. În plus, femeile afectate ar putea solicita acordarea unor despăgubiri financiare pentru orice daune suferite ca urmare a violenței obstetrice și ginecologice. În 2018, Franța a lansat [un plan](#) național de acțiuni pentru a îmbunătăți experiența pacienților în timpul nașterii, care include prevenirea violenței obstetrice și îmbunătățirea informațiilor și a îngrijirii oferite.

**Belgia:** În 2019, Parlamentul belgian a adoptat o lege care prevede măsuri pentru prevenirea și combaterea violenței obstetrice în spitale și centrele de îngrijire medicală din țară. Ulterior, Federația Valonia-Bruxelles a adoptat un [Plan de acțiune](#) pentru combaterea violenței împotriva femeilor (2022-2024), setând unul dintre obiectivele prevenirea violenței ginecologice și obstetrice. Măsurile includ campanii de conștientizare pentru informarea publicului, furnizarea de informații viitoarelor mame cu privire la drepturile lor și mecanismele existente în caz de nevoie, precum și formarea profesioniștilor din domeniul sănătății pentru a-i sensibiliza cu privire la violența ginecologică și obstetrică și pentru a îmbunătăți gestionarea avortului.

**Suedia:** Suedia a introdus în legislație<sup>14</sup> prevederi care protejează femeile împotriva violenței obstetrice și ginecologice. Conform legii, medicii și asistenții medicali trebuie să acorde o atenție deosebită standardelor etice și profesionale, încălcarea acestora ducând la sancțiuni și chiar la pierderea licenței medicale în cazul repetării. Totodată, au fost dezvoltate un set de "standarde de calitate în îngrijirea obstetrică" care includ prevederi pentru prevenirea și combaterea violenței obstetrice.

## RECOMANDĂRI PENTRU REPUBLICA MOLDOVA

**Pentru a diminua fenomenul violenței obstetrice și ginecologice este nevoie de o abordare complexă care să acopere 5 dimensiuni de intervenție: (i) Dezvoltarea cadrului normativ legal** pentru a preveni și a combate fenomenul violenței obstetrice și ginecologice; **(ii) Formarea și responsabilizarea personalului medical**, pentru a spori nivelul de conștientizare a ceea ce poate deveni o violare a drepturilor pacienților lor și pentru a respecta deciziile pacientei, atât timp cât ele nu pun în pericol viața mamei și a copilului; **(iii) Informare, educare și suport pentru paciente**, pentru a le informa cu privire la drepturile lor și opțiunile și deciziile legate de îngrijirea lor obstetrică; **(iv) Sensibilizarea comunității largi privind violența obstetrică**, astfel încât să poată recunoaște comportamentele care constituie violență obstetrică și să ofere sprijin pentru pacientele aflate în situații care le expun la această violență; **(v) Monitorizarea și măsurarea fenomenului violenței obstetrice**, pentru a cunoaște amploarea fenomenului și impactul măsurilor întreprinse.

### (i) Dezvoltarea cadrului normativ legal

**Elaborarea unei legi privind malpraxis-ul medical sau adoptarea unei legi speciale care să abordeze fenomenul violenței obstetrice și ginecologice**, care să asigure că pacienții, care au suferit leziuni sau vătămări ca urmare a unor practici medicale incorecte sau au fost supuși unei forme de violență obstetrică și ginecologică, să poată fi apărați prin intermediul legii și să aibă acces la suport financiar sau alte forme de remediere. În această lege ar putea fi incluse definiții și proceduri referitoare la prevenirea, raportarea și investigarea violenței obstetrice și ginecologice, precum și obligația ca instituțiile medicale să aprobe proceduri interne care vor reglementa aceste procese. Procedurile interne trebuie să ofere siguranță și protecție victimelor pentru a putea raporta orice abuz, fără frica de represalii sau încălcarea dreptului la confidențialitate, precum și să includă sancționarea pentru cei

