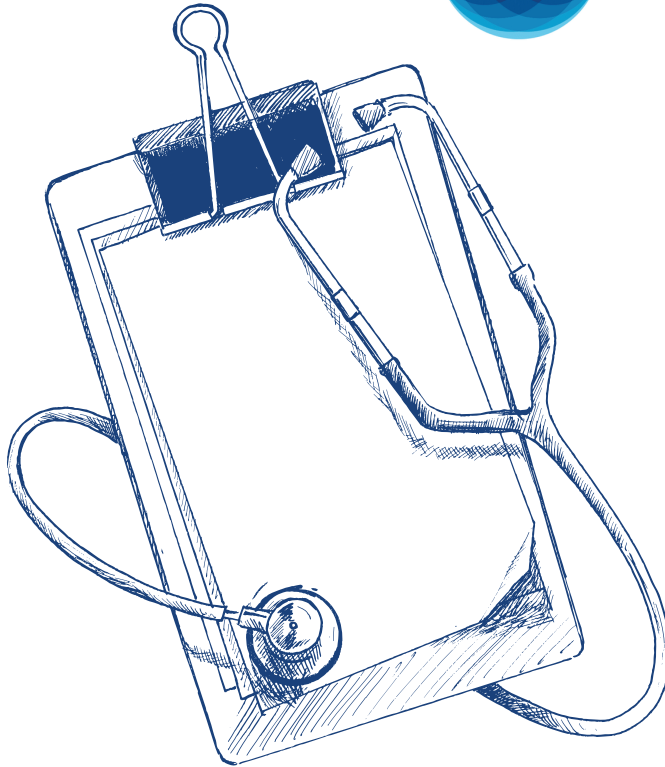




Embassy of Finland
Bucharest



**Andrei Pădure,
Petru Glavan, Anatolii Bondarev,
Larisa Spinei, Doina Cazacu**

CUNOȘTINȚELE ȘI PERCEPȚIILE MEDICILOR ȘI MEDICINIȘTILOR CU PRIVIRE LA VIOLENȚA ÎN FAMILIE

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

INSTITUȚIA PUBLICĂ
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
NICOLAE TESTEMIȚANU

**ANDREI PĂDURE, PETRU GLAVAN, ANATOLII
BONDAREV, LARISA SPINEI, DOINA CAZACU**

**CUNOȘTINȚELE ȘI PERCEPȚIILE MEDICILOR
ȘI MEDICINIȘTILOR
CU PRIVIRE LA VIOLENȚA ÎN FAMILIE**

Lucrarea a fost elaborată în cadrul Proiectului „Consolidarea capacității medicilor pentru un răspuns mai bun la cazurile de violență în familie – 2023-2024” susținut financiar de către Ambasada Finlandei la București și implementat de Catedra de medicină legală a USMF „Nicolae Testemițanu”

Chișinău, 2023

Autori:

Andrei Pădure – doctor habilitat în științe medicale, conferențiar universitar, șeful Catedrei de medicină legală a USMF „Nicolae Testemițanu”

Petru Glavan – asistent universitar, Catedra de medicină legală a USMF „Nicolae Testemițanu”

Anatolii Bondarev – doctor în științe medicale, asistent universitar, Catedra de medicină legală a USMF „Nicolae Testemițanu”

Larisa Spinei – doctoră habilitată în științe medicale, profesoară universitară, Catedra de management și psihologie a USMF „Nicolae Testemițanu”

Doina Cazacu – doctoră în drept, conferențiară universitară, Departamentul Drept internațional și european, *Universitatea de Stat din Moldova*

Recenzenți:

Diana Cheianu-Andrei – doctoră în sociologie, conferențiară universitară, expertă *Sociopolis Consultancy*

Angelina Zaporozjan-Pîrgari – directoare-executivă Asociația Obștească *Centrul de Drept al Femeilor*

Violența în familie reprezintă o problemă de sănătate publică și medicii trebuie să posede cunoștințe și abilități specifice în vederea asigurării unui răspuns adecvat. Rezultatele studiului reflectat în prezenta lucrare oferă o imagine de ansamblu asupra cunoștințelor și percepțiilor actualilor și viitorilor medici și pot fi folosite ca propuneri bazate pe dovezi pentru îmbunătățirea programelor de formare existente, dar și conceperea unora noi în scopul sprijinirii cadrelor medicale în gestionarea corectă a cazurilor de violență domestică.

Prezentul studiu național conține unele aspecte teoretice privind violența domestică, cât și rezultatele cercetării sociologice realizate pe un eșantion reprezentativ de mediciști, medici rezidenți și medici practicieni. Lucrarea este destinată cadrului profesoral-didactic al Catedrei de medicină legală a USMF „Nicolae Testemițanu”, mediciștilor, medicilor rezidenți și practicieni, însă poate fi utilă și altor profesioniști interesați de percepțiile unor grupuri sociale referitoare la violența în familie și rolurile de gen.

Redactor: Andrei Pădure

Machetare computerizată: Petru Glavan

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII

Cunoștințele și percepțiile medicilor și mediciștilor cu privire la violența în familie / Andrei Pădure, Petru Glavan, Anatolii Bondarev [et al.] ; Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, Instituția Publică Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie Nicolae Testemițanu. – Chișinău : [S. n.], 2023 (Print-Caro). – 116 p. : fig., tab. Bibliogr.: p. 94-104 (132 tit.). – [100] ex.

ISBN 978-9975-180-09-2.

[343.54/.55+614.253]:303.4

C 94

Tipar: Print Caro, mun. Chișinău, str. Columna, 170

CUPRINS

Cuprins	3
Lista abrevierilor	4
Lista figurilor	5
Lista tabelelor	6
Cuvânt înainte	7
<i>Capitolul I. CONCEPTUL VIOLENȚEI DOMESTICE</i>	9
1.1. Definirea și formele violenței în familie	10
1.2. Amploarea și tendințele violenței în familie	26
1.3. Consecințele violenței domestice	29
1.4. Miturile și stereotipurile legate de violența domestică și rolurile de gen	34
1.5. Rolul sistemului sănătății în prevenirea și combaterea violenței domestice	38
<i>Capitolul II. METODOLOGIA STUDIULUI SOCIOLOGIC</i>	45
2.1. Problema și ipoteza studiului	46
2.2. Descrierea și scopul studiului	46
2.3. Volumul eșantionului și sfera de cuprindere	46
2.4. Instrumentul de cercetare	48
2.5. Organizarea cercetării	51
2.6. Limitele studiului	51
2.7. Metodele de cercetare	51
<i>Capitolul III. CUNOȘTINȚELE ȘI PERCEPȚIILE MEDICILOR ȘI MEDICINIȘTILOR ÎN DOMENIUL VIOLENȚEI DOMESTICE</i>	53
3.1. Datele sociodemografice ale participanților la cercetare	54
3.2. Cunoștințele medicilor și mediciniștilor în domeniul violenței domestice	62
3.3. Percepțiile medicilor și mediciniștilor în domeniul violenței domestice	76
3.4. Atitudinile medicilor și mediciniștilor referitoare la cursul <i>Violența în familie și în bază de gen</i>	87
ÎNCHEIERE	90
Bibliografie	94
Anexe	105
<i>Anexa 1 Chestionarul de evaluare a necesităților de instruire a medicilor și mediciniștilor în domeniul violenței în familie</i>	105
<i>Anexa 2 Certificat de inovator</i>	113
<i>Anexa 3 Căile electronice de distribuire a chestionarului</i>	114
<i>Anexa 4 Diploma medaliei de argint EUROINVENT, ediția 2023</i>	115
<i>Anexa 5 Special Prize from „Lucian Blaga” University of Sibiu</i>	116

