



World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR Europe

EXPERIENȚELE ADVERSE DIN COPILĂRIE

și comportamentele asociate
de risc pentru sănătate la
studenții din instituțiile de
învățământ superior din
Republica Moldova





World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR **Europe**

EXPERIENȚELE ADVERSE DIN COPILĂRIE

și comportamentele asociate de
risc pentru sănătate la studenții
din instituțiile de învățământ
superior din Republica Moldova

Autori:

Galina Leșco

Adriana Baban

Dinesh Sethi

Larisa Boderscova

Jana Chihai

Andrei Luchian

ABSTRACT

Studiul privind experiențele adverse din copilărie (EAC) a fost realizat pe un eșantion de 1.534 de studenți, cu vârstele cuprinse între 18 și 27 ani, înmatriculați în 14 instituții de învățământ superior din Republica Moldova. Studenții au completat un chestionar auto-raportat privind expunerea la EAC, atât în aspect de maltratare a copilului, cât și de disfuncționalități la nivel de familie, în primii 18 ani de viață. Studiul demonstrează că până la împlinirea vârstei de 18 ani, majoritatea respondenților (59,6%) s-ar fi confruntat cu unul sau mai multe episoade de EAC, iar 12,5% au raportat patru sau mai multe astfel de episoade. Cele mai frecvent raportate tipuri de EAC au fost disciplinarea fizică (20,2%), abuzul emoțional (15,1%) și neglijarea emoțională (13%). Tipurile predominante de disfuncții la nivel de familie au reprezentat divorțul sau separarea părinților (19,5%), prezența unui membru al familiei cu probleme de abuz de alcool (14,9%) și tratarea violentă a mamei în prezența copilului (13,1%). A fost determinat un grad înalt de corelare între expunerea la EAC și adoptarea unor comportamente de risc și problemelor de sănătate. Riscul autovătămării, consumul de alcool sau substanțe psihotrope și fumatul este considerabil mai mare la studenții cu patru sau mai multe EAC. Studiul sugerează necesitatea instituirii unor acțiuni intersectoriale pentru prevenirea maltratării copiilor sau a altor EAC.

Cuvinte cheie

CHILD ABUSE – PREVENTION AND CONTROL, CHILD NEGLECT, HEALTH RISK BEHAVIOUR, VIOLENCE – PREVENTION AND CONTROL, HEALTH SURVEY, REPUBLIC OF MOLDOVA

Adresați întrebările despre publicațiile Biroului Regional OMS pentru Europa către:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Ca opțiune alternativă, completați un formular on-line pentru documentare, informație despre sănătate sau pentru permisiunea de citare sau traducere, de pe site-ul web al Biroului Regional (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© Organizația Mondială a Sănătății 2018

Toate drepturile sunt rezervate. Biroul Regional pentru Europa al Organizației Mondiale a Sănătății salută solicitările pentru permiterea reproducerii sau traducerii publicațiilor sale, parțial sau complet.

Denumirile utilizate și prezentarea materialului în această publicație nu implică exprimarea opiniei Organizației Mondiale a Sănătății referitor la statutul juridic al unei țări, teritoriu, oraș sau regiuni sau ale autorităților acestora, sau cu privire la delimitarea frontierelor sau hotarelor. Liniile punctate de pe hărți reprezintă estimativ liniile de frontieră în privința cărora încă nu s-a ajuns la un acord deplin.

Menționarea anumitor companii sau a produselor anumitor producători nu implică aprobarea sau recomandarea acestora de către Organizația Mondială a Sănătății ca preferință altor produse de aceeași natură ce nu sunt menționate expres. Cu excepția erorilor și omiterilor, denumirile produselor patentate sunt distinse cu litere majuscule inițiale.

Organizația Mondială a Sănătății a întreprins toate precauțiile rezonabile pentru a verifica informația care se conține în publicația dată. Totuși, materialul publicat este distribuit fără o garanție expresă sau implicită. Responsabilitatea pentru interpretarea și utilizarea materialului o poartă cititorul. În nici un caz, Organizația Mondială a Sănătății nu va fi responsabilă de daunele ce reies din utilizarea acestui material. Viziunile exprimate de autori, redactori sau grupuri de experți nu reprezintă neapărat deciziile sau politicile declarate ale Organizației Mondiale a Sănătății.

CUPRINS

▶ Mulțumiri	III
▶ Sumar executiv	IV
▶ Executive summary	V
▶ 1. Introducere	1
▶ Scop	4
▶ Principalele obiective	4
▶ 2. Metodologie	5
▶ Populația-țintă	6
▶ Elaborarea chestionarului	6
▶ Implementarea chestionarului	7
▶ Analiza	8
▶ 3. Rezultate	9
▶ Caracteristicile eșantionului	10
▶ Expunerea la EAC	12
▶ Asocierea între EAC	13
▶ Comportamentele cu risc pentru sănătate și EAC	15
▶ Comportamentele cu risc pentru sănătate și expunerea la EAC multiple	18
▶ Problemele de sănătate și EAC	19
▶ 4. Dezbateri	21
▶ Limitările și următoarele activități	23
▶ Următorii pași	24
▶ Bibliografie	26

Mulțumiri

În colectivul de autori se regăsesc: Galina Leșco, Centrul Național de Resurse în Serviciile de Sănătate Prietenoase Tinerilor „Neovita”, Adriana Baban, Catedra de Psihologie, Universitatea Babeș-Bolyai, Dinesh Sethi, Biroul Regional pentru Europa al OMS, Larisa Boderscova, Biroul OMS din Republica Moldova, Jana Chihai, Catedra de Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” și Andrei Luchian, Asociația Sănătate pentru Tineri.

Studiul realizat face parte din Acordul bienal de colaborare semnat între Biroul Regional pentru Europa al OMS și Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale din Republica Moldova.

Autorii își exprimă mulțumirea pentru suportul acordat de USMF „Nicolae Testemițanu”, în particular Comisiei de Etică, care a susținut elaborarea și ulterior aprobarea metodologiei studiului.

Echipa de autori aduce mulțumiri Ministerului Educației, Culturii și Cercetării, în special dnei Galina Gavriiliță, pentru sprijinul oferit în facilitarea organizării colectării datelor, precum și administrațiilor instituțiilor de învățământ superior, care au colectat informații.

Autorii mulțumesc tuturor tinerilor implicați în studiu pentru cooperare în calitate de respondenți, disponibilitate, sinceritate și timpul oferit, precum și tinerilor manageri din teritoriu, care au colectat chestionarele, pentru responsabilitate și acuratețe.

Sincere mulțumiri se aduc lui Karen Hughes de la Agenția de Sănătate Publică din Țara Galilor, Regatul Unit, și lui Alexander Butchart de la Cartierul General al OMS, pentru verificarea colegială a raportului și comentariile aduse, care au contribuit la calitatea generală a acestui raport. Contribuții substanțiale la raport au fost oferite de colegii de la Biroul Regional pentru Europa al OMS: Darja Dobermann, Aigul Kuttumuratova, Yongjie Yon, Melita Murko și Daniel Chisholm.

În final, autorii le mulțumesc dlui Haris Hajrulahovic, Reprezentantul OMS în Republica Moldova, și dlui Gauden Galea Directorul Departamentului boli netransmisibile și promovarea sănătății la toate etapele vieții din cadrul Biroului Regional pentru Europa al OMS.

Prefață

Maltratarea copilului reprezintă rezultatul unor factori sociali, culturali, economici și biologici, fenomen prezent în toate societățile și țările Regiunii Europene a OMS. Aceasta constituie principala cauză a inegalității în sănătate și a in justiției sociale, care expune unui risc mai mare persoanele dezavantajate din punct de vedere socioeconomic. Cea mai mare parte a abuzului și neglijării copilului are loc în comunitate, deseori fiind asociate cu alte experiențe adverse în familiile disfuncționale. Aceste alte tipuri de experiențe adverse din copilărie includ violența între părinți în prezența copilului, separarea părinților sau prezența la unul dintre membrii familiei a unei afecțiuni mintale, problemelor de consum de substanțe sau alcool, fie aflarea în detenție. Astfel de experiențe adverse din copilărie pot afecta dezvoltarea copilului și pot determina comportamente dăunătoare sănătății (precum fumatul, consumul abuziv de alcool sau droguri sau autovătămarea), dereglări mintale, inactivitate fizică, apariția bolilor netransmisibile sau decesul prematur.

Astfel, experiențele adverse din copilărie denotă grave probleme sociale și de sănătate publică, ce lasă amprente profunde asupra sănătății fizice și mintale a copiilor și asupra dezvoltării societății. Consecințele unei astfel de adversități pot afecta persoanele la orice etapă a vieții, determinând costuri înalte pentru societate. La temelia acțiunilor necesare pentru reducerea inechităților în Europa și atingerea obiectivelor Politicii europene Sănătate 2020 se află un început sănătos de viață fără maltratare sau dificultăți în copilărie. Ca răspuns la povara socială și de sănătate publică pe care o prezintă maltratarea copilului, statele-membre ale Regiunii Europene a OMS au aprobat documentul „Investind în copii: planul de acțiuni european pentru prevenirea maltratării copilului pentru anii 2015–2020”. Importanța sistării violenței și adversităților din copilărie este una dintre prioritățile Agendei de Dezvoltare Durabilă 2030, care se regăsește în adoptarea țintei 16.2 a Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă, ce pledează pentru terminarea tuturor formelor de violență împotriva copiilor.

OMS a conlucrat cu mai multe state-membre pentru a demonstra magnitudinea problemei violenței împotriva copilului sau a altor adversități din copilărie, realizând o serie de studii privind experiențele adverse din copilărie în rândul tinerilor. Raportul dat, „Experiențele adverse din copilărie și comportamentele asociate de risc pentru sănătate la tinerii din instituțiile de învățământ superior din Republica Moldova”, a contribuit la fundamentarea bazei de dovezi din Europa. Și pentru Republica Moldova acesta a confirmat prevalența înaltă a maltratării copilului și a adversităților din copilărie. În cadrul Biroului Regional pentru Europa al OMS ne exprimăm speranța că acest raport va genera dezbateri privind importanța consolidării politicilor și investirea în programe de prevenire a maltratării sau a altor adversități ale copilăriei în vederea asigurării unui început sănătos de viață.

Gauden Galea

Director

Departamentul boli netransmisibile și promovarea sănătății la toate etapele vieții
Biroul Regional pentru Europa al OMS

Sumar executiv

Violența împotriva copiilor reprezintă o gravă problemă de sănătate publică pentru Republica Moldova. Ca răspuns la acest fenomen, au fost elaborate și implementate mai multe politici exhaustive privind protecția copilului și prevenirea violenței, suplimentate cu o serie de intervenții. Acest proces a fost facilitat prin instituirea unui mecanism de cooperare instituțională, adoptarea Legii privind activitatea poliției și statutul polițistului și a Strategiei privind protecția copilului în 2016, pe lângă actele legislative privind protecția drepturilor copiilor suspecți sau acuzați în proces penal prin Codul de Procedură Penală.