<sup>14</sup> <https://www.sfog.se/natupplaga/ARG76web4a328b70-0d76-474e-840e-31f70a89eae9.pdf>

găsiți vinovați de astfel de cazuri. Totodată, legislația trebuie să limiteze practicile medicale neesențiale pentru a preveni situația când multe proceduri medicale sunt efectuate fără consimțământul explicit al pacientului, inclusiv ce vizează femeile în perioada sarcinii, a nașterii sau în stadiul post-partum. Un alt aspect important ține de obligativitatea de a avea o politică de protecție a personalului medical, care raportează cazuri de violență obstetrică. Acest lucru ar putea ajuta la protejarea acestor persoane de eventualele represalii.

**Definirea explicită a violenței obstetrice și ginecologice în legislație.** În lipsa unei definiții clare va fi dificil să se determine ce constituie violența obstetrică și ginecologică, precum și să se ia măsuri adecvate împotriva acesteia. Având la bază definițiile prezentate în capitolul introductiv, dar și practica internațională, abordarea analitică din cadrul acestui a pornit de la o definiție mai extinsă, dezvoltată de Centrul Parteneriat pentru Dezvoltare (CPD), care se propune a fi luată în considerare: "Violența obstetrică și ginecologică este abuzul verbal, fizic și/sau sexual, manifestat prin constrângerea, umilirea și/sau agresiunea care apare în timpul controlului medical ginecologic, în timpul travaliului și/sau la naștere, precum și în timpul procedurilor ginecologice, manifestat de către personalul medical și auxiliar".

**Implementarea, prin lege, a unui sistem obligatoriu de raportare.** Toate cazurile suspecte de violență obstetrică ar trebui raportate atât de către potențialele victime, dar și de către personalul medical și examinate de o autoritate independentă. Sistemul de raportare trebuie să stabilească proceduri specifice și previzibile. Spre exemplu: în cazul primirii plângerilor, declarațiilor sau altor informații despre pretinse fapte de violență obstetrică, persoanele responsabile de recepționarea lor sunt obligate să le înregistreze și imediat, dar nu mai târziu de 24 de ore, să le transmită spre examinare administrației instituției medicale competente sau altor instituții specializate, după caz. Această obligație este valabilă ori de câte ori angajații instituției primesc informații despre incidente de violență obstetrică, din orice sursă, inclusiv mass-media.

**Crearea unui cadru de evaluare a plângerilor:** Acesta ar trebui să ofere un proces transparent și echitabil pentru examinarea plângerilor legate de violența obstetrică, inclusiv prin promovarea transparenței în raportarea plângerilor și rezultatelor investigării. De asemenea, este necesar de a introduce obligativitatea spitalelor de a avea un plan clar de acțiune în cazul plângerilor de violență obstetrică, care ar detalia modul în care plângerile vor fi investigate și abordate. Se recomandă crearea unei proceduri clare de apel pentru deciziile legate de plângerile de violență obstetrică, ce ar oferi victimelor o modalitate de a contesta deciziile cu care nu sunt de acord.

**Introducerea dreptului la asistență juridică garantată pentru victimele violenței obstetrice și ginecologice.** Asigurarea asistenței juridice gratuite este o măsură suplimentară pentru promovarea și protejarea drepturilor omului, inclusiv pentru persoanele care sunt cele mai vulnerabile sau marginalizate în societate. Femeile care se confruntă cu diferite forme de violență obstetrică și ginecologică, indiferent de statutul lor financiar, trebuie să fie asigurate cu oportunitatea de a-și apăra drepturile și de a fi reprezentate corect. Astfel, este necesară integrarea oricărui caz de violență obstetrică în categoria cazurilor în care se desemnează, la cerere, avocat specializat care acordă asistență juridică garantată de stat. Acest lucru poate include asistență juridică gratuită, consiliere și alte forme de sprijin.