LISTA ABREVIERILOR

CEDAW	The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (Convenția privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor)
CtEDO	Curtea Europeană a Drepturilor Omului
FRA	Fundamental Rights Agency (Agenția Uniunii Europene pentru Drepturi Fundamentale)
HG	Hotărâre de Guvern
IEEG	Institutul European pentru Egalitate de Gen
IMSP	Instituție Medico-Sanitară Publică
MAI	Ministerul Afacerilor Interne
MAIE	Ministerul Afacerilor Externe și Integrării Europene
MMPS	Ministerul Muncii și Protecției Sociale
MS	Ministerul Sănătății
MSMPS	Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale
OHCHR	Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (Oficiul Înaltului Comisar al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului)
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
ONU	Organizația Națiunilor Unite
OSCE	Organizația pentru Securitate și Cooperare în Europa
UE	Uniunea Europeană
UNFPA	The United Nations Population Fund (Fondul Națiunilor Unite pentru Populație)
UNICEF	The United Nations Children's Fund (Fondul Națiunilor Unite pentru Copii)
UNODC	Oficiul Națiunilor Unite pentru Droguri și Criminalitate
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
WAVE	Women Against Violence Europe (Femeile împotriva Violenței din Europa)

LISTA FIGURILOR

- Figura 1.** Formele violenței în familie
- Figura 2.** Frecvența mutilării genitale feminine la fetele cu vârsta cuprinsă între 15 și 19 ani, %
- Figura 3.** Rata femeilor ucise de partenerul de viață sau de un alt membru al familiei la 100.000 de populație feminină pe glob
- Figura 4.** Consecințele violenței domestice asupra sănătății femeii
- Figura 5.** Impactul și consecințele violenței domestice
- Figura 6.** Structura respondenților în funcție de statutul lor profesional, %
- Figura 7.** Structura respondenților în funcție de mediul de reședință al instituțiilor în care studiază/activează, %
- Figura 8.** Structura respondenților în funcție de sex, %
- Figura 9.** Distribuția respondenților în funcție de grupul de vârstă, %
- Figura 10.** Statutul marital al respondenților incluși în studiu, %
- Figura 11.** Rata părinților în rândul respondenților, %
- Figura 12.** Experiența profesională a respondenților, %
- Figura 13.** Rata de interacțiune a respondenților cu pacienți victime ale violenței domestice, %
- Figura 14.** Nivelul de cunoaștere a fenomenului violenței în familie și a principiilor răspunsului sistemului sănătății, %
- Figura 15.** Opinia respondenților privind unele realități referitoare la violența în familie, %
- Figura 16.** Opinia respondenților privind unele mituri referitoare la violența în familie, %
- Figura 17.** Opinia respondenților privind unele mituri referitoare la violența față de copii, %
- Figura 18.** Opinia respondenților referitoare la unele posibile experiențe de viață asociate violenței domestice, %
- Figura 19.** Răspunsul respondenților la întrebarea *Cunoașteți despre existența cursului „Violența în familie și în bază de gen”?*, %

LISTA TABELELOR

- | | |
|-------------------|---|
| Tabelul 1. | Opinia respondenților privind rolul sistemului sănătății în abordarea violenței în familie (abs., %, X) |
| Tabelul 2. | Opinia respondenților cu privire la unele elemente de bază ale asistenței medicale acordate victimelor violenței domestice (abs., %, X) |
| Tabelul 3. | Opinia respondenților privind unele stereotipuri legate de gen (abs., %, X) |
| Tabelul 4. | Opinia respondenților privind unele mituri legate de viol (abs., %, X) |

CUVÂNT ÎNAINTE

Violența în familie reprezintă una dintre cele mai importante probleme de sănătate publică cu care se confruntă societățile contemporane, lezând drepturile și demnitatea umană a membrilor acestora. Fenomenul respectiv este omniprezent în toate țările lumii și are consecințe grave în plan fizic, emoțional, financiar și social asupra victimelor, familiilor și societății în întregime, afectând potențialul de prosperitate și bunăstare a acestora. În pofida măsurilor de conștientizare și prevenție exercitate la nivel global, violența în familie rămâne în continuare o infracțiune subraportată și implicit subevaluată, iar amploarea sa continuă să fie de o relevanță majoră și astăzi. Conform statisticilor globale, femeile sunt principalele victime ale violenței în familie, fapt explicat de persistența stereotipurilor și convingerilor privind rolurile tradiționale patriarhale de gen în familii și societate.

Sectorul sănătății joacă un rol crucial în prevenirea violenței domestice prin contribuire la identificarea timpurie a abuzurilor, oferirea tratamentului necesar și referirea victimelor către alte servicii de suport. Organizațiile internaționale, inclusiv Organizația Mondială a Sănătății, recomandă instruirea continuă a personalului medical pentru a aborda corespunzător violența împotriva femeilor. Un obiectiv specific al *Programului național privind prevenirea și combaterea violenței față de femei și a violenței în familie pentru anii 2023-2027* prevede integrarea subiectelor cu privire la violența față de femei și violența în familie în curriculumul de instruire inițială și continuă a tuturor profesioniștilor cu atribuții în domeniul prevenirii și combaterii violenței în familie, inclusiv a medicilor. Aceleași prevederi se regăsesc și în art. 15 al Convenției de la Istanbul (2011), ce presupune că părțile ce semnează Convenția vor furniza sau consolida formarea adecvată pentru profesioniștii relevanți. Cunoașterea aspectelor violenței domestice, inclusiv a factorilor de risc, a efectelor asupra sănătății și modalităților eficiente de intervenție este

fundamentală pentru furnizarea unui răspuns adecvat în domeniul sănătății. În absența unei abordări corespunzătoare, victimele violenței în familie și în bază de gen își pierd încrederea în sistemul de sănătate, pot ezita să se adreseze medicilor sau, chiar dacă o fac, pot fi retraumatizate și private de o intervenție adecvată, ceea ce le poate împiedica să-și exercite drepturile constituționale la sănătate, integritate corporală, viață și justiție echitabilă.

Prezenta lucrare reprezintă rezultatul unui studiu sociologic realizat pe un eșantion reprezentativ de mediciști, medici rezidenți și medici practicieni privind perspectivele lor asupra violenței în familie. Rezultatele acestei cercetări oferă o imagine de ansamblu asupra cunoștințelor și percepțiilor actualilor și viitorilor medici și pot fi folosite ca propuneri bazate pe dovezi pentru îmbunătățirea programelor de formare existente dar și conceperea unora noi în scopul sprijinirii cadrelor medicale în gestionarea corectă a cazurilor de violență domestică. Lucrarea este destinată cadrului profesoral-didactic al Catedrei de medicină legală a USMF „Nicolae Testemițanu”, mediciștilor, medicilor rezidenți și practicieni, însă poate fi utilă și altor profesioniști interesați de percepțiile unor grupuri sociale referitoare la violența în familie și rolurile de gen. Mai mult, rezultatele studiului pot fi utilizate pentru asigurarea punerii în aplicare a *Programului național privind prevenirea și combaterea violenței față de femei și a violenței în familie pentru anii 2023-2027* și a Convenției de la Istanbul (2011).