În ultimii ani în Republica Moldova au fost efectuate mai multe studii de evaluare a prevalenței diverselor forme de violență împotriva copiilor și tinerilor. Totuși, niciunul din acestea nu a examinat relația între expunerea la experiențe adverse din copilărie (EAC), precum neglijarea sau abuzul emoțional, fizic sau sexual, inclusiv disfuncționalitatea familiei și adoptarea, ulterioră, a comportamentelor de risc pentru sănătate. În acest context, în Republica Moldova a fost efectuat un studiu privind EAC pentru cuantificarea prevalenței EAC și evaluarea asocierii între acestea și comportamentele de risc pentru sănătate ulterior.

Studiul și-a propus ca obiectiv să determine prevalența EAC și influența acestora asupra comportamentelor privind sănătatea prin colectarea datelor privind EAC suferite până la atingerea vârstei de 18 ani în rândul studenților din cadrul instituțiilor de învățământ superior din Republica Moldova. Datele au fost utilizate pentru identificarea factorilor de risc pentru comportamentele de risc privind sănătatea și stabilirea impactului exercitat de EAC asupra acestora.

La realizarea studiului a fost utilizată metodologia recomandată de OMS și Centrele de Prevenire și Control al Bolilor, aplicându-se chestionarul bazat pe auto-raportare cu scopul de a evalua următoarele aspecte: experiența diferitor forme de abuz în copilărie; disfuncționalități la nivelul familiei; implicarea actuală în diverse comportamente de risc; și problemele actuale de sănătate.

Studiul dat reprezintă un studiu transversal și, retrospectiv de autoevaluare. Chestionarul a fost administrat pe un eșantion de 1.678 studenți înmatriculați în 14 instituții de învățământ superior din Republica Moldova, în cele din urmă fiind validate 1.534 din chestionarele colectate (rata de participare a constituit 91%). Din numărul de chestionare validate, 598 (39%) au fost completate de bărbați și 936 (61%) – de femei. Vârstele respondenților au variat între 18 și 27 ani, cu o medie de 20,6 ani.

Rezultatele demonstrează că majoritatea respondenților (59,6%) au raportat una sau mai multe EAC până la atingerea vârstei de 18 ani. O mare parte (12,5%) au fost expuși la patru și mai multe EAC. Cele mai frecvent raportate tipuri de evenimente negative din copilărie au fost pedepsele corporale (20,2%), abuzul emoțional (15,1%) și neglijarea emoțională (13%). Tipurile prevalente de disfuncție la nivel de familie au fost divorțul sau separarea părinților (19,5%), prezența în familie a unui membru cu probleme de abuz de alcool (14,9%) și tratarea violentă a mamei în prezența copilului (13,1%).

Analiza datelor a elucidat faptul că comportamentele de risc pentru sănătate sunt mai frecvent raportate în rândul tinerilor ce au suferit EAC decât la cei fără astfel de experiențe, iar comportamentele de risc pentru sănătate creșteau proporțional cu numărul experiențelor adverse suferite. Respondenții care au indicat patru sau mai multe EAC reprezintă grupul ce raportează comportamentele cele mai riscante pentru sănătate. Comparativ cu lipsa EAC, prezența EAC multiple (patru și mai multe), creștea riscul probabil de folosire a drogurilor (raportul probabilităților (OR) 20), fuga de acasă (OR 11,8), tentativele de suicid (OR 9,5) sau fumatul (OR 1,8).

Studiul denotă faptul că în Republica Moldova prevalența maltratării copilului și a altor EAC este înaltă, ceea ce confirmă constatările cercetărilor precedente, care arată faptul că expunerea la EAC contribuie la apariția comportamentelor de risc pentru sănătate care, la rândul său, se poate solda cu intensificarea problemelor de sănătate publică. Ținând cont de cele expuse, în scopul reducerii prevalenței maltratării copilului și ulterior a comportamentelor de risc pentru sănătate și a morbidității la vârsta de adult, sunt recomandate măsuri de prevenire și intervenții precoce.



INTRODUCERE

Introducere

Maltratarea copilului sub orice formă – neglijare sau abuz sexual, fizic sau emoțional – este o formă ascunsă a violenței, ce are o prevalență inacceptabil de mare în Regiunea Europeană a OMS (1). Este una din formele grave ale experiențelor adverse din copilărie (EAC) și deseori este însoțită de alte EAC (violența parentală, separarea părinților sau prezența la unul din membrii familiei a afecțiunilor mintale, aflarea în detenție, abuzul de alcool sau substanțe). Aceasta este corelată cu o probabilitate mai mare a violenței sau comportamentelor dăunătoare sănătății la o etapă ulterioară a vieții, ducând la o situație socială și stare de sănătate precară (cu repercusiuni asupra sănătății fizice, psihice și reproductive) (2,3).

Studiul demonstrează că programarea bazată pe dovezi poate preveni maltratarea copilului sau alte EAC (1). Până nu demult, organizațiile internaționale și statele-membre din Regiunea Europeană a OMS s-au axat preponderent pe protecție, implicând sistemul social și justiția, și nu pe prevenire. Astfel, OMS a reiterat importanța rolului de lider al sănătății publice anume în promovarea prevenirii abuzului (4).

Dovezile denotă faptul că prevalența fenomenului în cele 53 de țări ale Regiunii Europene a OMS este inacceptabil de mare. *Raportul global privind violența și sănătatea* definește maltratarea copilului ca fiind abuzul fizic, sexual sau emoțional și/sau privarea și neglijarea copilului (4). Atunci când ia o formă severă, abuzul copilului poate duce la omor și, cu toate că rata omorurilor în rândul copiilor cu vârsta sub 15 ani pare să fie la un nivel relativ mic de circa 850 decese anual, decesele reprezintă doar vârful aisbergului (1): rapoartele sugerează că prevalența maltratării copilului este cu mult mai mare. Prevalența în Regiunea Europeană variază între 9,6% - abuz sexual, 22,9% - abuz fizic și ajunge până la 29,1% în cazul abuzului psihologic, sugerând că până la atingerea vârstei de 18 ani zeci de milioane de copii sunt supuși abuzului (1).

Se consideră că lipsa relațiilor sigure și afectuoase în copilărie are influențe negative asupra dezvoltării neurologice, care, la rândul său, influențează dezvoltarea emoțională, cognitivă și comportamentală a copilului (3). EAC sunt corelate cu o predispunere la violență sporită mai târziu în viață și comportamente dăunătoare sănătății, cum ar fi consumul de alcool sau substanțe psihotrope, fumatul, obezitatea, lipsa activității fizice, depresia sau autovătămarea, care se soldează cu o stare mai precară a sănătății, inclusiv cauzată de creșterea numărului de balo netransmisibile sau tulburări psihice (2). Magnitudinea fenomenului, riscurile, consecințele și date bazate pe privind opțiunile de politici și acțiuni de prevenire sunt prezentat în *Raportul european privind prevenirea maltratării copilului* (1).

Fiind preocupate de mărimea fenomenului și consecințele acestuia, în cadrul Comitetului Regional pentru Europa al OMS cele 53 de state-membre și-au exprimat sprijinul unanim pentru rezoluția EUR/RC64/R6 privind „Investind în copii: Strategia europeană pentru sănătatea copiilor și adolescenților pentru anii 2015–2020” și Planul de acțiuni european pentru prevenirea maltratării copiilor pentru anii 2015–2020 (5). Aceste documente fac un apel la sistemele de sănătate să-și asume rolul de lider în coordonarea răspunsului intersectorial de prevenire, cu accent pe îmbunătățirea supravegherii, elaborarea unui plan național exhaustiv de acțiuni pentru prevenire și asigurarea implementării pe scară mai largă a programelor de prevenire. Studiul dat privind EAC în Republica Moldova contribuie la realizarea unuia dintre obiectivele acestui plan, ce se referă la conștientizarea acestei probleme și sporirea vizibilității privind fenomenul violenței împotriva copilului.

La ora actuală, datele privind mărimea fenomenului de maltratare a copilului în Republica Moldova sunt limitate din cauza nivelului scăzut de raportare. Violența în familie este tradițional admisă și are loc preponderent în intimitatea locuințelor personale. Nu este percepută ca o încălcare a drepturilor omului, ci mai degrabă ca o chestiune privată. Pedepsele fizice ca mijloc de disciplinare a copiilor sunt deseori considerate un drept al

părinților; acestea sunt percepute ca demonstrare firească a autorității și reprezintă o măsură ce nu necesită timp sau cunoștințe speciale, însă are un efect imediat – copilul bătut va face neîntârziat ceea ce i se cere (3,6,7).

Protecția copilului este un domeniu prioritar pentru Republica Moldova. Ratificarea Convenției ONU privind Drepturile Copilului a obligat autoritățile publice să asigure respectarea drepturilor tuturor copiilor, să promoveze politici ce contribuie la bunăstarea copiilor și familiilor și să garanteze continuitatea și durabilitatea reformelor în acest domeniu, în vederea oferirii protecției și creșterii calității vieții copiilor (8). Ca rezultat, au fost elaborate și implementate politici exhaustive de protecție a sănătății copilului. În 2007, Guvernul Republicii Moldova a aprobat Strategia națională și Planul de acțiuni privind reforma sistemului rezidențial de îngrijire a copilului pentru anii 2007–2012; acestea propunându-și drept scop înjumătățirea numărului de copii plasați în asistență rezidențială și reorganizarea tuturor instituțiilor rezidențiale. Guvernul a depus eforturi conjugate, grație sprijinului oferit de donatori și organizațiile neguvernamentale, pentru implementarea reformei sistemului rezidențial de îngrijire a copilului (7).

Pentru prevenirea separării copiilor de familii și în vederea contribuției la responsabilizarea autorităților locale și teritoriale, în cadrul Comisiei pentru protecția copilului aflat în dificultate a fost instituit un mecanism coerent de prevenire a instituționalizării (*gatekeeping*). În 2013 a fost adoptată Legea cu privire la protecția specială a copiilor aflați în situație de risc și a copiilor separați de părinți, de care se conduc toate instituțiile și profesioniștii implicați în îngrijirea copilului. Standardele minime de calitate pentru serviciile alternative de îngrijire a copilului au fost ajustate la ghidurile ONU privind îngrijirile alternative pentru copii (9).

Au fost îmbunătățite măsurile de contracarare a violenței îndreptate împotriva copiilor odată cu crearea mecanismului de cooperare între agenții, adoptarea Legii cu privire la activitatea poliției și statutului polițistului și cu adoptarea strategiei privind protecția copilului din 2014 și a planului de acțiuni aferent acesteia în 2016 (10,11), în timp ce drepturile copiilor suspectați sau acuzați în proces penal au fost protejate prin garanții procedurale în Codul de Procedură Penală (6,12).