**Instituirea unei linii fierbinți** la care femeile să reclame neregulile la care au fost supuse în timpul sarcinii, în timpul nașterii sau în perioada imediată de după naștere, inclusiv estorcarea de mită. Luând în considerare că aceste cazuri sunt adesea traumatizante și sensibile, iar femeile pot avea dificultăți de a discuta despre experiențele lor cu cei apropiați, o linie fierbinte anonimă poate fi o soluție mai confortabilă, oferindu-le femeilor un mediu sigur pentru a vorbi despre ceea ce li s-a întâmplat.

**Introducerea obligativității spitalelor de a suplini cu unități noi de personal, precum:** (i) *mediatori externi* care ar oferi suport pacienților și medicilor în cazul unui conflict. Acest lucru poate ajuta la rezolvarea conflictelor într-un mod care respectă drepturile și nevoile ambelor părți; (ii) *un/o avocat/ă independent/ă* care să asigure

respectarea drepturilor pacienților sau **(iii) coordonator/ coordonatoare pentru drepturile pacientului**, care ar fi responsabil/ă de asigurarea respectării drepturilor pacientului în îngrijirea obstetrică și ginecologică; **(iv) psiholog/ă în cadrul instituțiilor medicale** care ar putea oferi sprijin emoțional și terapeutic femeilor, pentru a face față stresului și anxietății pre și post-natală, precum și în alte cazuri, cum ar fi pierderea sarcinii sau un diagnostic grav. În responsabilitățile psihologilor pot fi incluse activități cu scop de prevenire, cum ar fi discuții despre drepturile femeilor, așteptările lor privind procesul de îngrijire și disponibilitatea sprijinului în cazul violenței obstetrice.

**Excluderea practicilor învechite din protocoalele clinice naționale în domeniul obstetricii.** Este necesar de revizuit protocoalele existente, pentru a exclude practicile care au fost clasificate ca fiind ineficiente sau chiar periculoase, atât pentru mamă, cât și pentru făt, cum ar fi: **(i) interzicerea metodei Kristeller**, care demult este interzisă în majoritatea țărilor Europene; **(ii) nașterea în poziția comodă mamei**, precum permiterea expulziei copilului în poziție verticală, care este mult mai potrivită decât poziția de litotomie, aceasta fiind o poziție negravitațională, care îngustează bazinul cu până la 30% și face mai anevoioasă trecerea copilului prin canalul de naștere, lungeste expulzia și face durerile mai intense; **(iii) interzicerea separării mamei de bebelușul născut prin cezariană**, care ar trebui pus pe pieptul mamei, cu ajutorul persoanei de sprijin, deoarece primele 45 minute de după naștere sunt esențiale pentru stabilirea atașamentului și a alăptării la sân; **(iv) reglementarea tăierii cordonului ombilical după ce încetează să pulseze**, care, după nașterea copilului, încă livrează oxigen, sânge și celule stem; **(v) introducerea practicii de naștere prin „cezariană naturală”**, care este un concept relativ nou ce presupune imitarea condițiilor de naștere naturală, unde copilul nu este tras în afară cu violență, ci este lăsat să se împingă singur, mimând astfel trecerea prin canalul de naștere, când copilul depune efort să iasă; **(vi) participarea studenților la naștere trebuie să fie doar cu acordul femeii**.

**Instituirea obligativității planului de naștere, agreeat între pacientă-medic.** Legislația trebuie să includă o prevedere care să facă obligatorie pregătirea și prezentarea unui plan de naștere pentru fiecare femeie însărcinată. Această practică este pe larg răspândită în practica internațională, fiind implementată în țări precum SUA, Anglia, Danemarca, Olanda, Estonia, Spania ș.a. Planul de naștere reprezintă un document scris, în care femeia însărcinată, după ce se informează despre procedurile privitoare la sarcină și naștere, își anunță nevoile și preferințele legate de travaliu, naștere, îngrijirea post-partum. Planul de naștere ar trebui să fie discutat și agreeat cu medicul obstetrician sau cu moașa care urmează să asiste la naștere. Acest lucru va spori gradul de implicare a femeilor în procesul de naștere, le va oferi un sentiment de control și le va permite să-și exprime preferințele și nevoile într-un cadru formal. În această ordine de idei, urmează a fi creat un cadru legislativ pentru standardele planului de naștere. Deși fiecare plan de naștere va fi individual, bazat pe nevoile și preferințele individuale ale fiecărei femei, se recomandă a fi stabilite anumite standarde privind conținutul și formatul acestuia.