Aducem sincere mulțumiri pentru contribuția valoroasă tuturor participanților la studiul sociologic, partenerilor – Organizația Mondială a Sănătății, UN Women Moldova, Fondul Națiunilor Unite pentru Populație, Ministerul Sănătății, Ministerul Muncii și Protecției Sociale, Ministerul Afacerilor Interne, Centrul Internațional „La Strada”, Centrul de Drept al Femeilor, Coaliția Națională „Viața fără Violență în Familie”, Asociația Împotriva Violenței în Familie „Casa Mărioarei” și recenzentelor.

Opiniile exprimate în acest raport nu neapărat coincid cu cele ale finanțatorilor.

Autorii



CAPITOLUL I

CONCEPTUL VIOLENȚEI DOMESTICE

1.1. Definirea și formele violenței în familie

Existența umană poate fi greu percepută în afara unor relații sociale. În cadrul procesului evolutiv al societății, familia a reprezentat nucleul și, totodată, forma de comunitate umană cea mai trainică, fiind una dintre cele mai vechi modalități de organizare socială cunoscută în istoria umanității [42]. Familia, ca sistem deschis, este constant influențată de evenimentele interne și externe datorită interacțiunii strânse cu mediul înconjurător [25]. O astfel de influență este exercitată de tendința de creștere a agresivității în societate, violența în familie fiind considerată produsul unei violențe generalizate la scară socială [105]. O analiză a evoluției societății ne arată cât de profund sunt înrădăcinate formele de violență în familie. Aceste manifestări de violență pot fi observate încă din perioada romană, au continuat în timpul Evului Mediu și au evoluat până în epocile moderne și contemporane [42]. În Roma antică, *bătaia soției*, ca o formă de disciplinare, era considerată o parte acceptabilă a unei relații maritale. Acest obicei a generat versiunile timpurii ale *Regulii degetului mare*, regulă ce permitea ca un soț să își lovească soția cu un anumit obiect, atâta timp cât acesta nu este mai mare decât circumferința degetului mare drept. Practica dată a fost preluată și de alte societăți. Astfel, în secolul al XIX-lea, legea britanică permitea oricărui bărbat să își lovească soția cu un obiect ce întrunea aceleași caracteristici [6, 63, 94]. O asemenea abordare subliniază violența domestică drept o manifestare a relațiilor de putere dintre femei și bărbați istoric inegale, care au condus la dominarea și discriminarea femeilor de către bărbați și la împiedicarea avansării depline a femeilor [13].

Declarația Universală a Drepturilor Omului, adoptată la 10 decembrie 1948, constituie un punct de referință crucial în domeniul protecției drepturilor omului. Declarația stabilește principiile fundamentale ale drepturilor și libertăților fundamentale ale tuturor

indivizilor, fără nicio distincție de rasă, culoare, sex, limbă, religie, opinie politică sau de altă natură, origine socială sau de altă natură, iar printre drepturile recunoscute de aceasta se numără dreptul la viață, libertate și securitate, dreptul la egalitate în fața legii, dreptul la libertatea de gândire, conștiință și religie, dreptul la muncă și la educație, dreptul de participare la guvernare, precum și protecția împotriva torturii și tratamentelor inumane sau degradante¹.

Abordarea violenței domestice ca un fenomen cu impact internațional, capătă amploare abia la începutul anilor '70 [78], perioadă remarcată de proclamarea Anului internațional al Femeii (1975), Deceniului Femeii (1976 – 1985) și desfășurarea sub egida ONU a trei conferințe internaționale, sub motto-ul *egalitate, dezvoltare și pace* [48]. Adoptarea în anul 1979 a *Convenției ONU asupra eliminării tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor*, reprezintă un moment istoric de o importanță majoră, devenind un pilon al tuturor progreselor ulterioare în reglementarea violenței în familie, cu accent deosebit pe prevenirea și combaterea acesteia [23].

În timpul celei de-a treia Conferințe Mondiale privind Condiția Femeilor² (Kenya, Nairobi, 1987), guvernele participante și-au exprimat angajamentul de a pune în practică liniile directoare cuprinse în Strategiile viitoare de acțiune pentru promovarea femeilor. Un alt moment istoric determinant, vizează Conferința Internațională a ONU cu privire la Condiția Femeilor, organizată la Beijing în 1995, care s-a soldat cu elaborarea unei Platforme pentru Acțiune³, în care se subliniază faptul că *egalitatea dintre femei și bărbați reprezintă o problemă ce ține de domeniul drepturilor omului și o condiție eminentă pentru justiție socială, constituind, de asemenea, și o pre-condiție fundamentală pentru egalitate, dezvoltare și pace.*

¹Declarația Universală a Drepturilor Omului adoptată de Adunarea Generală a ONU la 10 decembrie 1948, Online: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

²Conferința Mondială privind Condiția Femeilor Online: <https://www.un.org/fr/conferences/women/nairobi1985#:~:text=La%20Conf%C3%A9rence%20de%20Nairobi%20a%20reconnu%20que%20l'%C3%A9galit%C3%A9%20des,%C3%A0%20ceux%20li%C3%A9s%20au%20genre.>

³Declarația de la Beijing, 1995, Online: <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20E.pdf>

Violența domestică a fost subiectul de cercetare al mai multor autori, fiind recunoscută în calitate de *bătaia soției*, *abuzul soției*, *agresiunea soției* [11], *sindromul copilului bătut* (H. Kempe, 1962)[127], *sindromul femeii bătute* (L.E. Walker, 1984) [118], *sindromul soțului bătut* (S.K. Steinmetz, 1977) [97], *sindromul vârstnicului bătut* (R.M Block, D.J. Sinnott, 1979) [10] și *abuzul vârstnicilor* [51]. Unificarea terminologiei în domeniul violenței în familie a avut loc prin intermediul standardelor internaționale, elaborate și adoptate preponderent de ONU. În prezent, aceste standarde operează cu termenii de *violență domestică*, *violență în familie*, *abuz domestic*, *violență între parteneri intimi*, *violență împotriva femeilor*, *violență în bază de gen* [23, 102, 112, 129].

Considerăm că definiția **violență în familie**, în calitate de formă a violenței interpersonale, nu poate fi privită separat de noțiunea de *violență* dată de Organizația Mondială a Sănătății ce presupune *folosirea intenționată a forței sau puterii, reală sau sub formă de amenințări, împotriva propriei persoane, împotriva unei alte persoane sau împotriva unui grup sau unei comunități care rezultă sau are o probabilitate ridicată de a rezulta în rănirea, moartea, afectarea psihologică, afectarea dezvoltării sau deprivare* [129].

La fel, OMS (2013) introduce un nou concept de **violența partenerului intim** ce presupune *comportamentul unui partener intim care cauzează prejudicii fizice, sexuale sau psihologice, inclusiv acte de agresiune fizică, constrângere sexuală, abuz psihologic și forme de control. Aceasta cuprinde violența cauzată atât de actualul sau fostul soț, cât și de oricare alt partener intim (de ex. concubin)* [129]. Acest concept pune accentul pe relația dintre victimă și agresor în calitate de parteneri de viață și nu pe spațiul ce îl împart sau alte relații de rudenie.

Același concept (**violența partenerului intim**) este recunoscut și de Organizația Națiunilor Unite, ce îl definește în calitate de un *model de comportament abuziv care este folosit pentru a obține sau a menține puterea și controlul asupra unui partener intim. Abuzul este reprezentat de acțiuni fizice, sexuale, emoționale, economice sau psihologice. Aceasta include orice comportamente care sperie, intimidează, terorizează, manipulează, jignesc, umilesc, blamează sau lezează pe*

cineva [120]. Totodată, ONU consideră violența partenerului intim în calitate de manifestare a violenței domestice și o formă de violență bazată pe gen, care este trăită cu precădere de femei și săvârșită de bărbați [112]. Dat fiind faptul că cele mai multe victime ale violenței domestice sunt femeile, organizațiile internaționale operează și cu alte noțiuni, precum *violența în bază de gen* și *violența împotriva femeilor*, fiind astfel subliniată violența din partea bărbaților orientată împotriva femeilor ca parte a relațiilor inegale de putere [102].

Convenția Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice (Convenția de la Istanbul, 2011) reglementează ***violența în familie*** mult mai larg, înțelegându-se *totalitatea acțiunilor de violență fizică, sexuală, psihologică sau economică care survin în familie sau în unitatea domestică sau între foștii sau actualii soți sau parteneri, indiferent dacă agresorul împarte sau a împărțit același domiciliu cu victima* [102]. Prin urmare, considerăm că noțiunea dată de Convenția de la Istanbul (2011), comparativ cu standardele internaționale amintite supra, include nu doar violența dintre partenerii de viață (actuali și foști), ci și dintre alți membri ai familiei. Convenția de la Istanbul definește, de asemenea, noțiunea de ***violență împotriva femeilor***, care este înțeleasă drept *o încălcare a drepturilor omului și o formă de discriminare împotriva femeilor și înseamnă toate acțiunile de violență de gen care rezultă în, sau care sunt probabile a rezulta în, vătămarea sau suferința fizică, sexuală, psihologică sau economică cauzată femeilor, inclusiv amenințările cu asemenea acțiuni, coerciția sau deprivarea arbitrară de libertate, indiferent dacă survine în public sau în viața privată*.

În Republica Moldova, ***violența în familie*** este definită de Legea specială nr. 45/2007 cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie în calitate de *acte de violență fizică, sexuală, psihologică, spirituală sau economică, cu excepția acțiunilor de autoapărare sau de apărare ale altei persoane, inclusiv amenințarea cu asemenea acte, comise de către un membru de familie în privința altui membru al aceleiași familii, prin care s-a cauzat victimei prejudiciu material sau moral* [60].

Actele de violență în familie sunt sancționate în funcție de pericolul social al faptei, atât de Codul Contravențional, cât și de Codul Penal al Republicii Moldova. Astfel, din anul 2010 [57] Codul Penal a fost completat cu art. 201¹, care pentru prima dată incriminează faptele de violență în familie. Legea penală nu doar stabilește pedepsele pentru actele de violență în familie, ci și definește **violența în familie** în calitate de *acțiune sau inacțiune intenționată comisă de un membru al familiei în privința altui membru al familiei, manifestată prin: a) maltratare, alte acțiuni violente, soldate cu vătămare ușoară a integrității corporale sau a sănătății; b) izolare, intimidare în scop de impunere a voinței sau a controlului personal asupra victimei; c) privarea de mijloace economice, inclusiv lipsirea de mijloace de existență primară, neglijare, dacă au provocat victimei vătămare ușoară a integrității corporale sau a sănătății* [21]. Întru ajustarea Codului Contravențional, acesta a fost completat în anul 2016 [58] cu un articol nou – 78¹, care sancționează maltratarea sau alte acțiuni violente comise de un membru al familiei în privința altui membru al familiei, ce au provocat vătămare neînsemnată a integrității corporale.

După cum putem constata, legislația națională definește violența în familie mai larg și în calitate de un fenomen ce vizează mai mulți membri ai unei familii, dar și prevede o formă particulară de violență – spirituală – ce nu se regădesc expres în standardele internaționale. Analiza evoluției sancționării violenței în familie în legislația din Republica Moldova arată că între 2010 și 2016 actele de violență domestică soldate cu vătămare corporală neînsemnată nu erau sancționate penal, ci doar contravențional, în corespundere cu art. 78 – vătămarea intenționată ușoară a integrității corporale, fără a se lua în calcul subiectul special – membru de familie.

În România, termenul de *violență domestică* este definit de Legea nr. 217/2003 pentru prevenirea și combaterea violenței domestice drept *orice inacțiune sau acțiune intenționată de violență fizică, sexuală, psihologică, economică, socială, spirituală sau cibernetică, care se produce în mediul familial sau domestic ori între soți sau foști soți, precum*

și între actuali sau foști parteneri, indiferent dacă agresorul locuiește sau a locuit împreună cu victima [62].

Din cele relatate mai sus, putem constata utilizarea concomitentă a celor două noțiuni *violență în familie* și *violență domestică* cu același sens, ceea ce ar putea reprezenta o problemă de natură teoretică și aplicativă pentru persoanele neinițiate în subiect. Această ambiguitate sau sinergie dintre noțiunile date ar putea rezulta din variabilitatea interpretării și utilizării lor în diferite contexte și de către diferiți autori.

Studiul literaturii a relevat că, unii cercetători români percep conceptul fenomenului de *violență în familie* și *violență domestică* în calitate de două entități diferite. Astfel, M.N. Turlic și coautorii (2009) sunt de părerea că violența domestică este inclusă în fenomenul mai amplu al violenței în familie sau al violenței intra-familiale. Aceiași autori opinează că noțiunea de violență domestică se referă, cel mai adesea, la actele de violență fizică, psihologică, sexuală dintre partenerii intimi stabili. Astfel, în viziunea acestora, *violența domestică reprezintă o serie de comportamente sistematic repetate, de atac fizic, agresivitate verbală și psihologică, sexuală și economică, pe care un partener le manifestă asupra celuilalt în cadrul oficializat al familiei sau în relația de conviețuire în același spațiu*. Autorii accentuează că violența domestică se manifestă întotdeauna în relațiile intime, cel mai frecvent în spațiul restrâns și privat [105].

Aceeași opinie este susținută și de O.M. Isăilă (2022), care consideră sintagma *violență în familie* mai potrivită nu doar din considerente de prioritate istorică, dar totodată și pentru caracterul mai larg pe care termenul de *familie* îl conferă acestui tip de violență în interacțiunile sale socio-culturale, antropologice, psiho-patologice, economice și juridice [50].

Autorii A. Allan și M. Allan (2014) definesc violența domestică drept *un model nedorit, intenționat și susținut de comportament neadecvat din punct de vedere cultural al unor persoane care dăunează altor persoane vulnerabile cu care au o relație de încredere și care are loc în special la locul lor de reședință* [2]. În același timp S. Meyer și A. Frost (2019) definesc violența domestică drept *comportamente menite să constrângă,*

să manipuleze sau să controleze o victimă în cadrul unei foste sau actuale relații actuale cu partenerul intim, relațiile de familie extinsă și relațiile părinte-copil adult [65]. S. Michalska (2016) este de părere că acest fenomen reprezintă *un model de comportament care implică violență sau alte tipuri de abuzuri din partea unei persoane asupra altei persoane într-un cadru domestic, cum ar fi căsătoria sau coabitarea, de asemenea implică violența împotriva copiilor din familie* [66]. J.L. Postmus (2014) consideră violența domestică drept *un tipar de comportament în care agresorul încearcă în mod intenționat să facă rău fizic, sexual, psihologic, emoțional sau economic victimei cu care există în o relație intimă* [83]. De aceeași idee este K. Rao și coaut. (2017), care afirmă că *violența domestică este intimidarea, agresiunea fizică, bătaia, agresiunea sexuală și/sau alte comportamente abuzive ca parte a unui model sistematic de putere și control săvârșit de un partener intim împotriva altuia, care are loc în cadrul unei locuințe sau între membrii unei familii* [89]. În opinia lui N. Hudson (2019), violența domestică se referă la *violența săvârșită în cadrul relațiilor și mediilor intime, familiale și domestice, care cauzează prejudicii semnificative persoanelor care sunt ținte sau martori ai abuzurilor* [47]. Potrivit lui E. Katz (2016), violența domestică poate fi definită ca o *violență sistemică într-o relație folosită pentru a obține și menține controlul și puterea asupra unei alte persoane* [52]. Analiza detaliată a opiniilor exprimate de acești autori atestă lipsa unui consens cu referire la violența domestică. Astfel, unii autori [52, 83] limitează violența domestică doar la acele acte de violență consumate dintre partenerii intimi, iar alții [2, 65, 66, 89], dimpotrivă, extind acțiunile violente și includ și alți membri ai familiei.

Potrivit Institutului Australian de Sănătate și Bunăstare (Australian Institute of Health and Welfare), violența domestică este *un set de comportamente violente sau intimidante comise de obicei între actuali sau foști parteneri intimi, prin care un partener își propune să exercite putere și control asupra celuilalt, prin frică, pe când violența în familie – comportamente violente sau intimidante împotriva unei persoane, comise de un membru al familiei, inclusiv de un soț sau partener de familie anterior* [4]. Prin urmare, în accepțiunea australiană, termenul *violența în*

familie este mai amplu și cuprinde o gamă mai variată de legături de rudenie, incluzând și violența domestică.

Un studiu recent [119], menit să exploreze modul prin care este definită violența domestică prin prisma literaturii de specialitate publicate în perioada 2011-2021, a relevat o varietate de interpretări ale acestui fenomen, ceea ce demonstrează, încă o dată, lipsa unui consens în ceea ce privește definiția unanim acceptată a violenței domestice în rândul cercetătorilor. Studiul subliniază complexitatea și amploarea problemei, fiind reflectată pluralitatea de perspective și abordări în analiza și înțelegerea violenței domestice. Cu toate acestea, autorii au reușit să identifice elementele comune ale acestor definiții, rezumând că violența domestică *poate fi definită, în sens larg, ca orice incident sau model de incidente violente, care include atât acțiuni, cât și inacțiuni, săvârșite de un membru al familiei sau de un partener intim, care cauzează sau are potențialul de a cauza prejudicii fizice și/sau emoționale victimei.*

În pofida opiniilor sus-enumerate, atât legislația României, cât și cea a Republicii Moldova percepe aceste noțiuni ca fiind echivalente. Astfel, cadrul normativ al Republicii Moldova, până la ratificarea în anul 2021 a Convenției de la Istanbul [55], se referea exclusiv la termenul de *violență în familie*. Guvernul României a optat să completeze Legea nr. 217/2003 pentru prevenirea și combaterea violenței în familie [62], înlocuind sintagma de *violență în familie* din versiunea precedentă cu *violența domestică* [61]. Cu toate acestea, art. 199 al Codului Penal al României [22] încă mai păstrează sintagma de *violență în familie* ceea ce enunță o echivalență terminologică dintre aceste sintagme.

Dat fiind ambiguitatea și utilizarea în legislația națională și cea internațională în egală măsură a termenilor de *violență domestică* și *violență în familie*, în prezenta lucrare am utilizat aceste noțiuni în calitate de sinonime, întrucât acestea descriu, în esență, aceeași realitate socială complexă și gravă.

Sintetizând cele expuse anterior și analizând varietatea de opinii privind definirea conceptului de violență domestică, distingem mai multe elemente definitorii ale acestui fenomen, precum:

- controlul sau coerciția care se poate manifesta prin exercitarea puterii, influenței și dominării unui membru al familiei sau a partenerului intim asupra altor membri ai familiei;
- varietatea formelor de manifestare prin violență fizică, psihologică, sexuală, economică și spirituală cu prejudicii fizice, emoționale, psihologice și sociale victimelor, afectându-le sănătatea fizică, mentală, sexuală și bunăstarea generală;
- impactul devastator asupra victimelor;
- caracterul repetitiv și continuu, care poate evolua și escalada în timp.

După cum am subliniat anterior, conceptul de violență este unul deosebit de amplu și complex. Indiferent de perspectiva abordată, este important să recunoaștem că violența induce efecte devastatoare și să conștientizăm consecințele și impactul violenței la nivel individual și social, dincolo de definiții și conceptualizări.

Legea nr. 45/2007 cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie [60], enumeră următoarele forme de violență în familie: (Figura 1)



Figura 1. Formele violenței în familie

- **Violența fizică** – vătămarea intenționată a integrității corporale ori a sănătății prin lovire, îmbrâncire, trântire, tragere de păr, înțepare, tăiere, ardere, strangulare, mușcare, în orice formă și de orice intensitate, prin otrăvire, intoxicare, alte acțiuni cu efect similar.
- **Violența sexuală** – orice violență cu caracter sexual sau orice conduită sexuală ilegală în cadrul familiei sau în alte relații interpersonale, cum ar fi violul conjugal, interzicerea folosirii metodelor de contracepție, hărțuirea sexuală; orice conduită sexuală nedorită, impusă; obligarea practicării prostituției; orice comportament sexual ilegal în raport cu un membru de familie minor, inclusiv prin mângâieri, sărutări, pozare a copilului și prin alte atingeri nedorite cu tentă sexuală; alte acțiuni cu efect similar.
- **Violența psihologică** – impunerea voinței sau a controlului personal; provocarea stărilor de tensiune și de suferință psihică prin ofense, luarea în derâdere, înjurarea, insultarea, poreclirea, șantajarea, distrugerea demonstrativă a obiectelor, amenințările verbale, afișarea ostentativă a armelor sau lovirea animalelor domestice, neglijarea; implicarea în viața personală; actele de gelozie; impunerea izolării prin detenție, inclusiv în locuința familială; izolarea de familie, de comunitate, de prieteni; interzicerea și/ sau crearea impedimentelor în realizarea profesională ori interzicerea și/sau crearea impedimentelor în realizarea programului educațional în instituția de învățământ; persecutarea prin contactarea sau încercarea de a contacta, prin orice mijloc sau prin intermediul altei persoane, victima căreia i s-a cauzat o stare de anxietate, frica pentru siguranța proprie ori a rudelor apropiate, fiind constrânsă să-și modifice conduita de viață; deposedarea de acte de identitate; privarea intenționată de acces la informație; alte acțiuni cu efect similar.
- **Violența spirituală** – subestimarea sau diminuarea importanței satisfacerii necesităților moral-spirituale prin interzicere, limitare, ridiculizare, penalizare a aspirațiilor membrilor de

familie, prin interzicere, limitare, luare în derândere sau pedepsire a accesului la valorile culturale, etnice, lingvistice sau religioase; impunerea unui sistem de valori personal inacceptabile; alte acțiuni cu efect similar sau cu repercusiuni similare.

- **Violența economică** – privarea de mijloace economice, inclusiv lipsire de mijloace de existență primară, cum ar fi hrană, medicamente, obiecte de primă necesitate; abuz de variate situații de superioritate pentru a sustrage bunurile persoanei; interzicere a dreptului de a poseda, folosi și dispune de bunurile comune; control inechitabil asupra bunurilor și resurselor comune; refuz de a susține familia; impunere la munci grele și nocive în detrimentul sănătății, inclusiv a unui membru de familie minor; alte acțiuni cu efect similar.

Cu toate că legislația Republicii Moldova definește termenul de violență în familie, explică formele și manifestările ei, aceasta (legislația) nu acoperă toate formele de violență domestică evidențiate în literatura de specialitate și cadrul normativ internațional și național al altor state.

Una dintre formele de violență domestică prezentate în literatura de specialitate, dar care nu este prevăzută de cadrul legislativ al Republicii Moldova, se referă la conceptul de *violență legată de onoare*. Acest termen este utilizat pentru a descrie o gamă extinsă de comportamente violente îndreptate împotriva victimei, cu precădere asupra femeilor, deși nu exclusiv, din care cea mai gravă manifestare este considerată uciderea din motive legate de „onoare” [43, 77, 100]. Deși nu există o definiție unanim acceptată a violenței legate de onoare, din punctul de vedere al S. Strid și coaut. (2021) aceasta presupune orice formă de violență, opresiunea și amenințările exercitate pentru a proteja, apăra sau restabili credințele culturale sau onoarea familiei și/sau a comunității [100]. În această privință, M. Prpic (2015) consideră motivația agresorului drept punct comun al acestor tipuri de acțiuni orientate spre „redresarea unei pierderi de onoare” percepute ca fiind cauzată de comportamentul victimei [87]. Autorul subliniază că, de obicei, agresorii provin din familia victimei sau din comunitatea din care ea face parte, iar atacurile violente asupra victimei au la bază unele noțiuni determinate

cultural despre ceea ce reprezintă un comportament acceptabil în astfel de situații. În opinia autorului A.K. Gill (2014), violența legată de onoare include, dar nu se limitează la abuzuri fizice (lovire); abuz psihologic (urmărire, umilire, amenințări); violență sexuală (viol sau hărțuire sexuală); căsătorii forțate și convenite; abandon (lăsarea unei persoane în țara de origine sau trimiterea acesteia înapoi în țara de origine); decese (determinarea la sinucidere, omoruri) și alte practici dăunătoare (mutilarea genitală) [36].

O altă formă distinctă de manifestare a violenței domestice, abordată de cele mai importante organizații în domeniul drepturilor omului (ONU [113], OMS [125], UNICEF și UNFPA [108]) în calitate de un model extrem al discriminării de gen, este practica mutilării genitale feminine. Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății (2020), dar și Fondului Internațional pentru Urgențe ale Copiilor al Națiunilor Unite (2023), mutilarea genitală feminină cuprinde *toate procedurile care implică îndepărtarea parțială sau totală a organelor genitale feminine externe sau alte leziuni ale organelor genitale feminine, în scopuri non-medicale* [109, 125]. Aceleași surse recunosc practica respectivă drept o gravă încălcare a drepturilor fetelor și femeilor cauzată de o inegalitate adânc înrădăcinată între sexe. OMS subliniază că intervenția *nu aduce beneficii pentru starea de sănătate a fetelor și femeilor*, efectul ei fiind contrar, cu daune profunde de ordin medical, fiziologic și psihologice atât imediate (hemoragie, durere severă, șoc, deces), cât și tardive (tulburări ale sistemului urinar, patologii inflamatorii, infertilitate, complicații în timpul nașterii, risc crescut al mortalității neonatale, depresie, anxietate etc.) [125].

Statisticile referitoare la prevalența mutilării genitale feminine sunt destul de îngrijorătoare. Astfel, conform datelor UNICEF (2023), cel puțin 200 milioane de femei și fete din întreaga lume au fost supuse acestei practici, dintre care estimativ 600.000 trăiesc în Europa [110]. Națiunile Unite (2023) evaluează că numai în 2023, 4.32 milioane de fete din întreaga lume riscă să fie supuse mutilării genitale feminine, dintre care 190.000 se regăsesc în 17 țări europene [113]. Cu toate acestea, conform UNICEF, se constată o tendință generală de scădere a incidenței mutilării

genitale feminine în ultimele trei decenii, chiar dacă nu toate statele înregistrează progrese egale în această direcție (Figura 2) [110].

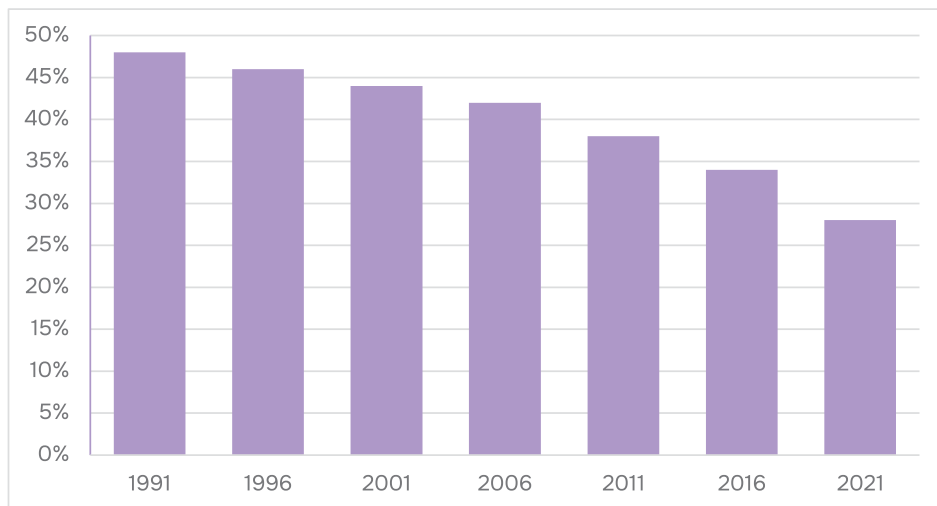


Figura 2. Frecvența mutilării genitale feminine la fetele cu vârsta cuprinsă între 15 și 19 ani, %⁴

Sectorul sănătății joacă un rol cheie în eradicarea și prevenirea mutilării genitale feminine, având în vedere influența sa în cadrul comunităților, capacitatea de a gestiona complicațiile legate de această practică și responsabilitatea sa de a respecta principiile etice *de a nu dauna*. Cu toate acestea, există dovezi [110, 114] cu privire la implicarea lucrătorilor din domeniul sănătății în această practică dăunătoare ce reprezintă o gravă încălcare a drepturilor omului și a principiilor eticii medicale. Astfel, conform unei recente analize a UNICEF (2023) [110], aproximativ 1 din 4 fete și femei, care au suferit mutilare genitală feminină (52 de milioane de supraviețuitoare din întreaga lume), au fost supuse intervenției de către personalul medical.

În 2023, Guvernul Republicii Moldova a adoptat Hotărârea nr. 223/2023 cu privire la aprobarea Metodologiei de lucru a echipei de intervenție în cazurile de violență sexuală și a Instrucțiunii de lucru a

⁴ UNICEF global databases, 2022, <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation>

echipei de intervenție în cazurile de violență sexuală⁵. Potrivit acesteia, violența sexuală poate adopta forme diferite, fără a se limita doar la actele de contact sexual neconsimțite, care pot include o gamă largă de comportamente sexuale, inclusiv încercări de a obține un act sexual, hărțuire sexuală, umilire, șantaj, constrângere, exploatare sexuală și mutilare genitală feminină⁶. Anexa la Instrucțiunea de lucru a echipei de intervenție în cazurile de violență sexuală conține o *Fișă de evaluare a riscurilor victimei în caz de violență sexuală*, care urmează a fi completată de către profesioniștii care răspund la cazurile de violență sexuală. Astfel, la p. 5 – *Modalitatea în care a fost săvârșită violența sexuală* sunt reglementate acțiunile de mutilare genitală, constând în: extirparea, infibularea sau efectuarea oricărei alte mutilări, totale sau parțiale, a labia majora, labia minora sau a clitorisului unei femei.

O altă practică nocivă cu încălcarea gravă a drepturilor fundamentale ale fetelor și femeilor este căsătoria forțată. Cu toate că aceasta mai este încă înregistrată în unele comunități minoritare din Republica Moldova, în special în rândul copiilor [107], ea nu este reglementată de legislația națională în calitate de manifestare a violenței domestice. La moment, căsătoria forțată, este incriminată la art. 167 Cod Penal (Sclavia și condiții similare sclaviei) – *punerea sau ținerea unei persoane în condiții în care o altă persoană exercită stăpânire asupra acesteia sau determinarea ei, prin utilizarea înșelăciunii, constrângerii, violenței sau amenințării cu violență, să se angajeze sau să rămână în raport de concubinaj sau căsătorie*⁷.

După datele Consiliului Europei (2018) [26], fiecare zi, în întreaga lume, aproximativ 39.000 de fete tinere sunt căsătorite forțat înainte de a atinge vârsta majoratului. Conform Convenției de la Istanbul (2011), statele semnatare au datoria de a criminaliza atât mutilarea genitală

⁵ Hotărârea Guvernului Nr. 223 din 19-04-2023 cu privire la aprobarea Metodologiei de lucru a echipei de intervenție în cazurile de violență sexuală și a Instrucțiunii de lucru a echipei de intervenție în cazurile de violență sexuală, online:

https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=137094&lang=ro

⁶ Ibidem, p. 16.

⁷ Codul Penal al Republicii Moldova din 2002, publicat la 14-04-2009 în Monitorul Oficial Nr. 72-74 art. 195

feminină, cât și căsătoria forțată [102], întrucât aceste practici sunt considerate încălcări grave ale drepturilor omului.

În prezent, în Republica Moldova, acțiunile de mutilare genitală pot fi încadrate în prevederile de la art. 151 sau art. 152 Cod penal, fără a fi indicat subiectul special – membru de familie.

O altă formă de violență domestică recunoscută de cadrul normativ internațional, precum Parlamentul Europei [64] și Consiliul Europei [102], regăsită și în Legea României 217/2003 pentru prevenirea și combaterea violenței domestice [62], este violența cibernetică, care semnifică *hărțuire online, mesaje online instigatoare la ură pe bază de gen, urmărire online, amenințări online, publicarea nonconsensuală de informații și conținut grafic intim, accesul ilegal de interceptare a comunicațiilor și datelor private și orice altă formă de utilizare abuzivă a tehnologiei informației și a comunicațiilor prin intermediul calculatoarelor, telefoanelor mobile inteligente sau altor dispozitive similare care folosesc telecomunicațiile sau se pot conecta la internet și pot transmite și utiliza platformele sociale sau de e-mail, cu scopul de a face de rușine, umili, speria, amenința, reduce la tăcere victima.*

În această privință, Consiliul Europei [102] definește mai multe forme de violență cibernetică, precum: bullying-ul cibernetic, pornografie de răzbunare, crima cibernetică, stalking-ul cibernetic, violența sexuală online împotriva copiilor.

Modificările legislației penale din 2023 sunt foarte importante, în special la capitolul infracțiuni privind viața sexuală.⁸ În acest context, articolul 177 din Codul Penal al Republicii Moldova a fost completat cu alineatul (3), având următorul cuprins: *Răspândirea informației cu caracter sexual, incluzând imagini și înregistrări cu conținut sexual, inclusiv prin intermediul tehnologiilor informaționale, în scop de răzbunare, ură, înjosire sau lezare a onoarei și demnității persoanei.* Legiuitorul nu a prevăzut, însă, o calitate specială a subiectului infracțiunii – membru de familie.

⁸ Legea Nr. 316 din 17.11.2022 pentru modificarea unor acte normative (asigurarea drepturilor victimelor în cazul infracțiunilor privind viața sexuală și violența în familie)

Violența sexuală asupra copiilor prin intermediul rețelelor de comunicații electronice este incriminată la art. 175¹ Cod Penal – Ademenirea minorului în scopuri sexuale: *propunerea, convingerea, manipularea, amenințarea, promisiunea de a oferi avantaje sub orice formă, efectuate inclusiv prin intermediul tehnologiilor informaționale sau comunicațiilor electronice, în vederea stabilirii unei întâlniri cu un minor, inclusiv prin intermediul rețelelor de comunicații electronice, cu scopul săvârșirii împotriva acestuia a oricărei infracțiuni privind viața sexuală, dacă aceste acțiuni au fost urmate de fapte materiale care conduc la o astfel de întâlnire.*

Legea României nr. 217/2003 [62] evidențiază drept o entitate aparte violența socială, ce semnifică *impunerea izolării persoanei de familie, de comunitate și de prieteni, interzicerea frecventării instituției de învățământ sau a locului de muncă, interzicerea/limitarea realizării profesionale, impunerea izolării, inclusiv în locuința comună, privarea de acces în spațiul de locuit, deposedarea de acte de identitate, privare intenționată de acces la informație, precum și alte acțiuni cu efect similar.*

Analiza comparativă a legii speciale din România și din Republica Moldova referitoare la prevenirea și combaterea violenței în familie arată că, violența socială din legislația românească se regăsește în calitate de violență psihologică, iar art. 201¹ al Codului Penal național incriminează izolarea, intimidarea în scop de impunere a voinței sau a controlului personal asupra victimei. Termenul *izolare* în sensul art. 201¹ Cod Penal este unul general, nefiind indicate circumstanțele în care se poate realiza, însă formele de izolare (fizică și psihologică) pot fi deduse din Legea cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie.

Modificările realizate la Codul Penal și la Legea cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie sunt salutate de către Comitetul GREVIO, în raportul pe țară, realizat recent⁹.

Este important să menționăm că baza normativă și politicile sociale se modifică în timp odată cu evoluția legislației privind drepturile omului,

⁹ GREVIO Baseline Evaluation Report Republic of Moldova, pct.184, Online: <https://rm.coe.int/grevio-s-baseline-evaluation-report-on-legislative-and-other-measures-/1680ad46a1>

fapt ce dictează necesitatea de ajustare a cadrului legal național la standardele internaționale. După ratificarea Convenției de la Istanbul (2011) în anul 2021 [56], Republica Moldova a inițiat deja procesul de aliniere a legislației naționale la acest instrument internațional important, unele dintre primele modificări importante vizând infracțiunile privitoare la viața sexuală [59] reglementate de Codul Penal. Suntem siguri că acest proces va continua până la includerea tuturor formelor existente de violență, astfel încât membrii fiecărei familii să fie protejați de toate formele de violență domestică recunoscute.

1.2. Amploarea și tendințele violenței în familie

Violența domestică este o problemă globală care afectează toate țările lumii, deseori fiind bine camuflată și ascunsă în spatele unor concepții greșite despre rolurile tradiționale ale bărbaților și femeilor în familie și societate. Aceasta rămâne în continuare una dintre cele mai grave și larg răspândite infracțiuni cu care se confruntă toate societățile contemporane, lezând drepturile și demnitatea umană a membrilor acestora, cu consecințe grave în plan fizic, emoțional, financiar și social asupra victimelor, familiilor și societății în întregime [77]. Violența pune în pericol stabilitatea familiei și are un impact negativ asupra tuturor membrilor ei, inclusiv copiii, care ajung victime și martori ai violenței ce cresc într-un mediu conflictual, nefericit. Aceasta este asociată cu asumarea de comportamente de risc, care se pot manifesta odată cu înaintarea în vârstă [38]. Deși violența domestică a fost recunoscută ca o problemă socială de mai multe decenii, ea rămâne o infracțiune subraportată și implicit subevaluată, iar amploarea sa continuă să fie de o relevanță majoră și astăzi. Conform statisticilor globale, violența domestică este cea mai comună și răspândită formă de victimizare a femeilor, fapt explicat de persistența stereotipurilor și convingerilor privind rolurile tradiționale patriarhale de gen în familii și societate [132]. Această formă de violență este considerată drept o *crimă nevăzută* sau produsă în *spatele cortinei*, prin urmare, este dificil sau chiar imposibil să se realizeze statistici exacte privind adevărata sa prevalență, deoarece numărul de cazuri raportate este substanțial mai mic decât numărul

cazurilor care au loc în realitate. Cu toate acestea, în conformitate cu datele statistice ale Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), la nivel global, aproape o treime dintre femei au fost supuse violenței fizice sau sexuale din partea partenerului de viață cel puțin o dată [123]. Aceeași sursă reflectă că femeile tinere sunt cele mai vulnerabile, deoarece 27% dintre femeile cu vârste cuprinse între 15 și 49 de ani din întreaga lume au fost supuse violenței fizice și/sau sexuale din partea partenerului [123]. Prevalența violenței domestice diferă de la o țară la alta, fiind determinată de o serie de factori, cum ar fi diferențele culturale, sociale, economice și de altă natură. În unele regiuni ale lumii, rata femeilor supuse violenței din partea partenerului intim atinge cifre semnificativ de înalte, precum 40,6% în America Latină, 41,8% în Africa Subsahariană de Vest, 41,7% în Asia de Sud și 65,6% în Africa Centrală Subsahariană [91].

În cadrul unui studiu global privind omuciderea (2022), Oficiul Națiunilor Unite pentru Droguri și Criminalitate (UNODC) a estimat că, în medie, peste cinci femei sau fete sunt ucise în fiecare oră de o persoană din propria familie. Aceeași sursă relatează că 45.000 de femei (56%) au decedat în anul 2021 în urma acțiunilor unei persoane apropiate. Studiul dezvăluie că rata femeilor ucise de partenerul de viață sau de un alt membru al familiei la 100.000 de populație pe glob reprezintă 1.1, cel mai mic indicator fiind înregistrat pe continentul european (0.6), iar cel mai înalt – pe cel african (2.5) (Figura 3)[115]. Potrivit studiului *Violența față de femei în Uniunea Europeană* (2015), merit să evalueze amploarea violenței față de femei în Uniunea Europeană, se estimează că anual sunt înregistrate circa 3500 de decese asociate cu violența domestică, cu 9 victime înregistrate zilnic, majoritatea dintre ele fiind femei (7 din 9) [116].

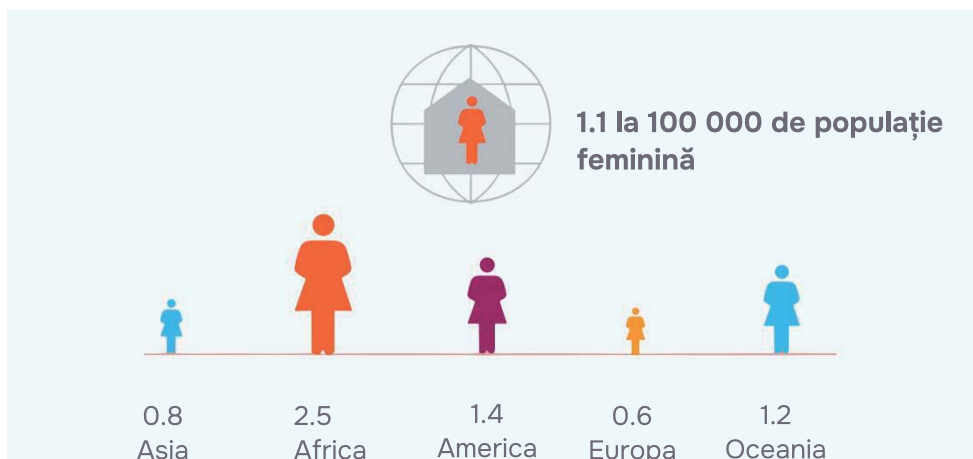


Figura 3. Rata femeilor ucise de partenerul de viață sau de un alt membru al familiei la 100.000 de populație feminină pe glob
(Sursa: UNODC, 2022)

Statistica Consiliului Europei reflectă că 45% dintre femei au suferit de vreo formă de violență pe parcursul vieții, iar între 12% și 15% de femei din Europa, cu vârsta de peste 16 ani, sunt victime ale violenței în familie [116].

Potrivit studiului *Bunăstarea și siguranța femeilor* realizat de Organizația pentru Securitate și Cooperare în Europa (OSCE) (2019), în Republica Moldova, 73% de femei au fost supuse cel puțin unei forme de violență din partea partenerului intim la un moment dat în viață, indicator ce semnificativ depășește media din Uniunea Europeană. Violența psihologică rămâne în continuare cea mai răspândită formă, afectând 71% dintre femei, în timp ce violenței fizice îi revin 33% [75].

Potrivit Ministerului Afacerilor Interne al Republicii Moldova, doar în anul 2022 au fost constatate 2471 cazuri de violență în familie, dintre care 81,3% de victime au fost femei. Amploarea fenomenului violenței în familie poate fi reflectată și de dinamica adresărilor victimelor la organele de poliție. Conform datelor MAI [68], anual se atestă o creștere constantă a raportării cazurilor de la 6569 în anul 2012 la 15.526 în anul 2022. Este de atenționat și faptul că, în fiecare an, în Republica Moldova sunt înregistrate circa 30 de omucideri generate de violența în familie și 5 cazuri de suicid determinate de aceasta.

În anul 2022¹⁰ Comisia de monitorizare și analiză a cazurilor de violență în familie soldate cu deces sau cu vătămare gravă a integrității corporale a victimelor a examinat 24 de cazuri în care femeile și-au pierdut viața în urma actelor de violență în familie [67].

Datele statistice sunt foarte importante pentru a înțelege complexitatea fenomenului și pentru a identifica punctele forte și cele slabe în răspunsul la cazurile de violență în familie. În Raportul de evaluare a Republicii Moldova, Comitetul GREVIO¹¹ încurajează ferm autoritățile din Republica Moldova să asigure colectarea de date de către furnizorii de servicii medicale cu privire la contactul acestora cu femeile în legătură cu experiențele de violență în bază de gen. Astfel de date ar trebui să fie dezagregate, cel puțin, după sex și vârstă atât a victimei, cât și a făptuitorului, relația dintre acestea, tipul de violență și localizarea geografică¹².

1.3. Consecințele violenței domestice

Violența domestică este un fenomen complex și devastator, iar consecințele sale afectează atât subiecții implicați, cât și societatea per ansamblu. Cu toate că violența în familie exercită un impact profund asupra tuturor persoanelor afectate, aceasta are consecințe mai severe asupra femeilor și a copiilor [126]. Potrivit unui raport recent al OMS (2021), violența din partea partenerului intim cauzează probleme grave de sănătate fizică, mentală, sexuală și reproductivă pe termen scurt și lung pentru femei. În același timp, violența domestică afectează sănătatea și bunăstarea copiilor lor [124].

J. B. Carneiro și coaut. (2017) evidențiază în calitate de consecințe de ordin fizic, sexual și psihologic leziunile traumatice de diferit grad (inclusiv letale), sarcinile nedorite, intervențiile de avort, bolile cu

¹⁰ Misail-Nichitin, D., