

RAPORT SUMAR

CUNOȘTINȚE, ATITUDINI ȘI PRACTICI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MAMEI ȘI COPILULUI



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Agency for Development
and Cooperation SDC
Agenția Elvețiană pentru
Dezvoltare și Cooperare

Swiss TPH



Asociația Obștească
„Progres prin Alternativă”



O FAMILIE FERICITĂ -
O LUME MAI BUNĂ!
in 7 mesaje ale unui bebeluș

- „Vreau să intru în viața voastră doar dacă mă doriți”
- „Mamă, spune-i medicului căt mai curând că ești însărcinată și că mă iubești tare, tare”
- „Mamă, tată, fiți precauți și informați-vă despre pericolele care ne-ar putea despărți”
- „Mama mea se alimentează sănătos, iar medicul are grijă să-i administreze pastilele cu acid folic și fier”
- „Mă simt mai liniștit de când mama și tata merg la cursurile prenatale”
- „Sunt mândru de tata pentru că a fost alături de noi pe toată durata sarcinii și la naștere”
- „Sunt sigur că laptele mamei este cel mai gustos și sănătos”



Studiu realizat de
Centrul de Investigații și Consultanță
„SocioPolis”

date comparative pentru
anii 2012 și 2014

INTRODUCERE

Preocuparea față de sănătatea femeii și a copilului este justificată de importanța pe care o au aceste persoane în asigurarea viitorului unei societăți. În acest context, Guvernul Republicii Moldova și-a stabilit printre cele 8 Obiective de Dezvoltare a Mileniului îmbunătățirea sănătății materne și reducerea mortalității infantile.

Sănătatea femeii este în corelație cu sănătatea reproductivă și, împreună cu sănătatea copilului, sunt determinate de cunoștințele, atitudinile și practicile existente în familie, comunitate și societate. Îmbunătățirea indicatorilor în domeniul sănătății materne și a sănătății copiilor presupune activități complexe și schimbări majore la nivelul instituțiilor de stat, dar și în cadrul comunităților locale, în ceea ce privește colaborarea specialiștilor din diferite sectoare (medicină, educație, protecție socială, administrare publică, sector neguvernamental etc.), atitudinea populației față de propria sănătate.

Scopul studiului dat a constatat în evaluarea schimbărilor în cunoștințele, atitudinile și practicile referitoare la sănătatea mamei și copilului în rândul femeilor de vârstă reproductivă și a specialiștilor din domeniile sănătății și asistenței sociale, produse în rezultatul implementării proiectului moldo-elvețian „Modernizarea sistemului de perinatologie în Republica Moldova”, faza 3, componenta „Comunitate”, în raioanele Fălești (s. Sărata Veche, s. Glinjeni, or. Fălești) și Nisporeni (s. Seliște, s. Milești, or. Nisporeni) de către Asociația Obștească „Progres prin Alternativă”, în colaborare cu Institutul Tropical și de Sănătate Publică din Basel, Elveția, susținut financiar de Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare în Moldova (SDC), în perioada mai 2012-mai 2014).

Obiectivele specifice ale studiului au vizat evaluarea schimbărilor care s-au produs în:

- cunoștințele privind sănătatea mamei și copilului la femeile de vârstă reproductivă;
- cunoștințele specialiștilor în domeniul vulnerabilității și al modalităților de identificare a persoanelor vulnerabile la nivel local;
- atitudinile și practicile în domeniul sănătății;
- atitudinile și practicile populației privind sănătatea reproductivă;
- atitudinile și practicile în perioada sarcinii;
- atitudinile și practicile după nașterea copilului;
- intervențiile profesionale ale specialiștilor comunitari;
- practicile de informare și mobilizare comunitară în domeniul sănătății mamei și copilului.

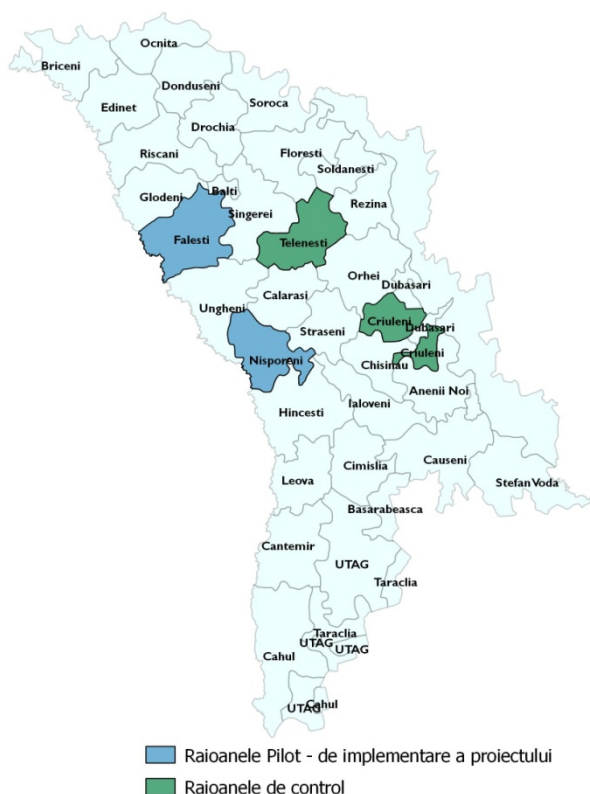
Studiul dat este destinat reprezentanților instituțiilor medicale, educaționale, APL, echipelor Y-PEER¹, Clubul Familiei², sectorului neguvernamental, tinerilor, femeilor de vârstă reproductivă și membrilor familiilor acestora și decidenților.

METODOLOGIE

Pentru a cunoaște impactul activităților realizate în cadrul proiectului asupra comunității, au fost realizate cercetări cantitativ-calitative în comunitățile de implementare a proiectului și comunități de control din raionul Criuleni (s. Slobozia Dușca, s. Hârtopul Mare, or. Criuleni) și raionul Telenesti (s. Negureni, s. Budăi și or. Telenesti) la începutul proiectului (aprilie-mai 2012 – Studiu Baseline) și la sfârșitul acestuia (martie 2014 – Studiu Endline).

Cercetările au cuprins:

- Studii KAP – cunoștințe, atitudini și practici în domeniul sănătății mamei și copilului la femeile de vârstă reproductivă, specialiștii din domeniul medicinei și asistenței sociale. Au participat la cercetare 644 de femei de vârstă reproductivă în anul 2012 și 644 de femei de vârstă reproductivă în anul 2014, în baza unui eșantion probabilistic aleatoriu, precum și 221 specialiști în anul 2012 și 205 specialiști în anul 2014.
- Cercetări calitative. Discuții focus-grup cu tinerii, femeile și bărbații de vârstă reproductivă și interviuri individuale aprofundate cu reprezentanții APL, reprezentanții instituțiilor medicale, asistenți sociali, lideri ai Clubului Familiei, lideri ai echipelor de educatori Y-PEER, familii vulnerabile. Au fost realizate 6 focus-grupuri cu femei de vârstă reproductivă în anul 2012. În cadrul acestora au participat 57 de femei.