Conceptul de „plan al nașterii” a fost elaborat în SUA, în anul 1980, ca reacție la rata tot mai înaltă a intervențiilor medicale nejustificate. În Anglia, în anul 1993, planul de naștere se folosea în 78% din sălile de naștere. În Spania, planul de naștere s-a implementat începând cu anul 2007. Potrivit unui studiu realizat în Anglia, planul de naștere influențează în mod pozitiv actul de aducere pe lume a copilului. Un [studiu](#) efectuat în Teheran, Iran, pe un eșantion de 300 de femei, arată că deținerea unui plan de naștere și participarea femeii la lecțiile de pregătire pentru naștere pot crește rata nașterilor vaginale. Astfel, femeile care aveau un plan de naștere înregistrau o rată a nașterilor vaginale semnificativ mai înaltă, comparativ cu cele care nu îl aveau (81.9% vs. 48.7%) și o durată a fazelor 1 și 2 ale travaliului semnificativ mai scurtă ( $218.54 \pm 156.54$  vs.  $269.41 \pm 168.83$  min). De asemenea, femeile cu un plan de naștere erau mai puțin predispuse la epiziotomie (43% vs. 58.3%) sau la administrarea oxitocinei pentru accelerarea travaliului (33.1% vs. 45.5%), erau mai satisfăcute de travaliu și de naștere și au început alăptarea mai devreme decât cele care nu aveau planul respectiv. Totodată, studiul arată că participarea femeilor la luarea deciziilor și îndeplinirea preferințelor în timpul nașterii pot îmbunătăți starea lucrurilor de după naștere, pentru mamă și copil, fiind redusă rata spitalizării acestora.

**Crearea unor proceduri interne mai robuste pentru prevenirea și combaterea corupției în maternități.** Legislația ar trebui să includă măsuri mai consolidate împotriva corupției în maternități, cum ar fi sancțiuni mai severe pentru personalul medical care solicită bani pentru asistența acordată în timpul sau după naștere. Ar

trebui, de asemenea, încurajate și protejate raportările acestor practici și implementate sisteme de supraveghere mai eficiente pentru a detecta și preveni corupția.

**Reglementarea activității doulelor.** Doula este o persoană specializată să ofere suport emoțional, fizic și informativ mamei care așteaptă să nască și celei care se află în travaliu sau tocmai a născut. În unele țări, doulele fac parte din personalul maternităților, mai ales în unele state din SUA. Spitalele au regulamente care le vizează activitatea. Un [studiu](#) efectuat în Carolina de Nord a arătat că femeile asistate de doule au folosit mai puțină anestezie epidurală (54.4% vs 66.1%) decât cele ce nu au beneficiat de acest suport. Femeile asistate de doule au bifat mai des experiența de naștere ca fiind una bună (82.5% vs 67.4%), că pot gestiona foarte bine travaliul (46.8% vs 28.3%), că travaliul are un efect pozitiv asupra emoțiilor și trăirilor lor (58.0% vs 43.7%), au avut percepția că au un corp puternic (58.0% vs 41.0%).

**Dreptul la prezența persoanei de sprijin în sala de operații, în timp ce se efectuează cezariană.** Astăzi, femeii i se interzice să fie însoțită de o persoană de sprijin la nașterea prin cezariană, deși pe durata nașterii prin cezariană, în special cea efectuată cu anestezie locală, femeia are nevoie de suport.

**Convocarea consiliului medical pentru luarea deciziei de a efectua cezariană,** validat de semnăturile tuturor membrilor consiliului, printr-un proces verbal. Cel puțin 2/3 din membrii consiliului trebuie să susțină această decizie, deoarece cezariană reprezintă o intervenție chirurgicală complexă. În prezent, cezariană se face la alegerea mamei sau din motive nefondate, precum vârsta femeii sau bazinul îngust (această concluzie, de „bazin îngust” poate fi clară numai în procesul nașterii, atunci când femeia încearcă să nască vaginal).

**Crearea camerelor pentru nașteri blânde.** În saloanele și sălile de naștere din maternități este greu să produci oxitocină – hormon care are nevoie de o ambianță caldă și primitoare, în care femeia să se simtă în siguranță, în condiții familiare. Sălile de naștere sunt amenajate drept săli de operații. Sunt reci, cu lumină rece și orbitoare. Pentru o naștere lină, însă, este nevoie de intimitate, căldură, liniște și lumină difuză. Atunci neocortexul se liniștește și se activează instinctele femeii, hormonii nașterii. De exemplu, în maternitatea nr. 2 din or. Chișinău, este amenajată o ”cameră roz”, care imită condițiile dintr-un dormitor de acasă, iar beneficiarele acestei camere spun că s-au simțit foarte confortabil și sunt ajutate de acea ambianță.

**Introducerea dreptului la un consultant în alăptare din afara maternității.** Majoritatea maternităților din Republica Moldova nu au consultanți în alăptare. În prezent, moașele le ajută pe femei să își atașeze copiii la sân, însă ele nu au cunoștințele specifice, necesare cu privire la alăptare. În acest context, instituțiile trebuie să fie obligate să permită accesul consultantelor din extern, la solicitarea mamei, de exemplu din partea asociației naționale ”Mămica Alăptează”.

**Îmbunătățirea condițiilor de îngrijire pentru femeile care au pierdut o sarcină sau un copil.** Este necesar a fi introduse prevederi care să asigure că femeile care trec printr-o pierdere perinatală nu sunt cazate în apropierea saloanelor sau secțiilor cu nou-născuți. Acest lucru ar putea implica crearea unor zone separate în spitale pentru îngrijirea acestor femei sau implementarea unor politici care să asigure că acestea sunt plasate în zone cât mai îndepărtate de sunetele produse de nou-născuți.

Actualizarea **curriculelor** din cadrul instituțiilor educaționale (Centrul de Excelență în Medicină și Farmacie „Raisa Pacalo”, Universitatea de Stat Medicină și Farmacie „N. Testemițeanu”) pentru formarea profesională primară și educația medicală continuă a specialiștilor din domeniul obstetrică și ginecologie (asistente medicale, moașe, medici obstetricieni ginecologi) prin prisma prevenirii violenței obstetrice și oferirea suportului psihologic în perioada sarcinii, nașterii și lăuziei.

## (ii) Formarea și responsabilizarea personalului medical

**Educarea și formarea personalului medical.** Este necesar ca personalul medical să fie continuu perfecționat, nu doar din perspectiva competențelor de muncă, dar și în ceea ce privește etica profesională, îngrijirea compasională, comunicarea blândă și respectarea drepturilor pacienților, respectul pentru autonomie și consimțământul informat. Medicii obstetricieni și ginecologi urmează a fi educați și responsabilizați cu privire la detectarea actelor de violență obstetrică și ginecologică, prevenirea acestora și raportarea lor în cazul în care au devenit martori. De asemenea, este indispensabilă *asigurarea unei formări adecvate pentru personalul medical în gestionarea situațiilor dificile și stresante*. Pentru a extinde spectrul de cunoștințe și bune practici, se recomandă *realizarea vizitelor de studiu și schimb de experiență* în domeniul prevenirii violenței obstetrice, aplicarea conduitei blânde și expectative în naștere, nașteri alternative în condițiile instituțiilor medicale și în afara lor.