În țară au fost realizate mai multe studii de evaluare a prevalenței diverselor forme de violență îndreptată împotriva copiilor și tinerilor (6,12), însă niciunul din acestea nu a examinat relația dintre expunerea la EAC (abuzul emoțional, fizic sau sexual, familie disfuncțională) și antrenarea ulterior în comportamente de risc pentru sănătate.

Studiul privind experiențele adverse din copilărie (EAC) este una din cele mai mari cercetări efectuate vreodată în vederea evaluării corelației între maltratarea în copilărie și sănătatea sau bunăstarea la o etapă mai târzie a vieții. Studiul EAC de reper a fost realizat de Centrele pentru Controlul și Prevenirea Bolilor în colaborare cu Clinica de Evaluare a Sănătății de la Kaiser Permanente (2,13,14). Metodologia a fost folosită în multe țări, inclusiv în Regiunea Europeană a OMS. Accentul specific al studiului a fost pus pe evaluarea asocierii între EAC – maltratare (abuzul sexual, fizic sau emoțional, neglijarea fizică sau emoțională) și familia disfuncțională (violența între părinți, separarea sau divorțul părinților, sau coabitarea cu un membru al familiei cu probleme de consum de substanțe, dereglări mintale sau aflați în detenție) – și comportamentele de risc pentru sănătate la tineri (15–20).

În baza metodologiei recomandate de Centrele pentru Controlul și Prevenirea Bolilor (3,14) și OMS (3) a fost efectuat studiul privind EAC pentru evaluarea corelației între EAC, comportamentele de risc pentru sănătate și problemele de sănătate la tinerii din Republica Moldova.

► SCOPUL

Studiul are drept scop determinarea prevalenței EAC și influența acestora asupra comportamentelor de risc și problemelor de sănătate prin colectarea datelor cu privire la experiențele adverse (abuz, neglijare și disfuncționalități în familie) în primii 18 ani de viață în rândul studenților înmatriculați în instituțiile de învățământ superior din Republica Moldova. Acesta și-a propus să analizeze corelația între expunerea la EAC și practicarea comportamentelor de risc pentru sănătate și prezența problemelor de sănătate la adulții tineri.

► PRINCIPALELE OBIECTIVE

ÎN CALITATE DE OBIECTIVE DE BAZĂ, STUDIUL ȘI-A PROPUȘ SĂ:

- examineze prevalența diferitor forme de maltratare a copilului cu care s-au confruntat tinerii în primii 18 ani de viață;
- studieze prevalența mediului disfuncțional în familie pe durata primilor 18 ani de viață;
- identifice factorii de risc asociați cu expunerea la experiențele adverse în primii 18 ani de viață;
- evalueze legătura între expunerea la aceste EAC în timpul copilăriei și practicarea diverselor comportamente de risc la adulții tineri;
- examineze legătura între expunerea la diverse experiențe adverse și problemele de sănătate generale, mintale și sexual–reproductive raportate la tinerii adulți;
- sugereze recomandări privind elaborarea strategiilor și programelor naționale de prevenire a maltratării în copilărie.

A stylized flashlight graphic is positioned on the right side of the image, pointing left. The flashlight's handle is light blue with a small square detail. The beam of light is a gradient of teal and blue, widening as it moves left. The word "Metodologie" is written in white, bold, sans-serif font within the beam. A short white horizontal line is located above the word.

Metodologie

2

Metodologie

Studiul a aplicat metodologia recomandată de OMS (3) și Centrele pentru Controlul și Prevenirea Bolilor (2,3,13,14), evaluând prin chestionar bazat pe auto-raportare următoarele aspecte: experiența diferitor forme de abuz în copilărie; disfuncționalități la nivelul familiei; implicarea actuală în diverse comportamente de risc; și problemele actuale de sănătate.

Aplicarea chestionarului pentru experiențele adverse din copilărie a permis generarea relativ rapidă a datelor privind evenimente neasociate temporal și reprezintă o metodologie dovedită ce folosește instrumente validate. Acesta a fost folosit pe larg în contextul european.

► POPULAȚIA-ȚINTĂ

Urmând metodologia studiilor EAC precedente (15,16), în calitate de populație-țintă au fost identificați studenții instituțiilor de învățământ superior din Republica Moldova cu vârstele cuprinse între 18 și 24 ani. În anul academic 2016/2017, în instituțiile de învățământ superior erau înmatriculați 74.700 studenți repartizați în 18 instituții publice și 12 instituții private, dintre care 26 sunt amplasate în Chișinău (capitală), iar celelalte 4 – în municipiul Bălți, orașele Comrat, Taraclia și Cahul. În anul academic 2016/2017, 80% din studenții înmatriculați în instituțiile de învățământ superior frecventau instituții publice, iar 41,7% din studenții universitari beneficiau de finanțare bugetară. Strategia de eșantionare este descrisă separat (15).

► ELABORAREA CHESTIONARULUI

Bazat pe chestionarele EAC privind antecedentele de familie și sănătate și chestionarele de evaluare a stării sănătății (3,13), chestionarul a avut 68 de articole cu privire la:

- diversele tipuri de abuz la care au fost expuși până la vârsta de 18 ani (abuz fizic, psihologic și sexual, neglijanța fizică și psihologică);
- dereglările ce pot apărea la nivelul funcționalității familiei (consumul de substanțe, afecțiuni mintale, comportament delincvent, violență îndreptată împotriva mamei sau divorțul părinților);
- practicarea comportamentelor de risc (fumatul, consumul de alcool sau substanțe psihotrope, inactivitatea, tentativele de suicid, promiscuitatea sau sarcina timpurie);
- actualele probleme de sănătate legate de starea generală (astmul bronșic sau hipertensiunea arterială).

Chestionarul studiului a fost testat în două limbi (română și rusă) într-un grup de 25 de voluntari studenți universitari (15 femei și 10 bărbați) cu vârsta cuprinsă între 18 și 25 ani. Zece au crescut în mediu urban și 15 – în mediu rural. Testarea a demonstrat că chestionarul era ușor de înțeles. Întrebările neclare au fost ajustate la această etapă. Pe baza sugestiilor oferite privind natura sensibilă a întrebărilor și probabilitatea de refuz de a răspunde la întrebări, eșantionul studiului a fost mărit cu 15% până la 1.650 persoane. În scopul eficientizării implementării și reducerii costului, a fost elaborat un singur chestionar, cu secțiuni separate pentru bărbați și femei, urmând aceeași procedură ca și în studiile anterioare (21).

► IMPLEMENTAREA CHESTIONARULUI

Studiul a primit aprobarea etică a Comitetului de Etică a Cercetării de la Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. Reieșind din natura sensibilă a întrebărilor, la sfârșitul fiecărui chestionar au fost adăugate datele de contact ale serviciilor psihologice disponibile din centrele de sănătate prietenoase tinerilor.

Datele studiului au fost colectate pe un eșantion stratificat probabilistic aleatoriu în funcție de zona geografică, sex, facultate și anul de studiu. Au fost incluse toate instituțiile de învățământ superior publice cu o rată de înmatriculare mai mare de 85%, plus două universități private selectate aleatoriu. În studiu au fost incluse fiecare specialitate și fiecare an de studiu de la facultatea dată. În procesul de chestionare, au fost selectați aleatoriu cel puțin câte 20 studenți din fiecare din aceste grupuri.

Chestionarul anonim, în limbile rusă și română, a fost implementat de către o echipă de cercetători instruiți. Participarea a fost absolut voluntară, iar respondenții puteau refuza să participe la orice etapă a chestionării. Toate chestionarele au fost colectate de către cercetători în plicuri sigilate, asigurând astfel confidențialitatea.

Chestionarul a fost administrat pe un eșantion format din 1.678 studenți înmatriculați în 14 instituții de învățământ superior din Republica Moldova (11 în Chișinău (zona geografică centru), 1 în municipiul Bălți (zona geografică nord), Comrat și Cahul (zona geografică sud), plus 2 universități private. Tabelul 1 oferă informații detaliate privind numărul de chestionare colectate de la fiecare instituție de învățământ în parte. Din numărul total de 18 instituții publice, 6 au refuzat invitația să participe.

Tabelul 1. Instituțiile de învățământ superior participante la studiul EAC din Republica Moldova, 2016

Instituții de învățământ superior	Chestionare colectate și validate
Academia de Studii Economice din Moldova	263
Universitatea Tehnică din Moldova	305
Universitatea de Stat din Moldova	203
Universitatea Agrară de Stat din Moldova	146
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”	110
Academia de Muzică, Teatru și Arte Plastice	22
Universitatea de Stat de Educație Fizică și Sport	35
Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”	87
Universitatea de Stat de la Tiraspol	63
Universitatea Cooperatist Comercială din Moldova	39
Universitatea de Studii Politice și Economice Europene	35
Universitatea de Stat din Bălți „Alecu Russo”	97
Universitatea de Stat din Cahul „Bogdan Petriceicu Hasdeu”	71
Universitatea de Stat din Comrat	58

► ANALIZA

Datele au fost analizate folosind IBM SPSS Statistics, versiunea 13 (*Chicago (IL): SPSS Inc.*) Analiza a fost considerată statistic semnificativă la valoarea $p < 0,05$.

Valorile estimate ale prevalenței EAC și ale comportamentelor de risc s-au bazat pe calculele frecvențelor relative. Gradul de asociere între EAC și comportamentele de risc a fost estimat pe baza raportului probabilităților (odds ratio, OR). Pentru estimarea corelației între EAC și alte variabile a fost aplicată analiza regresiei logistice, ținând cont de caracteristicile demografice. Pentru estimarea valorilor demografice la nivel populațional au fost folosiți coeficienții de asociere din regresia logistică și intervalul de încredere de 95%.



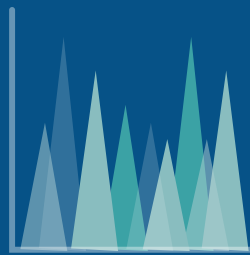
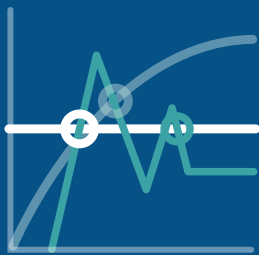
STEP 01

STEP 02

STEP 03

STEP 04

REZULTATE



3

Rezultate

► CARACTERISTICILE EȘANTIONULUI

Tabelul 2 prezintă sumar caracteristicile respondenților participanți la studiu. Eșantionul final a inclus 1.534 de chestionare validate, dintre care 936 (61%) au fost completate de femei și 598 (39%) – de bărbați. Repartizarea pe sexe în cadrul eșantionului de studiu este aproape identică repartiției pe sexe în cadrul instituțiilor de învățământ superior din Republica Moldova. Diferența în reprezentativitate între cele două sexe reflectă, de asemenea, frecvența orelor în ziua administrării și completării chestionarelor EAC.