Studiul calitativ Endline (2014) a fost mai vast și a cuprins 12 discuții focus-grup cu 3 categorii de beneficiari ai proiectului: tineri, femei de vârstă reproductivă și bărbați de vârstă reproductivă (38 de tineri, 60 de femei și 15 bărbați) și 22 interviuri individuale aprofundate cu

¹ Echipele Y-PEER sunt echipe de Tineri Educatori de la Egal la Egal, formatori și promotori ai sănătății sexual-reproductive.

² Clubul Familiei reprezintă o formă de mobilizare a comunității în promovarea serviciilor de sănătate pentru familie la nivel de raion și localitate.

diferiți actori comunitari: reprezentanții APL, reprezentanții instituțiilor medicale, asistenți sociali, lideri ai Clubului Familiei, lideri ai echipelor de educatori Y-PEER, familii vulnerabile.

SUMAR AL CONSTATĂRILOR

În general, în raioanele de implementare a proiectului, Nisporeni și Fălești, cunoștințele de bază privind sănătatea reproductivă în rândul femeilor s-au îmbunătățit mai mult decât în raioanele de control, în special, în ceea ce privește perioada de punere la evidența medicului de familie a femeilor însărcinate și semnele de pericol de parcursul sarcinii. De asemenea, înregistrarea sarcinii la medicul de familie a crescut mai mult în raioanele de implementare a proiectului, în comparație cu raioanele de control. Practicile recomandate de medici - alăptarea și administrarea vitaminei D copiilor, la fel au crescut în raioanele de implementare.

Cu toate acestea, alte practici în domeniul sănătății, precum prezența poliției de asigurare medicală sau numărul de vizite la medicul de familie nu prezintă schimbări semnificative. În raionul Fălești, apropierea de municipiul Bălți, poate explica tendința femeilor de a consulta medicii de acolo, mai frecvent decât pe cei din localitatea lor. Printre respondenți persistă neîncrederea în lucrătorii medicali, iar percepția calității joase a asistenței medicale este larg răspândită.

Frecventarea cursurilor antenatale a crescut în raioanele de implementare a proiectului, pe când în cele de control a scăzut. Îmbunătățirea disponibilității și calității cursurilor antenatale, precum și creșterea frecvenței acestora a fost o intervenție cheie a proiectului care a atins grupul țintă în raioanele pilot.

Mecanismele pilotate pentru mobilizarea comunităților au fost Clubul Familiei, echipele Y-PEER și suportul pentru colaborarea intersectorială. Despre existența Clubului Familiei cunoaște 1 din 5 femei din localitățile pilot. Datele studiului calitativ relevă o apreciere pozitivă a activităților desfășurate de Clubul Familiei (“o sursă bună de informare, comunicare și schimb de experiență”). Cu toate acestea, datele arată limitele de participare a comunității la aceste activități. Dintre femeile care cunosc despre existența Clubului Familiei, 36,1% au participat la aceste activități de mai multe ori și 47,1% nu au fost la nici o activitate. În același timp semnalăm că crearea Clubului Familiei este recentă, fapt ce indică necesitatea consolidării activităților de informare despre Clubul Familiei.

Echipele Y-PEER au introdus metode alternative de promovare a sănătății sexuale și reproductivă în rândul tinerilor care au fost binevenite, ținând cont de tabu-ul existent la acest capitol, în mod special în localitățile rurale. Cu toate acestea, există dovezi că activitățile Y-PEER nu au fost înțelese și promovate în toate instituțiile educaționale.

În raioanele de implementare a proiectului, populația este mai sensibilizată referitor la faptul că colaborarea intersectorială este un mijloc de identificare a persoanelor vulnerabile. În

aceste localități-pilot, asistenții sociali au o viziune mai largă asupra vulnerabilității, deoarece activitățile proiectului au promovat activ toate grupurile marginalizate.

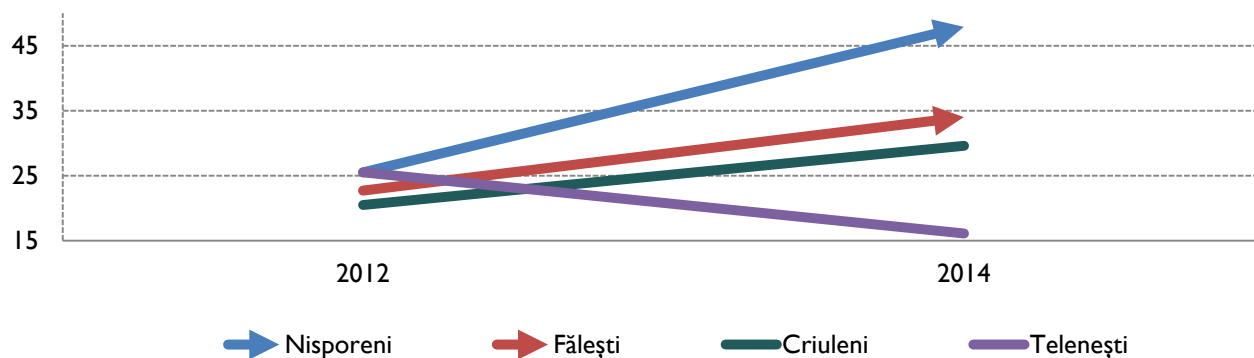
În linii generale, mobilizarea comunitară a fost percepută pozitiv atunci când au fost implicați mai mulți actori sociali: APL, specialiștii comunitari, agenții economici și populația, în general.

CONSTATĂRI CHEIE

Lucrătorii medicali și asistenții sociali comunitari

- O problemă acută pentru sistemul de sănătate din Republica Moldova este lipsa cadrelor medicale. Cercetarea realizată în rândul specialiștilor în anul 2014 relevă că această problemă s-a acutizat în ultimii 2 ani, fiind evidențiată de 47,9% medici de familie și asistenți sociali (+22,4 p.p.³, în comparație cu cercetarea din 2012) din raionul Nisporeni, 34,0% (+11,3 p.p.) din raionul Fălești, 29,6% (+9,1 p.p.) din raionul Criuleni și 16,1% (-9,4 p.p.) din raionul Telenești. Situația dată este determinată de salariile mici în sistemul medical, inclusiv lipsa motivației tinerilor specialiști în domeniul medicinei de a activa în centrele raionale și localitățile rurale.

Figura 1. Lipsa de specialiști drept factor de risc perinatal în localitate



- Numărul specialiștilor care întâmpină dificultăți în definirea conceptului de vulnerabilitate s-a micșorat cu 4,3 p.p., însă mult mai semnificativ pentru raioanele de implementare a proiectului – 13,8 p.p. (cu 15,9 p.p. în raionul Fălești și 14,3 p.p. în raionul Nisporeni), în comparație cu cele de control. Cauza principală a vulnerabilității pe care au invocat-o specialiștii cel mai frecvent în raioanele de implementare – incapacitatea de a rezolva singuri problemele, iar în raioanele de control – lipsa resurselor financiare. Probabil, discuțiile mai frecvente despre grupurile vulnerabile ale populației au determinat o viziune mai largă referitor la perceperea vulnerabilității de lucrătorii comunitari. Acesta este un element important pentru a asigura atenție tuturor grupurilor marginalizate.
- Necesitățile de comunicare și consiliere sunt mai stringente pentru asistenții sociali din raioanele de implementare (85,1%), în comparație cu lucrătorii medicali (64,6%), deoarece asistenții sociali comunitari nu au beneficiat de instruirii în acest domeniu din partea proiectului. În raioanele de control aceste necesități sunt mult mai mari – 80,8% printre lucrătorii medicali și – 94,8% printre asistenții sociali.