**Introducerea instrumentelor de suport pentru medicii obstetricieni, de a-și exercita responsabilitățile.** Pornind de la specificul muncii unui medic obstetrician, instituția trebuie să ofere măsuri de suport acestora, precum: **(i) dezvoltarea unui program de mentorat pentru personalul medical nou-venit**, care ar permite promovarea unei culturi pozitive, prin exemple pozitive din cadrul instituției și/sau **(ii) asigurarea cu asistență psihologică pentru lucrătorii medicali**, care ar oferi suport în gestionarea situațiilor de criză emoțională și care ar învăța medicii cum își pot gestiona diverse emoții la muncă de sine stătător.

**Crearea unei politici de toleranță zero față de violența obstetrică în toate instituțiile de sănătate.** Instrumentele și mecanismul de asigurare a acesteia este *obligația instituțiilor medicale să fie prescrise într-un document de politică internă*, care urmează a fi clar comunicat tuturor angajaților și pacienților. Pentru a susține implementarea acestei politici în cadrul instituțiilor medicale poate fi creat *un sistem de recompense și recunoaștere a bunelor practici*, care ar motiva personalul medical să își exercite corect și profesionist responsabilitățile. De asemenea, la etapa de angajare, se recomandă *introducerea unor criterii stricte de competență și etică pentru angajarea personalului medical*, astfel încât să existe certitudine cu privire la integritatea noilor angajați.

**Revizuirea de către medici a procesului de îngrijire maternă.** Se încurajează să fie instituită o abordare multidisciplinară al acestui proces, care ar presupune o conlucrare mai bună între medici, asistente, consilieri și alți lucrători din domeniul sănătății. Abordarea multidisciplinară ar permite să fie asigurată *îngrijirea centrată pe pacient*, unde vor fi luate în considerare opinia, preferințele și nevoile lor.

## (iii) Informare, educare și suport pentru paciente

**Introducerea cursurilor obligatorii de educație prenatală.** Cursurile de pregătire trebuie să devină obligatorii pentru toate femeile însărcinate, acestea urmând a fi livrate în instituțiile medicale din proximitatea pacientei/femeii. Cursurile/seminarele vor livra informații cu privire la fiziologia naturală a nașterii, rolul hormonilor în naștere, procedurile și manevrele obstetrice, drepturile femeilor în perioada sarcinii și a nașterii, aspecte privind violența obstetrică și formele acesteia etc. Totodată, este important ca aceste cursuri să se concentreze pe furnizarea de informații *pozitive și împuternicitoare* despre naștere, care să încurajeze femeile să aibă încredere în capacitățile propriului corp. Spre exemplu, este esențial ca femeile să cunoască despre hormonii nașterii pe care îi produce în mod natural, atunci când are condiții potrivite (intimitate, siguranță, liniște, etc.) să cunoască că este capabilă și concepută să producă hormonul oxitocină, care contractează uterul și endorfine, care diminuează în mod natural durerea. În prezent, seminarele livrate de instituțiile medicale, private sau publice, pun preponderent accent pe pericole și riscuri în sarcină și la naștere, fapt ce creează anumite blocaje în corp, trezesc sentimentul de frică și anxietate.

**Introducerea obligativității pentru spitale de a oferi terapie și sprijin psihologic pentru victimele violenței obstetrice.** Aceasta presupune existența procedurilor disponibile de consiliere individuală sau de grup pentru mamele și familiile care au suferit violență obstetrică, fapt ce va oferi un mediu de sprijin și va ajuta la procesul de vindecare. Aceste proceduri de consiliere/ terapie trebuie să fie disponibile pentru pacienți imediat după un incident, dar și pe termen lung.

**Introducerea practicilor care încurajează implicarea partenerului/a unui membru de familie în îngrijirea obstetrică.** Deși cadrul legal actual permite prezența partenerului sau a unui membru de familie la naștere, această practică continuă a fi una puțin utilizată. Studiile în domeniul obstetricii arată că prezența unei persoane de sprijin în timpul travaliului și nașterii are efecte pozitive: rata violenței obstetrice este mai mică, tații care au participat la naștere se implică mai mult în creșterea și îngrijirea copilului, nașterea are loc într-un mediu mai sprijinit și respectuos pentru pacientă.