Tabelul 2. Caracteristicile participanților

		Sex				Total	
		Bărbați		Femei		Număr	%
		Număr	%	Număr	%		
Total		598	39	936	61	1534	100
Grupul de vârstă	18–19 ani	152	25.4	238	25.4	390	25.4
	20–21 ani	270	45.2	460	49.1	730	47.6
	22 + ani	176	29.4	238	25.4	414	27
Total		598	100	936	100	1534	100
Starea civilă	Căsătorit(ă)	20	3.3	77	8.2	97	6.3
	Celibatar(ă), coabitare cu un partener	62	10.4	145	15.5	207	13.5
	Văduv(ă)	6	1	5	0.5	11	0.7
	Separat(ă)	22	3.7	30	3.2	52	3.4
	Divorțat(ă)	3	0.5	5	0.5	8	0.5
	Celibatar(ă)	485	81.1	674	72	1.159	75.6
Total		598	100	936	100	1.534	100
Nivelul studiilor: mama	Primare	162	28.8	307	34	469	32
	Medii	187	33.3	313	34.6	500	34.1
	Superioare	213	37.9	284	31.4	497	33.9
Total		562	100	904	100	1.466	100
Nivelul studiilor: tatăl	Primare	204	37.6	357	41.7	561	40.1
	Medii	171	31.5	288	33.6	459	32.8
	Superioare	167	30.8	212	24.7	379	27.1
Total		542	100	857	100	1.399	100

		Sex				Total			
		Male		Female		Count		%	
		Count	%	Count	%				
Ocuparea forței de muncă: mama	Angajată	379	66.6	612	68.1	991	67.5		
	Șomeră	190	33.4	287	31.9	477	32.5		
Total		569	100	899	100	1.468	100		
Ocuparea forței de muncă: tatăl	Angajată	340	65	540	65.9	880	65.6		
	Șomeră	183	35	279	34.1	462	34.4		
Total		523	100	819	100	1.342	100		
Mediul de trai până la vârsta de 18 ani	Rural / sat	310	54.7	538	58.8	848	57.2		
	Urban / orașel	151	26.6	208	22.7	359	24.2		
	Municipiu / Chișinău sau Bălți	106	18.7	169	18.5	275	18.6		
Total		567	100	915	100	1.482	100		

Vârsta medie a participanților la studiu a constituit 20,6 ani (deviația standard 1,4), iar diapazonul de vârstă a variat între 18 și 27 ani; 95,5% din respondenți făceau parte din grupul de vârstă 19–24 ani. Majoritatea participanților erau celibatari, moldoveni și proveneau din familii în care ambii părinți erau angajați în câmpul muncii, iar mamele de regulă aveau un nivel de educație mai mare decât tații.

► EXPUNEREA LA EAC

Tabelul 3 prezintă sumar numărul de studenți și prevalența EAC raportate până la atingerea vârstei de 18 ani. Aceste date sunt prezentate atât separat pentru bărbați și femei, cât și total.

Tabelul 3. Prevalența (%) EAC raportate la studenți în primii 18 ani de viață, prezentate pe sexe

Categoria de experiențe adverse	Prevalence in males % (number)	Prevalence in females % (number)	Total % (number)
Abuz fizic	11.6 (65)	11.6 (65)	11.6 (65)
Pedeapsă corporală	24.7 (141)	24.7 (141)	24.7 (141)
Neglijare fizică	8.2 (47)	8.2 (47)	8.2 (47)
Abuz emoțional	12.3 (69)	12.3 (69)	12.3 (69)
Neglijare emoțională	11.5(65)	11.5(65)	11.5(65)
Abuz sexual	3.2 (19)	3.2 (19)	3.2 (19)
Consum ilicit de substanțe	5.8 (34)	5.8 (34)	5.8 (34)
Abuz de alcool	13.1 (77)	13.1 (77)	13.1 (77)
Tulburări mintale	5.3 (31)	5.3 (31)	5.3 (31)
Mamă supusă abuzului	9.6 (52)	9.6 (52)	9.6 (52)
Membru al familiei în detenție	5.3 (31)	5.3 (31)	5.3 (31)
Părinți divorțați	17.3 (102)	17.3 (102)	17.3 (102)
0 EAC	37.6 (204)	37.6 (204)	37.6 (204)
1 EAC	31.3 (170)	31.3 (170)	31.3 (170)
2 EAC	12 (65)	12 (65)	12 (65)
3 EAC	7.9 (43)	7.9 (43)	7.9 (43)
4 EAC	11.2 (61)	11.2 (61)	11.2 (61)

Abuz fizic și neglijare fizică

Fiecare al zecelea studen din instituțiile de învățământ superior a raportat că a fost supus abuzului fizic până la atingerea vârstei de 18 ani. Probabilitatea ca studenții din familiile cu un nivel mai mare de educație să raporteze abuz fizic este mai mică. Atunci când au fost întrebați despre vârsta cea mai devreme la care-și amintesc să fi fost supuși abuzului fizic, majoritatea au indicat că abuzul avea tendința să înceapă devreme, la vârsta de circa 3 ani, continuând până la atingerea vârstei de 18 ani. Aproximativ 7% au fost supuși neglijării fizice, care era mai puțin frecventă printre studenții din orașele mari, ale căror părinți aveau un nivel de studii mai mare.

Pedeapsă corporală

Prevalența pedepsei corporale până la atingerea vârstei de 18 ani constituie 20% - aproape de două ori mai mare decât abuzul fizic raportat.

Abuz emoțional și neglijare emoțională

Unul din șapte respondenți a raportat că a fost expus abuzului emoțional sau psihologic. Cu cât era mai mare e nivelul educațional al părinților, cu atât mai mică este prevalența abuzului emoțional, care domina în mediul rural. Aproximativ 13% dintre respondenți au raportat să fi fost supuși neglijării emoționale până la atingerea vârstei de 18 ani. Similar, aceasta era mai puțin prevalentă printre respondenții din orașele mari, ale căror părinți aveau un nivel de educație mai mare.

Abuz sexual

Patru la sută și-au amintit că au fost expuși unei sau mai multor forme de abuz sexual până la atingerea vârstei de 18 ani, inclusiv supuși contactului sexual sau forțați să-și atingă corpul de o manieră sexuală. În majoritatea cazurilor de abuz sexual, agresorul era o persoană de încredere cunoscută victimei sau familiei (membru sau prieten al familiei, îngrijitor sau o altă persoană de încredere). De asemenea, au fost raportate cazuri repetate, acțiunea de abuz sexual repetându-se în medie de patru ori.

Disfuncționalități în familie

Studiul a examinat prevalența unui spectru de disfuncționalități majore în familie, cum ar fi consumul ilicit de substanțe, consumul abuziv de alcool prezența în familie a membrilor cu tulburări mintale, episoade de abuz îndreptate împotriva mamei, membri ai familiei în detenție sau părinți divorțați.

Cea mai des raportată disfuncționalitate a fost divorțul sau separarea părinților (afectând pe circa fiecare al cincilea), urmate la distanță mică de experiența de a locui împreună cu cineva care avea probleme cu consumul de alcool sau abuzul îndreptat împotriva mamei. Mai puțin de 5% dintre respondenți au indicat coabitarea cu un membru al familiei cu probleme mintale, aflat în detenție sau care consuma ilicit substanțe.

EAC printre bărbați comparativ cu femeile

Nu s-a observat o diferență semnificativă între femei și bărbați referitor la expunerea la abuzul fizic, însă bărbații au înregistrat o probabilitate semnificativ mai mare să fi fost supuși pedepselor corporale. Femeile aveau o probabilitate mai mare să fi raportat expunerea la abuz emoțional și contact sexual forțat.

► ASOCIEREA DINTRE EAC

Tabelul 4 denotă asocierea dintre diferite forme de EAC. Abuzul fizic și prezența unei tulburări mintale la unul dintre membrii familiei au fost cel mai des asociate cu abuzul emoțional. Similar, neglijarea fizică a fost cel mai des asociată cu neglijarea emoțională.

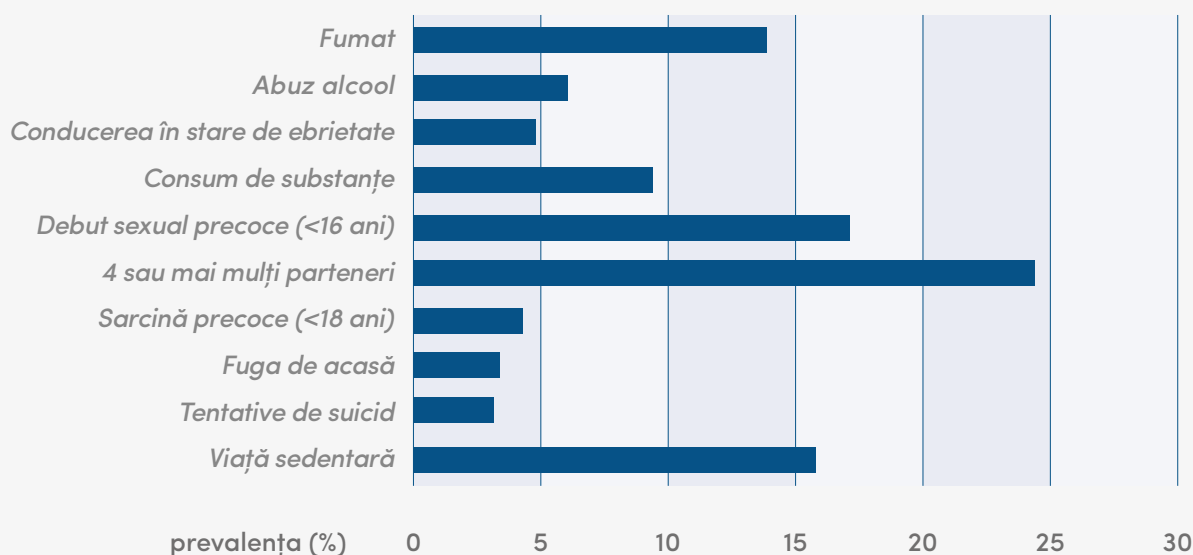
Tabelul 4. Asocierile dintre diferite categorii de EAC: numărul de persoane și prevalența (%) expunerii la multiple categorii de EAC

Categoria EAC	Lipsa altor EAC	Abuz fizic	Abuz emoțional	Neglijare emoțională	Abuz sexual	Neglijare fizică	Abuz de substanțe în familie	Tulburare mintală în familie	Mamă supusă abuzului	Membru al familiei în detenție	Părinți divorțați
Abuz fizic	177		116 (66)	61 (34)	25 (14)	34 (19)	65 (37)	32 (18)	71 (40)	26 (15)	48 (27)
Abuz emoțional	221	116 (52)		68 (31)	23 (10)	36 (16)	79 (36)	47 (21)	80 (36)	32 (14)	70 (32)
Neglijare emoțională	191	61 (32)	68 (36)		17 (9)	51 (27)	61 (32)	38 (20)	60 (31)	20 (10)	51 (27)
Abuz sexual	59	25 (42)	23 (39)	17 (29)		8 (14)	22 (37)	14 (24)	16 (27)	9 (15)	13 (22)
Neglijare fizică	109	34 (31)	36 (33)	51 (47)	8 (7)		35 (32)	19 (17)	38 (35)	22 (20)	38 (35)
Abuz substanțe în familie	252	65 (26)	79 (31)	61 (24)	22 (9)	35 (14)		52 (21)	98 (39)	36 (14)	78 (31)
Tulburare mintală în familie	108	32 (30)	47 (44)	38 (35)	14 (13)	19 (18)	52 (48)		42 (38)	23 (21)	53 (49)
Abuz împotriva mamei	183	71 (39)	80 (44)	30 (16)	16 (9)	38 (21)	98 (54)	42 (23)		34 (19)	71 (39)
Membru al familiei în detenție	79	26 (33)	32 (41)	20 (25)	9 (11)	22 (28)	36 (46)	23 (29)	34 (43)		34 (43)
Părinți divorțați	296	48 (16)	70 (24)	51 (17)	13 (4)	38 (13)	78 (26)	53 (18)	71 (24)	31 (10)	

► COMPORTAMENTELE DE RISC PENTRU SĂNĂTATE ȘI EAC

Au fost documentate actualele comportamente ce prezintă risc pentru sănătatea studenților, prevalența acestora în eșantion fiind prezentată sumar în Figura 1. Tabelul 5 prezintă raportul probabilităților pe categorii de EAC și comportamentele de risc pentru sănătate.

Figura 1. Prevalența comportamentelor de risc pentru sănătate în rândul studenților



Prevalența comportamentelor de risc pentru sănătate printre bărbați și femei

Prevalența fumatului este de patru ori mai mare printre bărbați decât printre femei; de asemenea, bărbații fumează în medie cu trei țigări pe zi mai mult. Aceeași dinamică este valabilă și pentru consumul de alcool – fiecare al zecelea bărbat a raportat ca a consumat patru sau mai multe pahare de alcool cel puțin trei zile pe parcursul ultimei luni. De asemenea, bărbații au fost mai predispuși să înceapă consumul de alcool la o vârstă mai mică decât femeile. Similar, această dinamică între bărbați și femei rămâne valabilă și pentru consumul de substanțe – de patru ori mai mulți bărbați au raportat că au consumat droguri.

De regulă, bărbații înregistrează o vârstă mai mică decât femeile la momentul primului contact sexual. A fost remarcat un decalaj considerabil între prevalența raportată a debutului timpuriu al vieții sexuale (până la atingerea vârstei de 16 ani) – aproximativ 35% dintre bărbați și doar 6% din femei au raportat să fi avut un debut sexual precoce. De asemenea, bărbații au raportat că au avut în medie de trei ori mai mulți parteneri sexuali decât femeile.

Fumatul

Fumatul este unul dintre cele mai frecvent raportate comportamente de risc pentru sănătate, aproape 14% dintre respondenți raportând că au fumat în medie cel puțin șapte țigări pe zi. Cel mai des fumatul a fost raportat de persoanele de la oraș, părinții cărora aveau un nivel de studii mai mare. Potrivit analizei, cea mai mare parte a EAC sporea riscul practicării fumatului comparativ cu lipsa EAC. Probabilitatea fumatului a fost în mare parte determinată, de asemenea, de prezența în familie a unui consumator de droguri (OR 4,7, $p < 0,001$), prezența în familie a unei tulburări mintale (OR 2,5, $p < 0,001$) sau de neglijarea fizică (OR 2,32, $p < 0,001$).

Tabelul 5. Raportul probabilităților (OR) și intervalele de încredere 95% pentru comportamentele cu risc pentru sănătate după expunerea la diverse tipuri de EAC

Categorია EAC	Fumat			Consum de alcool			Conduc în stare de ebrietate			Consum de substanțe			Tentative de suicid			Fuga de acasă			Sarcină precoce (până la vârsta 18 ani)			Debut sexual precoce (până la vârsta 16 ani)			Promiscuitate (4 și mai mulți parteneri)		
	N=207	13.9%		N=89	6%		N=74	4.8%		N=138	9.3%		N=45	3.1%		N=52	3.4%		N=8	0.9%		N=234	15.3%		N=233	15.2%	
	OR	95%CI	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI	P
Abuz fizic	1.59	1.05 2.40	<0.05	1.62	1.15 2.28	0.36	2.79	1.55 5.06	<0.001	2.79	1.80 4.26	<0.001	4.52	2.34 8.72	<0.001	4.59	2.51 8.40	<0.001	3.8	0.72 20.19	0.11	1.03	.67 1.60	0.89	1.17	0.76 1.79	0.48
Abuz emoțional	1.37	0.92 2.02	0.12	1.22	0.89 1.69	0.83	1.6	0.90 2.83	0.49	1.60	1.01 2.47	0.04	3.13	1.61 6.07	<0.001	5.44	3.04 9.73	<0.001	10	1.78 56.15	<0.01	1.01	.67 1.51	0.97	1.17	0.79 1.74	0.44
Abuz sexual	1.00	0.47 2.13	0.99	1.15	0.64 2.05	0.38	5.63	2.21 14.3	<0.01	5.63	1.54 5.55	<0.001	2.55	0.88 7.39	0.07	4.20	1.81 9.75	<0.001	1.95	0.18 21.54	0.59	1.51	.78 2.95	0.22	0.72	0.31 1.65	0.43
Neglijare fizică	2.32	1.45 3.72	<0.001	1.65	1.07 2.53	0.17	2.43	1.23 4.81	<0.01	2.43	1.35 3.99	<0.01	3.93	1.89 8.19	<0.001	4.63	2.39 8.97	<0.001	6.83	0.85 58.02	0.05	1.11	.65 1.89	0.72	1.85	1.11 3.06	0.02
Neglijare emoțională	1.86	1.26 2.75	<0.01	1.35	0.95 1.90	0.84	3.67	2.11 6.37	<0.001	3.67	1.22 3.03	<0.01	5.98	3.25 11.01	<0.001	3.48	1.91 6.35	<0.001	3.7	0.70 19.68	0.11	0.94	.61 1.46	0.78	0.93	0.60 1.45	0.76
Consum de droguri în familie	4.70	2.48 8.92	<0.001	3.27	1.75 6.12	<0.01	3.68	1.5 8.6	<0.001	3.68	5.25 18.46	<0.001	7.29	3.05 17.47	<0.001	11.67	5.51 24.69	<0.001	6.30	1.26 31.47	0.40	2.41	1.17 4.96	0.01	3.74	1.75 7.97	<0.001
Abuz de alcool în familie	1.13	0.76 1.68	0.56	1.22	0.89 1.68	0.13	1.62	0.97 1.25	<0.01	1.62	1.31 3.04	<0.001	5.67	3.08 10.45	<0.001	5.60	3.17 9.91	<0.001	6.30	1.6 31.47	0.01	0.88	.58 1.33	0.55	1.29	0.87 1.91	0.21
Tulburare mintală în familie	2.49	1.47 4.21	<0.001	1.53	0.94 2.48	0.46	2.17	1.16 4.06	<0.01	2.17	1.16 4.06	<0.01	3.66	1.58 8.50	<0.001	9.03	4.71 17.32	<0.001	4.38	0.90 21.34	0.44	1.40	.77 2.55	0.27	1.28	0.70 2.34	0.42
Violență în familie	1.35	0.88 2.06	0.16	1.42	1.00 1.99	0.09	1.62	1.00 2.64	<0.01	1.62	1.00 2.64	<0.05	6.06	3.27 11.22	<0.001	4.89	2.67 8.96	<0.001	2.15	0.1 14.94	0.44	0.77	.49 1.21	0.26	0.95	0.61 1.47	0.81
Membru de familie în detenție	1.59	0.85 2.97	0.14	2.52	1.52 4.18	<0.001	3.18	1.74 5.83	<0.001	3.18	1.74 5.83	<0.001	6.41	2.94 13.99	<0.001	7.08	3.45 14.56	<0.001	3.25	0.49 21.77	0.13	2.72	1.47 5.03	<0.001	3.12	1.61 6.06	<0.001
Părinți divorțați	1.19	0.83 1.70	0.348	0.97	0.72 1.31	.237	0.95	0.61 1.48	0.147	0.95	0.61 1.48	0.81	2.16	1.14 4.07	<0.001	5.66	3.22 9.94	<0.001	2.31	0.50 10.67	0.29	1.53	1.08 2.16	<0.05	1.29	0.90 1.84	0.16

Consum abuziv de alcool

Două sferturi dintre participanții la studiu au indicat că în ultima lună au consumat alcool (bere, vin, cocktail sau băuturi tari). Aproape 5% au raportat să fi condus vehiculul în stare de ebrietate alcoolică, iar fiecare al șaptelea coabita cu cineva care consuma abuziv alcool. Ca și în cazul fumatului, consumul de alcool era menționat preponderent de studenții de la oraș, ai căror părinți aveau un nivel mai ridicat al studiilor. Cel mai mare factor de risc pentru EAC a reprezentat consumul de substanțe de către unul din membrii familiei (OR 3,27, $p < 0,01$) și aflarea în detenție a unui membru de familie (OR 2,51, $p < 0,001$). Analiza a constatat, de asemenea, că EAC sporesc probabilitatea practicării unor comportamente riscante în stare de ebrietate alcoolică, precum conducerea autoturismului.

Consum de droguri

Fiecare al zecelea respondent a raportat că a folosit droguri. Un sfert au indicat că doar au încercat droguri, în timp ce majoritatea au relatat trei sau mai multe episoade de consum de substanțe. De regulă, respondenții aveau o vârstă mai mare atunci când au încercat pentru prima dată droguri decât atunci când au consumat pentru prima oară alcool sau tutun. Studenții care au folosit droguri erau de regulă din familii cu părinți cu un nivel mai înalt al studiilor și proveneau din orașele mai mari. Toate EAC, cu excepția divorțului părinților, sporeau considerabil riscul consumului ulterior de droguri. Factorul cu cel mai mare risc era prezența unui consumator de droguri printre membrii familiei, care sporea riscul consumului de substanțe de 9,85 ori.

Comportament sexual riscant

Cea mai mare parte a respondenților – două-treimi – au întreținut relații sexuale. Mai puțin de 5% dintre persoanele intervievate au relatat că primul lor act sexual a fost unul forțat, iar aproximativ 17% au întreținut relații sexuale devreme (până la atingerea vârstei de 16 ani). Studenții din orașele mari, ale căror părinți aveau un nivel de studii mai mare, au fost predispuși să întrețină relații sexuale la o vârstă precoce. Printre EAC ce prezentau cel mai mare risc de practicare a comportamentelor sexuale timpurii se regăseau aflarea în detenție a unui membru al familiei (OR 2,7, $p < 0,001$), prezența în familie a unui consumator de droguri (OR 2,41, $p < 0,001$), neglijarea emoțională (OR 2,41, $p < 0,05$) sau divorțul părinților (OR 1,53, $p < 0,05$).

Peste 20% dintre respondenți au avut până în prezent mai mult de patru parteneri sexuali. Majoritatea EAC nu sporeau riscul promiscuității, însă similar, prezența în familie a unui consumator de droguri (OR 3,74, $p < 0,001$) și aflarea în detenție a unui membru al familiei (OR 2,7, $p < 0,001$) exercitau cel mai mare impact asupra riscului.

Opt din respondenții de sex feminin (0,9%) au raportat că avut o sarcină timpurie (până la atingerea vârstei de 18 ani). Femeile din mediul urban au raportat că avut o sarcină timpurie de două ori mai frecvent. Toate femeile care au raportat o sarcină timpurie au indicat prezența a cel puțin unei EAC. Femeile supuse abuzului emoțional aveau un risc de 10 ori mai mare să prezinte o sarcină timpurie (OR 10, $p < 0,01$). Următoarele riscuri majore au fost determinate de neglijarea fizică (OR 6,8, $p < 0,05$) și prezența în familie a unui membru cu probleme de consum de alcool (OR 6,3, $p < 0,05$). De remarcat, totuși, limitările acestor constatări, dat fiind faptul că au fost raportate doar opt cazuri de sarcină timpurie.

Fuga de acasă

Circa 4% dintre respondenți au relatat că au fugit de acasă pentru mai mult de o zi până la atingerea vârstei de 18 ani, acest comportament fiind practicat de două ori mai des de respondenții care vin din orașele mari. Toate EAC sporeau considerabil riscul de a fugi de acasă ($p < 0,001$), cel mai mare risc reprezentându-l prezența în familie a unui consumator de droguri (OR 11,7, $p < 0,001$) sau a unui bolnav mintal (OR 9,0, $p < 0,001$).

Tentative de suicid

S-a constatat că circa 3% dintre studenții–respondenți au avut tentative de suicid, cea mai mare prevalență (37,5%) fiind raportată printre persoanele suferinde din cauza divorțului părinților.

Majoritatea tipurilor de experiențe adverse în copilărie au sporit semnificativ riscul tentativelor de suicid. Prezența în familie a unui consumator de droguri (OR 7,3) sau a unui membru în detenție (OR 6,4), violența în familie (OR 6,1), neglijarea emoțională (OR 5,9) sau abuzul de alcool în familie (OR 5,7) – toate au sporit semnificativ riscul tentativelor de suicid ($p < 0,001$).

► COMPORTAMENTE DE RISC PENTRU SĂNĂTATE ȘI EXPUNEREA LA EXPERIENȚE ADVERSE DIN COPILĂRIE MULTIPLE

Tabelul 6 prezintă rezumatul corelației dintre riscul practicării comportamentelor de risc pentru sănătate și expunerea la un număr tot mai mare de EAC. Analiza denotă o corelație clară între numărul de EAC suferite și practicarea ulterior a comportamentelor de risc pentru sănătate. Persoanele supuse la oricare din EAC prezintă un risc mai mare de practicare a comportamentelor de risc pentru sănătate; acest risc crește proporțional numărului de EAC prin care a trecut persoana. Acestea sunt ajustate în funcție de sex, vârstă și nivelul de studii ale părinților.

Tabelul 6. Corelația între expunerea la EAC multiple și comportamentul de risc pentru sănătate

Comportamente riscante		0 EAC (N=571)	1 EAC (N=367)	2 EAC (N=192)	3 EAC (N=105)	4 sau mai multe EAC (N=177)	p
Consum de tutun	%	10.9	16.1	13.2	15.7	20.9	<0.001
	OR		1.26	0.94	1.16	1.78	
	(Î 95%)		0.90–1.75	0.60–1.47	0.67 - 2.03	1.19–2.66	
Consum de alcool	%	22.3	29.5	27.1	29	33.3	<0.001
	OR		1.2	1.02	1.13	1.4	
	(Î 95%)		0.91–1.57	0.71–1.45	0.72–1.76	1.01–2.02	
Conducere în stare de ebrietate	%	10.7	19.1	9.8	18.8	32.1	<0.001
	OR		1.15	0.48	1.098	2.83	
	(Î 95%)		0.67–1.99	0.20–1.15	0.44–2.76	1.65–4.83	
Consum de droguri injectabile	%	0.2	0.7	–	–	5.6	<0.001
	OR		0.69			20.06	
	(Î 95%)		0.15–3.20	7.5	21.2	5.26–76.52	
Consum de stupefiante	%	4.6	10.6	0.76	2.9	17.7	<0.001
	OR		1.2	0.43–1.36	1.73–4.87	2.41	
	(Î 95%)		0.80–1.78	2.7	3	1.55–3.72	
Tentative de suicid	%	1.1	2	0.83	0.95	14	<0.001
	OR		0.55	0.32–2.14	0.29–3.13	9.55	
	(Î 95%)		0.24–1.24	2.6	4.8	5.19–17.57	

Comportamente riscante		0 EAC (N=571)	1 EAC (N=367)	2 EAC (N=192)	3 EAC (N=105)	4 sau mai multe EAC (N=177)	p
Fuga de acasă	%	1.2	1.4	2.6	4.8	16.9	<0.001
	OR		0.31	0.69	1.4	11.75	
	(Î 95%)		0.12–0.80	0.27–1.77	0.54–3.59	6.61–20.91	
Relații sexuale precoce (vârsta < 16 ani)	%	17.6	26.9	24.4	31.6	23.3	<0.82
	OR		1.4	1.13	1.66	1.05	
	(Î 95%)		1.00–1.92	0.73–1.74	1.0–2.75	0.68–1.62	
4 sau mai mulți parteneri sexuali	%	20.9	26.9	23	31.5	27	<0.72
	OR		1.2	0.91	1.48	1.18	
	(Î 95%)		0.86–1.68	0.58–1.43	0.88–2.48	0.76–1.81	
Sarcină precoce (vârsta < 18 ani)	%	0	7.7	16.7	50	33.3	<0.11
	OR		0.36	1.06	7.8	3.6	
	(Î 95%)		0.04–3.22	0.11–10.48	1.23–49.68	0.68–19.16	

Respondenții care au relatat trei, patru sau mai multe EAC prezentau cel mai mare risc potențial de practicare a comportamentelor de risc pentru sănătate. Cel mai important este faptul că numărul EAC sporește probabilitatea consumului de droguri (OR 20 la cei cu 4 sau mai multe EAC în comparație cu cei fără niciunul), fugitului de acasă (OR 11,75 la patru sau mai multe EAC) sau a tentativei de suicid (OR 9,54 la patru sau mai multe EAC).

► PROBLEME DE SĂNĂTATE

A fost efectuată o analiză secundară în vederea examinării legăturii între starea generală de sănătate și EAC. Per total, aparent ar exista o creștere semnificativă ($p < 0,05$) în frecvența raportării sănătății precare de către cei expuși la patru și mai multe EAC comparativ cu cei fără EAC (OR 3,6). Odată cu creșterea numărului de EAC crește și prevalența unor probleme generale de sănătate (cum ar fi astmul bronșic, hipertensiunea arterială, afecțiunile cutanate, dereglările metabolice, problemele tractului urinar, sindromul de colon iritabil, cefaleea frecventă, durerile de spate frecvente sau diabetul zaharat). În plus, nu au fost colectate date detaliate privind factorii ce ar putea contribui la apariția acestor afecțiuni (de exemplu, diabetul de tip 1 este genetic, iar EAC ar exercita o influență minoră asupra apariției acestuia); de aceea, această analiză nu este prezentată în prezentul raport. Odată cu creșterea numărului de EAC s-au intensificat și dereglările mintale autoraportate, la fel ca și consumul de droguri sau alcool (Tabelul 7).

Tabelul 7. Relația între numărul EAC și unele dereglări mintale autoraportate

Problemele de sănătate		0 EAC (N=571)	1 EAC (N=367)	2 EAC (N=192)	3 EAC (N=105)	≥4 EAC (N=177)	p
Depresia	%	21.7	27.8	33.9	41.9	48.3	<0.001
	OR		0.92	1.29	1.85	2.6	
	(Î 95%)		0.71–1.20	0.94–1.79	1.23–2.77	1.89–3.58	
Considerați că sunteți alcoolic?	%	0.9	1.1	1.1	2	6.3	<0.001
	OR		0.6	0.6	1.2	6.54	
	(Î 95%)		0.20–1.77	0.14–2.58	0.28–5.19	2.88–14.84	
Probleme de consum ilicit de droguri	%	0.7	1.4	1.1	1	6.9	<0.001
	OR		0.75	0.58	0.54	7.26	
	(Î 95%)		0.28–2.02	0.14–2.47	0.07–4.0	3.26 –16.18	
Panicați	%	20	20.7	22.2	25.7	39.2	<0.001
	OR		0.83	0.94	1.16	2.43	
	(Î 95%)		0.62–1.10	0.65–1.36	0.74–1.83	1.75–3.39	
Probleme de somn	%	31.5	35.5	36.5	40	51.7	<0.001
	OR		0.97	1.02	1.19	2.08	
	(Î 95%)		0.75–1.24	0.74–1.40	0.80–1.79	1.51–2.85	
Anxietate / neuroze	%	17	22.6	34.4	35.2	45.5	<0.001
	OR		0.83	1.69	1.69	2.9	
	(Î 95%)		0.63–1.10	1.22–2.34	1.11–2.58	2.10–4.01	



DEZBATERI

4

Dezbateri

Studiul prezintă date utile privind prevalența maltratării copilului în Republica Moldova. Acesta demonstrează faptul că majoritatea respondenților studenți ai instituțiilor de învățământ superior (59,6%) până la atingerea vârstei de 18 ani s-au confruntat cu una sau mai multe experiențe adverse, iar 12,5% au raportat patru sau mai multe EAC. Tipurile cele mai frecvent raportate de evenimente negative din copilărie au fost recurgere la pedeapsa corporală în scop de disciplinare (20,2%), abuz emoțional (15,1%) și neglijare emoțională (13%). Tipurile cele mai importante de disfuncționalitate identificate în familie au fost divorțul sau separarea părinților (19,5%), prezența în familie a unui membru cu probleme de abuz de alcool (14,9%) și tratarea violentă a mamei în prezența copilului (13,1%). Deși au fost depistate unele distincții între bărbați și femei, acestea nu au fost considerate ca factori contributivi semnificativi pentru riscul general de EAC; mai degrabă, acestea păreau să predisună tinerii la anumite tipuri de EAC. Bărbații au avut o probabilitate mai mare să fie supuși pedepselor corporale, în timp ce femeile aveau o probabilitate mai mare să fie supuse abuzului emoțional sau neglijării emoționale.

În pofida aspectului său retrospectiv, studiul dat a demonstrat că maltratarea copilului și alte EAC, după cum sunt raportate de tinerii adulți cu vârsta medie de 20,6 ani, sunt niște fenomene răspândite. Rezultatele au confirmat, de asemenea, că există o corelație strânsă între EAC și comportamentele dăunătoare sănătății, cu importante consecințe pentru sănătatea mintală și fizică. Alte studii au demonstrat existența unei asocieri între EAC și apariția bolilor netransmisibile și a dereglărilor mintale, la fel ca și o predispunere mai mare față de victimizare sau comitere a actelor de violență (22,23).

Recent, sănătatea mintală a copiilor și tinerilor adulți a devenit un motiv de îngrijorare în Republica Moldova, iar bolile netransmisibile reprezintă o prioritate de sănătate pentru țară.

Rezultatele elucidează că practicarea comportamentelor de risc pentru sănătate prevalează la tinerii ce au fost expuși la cel puțin o experiență adversă în copilărie, riscul crescând proporțional cu expunerea la EAC. Respondenții care au relatat trei și mai multe EAC prezentă cel mai mare risc de practicare a comportamentelor de risc pentru sănătate, în special consumul de substanțe sau abuzul de alcool, fumatul, fuga de acasă și tentative de suicid, care au influențat, de asemenea, valorificarea potențialului său de educație și dezvoltare. De aceea, prevenirea EAC poate contribui la reducerea stării precare de sănătate fizică și psihică și costurile asociate acestora.

Studiul în cauză este unul dintre primele ce a identificat prevalența înaltă a fenomenului de maltratare a copilului și a altor experiențe adverse în copilărie în Republica Moldova și este primul ce a demonstrat existența unei asocieri strânse cu comportamentele dăunătoare sănătății. Astfel, acesta contribuie la elucidarea magnitudinii problemei, potrivit Planului european de acțiuni privind prevenirea maltratării copilului (24). Dovezile generate de acesta contribuie la eforturile de pledoarie în vederea îmbunătățirii cadrului de guvernare și lansării unui răspuns intersectorial pentru combaterea violenței îndreptate împotriva copiilor, în conformitate cu ținta 16.2 a Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă (ODD) ale ONU (25,26).

Există o amplă bază de dovezi privind intervențiile ce ar putea fi realizate pentru protecția copiilor împotriva violenței și a altor adversități, prezentată sumar în *Raportul european privind prevenirea maltratării copilului (1)* și în compendiul auxiliar (27). Convenția ONU privind Drepturile Copilului (8) impune toate statele-membre să asigure protecția efectivă a copilului, acordând o importanță colosală drepturilor și intereselor primare ale copiilor cu vârsta mai mică de 18 ani. Ținta 16.2 a ODD prevede stoparea abuzului, exploatării, traficării,

torturii sau a oricărei alte forme de violență îndreptată împotriva copiilor. Mai mult ca atât, în 2016 OMS a adoptat *Planul global de acțiuni pentru fortificarea rolului sectorului sănătății în răspunsul multisectorial de combatere a violenței interpersonale, în particular a violenței îndreptate împotriva femeilor și fetelor, cât și a violenței împotriva copiilor (28)*. Declarația de la Minsk privind abordarea sănătății la toate etapele vieții, în contextul Sănătății 2020, subliniază importanța investiției în dezvoltarea timpurie a copilului și în promovarea unor relații sigure, stabile și de susținere pentru prevenirea EAC și maximalizarea potențialului de dezvoltare, cu rezultate mai bune de sănătate și bunăstare socială în calitate de adulți (29). Nu în ultimul rând, Parteneriatul Global pentru combaterea violenței împotriva copiilor promovează folosirea abordării *INSPIRE: șapte strategii pentru combaterea violenței împotriva copiilor (30)*.

Concluziile e oferă o argumentare robustă privind investirea în intervențiile destinate combaterii simultane a multiplilor factori de risc pentru EAC. Devine evident că, dacă o EAC implică risc pentru adoptarea ulterior a unui comportament de risc pentru sănătate, mai multe EAC prezintă un risc considerabil mai mare: ca atare, tentativele de prevenire izolată a unei singure EAC probabil vor exercita un impact mai limitat. Acest fapt este susținut și de constatarea că unele EAC sunt strâns interconectate, ceea ce denotă că este puțin probabil ca acestea să apară primar independent una de alta; prevenirea uneia nu înseamnă neapărat că persoana nu se va confrunta cu alta (1,30).

► LIMITĂRI

Studiul s-a axat exclusiv pe studenții instituțiilor de învățământ superior, astfel eșantionul nu a inclus tinerii adulți angajați în câmpul muncii sau șomeri, nici populația generală. Aceasta înseamnă că studiul reflectă doar situația privind experiențele din copilărie pentru studenții din universități. Totuși, s-a constatat că EAC și comportamentele de risc pentru sănătate asociate acestora prevalează în rândul acestui grup relativ privilegiat, ceea ce sugerează necesitatea efectuării unui studiu populațional pentru confirmarea nivelului EAC, al comportamentelor de risc pentru sănătate asociate acestora și al riscului sporit de apariție a tulburărilor mintale și de a deveni făptaș sau victimă a violenței și de apariție a balilor netransmisibile, conform constatărilor altor studii (2,22).

Designul studiului nu a examinat migrația părinților, ce determină absența unuia sau a ambilor părinți și/sau la co-supravegherea de către rude. În Republica Moldova acest fenomen socioeconomic este considerabil și poate cauza riscuri sporite pentru EAC. Viitoarele studii ar urma să cuantifice acest factor pentru cercetarea impactului asupra expunerii la EAC și comportamentele de risc.

Studiul se bazează pe autoevaluarea respondenților, ceea ce amplifică riscul colectării răspunsurilor dorite din punct de vedere social. Ținând cont de specificitatea prezentului studiu, putem presupune existența evidentă a unei tendințe de sub-raportare a unor forme de abuz, cum ar fi contactul sexual, în pofida asigurărilor privind anonimatul respondenților.

Numărul mic de cazuri de sarcini precoce în eșantion nu a permis o analiză mai amplă, cu un grad înalt de semnificație statistică, a corelării acestora cu experiențele din copilărie. Acest fapt ar fi posibil din contul măririi eșantionului sau dacă metodologia de colectare a datelor ar fi aplicată la nivel de gospodărie, ceea ce la rândul său ar diminua gradul de sinceritate a respondenților.

Caracterul retrospectiv al autoevaluării experiențelor adverse la care au fost expuși respondenții pe durata copilăriei ar putea determina posibile erori de redare selectivă a amintirilor, așa ca raportarea ultimelor sau celor mai severe evenimente. Pe durata vieții de adult filtrul pentru analiza și evaluarea acestor tipuri de experiențe din copilărie ar putea fi diferit. Această limitare ar putea fi depășită prin colectarea datelor din copilărie pe durată unui timp îndelungat, sub formă de studii de cohortă longitudinale, însă astfel de abordări au implicații etice și de cost.

Prezentul studiu transversal nu poate genera concluzii clare privind cauzalitatea directă între categoriile de EAC, comportamentele de risc pentru sănătate și problemele de sănătate ulterioare. Rezultatele indică doar probabilitatea existenței unei asocieri între aceste evenimente. Triangularea datelor auto-raportate cu privire la suferirea abuzului cu cele generate din observările directe (de exemplu, în serviciile medicale sau școli) și un studiu longitudinal prospectiv al efectelor pe termen mediu și lung ale diverselor tipuri de abuz ar elucida dovezi mai directe privind cauzalitatea. Astfel de studii sunt foarte costisitoare, iar realizarea acestora necesită eforturi interdisciplinare comune, însă creșterea probabilității odată cu creșterea numărului de EAC prezintă un argument robust de cauzalitate, de rând cu numărul abundent de articole în literatura de specialitate europeană și internațională care susțin constatările prezentului studiu (15,17–20,22,23,31).

► URMĂTORII PAȘI

Studiul a arătat că în Republica Moldova maltratarea copilului și ulterior comportamentul de risc pentru sănătate reprezintă o gravă problemă de sănătate publică. *Investind în copii: planul european de acțiuni privind prevenirea maltratării copilului* recomandă intervenții precoce și prevenirea maltratării copilului, la fel ca și acțiuni de îmbunătățire a funcționalității familiei, în vederea scăderii prevalenței maltratării copilului și a comportamentului riscant ulterior și a morbidității la vârstă adultă (24).

Datele elucidează faptul că prevenirea EAC nu poate fi realizată în mod izolat. Pentru combaterea eficientă a apariției EAC, se va ține cont de mai multe aspecte, ce implică participarea diversilor parteneri din diferite sectoare pentru realizarea efectului maximal (1,27,30).

Cele mai bune rezultate pot fi obținute prin abordări exhaustive la nivel de societate, cu accent pe prevenirea violenței la toate etapele vieții și pe toate cele patru niveluri ale modelului ecologic (societal, comunitar, familial și individual), așa cum este sugerat în *Raportul global privind violența și sănătatea* (4). Abordările complex în prevenirea violenței necesită actualizarea cadrului legislativ și combaterea normelor sociale și culturale care neintenționat sprijină recurgerea la violență ca parte a disciplinării sau ca măsură de soluționare a conflictelor (1). În Republica Moldova există un astfel de cadru legislativ, însă lipsește punerea acestuia în practică, urmând a fi realizate eforturi active pentru abordarea normelor sociale. Programele de prevenire a violenței trebuie să se axeze pe intervenții durabile în sectorul educației, cum ar fi includerea componentei de prevenire ca aspect obligatoriu în programele de educație pentru sănătate școlar și preșcolar, plus axarea pe școlile fără violență.

Sunt necesare și măsuri de îmbunătățire a comunicării în familie și de instruire a părinților privind beneficiile competențelor parentale pozitive și ale relațiilor calde de îngrijire pe durata copilăriei (27,30). Trebuie să fie introduse și implementate programe pentru competențe parentale efective, adaptat la contextul Moldovei, axate în special pe disfuncționalitățile din familiile cu risc de violență în vederea creșterii competențelor intra-familiale în soluționarea conflictelor fără a recurge la violență. Programele de dezvoltare axate pe competențele parentale trebuie să fie integrate în educația de gen, începând cu clasele preșcolare și continuând la toate etapele vieții. Va fi necesar de întreprins măsuri de fortificare a cooperării intersectoriale între serviciile sociale, medicale, educație și justiție în vederea sprijinirii diverselor tipuri de familie prin integrare socială pozitivă și educația copilului. Sunt necesare un cadru legislativ și de guvernanță ce ar permite colaborarea, plus schimbul de date și resurse între sectoare. Studiile din alte țări au demonstrat faptul că costul fenomenului de maltratare a copilului s-ar putea ridica până la circa 1–2% din produsul național brut al țării, povara acestui fiind repartizată pe toate sectoarele societății (1,32).