³ Punctele procentuale (p.p.) prezintă diferența aritmetică dintre datele cercetării Baseline și Endline.

Cunoștințe de bază în domeniul sănătății perinatale la femeile de vârstă reproductivă

- Nivelul de cunoștințe al femeilor de vârstă reproductivă despre punerea la evidența medicului de familie, în legătură cu sarcina până la 12 săptămâni, s-a îmbunătățit de la 77,9% în anul 2012 până la 87,0% (+9,1 p.p.) în anul 2014. Nivelul de cunoștințe a crescut de 3,8 ori mai mult în raioanele de implementare, în comparație cu cele de control. Astfel, 90,6% dintre respondentele din raionul Nisporeni și 97,1% din raionul Fălești cunosc că femeile însărcinate trebuie să se pună la evidența medicului de familie până la 12 săptămâni de sarcină, în comparație cu 79,9% în raioanele de control. Acest mesaj a avut o atenție specială din partea proiectului și, probabil, această creștere reflectă parțial impactul campaniilor de sensibilizare.

Tabelul 1. Nivelul de cunoștințe privind perioada de punere la evidența medicului de familie a femeii gravide, %

Femeile care sunt / au fost însărcinate 76,6 % = 100% (Baseline) 83,5%=100% (Endline) Răspuns deschis		la 12 săptămâni	de la 1 la 11 săptămâni/ diferite răspunsuri	de la 13 la 38 săptămâni/ diferite răspunsuri	Nu știu
Total	Baseline	36,7	41,2	8,8	13,3
	Endline	32,2	54,8	8,0	5,0
Raioanele de implementare	Baseline	43,1	36,5	7,5	12,9
	Endline	30,7	63,1	4,7	1,5
Raioanele de control	Baseline	29,8	46,4	10,2	13,6
	Endline	33,7	46,2	11,4	-8,7
Progresul⁴, (p.p.)	Raioanele de implementare	-12,4	+26,6	-2,8	-11,4
	Raioanele de control	+3,9	-0,2	+1,2	-4,9

- Cele mai cunoscute semne de urgență înainte de naștere rămân a fi durerile în abdomen și scurgerea lichidului amniotic. Există însă diferențe importante în ceea ce privește cunoașterea semnelor de urgență înainte de naștere la femeile care au născut în perioada anilor 2012-2014 și cele care au născut anterior anului 2012. În raioanele de implementare a proiectului au crescut cunoștințele femeilor care au născut în anii 2012-2014 referitor la lichidul amniotic, mișcările prea active sau lipsa mișcărilor la făt, eliminările abundente sangvinolente din vagin, voma ca semne de urgență înainte de naștere, în timp ce în raioanele de control cele privind febra, durerile în abdomen, durerile puternice de cap.

⁴ Progres relevă schimbările în puncte procentuale (p.p) care s-au produs în cunoștințele femeilor de vârstă reproductivă în perioada dintre Baseline și Endline.

Tabelul 2. Semnele de urgență înainte de naștere la femeile care au născut în perioada anilor 2012-2014 și cele anterior anului 2012 (Endline), %

Semnele de urgență înainte de naștere Femeile care au născut 83,5%=100% (Endline)	Raioanele de implementare			Raioanele de control		
	Însărcinată în perioada anilor 2012-2014	Însărcinată până în anul 2012	Progresul (p.p.)	Însărcinată în perioada anilor 2012-2014	Însărcinată până în anul 2012	Progresul (p.p.)
Dureri în abdomen	95,3	91,9	+3,4	98,2	89,9	+8,3
Dureri puternice de cap	12,3	10,6	+1,7	13,0	5,8	+7,2
Scurgerea lichidului amniotic	49,2	37,3	+11,9	44,4	48,9	-4,5
Eliminări abundente nesangvinolente din vagin	16,9	18,0	-1,1	13,0	16,5	-3,5
Eliminări abundente sangvinolente din vagin	33,8	24,2	+9,6	24,1	25,2	-1,1
Deregări ale văzului	9,2	4,3	+4,9	7,4	5,8	+1,6
Febră	12,3	11,8	+0,5	25,9	16,5	+9,4
Mișcări ale fătului prea active sau lipsa mișcărilor	24,6	13,0	+11,6	22,2	30,9	-8,7
Dureri de spate	1,5	1,2	+0,3	3,7	0,7	+2,4
Vomă	9,2	3,1	+6,1	0	0,7	-0,7

- Nivelul de cunoștințe al femeilor de vârstă reproductivă privind semnele de urgență la copilul nou născut rămâne a fi jos. Femeile care au născut în perioada anilor 2012-2014 au mai multe cunoștințe în ceea ce privește semnele de urgență a copilului nou-născut, în comparație cu cele care au născut până în anul 2012. În raioanele de implementare a proiectului au crescut cunoștințele acestor femei privind următoarele semne de urgență: respirația dificilă (+12,8 p.p.), voma după fiecare hrană sau înghițitură (+12,1 p.p.), diaree (+5,9 p.p.), somnolență sau trezire dificilă (+5,4 p.p.), iar în raioanele de control cele privind plânsul continuu (+10,4 p.p.), diareea (+9,1 p.p.), febra (+6,6 p.p.).

Tabelul 3. Semnele de urgență ale copilului nou-născut, %

Semnele de urgență ale copilului nou-născut Femeile care au născut 62,0 % = 100% (Baseline) 67,1%=100% (Endline)	Raioanele de implementare			Raioanele de control		
	Baseline	Endline	Progresul (p.p.)	Baseline	Endline	Progresul (p.p.)
Febră	72,8	77,5	+4,7	62,6	71,5	+8,9
Somnolență / trezire dificilă	30,8	11,9	-18,9	34,3	14,5	-19,8
Nu poate suge la sân și/sau bea lichide	29,5	22,9	-6,6	52,0	23,4	-28,6
Vomă după fiecare hrană sau înghițitură	36,6	30,7	-5,9	33,1	24,3	-8,8
Diaree	47,8	32,1	-15,7	30,3	34,1	+3,8
Respirație dificilă	44,6	23,9	-20,7	30,3	28,0	-2,3
Dureri de burta / Burta umflată	0	8,7	+8,7	1,7	1,9	+0,2
Tuse	0	1,8	+1,8	1,1	0	-1,1

Plâns continuu	0	14,7	+14,7	12,0	9,3	-2,7
Hemoglobină joasă	0	0	0	0	0,5	+0,5
Nu le cunosc	4,5	2,8	-1,7	0	8,4	+8,4

Cunoștințe despre sănătatea reproductivă la adolescenți

- În cadrul discuțiilor focus-grup cu tinerii s-a semnalat că lipsa unor ore opționale în domeniul sănătății în gimnazii și licee reduc din posibilitățile elevilor de a fi informați corect în domeniul sănătății, determinând, într-o anumită măsură, și un comportament indiferent al tinerilor față de sănătate, inclusiv cea reproductivă.
- Marea majoritate a tinerilor nu discută, actualmente, cu părinții subiecte de sănătate sexual-reproductivă. Tinerii au semnalat în discuțiile focus-grup și necesitatea pregătirii părinților pentru discuțiile cu copiii la această temă, pentru a le putea transmite mesajul și a crea o relație de încredere.

Atitudini și practici generale în domeniul sănătății

- Actualmente, grupurile vulnerabile la nivelul comunității sunt identificate prin intermediul lucrătorilor medicali, asistenților sociali, altor membri ai comunității, polițiștilor de sector, reprezentanților instituțiilor educaționale, de asemenea prin autoadresarea la autorități a persoanelor vulnerabile, colaborarea specialiștilor, la nivel local, preotul, reprezentanții ONG-lor. În Nisporeni și Fălești rolul ONG-lor locale este de 5 ori mai mare decât în raioanele de control (24,2% față de 5,5%), inclusiv e mai mare ponderea cazurilor identificate prin colaborarea specialiștilor din comunitate (32,6% față de 20,9%).
- S-au constatat schimbări în ceea ce privește primele 3 surse de informare a femeilor de vârstă reproductivă în domeniul sănătății – medicii, familia și televiziunea în anul 2012, în 2014 locul televiziunii fiind preluat de internet. Importanța internetului ca sursă de informare crește în societatea moldovenească. În aceste condiții, este important ca femeile în informarea pe care o fac din această sursă să apeleze la pagini web, bloguri sau forumuri medicale, cu informații corecte.
- Numărul femeilor de vârstă reproductivă care dispun de poliță de asigurare medicală este în ușoară scădere. Doar 40 la sută dintre femeile de vârstă reproductivă în vârstă de 15-49 de ani posedă asigurare medicală. Lipsa poliței de asigurare medicală este determinată de (i) faptul că femeile percep asigurarea medicală ca fiind una costisitoare, cu un impact semnificativ asupra bugetului familial, (ii) nu au probleme de sănătate și nu au nevoie de asigurare medicală, (iii) costul mult mai mare al poliței de asigurare medicală, în comparație cu cheltuielile de sănătate pe care ele le pot avea dacă nu au procurat polița etc.
- Adresarea la medicul de familie/asistentul medical în raioanele de implementare a proiectului relevă o îmbunătățire a gradului de adresare a femeilor de vârstă reproductivă în raionul Nisporeni (+13,8 p.p.) și o înrăutățire esențială în raionul Fălești (-23,0 p.p.). În raionul Fălești, nu s-au adresat la Centrul de Sănătate din localitate în ultimele 6 luni peste 50 la sută

dintre femeile în vârstă de 30-39 ani, cele care nu au născut copii, cu studii superioare și venituri de peste 3000 lei. Infrastructura bună a drumurilor, căile de acces mai ușoare spre mun. Bălți, angajarea în câmpul muncii în instituțiile din mun. Bălți, determină o parte din femeile din s.Glinjeni și s.Sărata Veche să apeleze la lucrătorii medicali din Bălți, în detrimentul unei evidențe la medicul de familie de sector.

- Indicatorul de consultare a copilului la medicul de familie, în ultimele 6 luni, s-a micșorat între anii 2012 și 2014 cu 4,1 p.p. (cu 5,0 p.p. în raioanele de implementare și 3,0 p.p. în raioanele de control). Situația diferă pentru raioanele cercetate. În raionul Nisporeni, ponderea mamelor care au consultat copiii în ultimele 6 luni la medic s-a îmbunătățit și constituie 85,2% (+9,9 p.p.), în comparație cu raionul Fălești unde s-a înrăutățit - 78,6%(-14,6 p.p.), inclusiv în raioanele de control - 82,7% (-3,0 p.p.). În raionul Fălești, multe femei preferă să meargă cu copilul la specialiștii medicali din mun. Bălți, la medicul de familie din localitate apelând doar pentru certificate medicale.
- A crescut ponderea femeilor care s-au adresat la medic în ultimele 6 luni cu copilul pentru control profilactic în toate raioanele în care s-a realizat cercetarea. În raioanele Nisporeni și Fălești se atestă o creștere triplă (+20,8 p.p.), în comparație cu raioanele Telenеști și Criuleni (+6,0 p.p.).
- Analiza atitudinii și practicilor privind urmarea tratamentului pentru copii prescris de medic relevă o atitudine mai responsabilă a femeilor, în comparație cu sănătatea lor proprie. Marea majoritate a mamelor îndeplinesc prescripțiile medicului în procesul de tratament al copiilor. Totuși, aproximativ fiecare a 10 femei din raioanele de implementare și fiecare a 7-a din raioanele de control nu urmează/urmează parțial tratamentul prescris de medic pentru copil. În prim plan este opinia mamei că trebuie luate medicamente până ce se îmbunătățește situația copilului și în plan secund lipsa de încredere în tratamentul prescris de medic.

Tabelul 4. Cauzele nerespectării/urmării parțiale a tratamentului prescris de medici copilului, %

		Tratamentul este costisitor și nu am bani pentru medicamente	Nu am încredere în tratamentul prescris	Nu am încredere în medic	Consider că nu e nevoie de luat multe medicamente, ci doar atât cât să amelioreze situația copilului/lor
Total	Baseline	40,0	20,0	14,5	32,7
	Endline	13,5	34,6	9,6	44,2
Raioanele de implementare	Baseline	44,0	24,0	8,0	32,0
	Endline	4,5	22,7	9,1	63,6
Raioanele de control	Baseline	36,7	16,7	20,0	33,3
	Endline	20,0	43,3	10,0	30,0
Progresul (p.p)	Raioanele de implementare	-39,5	-1,3	+1,1	+31,6
	Raioanele de control	-16,7	+26,6	-10,0	-3,3

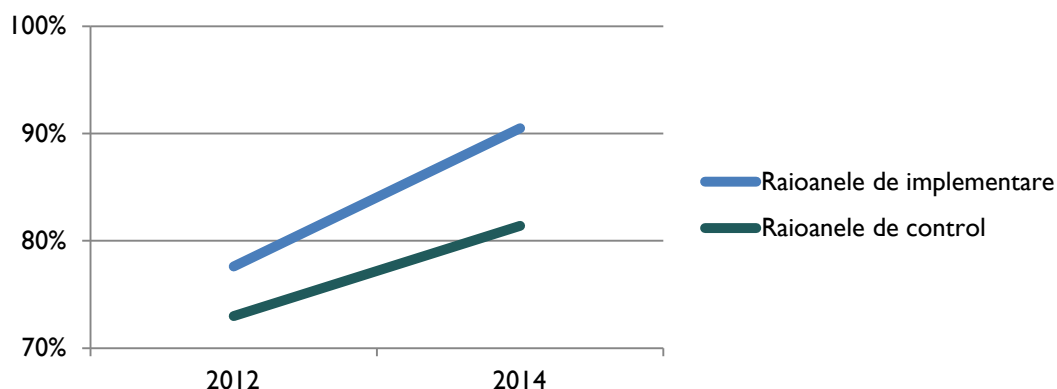
Atitudini și practici privind sănătatea reproductivă