**Educarea și sensibilizarea femeilor privind drepturile lor în îngrijirea maternă.** Aceasta presupune organizarea campaniilor de comunicare și informare pentru beneficiarii serviciilor perinatologice, crearea și difuzarea de materiale informative care să clarifice ce este violența obstetrică și cum pot fi exercitate drepturile pacienților în sarcină, travaliu, naștere și examinări ginecologice.

#### **(iv) Sensibilizarea comunității largi privind violența obstetrică**

**Crearea unui program național de educație pentru respectarea drepturilor pacientei în îngrijirea obstetrică.** Acesta ar putea include programe specifice organizate în școli, centre comunitare, centre de sănătate, youth clinics și alte grupuri/ instituții, pentru o acoperire mai largă. Având în vedere gravitatea problemei, este important ca măsurile de educare și responsabilizare să fie implementate de la vârste fragede, astfel încât populația, inclusiv tinerii, să fie educați în spiritul nediscriminării, toleranței, dar și a înțelegerii drepturilor lor în ceea ce privește accesarea serviciilor de sănătate, inclusiv servicii de obstetrică și ginecologie.

**Încurajarea implicării comunității în prevenirea violenței obstetrice.** Acest lucru ar putea include campanii de conștientizare comunitară și implicarea liderilor comunității. Este esențial să fie sporit nivelul general de conștientizare privind fenomenul violenței obstetrice, ca măsură de prevenire, dar totodată și ca măsură de eliminare a stigmei sociale, care frecvent apare în raport cu persoanele care raportează asemenea cazuri. Pe termen lung, informarea, educarea și sensibilizarea comunității largi ar determina o diminuare a cazurilor.

#### **(v) Monitorizarea și măsurarea fenomenului violenței obstetrice**

**Realizarea de studii și cercetări cu privire la impactul planurilor de naștere.** Se recomandă ca Guvernul să finanțeze sau să susțină realizarea de studii care să examineze efectele planului de naștere asupra procesului de naștere și asupra stării de sănătate a mamei și copilului. Rezultatele acestor studii ar trebui folosite pentru a îmbunătăți continuu standardele și practicile privind planul de naștere.

**Finanțarea cercetărilor privind perceperea fenomenului violenței obstetrice,** atât în rândul lucrătorilor medicali, în scopul elaborării Strategiei de dezvoltare a abilităților de comunicare și comportament a lucrătorilor medicali (medici, psihologi, asistenți medicali, infirmieri) implicați în prestarea serviciilor de perinatologie, cât și în rândul femeilor care au trecut prin experiența maternității, pentru a măsura prevalența fenomenului, a înțelege mai bine cauzele, consecințele și modalitățile de prevenire a violenței obstetrice.

**Instituirea unui cadru pentru evaluarea și îmbunătățirea continuă a calității îngrijirii.** Acest lucru ar putea include măsurarea satisfacției pacienților, revizuirea cazurilor de violență obstetrică și identificarea oportunităților de îmbunătățire.

**Pentru a avea un răspuns comprehensiv cu privire la prevenirea și combaterea fenomenului violenței obstetrice și ginecologice, recomandările incluse în această analiză, pot fi parte a unui plan național cu privire la prevenirea și combaterea violenței obstetrice.** Multe dintre țările din Europa au dezvoltat și implementat planuri naționale pentru a preveni și combate violența obstetrică. Următoarele sunt câteva exemple de țări care au adoptat astfel de planuri, ca de exemplu Franța Italia, Spania, Suedia, etc.