De asemenea, datele denotă necesitatea eforturilor continue în susținerea prestării serviciilor exhaustive și multidisciplinare pentru sănătatea tinerilor, care să asigure o abordare individualizată a problemelor de sănătate, în special ținând cont de prezența expunerii la EAC.

Dat fiind scara mare a problemei maltratării copilului și a comportamentelor ulterioare ce prezintă risc pentru sănătate, pentru elaborarea ghidului corespunzător pentru identificarea precoce și prevenirea maltratării copilului și a altor EAC este necesară fortificarea continuă a competențelor în sistemele relevante, în special a persoanelor ce interacționează direct cu copiii (așa ca profesorii, lucrătorii sociali, organele de poliție și profesioniștii medicali). Imediat ce a fost identificat fenomenul maltratării, este necesar de întreprins măsurile corespunzătoare pentru a le oferi persoanelor cea mai bună asistență posibilă centrată pe copil, expertiză juridică și reabilitare. Capacitățile sistemelor de sănătate necesită a fi fortificate în vederea depistării și răspunsului la maltratarea copilului și la alte EAC, iar viitorul ghid al OMS se va dovedi un instrument util.

În cele din urmă, constatările acestui studiu sunt clare privind necesitatea monitorizării continue a prevalenței maltratării copilului și a altor EAC și a evaluării intervențiilor relevante. Unele aspecte specifice țării, cum ar fi influența migrației părinților asupra comportamentelor de sănătate ulterioare ale copiilor, necesită o examinare mai aprofundată.

Prioritatea de politici privind combaterea violenței împotriva copiilor este prezentă în ținta 16.2 a Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă, agreate de către liderii mondiali în septembrie 2015 în cadrul reuniunii istorice de nivel înalt al Națiunilor Unite (25). *Investind în copii: planul european de acțiuni privind prevenirea maltratării copilului pentru anii 2015–2020* își propune drept scop prevenirea maltratării copilului sub orice formă, fie acesta abuz sexual, fizic sau mintal, sau neglijare (24). Prezentul studiu efectuat în Republica Moldova contribuie la realizarea unuia din obiectivele planului de acțiuni – cel de sporire a vizibilității problemei maltratării copilului.

Studiul subliniază relația între expunerea la EAC și comportamentele cu risc pentru sănătate și starea de sănătate precară. Concluziile acestuia aduc argumente solide pentru investirea în prevenire și răspunsurile precoce și efective imediat după ce a fost identificată maltratarea. Există o bază robustă de dovezi pentru prevenirea și răspunsul la maltratare și la alte EAC. Părțile cointeresate din Republica Moldova vor analiza situația curentă, vor fortifica politicile naționale și vor implementa un răspuns intersectorial coordonat de prevenire și răspuns.

Bibliografie¹

1. Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, Galea G, editors. European report on preventing child maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-report-on-preventing-child-maltreatment-2013>).
2. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med.* 1998;14(4):245–58.
3. Butchart A, Harvey AP, Mian M, Fuerniss T. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organisation; 2006 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/child_maltreatment/en/).
4. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB, Lozano L, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organisation; 2002 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/).
5. WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC64/R6 on investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015–2020 and the European child maltreatment prevention action plan 2015–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/259210/64rs06e_InvestChildren_140731.pdf?ua=1).
6. Sîmboteanu D, Gavriluc C, Elaborarea Publicației Au L, Platon D, Sochircă A, Corețchi-Mocanu R et al. Bune practici în domeniul prevenirii și combaterii violenței asupra copiilor [Best practices in preventing and ending violence against children]. Chișinău: Centrul Național de Prevenire a Abuzului față de Copii, Centrul de Informare și Documentare privind Drepturile Copiilor; 2014 (Buletin Impact 2014; https://cnpac.org.md/uploaded/Publicatii/PDF/BULETINE/Buletin_Impact_2014_ro.pdf).
7. Committee on the Rights of the Child considers the report of the Republic of Moldova. Geneva: United Nations Committee on the Rights of the Child; 2017 (<http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22104&LangID=E>).
8. Convention on the Rights of the Child. Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 44/25 of 20 November 1989 entry into force 2 September 1990, in accordance with article 49. New York (NY): United Nations; 1989 (<http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>).
9. Resolution 64/142. Guidelines for the alternative care of children. In: United Nations General Assembly Sixty-fourth session. New York (NY): United Nations; 2009 (A/RES/64/142*; <https://resourcecentre.savethechildren.net/library/united-nations-guidelines-alternative-care-children>).

¹ Toate referințele din rețeaua globală Internet accesate la 21 ianuarie 2018

10. Republica Moldova. HOTĂRÎRE Nr. 835 din 04.07.2016 cu privire la aprobarea Planului de acțiuni pentru anii 2016–2020 privind implementarea Strategiei pentru protecția copilului pe anii 2014–2020 12.07.2016 în Monitorul Oficial Nr. 204–205 art Nr: 905 [Government decision No. 835 of 04.07.2016 with regard to the approval of the action plan for 2016–2020 to the child protection strategy for 2014–2020]. Official Gazette, 204–205, 12 July 2016. (<http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=365755&lang=1>).
11. Republica Moldova. HOTĂRÎRE Nr. 434 din 10.06.2014 privind aprobarea Strategiei pentru protecția copilului pe anii 2014–2020, 20.06.2014 în Monitorul Oficial Nr. 160–166 [Government Decision No. 434 of 10.06.2014 with regard to the approval of the child protection strategy for 2014–2020]. Official Gazette, 160–166, 20 June 2014 (<http://lex.justice.md/md/353459/>).
12. Violence against children in the Republic of Moldova: study report. Chișinău; Ministry of Education and Youth of the Republic of Moldova, Ministry of Social Protection Family and Child of the Republic of Moldova; 2007 (https://www.unicef.org/moldova/Violence_against_children_en.pdf).
13. Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ) [website]. Geneva: World Health Organization; 2018 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/en/).
14. Adverse childhood experiences (ACEs) [website]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2016 (<https://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/index.html>).
15. Baban A, Cosma A, Balazsi R, Sethi D, Olsavszky V. Survey of adverse childhood experiences among Romanian university students. Study report from the 2012 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107317/1/e96846.pdf>).
16. Bellis MA, Hughes K, Leckenby N, Jones L, Baban A, Kachaeva M et al. Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviours in young adults: surveys in eight eastern European countries. Bull World Health Organ. 2014;92(9):641–55.
17. Survey on the prevalence of adverse childhood experiences among young people in the Russian Federation. Copenhagen; WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/countries/russian-federation/publications/survey-on-the-prevalence-of-adverse-childhood-experiences-among-young-people-in-the-russian-federation>).
18. Survey of adverse childhood experiences in the Czech Republic. Copenhagen; WHO Regional Office for Europe; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/countries/czech-republic/publications/survey-of-adverse-childhood-experiences-in-the-czech-republic-2017>).
19. Institute of Public Health of Montenegro. Survey on adverse childhood experiences in Montenegro. Copenhagen; WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/countries/montenegro/publications/survey-on-adverse-childhood-experiences-in-montenegro-2015>).
20. Raleva M, Peshevska DJ, Sethi D, editors. Survey of adverse childhood experiences among young people in the former Yugoslav Republic of Macedonia. Copenhagen; WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/107315>).

21. Currie C, Griebler R, Inchley J, Theunissen A, Molcho M, Samdal O et al. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study protocol: background, methodology and mandatory items for the 2009/10 survey. Edinburgh & Vienna: CAHRU & LBIHPR; 2010 (http://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/attachments/hbsc_external_study_protocol_2009-10.pdf).
22. Bellis MA, Lowey H, Leckenby N, Hughes K, Harrison D. Adverse childhood experiences: retrospective study to determine their impact on adult health behaviours and health outcomes in a UK population. *J Public Health* 2014;36(1):81–91.
23. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2017;2(8):e356–66 ([http://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(17\)30118-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(17)30118-4/fulltext)).
24. Investing in children: European child maltreatment prevention action plan 2015–2020. Copenhagen; WHO Regional Office for Europe; 2014 (EURRC64/13 + EUR/RC64/Conf.Doc.5; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/253728/64wd13e_InvestChildMaltreat_140439.pdf).
25. Resolution 70/1. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. In: United Nations General Assembly Seventieth session. New York (NY): United Nations; 2015 (A/RES/70/1; http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf).
26. Gray J, Jordanova Pesevska D, Sethi D, Ramiro González MD, Yon Y. Handbook on developing national action plans to prevent child maltreatment. Copenhagen: WHO regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/handbook-on-developing-national-action-plans-to-prevent-child-maltreatment-2016>).
27. Hardcastle KA, Bellis MA, Hughes K, Sethi D. Implementing child maltreatment prevention programmes: what the experts say. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/implementing-child-maltreatment-prevention-programmes-what-the-experts-say-2015>).
28. Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/global-plan-of-action/en/>).
29. The Minsk Declaration. The life-course approach in the context of Health 2020. Copenhagen; WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2015/10/WHO-European-Ministerial-Conference-on-the-Life-course-Approach-in-the-Context-of-Health-2020/documentation/the-minsk-declaration>).
30. INSPIRE: seven strategies for ending violence against children. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/207717/1/9789241565356-eng.pdf>).

31. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med.* 1998;14(4):245–58.
32. Fang X, Brown DS, Florence CS, Mercy James A. The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child Abuse Negl.* 2012;36:156–65.

Biroul Regional pentru Europa al OMS

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) este o agenție specializată a Națiunilor Unite creată în 1948 care este nemijlocit responsabilă de subiectele sănătății internaționale și sănătatea publică. Biroul Regional pentru Europa al OMS este unul dintre cele șase birouri regionale care există în lume, fiecare având programul său propriu adaptat la condițiile specifice de sănătate ale țărilor deservite.

Statele membre

Albania
Andorra
Armenia
Austria
Azerbaidjan
Belarus
Belgia
Bosnia și Herțegovina
Bulgaria
Croatia
Cipru
Republica Cehă
Danemarca
Elveția
Estonia
Finlanda
Franța
Georgia
Germania
Grecia
Islanda
Irlanda
Israel
Italia
Kazakhstan
Kyrgyzstan
Letonia
Lituania
Luxembourg
Fosta Republică Iugoslavă a Macedoniei
Malta
Marea Britanie
Monaco
Muntenegru
Norvegia
Olanda
Polonia
Portugalia
Republica Moldova
România
Federația Rusă
San Marino
Serbia
Slovacia
Slovenia
Spania
Suedia
Tadjikistan
Turcia
Turkmenistan
Ucraina
Ungaria
Uzbekistan

Organizația Mondială a Sănătății Biroul Regional pentru Europa Biroul OMS din Republica Moldova

Republica Moldova, or. Chișinău, str. Sfatul Țării, 29, MD-2012
Tel.: +373 22 83 99 60
Fax: +373 22 83 99 70
E-mail: eurowhomda@who.int
Website: www.euro.who.int