- În general, femeile înainte de sarcină nu consultă medicul. O bună parte dintre femei se bazează pe controlul medical trecut înainte de căsătorie. Merg la control preconcepțional ambii parteneri dacă (i) au avut probleme în ceea ce privește conceperea copiilor, (ii) au fost pierderi de sarcină sau probleme de sănătate la copilul nou-născut, (iii) familia nou creată a amânat pentru o anumită perioadă nașterea copiilor, utilizând sau nu mijloacele de contracepție; (iv) este un interval de timp mare de la nașterea ultimului copil (mai mult de 15 ani).
- Comportamentul reproductiv al familiei se schimbă foarte greu. Datele cercetării relevă schimbări minore în rândul femeilor de vârstă reproductivă în ultimii 2 ani privind planificarea ultimului copil, în raioanele de implementare a proiectului (+0,3 p.p.), în comparație cu cele de control (+5,3 p.p.).
- Studiul calitativ relevă diferențe în ceea ce privește utilizarea metodelor de contracepție, la diferite generații. Persoanele mai în vârstă folosesc, în mare parte, metodele de contracepție după naștere, iar unii deloc, generațiile tinere însă, în mare parte, până la nașterea primului copil. Practica de a discuta despre metodele de contracepție cu medicul nu este una universal valabilă. Multe femei consultă acest subiect cu soțul, prietenele sau internetul. Nici printre tineri nu este răspândită practica de a discuta cu medicul despre metodele de contracepție.

Atitudini și practici în perioada sarcinii

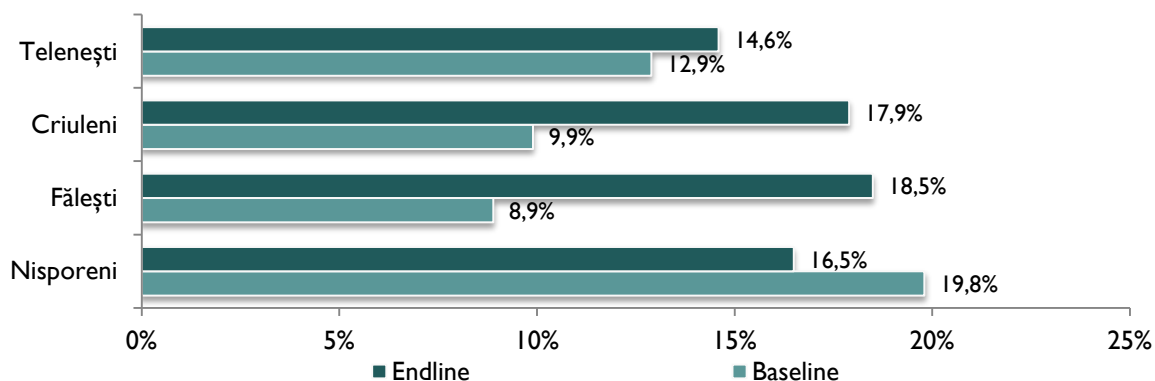
- Indicatorul evidenței precoce a femeilor însărcinate s-a îmbunătățit, într-o măsură mai mare, în raioanele de implementare a proiectului (+12,9 p.p.), în comparație cu raioanele de control (+8,4p.p.). Datele cercetării Endline relevă că femeile care au fost însărcinate și au născut pe parcursul anilor 2012-2014 mai frecvent s-au pus la evidența medicului de familie până la 12 săptămâni, în comparație cu cele care au născut până în anul 2012. Cauzele adresării tardive pentru evidența sarcinii sunt diverse (i) nerecunoașterea semnelor de sarcină, (ii) necunoașterea faptului că trebuie să se pună la evidență până la 12 săptămâni, (iii) rușinea de a se adresa pentru femeile însărcinate cu vârsta de 40-45 ani, (iv) rușinea de a se adresa a fetelor tinere necăsătorite, (v) migrația, (vi) adresarea tardivă, în mod intenționat etc.

Figura 2. Punerea la evidența medicului a femeilor însărcinate, %



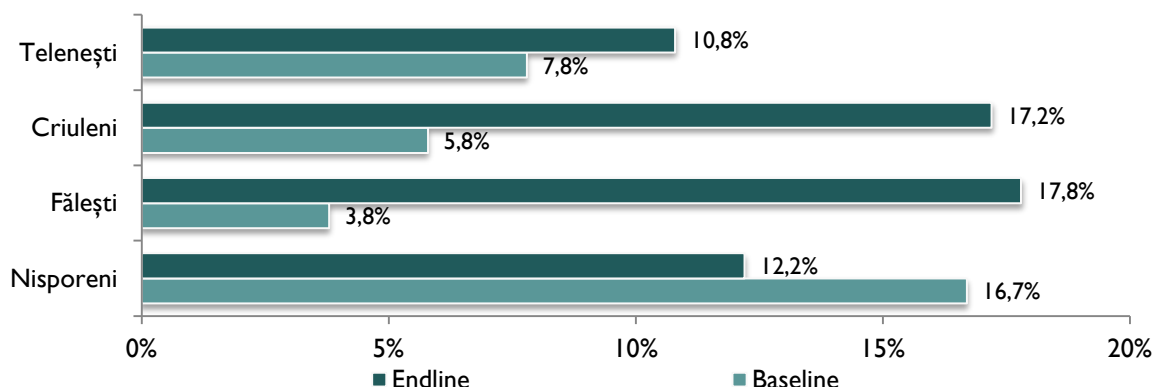
- S-a constatat o creștere a numărului femeilor însărcinate supravegheate de către lucrătorii medicali pe parcursul sarcinii. În raioanele de implementare a proiectului, supravegherea femeilor însărcinate de către medicul de familie a crescut cu 20,1 p.p. (+34,3 p.p. pentru raionul Nisporeni și +10,1 p.p. pentru raionul Fălești), în comparație cu raioanele de control – 6,9 p.p. De asemenea, s-a îmbunătățit și supravegherea femeilor însărcinate de medicul ginecolog. Indicatorul dat însă a crescut pentru raioanele de implementare cu 17,2 p.p. și raioanele de control cu 20,4 p.p. În același timp, supravegherea femeilor însărcinate la medicul ginecolog a crescut dublu la Fălești, în comparație cu raionul Nisporeni. În cadrul discuțiilor focus-grup, interviurilor individuale aprofundate, s-a constatat o creștere a gradului de încredere a femeilor însărcinate față de unii ginecologi din raionul Fălești și o atitudine mai reticentă față de unii medici ginecologi în vârstă, din raionul Nisporeni.
- Adresarea la instituția medicală locală, raională sau municipală/națională depinde de problemă. Cazurile mai grave, evident, revin mai frecvent în atenția instituțiilor medicale raionale și municipale/naționale. Există însă și femei care merg doar la medici din municipii (Bălți sau Chișinău), fără a se adresa la cei locali. Cauzele adresării la instituțiile municipale/naționale sunt (i) lipsa unor specialiști la nivel de raion (neurolog, cardiolog etc.), (ii) percepția unei calități joase a serviciilor medicale, (iii) dotarea tehnico-materială joasă a instituției, (iv) condițiile din cadrul acesteia, (v) gradul de încredere/neîncredere în lucrătorii medicali.
- Datele cercetării Endline relevă că, practic, fiecare a 10 femeie din raionul Fălești, care a fost însărcinată în perioada anilor 2012-2014, nu a mers deloc la medicul din localitate. De asemenea, fiecare a 10 femeie din raionul Fălești, care a fost însărcinată în perioada anilor 2012 - 2014, a declarat că nu a mers niciodată la medicul din centrul raional. Situația dată se caracterizează prin faptul că căile de acces spre mun. Bălți sunt dezvoltate și o parte dintre femei preferă să meargă la medicii din această localitate.
- Datele cercetării demonstrează că folosirea substanțelor nocive de către femei pe parcursul sarcinii s-a majorat, practic, pentru toate raioanele cercetate. Consumul de cafea a devenit tot mai răspândit în raionul Fălești (+9,6 p.p.), în raionul Criuleni (+8 p.p.), în raionul Telenești (+1,7 p.p.) și s-a micșorat doar în raionul Nisporeni (-3,3 p.p.).