## METODOLOGIA CERCETĂRII

Raportul analitic a fost elaborat în baza datelor generate de un sondaj de opinie, desfășurat în rândul femeilor de vârstă reproductivă (18-45 ani), cu copii de vârstă de până la 6 ani, din Republica Moldova. Sondajul a fost realizat cu scopul de a identifica nivelul de prevalență și frecvență a cazurilor de violență obstetrică în rândul femeilor. Cercetarea a fost realizată de Asociația Obștească Centrul de Analiză și Investigații în Sociologie, Politologie și Psihologie „CIVIS”, desfășurată pe un eșantion de 809 de femei din Republica Moldova, în perioada februarie - aprilie 2023, la solicitarea Centrului Parteneriat pentru Dezvoltare.

### Structura eșantionului:

		Număr	Total
Total		809	100,0%
Vârsta	18-27 ani	229	28,3%
	28-36 ani	358	44,3%
	37-45 ani	222	27,4%
Ocuparea:	Angajată	288	35,6%
	Neangajată/Casnică	224	27,7%
	Concediu de îngrijire	297	36,7%
Nivel venit/Bunăstare:	Mic	400	49,4%
	Mediu	230	28,4%
	Înalt	82	10,1%
Mediu de reședință:	Urban	377	46,6%
	Rural	432	53,4%
Regiune de dezvoltare:	Nord	212	26,2%
	Centru	222	27,4%
	Sud	144	17,8%
	Chișinău	230	28,4%
Număr copii:	1 copil	249	30,8%
	2 copii	292	36,1%
	3 copii	168	20,8%
	Mai mulți	62	7,7%
Nivel de studii	Mic	169	20,9%
	Mediu	292	36,1%
	Înalt	348	43,0%
Grup etnic:	Majoritate etnică	711	87,9%
	Minoritate etnică	98	12,1%
Prezență dizabilitate în gospodărie	Da	58	7,2%
	Nu	740	91,5%
Victimă a violenței obstetrice și ginecologice	Da	387	47,8%
	Nu	385	47,6%
Locul unde a dat naștere copilului	Maternitate publică în centrul raional	447	55,3%
	Maternitate publică în Chișinău	321	39,7%
	Maternitate privată	41	5,1%
Oferirea de recompense personalului medical	A oferit	513	63,4%
	Nu a oferit	242	29,9%



## DESPRE CENTRUL PARTENERIAT PENTRU DEZVOLTARE

Creat în anul 1998, *Centrul Parteneriat pentru Dezvoltare (CPD)* este o instituție obștească, care își propune să contribuie la promovarea unui discurs integrator cu privire la problematica genurilor umane, statutul femeii și egalitatea de șanse pentru femei și bărbați. CPD se afirmă în calitate de structură neguvernamentală, care pledează pentru implementarea conceptului egalității de gen în toate domeniile vieții, promovarea politicilor publice în domeniu, abordarea problemelor ce țin de rolul femeii în societate și abilitarea acesteia, eliminarea tuturor formelor de discriminare față de femei, fiind concomitent și un centru de documentare, informare și instruire pentru ONG-urile de profil și grupurile de inițiativă.

**Scop.** Dezvoltarea și consolidarea resurselor și mecanismelor de abilitare echitabilă a femeilor și bărbaților în vederea promovării egalității de gen în Republica Moldova prin susținerea unui demers coerent de influențare a politicilor.

**Misiune.** CPD promovează valorile egalității de gen, ca parte componentă a unei societăți deschise, în scopul consolidării unui parteneriat autentic de gen.

**Viziune.** CPD pledează pentru edificarea unei comunități cu perspective și oportunități egale pentru membrii/ele săi/sale, a unei societăți în care femeile și bărbații sunt cetățeni cu drepturi depline, capabili să soluționeze problemele în comun, să beneficieze în mod egal de noile oportunități și să se angajeze plener în activități politice, economice și sociale.

### ADRESA NOASTRĂ:

Centrul Parteneriat pentru Dezvoltare  
str. Armenească, 13  
Chișinău, MD-2012, Republica Moldova  
Tel.: +(373 22) 23-70-89; 20-71-58  
Tel./Fax: +(373 22) 20-71-57  
[www.progen.md](http://www.progen.md)  
e-mail: [cpd@progen.md](mailto:cpd@progen.md)