Figura 3. Consumul de cafea pe parcursul sarcinii, pe raioane, Baseline și Endline, %



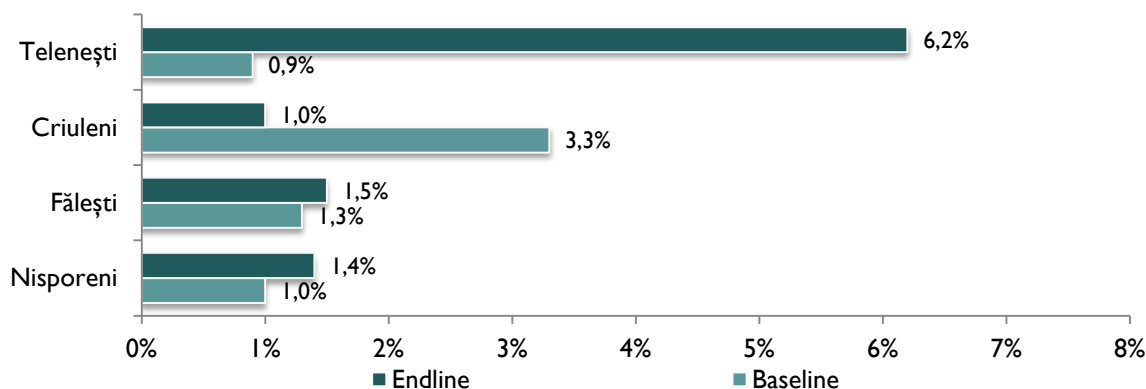
- Consumul de alcool, în perioada sarcinii, s-a majorat cu 14 p.p în raionul Făleşti, cu 11,4 p.p. în raionul Criuleni, cu 3 p.p. în raionul Telenești și s-a diminuat în raionul Nisporeni cu 4,5 p.p.

Figura 4. Consumul de alcool pe parcursul sarcinii, pe raioane, Baseline și Endline, %



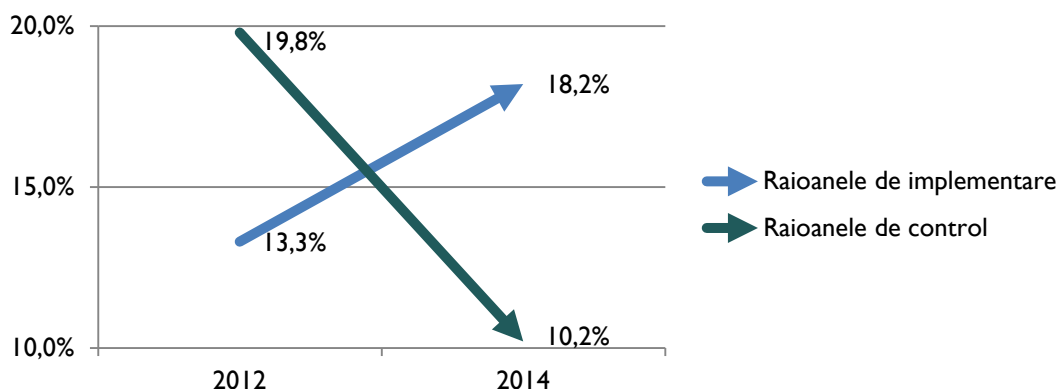
- S-a majorat semnificativ consumul de țigări, în raionul Telenești (+5,3 p.p.), mai puțin semnificativ în raionul Nisporeni (+0,4 p.p.) și Făleşti (+0,2 p.p.), doar în raionul Criuleni consumul s-a diminuat cu 3,3 p.p.

Figura 5. Consumul de țigări pe parcursul sarcinii, pe raioane, Baseline și Endline, %



- Gradul de frecvență a cursurilor antenatale, pe parcursul sarcinii, a crescut pentru raioanele de implementare a proiectului de la 13,3% în anul 2012 la 18,2% în anul 2014 (+4,9 p.p.), în comparație cu raioanele de control unde s-a redus de la 19,8% la 10,2% (-9,6 p.p.). A crescut semnificativ frecvența cursurilor antenatale în raionul Nisporeni de la 10,4% la 19,4%, în comparație cu raionul Făleşti – de la 15,1% la 17,0%. În raioanele de implementare a proiectului, frecvența orelor antenatale a fost de 2 ori mai mare la femeile care au fost însărcinate pe parcursul anilor 2012-2014, decât în rândul femeilor care au născut până în anul 2012. Se observă o diferență în ceea ce privește instituția în care au frecventat cursurile antenatale femeile însărcinate, în perioada anilor 2012-2014, întrucât 40,9% dintre femeile din raioanele de implementare a proiectului au frecventat cursurile antenatale în instituția medicală din localitate, în comparație cu doar 11,1% din raioanele de control.

Figura 6. Gradul de frecventare a cursurilor antenatale pe parcursul sarcinii, %



- Practica de însoțire de către soț/partener a femeii la cursurile antenatale nu este foarte răspândită în cadrul populației din Moldova. Doar fiecare a 4-a femeie a declarat că a fost însoțită de soț/partener la aceste ore. Această experiență a fost mai răspândită în raionul Nisporeni (25,9% întotdeauna și 7,4% uneori a fost însoțită), în comparație cu raionul Fălești (8,7% întotdeauna), dar este mai puțin practică decât în raioanele Telenești (36,4% întotdeauna și 18,2% uneori), Criuleni (43,8% întotdeauna).

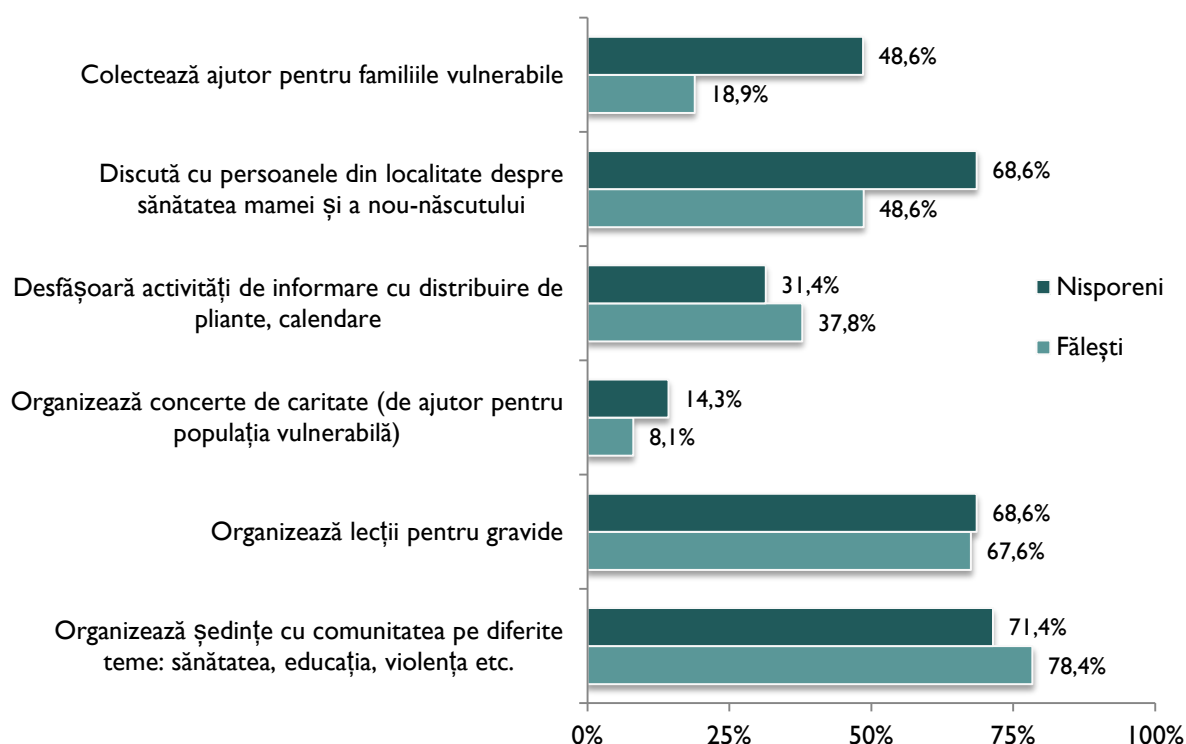
Atitudini și practici în perioada postnatală

- Problemele ce țin de contactarea serviciilor medicale, după nașterea copilului cuprind (i) lipsa unor specialiști în domeniul sănătății pentru copii, la nivel raional, (ii) cozile mari și durata mare de așteptare, (iii) atitudinea superficială a unor medici față de pacienți, inclusiv copii nou-născuți, (iv) dificultățile de a trece controlul medical a copilului o dată la 3 luni în centrul raional, pentru femeile din mediul rural (cozile mari la medicii specialiști).
- Ponderea femeilor cu copii care consultă medicul în mun. Chișinău și Bălți este de aproximativ 2/3. Mai frecvent se apelează la medicii din Chișinău, Bălți, deoarece mamele nu au încredere în specialiștii de la nivel raional.
- Studiul Endline relevă că a crescut numărul femeilor care iau decizia de a alimenta copilului la sân, fără a se consulta cu cineva. Aproximativ 1/3 dintre femei, au discutat acest subiect cu medicul. Ponderea femeilor care au luat decizia de a alimenta copilul la sân, în urma consultării medicului, este cea mai mare în rândul participantelor la Clubul Familiei (70,4%).
- Practica de administrare la copii a vitaminei D s-a îmbunătățit, în rândul femeilor care au fost însărcinate în perioada anilor 2012-2014, comparativ cu cele însărcinate până în anul 2012. În raioanele de implementare, toate femeile care au fost însărcinate în perioada anilor 2012-2014, administrează vitamina D, în comparație cu raioanele de control (98,3%).
- Marea majoritate a femeilor au o atitudine pozitivă față de vaccinarea copiilor. Totuși se observă o descreștere a numărului femeilor care „întru totul sunt de acord” cu vaccinarea copiilor pentru toate raioanele, inclusiv cele de implementare. Acest lucru poate fi explicat prin campanii anti-vaccin activ derulate de către unii reprezentanți ai Bisericii, în anul 2013.

Practicile de mobilizare comunitară dezvoltate în domeniul sănătății mamei și copilului

- Cercetarea Endline a analizat impactul celor două forme de informare și mobilizare comunitară în domeniul sănătății, create cu ajutorul proiectului: o formă de mobilizare în rândul tinerilor (echipele Y-PEER) și o formă de mobilizare a populației adulte, în special femei (Clubul Familiei).
- Echipele Y-PEER oferă modalități alternative de informare a tinerilor în domeniul sănătății sexual-reproductive la cele existente în cadrul comunității prin (i) ore informative în cadrul instituțiilor de învățământ cu elevii, inclusiv serate pentru tineri; (ii) activități stradale de tip flash-mob, inclusiv oferirea unor flaiere cu informații; (iii) Festivalul național de Teatru social (organizat de Rețeaua Națională Y-PEER din Republica Moldova o dată pe an); (iv) diverse activități organizate cu ocazia unor evenimente naționale și internaționale. Punctele forte ale echipelor Y-PEER sunt modul de comunicare deschis, de la egal la egal; oferirea unor informații corecte și utile pentru tineri; organizarea activităților pe care ei și le doresc.

Figura 7. Activitățile desfășurate de Clubul Familiei în localitate, %

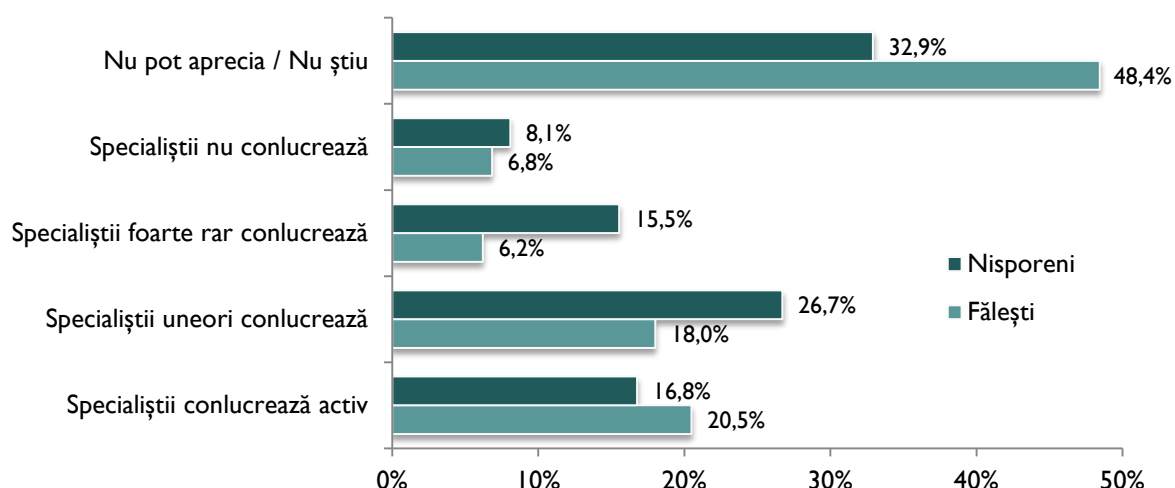


- Despre existența Clubului Familiei cunoaște fiecare a 5-a femeie de vârstă reproductivă din raioanele de implementare a proiectului (23,0% din raionul Fălești și 21,7% din raionul Nisporeni), într-o măsură mai mare femeile din mediul rural (fiecare a 4-a femeie), cele în vârstă de 30-39 ani (fiecare a 3-a femeie) și cele angajate (fiecare a 3-a). Dintre femeile care cunosc despre existența Clubului Familiei 36,1% au participat la activitățile organizate de acesta de mai

multe ori, 11,1% o singură dată, 5,6% au fost invitați, dar nu au participat și 47,2% nu au fost la nici o activitate.

- Puncte forte ale Clubului Familiei sunt propagarea cunoștințelor privind sănătatea femeii și copilului; conlucrarea cu familiile vulnerabile din localitate, pentru a le transmite atât informații în domeniul sănătății, cât și suport, în colaborare cu diferiți actori comunitari. Clubul Familiei a fost apreciat de către femeile care au participat la activități, ca fiind o modalitate de informare, comunicare și schimb de experiențe pozitive. Clubul Familiei este un ajutor în activitatea de profilaxie, care ar trebui să fie și din partea medicilor. În așa mod s-ar evita unele cazuri de îmbolnăvire și, evident, s-ar reduce costurile pentru tratament.
- În marea majoritate a comunităților, la activitățile Clubului Familiei au participat reprezentanții principalelor instituții din localitate și centrul raional. Cei mai activi au fost reprezentanții instituțiilor medicale, educaționale, primăriei și instituțiilor de protecție socială. De asemenea s-au implicat mai mulți membri ai comunității, inclusiv oameni de afaceri.
- Pentru a îmbunătăți mecanismul actual de identificare a grupurilor vulnerabile, la nivelul comunităților, specialiștii din domeniul medicinei și protecției sociale recomandă colaborarea intersectorială (38,9% în raioanele de implementare și 31,8% în cele de control), oferirea locurilor de muncă persoanelor vulnerabile (9,5% față de 10,0%), conlucrarea cu populația (10,0% față de 8,4%), oferirea informațiilor corecte (6,3% față de 5,5%). Datele studiului indică că există în unele cazuri colaborare intersectorială între lucrătorii medicali, asistenții sociali și reprezentanții primăriei. Au fost identificate situații când s-a conlucrat cu succes pentru a soluționa cazuri cu risc de abandon a copiilor la maternitatea din or. Făleşti, de plasament pentru mamele cu copii nou-născuți, de suport a femeilor însărcinate pentru obținerea poliței de asigurare medicală pentru naștere, în raionul Nisporeni etc.

Figura 8. Conlucrarea dintre specialiști, la nivel comunitar, în opinia populației, %



RECOMANDĂRI

Rezultatele studiului permit înaintarea următoarelor recomandări, în scopul îmbunătățirii sănătății mamei și copilului, asigurării durabilității practicilor de informare și mobilizare comunitară în domeniul dat.

Pentru actorii centrali și raionali

- În scopul îmbunătățirii sănătății mamei și copilului, se recomandă autorităților publice centrale (Ministerului Educației, Ministerului Sănătății, Ministerului Muncii, Protecției Sociale și Familiei):
 - introducerea în școli a cursului „Educație pentru sănătate”;
 - asigurarea unui mecanism de conlucrare a specialiștilor la nivel local;
 - asigurarea instituțiilor medicale cu specialiști calificați, procurarea utilajului medical performant.
- Dezvoltarea, în baza experienței pozitive și abilităților liderilor Y-PEER, membrilor Clubului Familiei, a comunicării în domeniul sănătății, prin mobilizarea comunitară, planificarea activităților, motivarea persoanelor, dezvoltarea calităților oratorice, inclusiv prezentarea punctelor de vedere, într-un mod interesant, ținând cont de contextul local, etc.
- Extinderea practicilor pozitive, dezvoltate în cadrul proiectului, și în alte raioane din Republica Moldova, în baza experienței acumulate.
- Monitorizarea activităților Clubului Familiei, Echipelor Y-PEER create și creșterea capacităților acestora în continuare.

Pentru actorii locali

- Asigurarea durabilității Clubului Familiei, prin asigurarea cu un local stabil pentru ședințe de către APL.
- Identificarea mecanismelor de menținere a viabilității Clubului Familiei și activismului acestuia, după încheierea proiectului, transformând Clubul Familiei într-o structură comunitară de informare pe tot parcursul vieții.
- Asigurarea unui orar stabil al activităților desfășurate în Clubul Familiei (o zi și o oră fixă, cu activități planificate) și implicarea reprezentanților instituțiilor publice din localitate în activitățile acestuia.
- Diversificarea modalităților de informare a membrilor comunității despre activitățile Clubului Familiei și implicarea mai multor persoane în activitățile organizate, prin diversificarea activităților (jocuri de rol pe diferite teme familiale, concursuri etc.).

- Identificarea unor persoane active, cu autoritate în cadrul grupurilor vulnerabile care să asigure implicarea unui număr mai mare de femei în activitățile organizate de către Clubul Familiei.
- Practicile femeilor în ceea ce privește controlul profilactic se schimbă încet, ceea ce relevă necesitatea continuării acțiunilor care să determine adresarea populației, în general, și a femeilor, în particular, la medic nu doar pe motiv de boală sau durere, ci și în scop de profilaxie.
- Creșterea calității cursurilor antenatale printr-o mai bună organizare a acestora în localitate prin crearea sălilor de gimnastică etc.
- Activitățile educaționale ale echipelor Y-PEER pot fi îmbunătățite prin prezentări de filme, activități interactive, activități ludice sau de divertisment și o cooperare mai activă cu cadrele didactice.
- Organizarea diferitor campanii de informare, la nivel local, în baza unor necesități identificate la nivelul comunității, cu implicarea cât mai mare a populației.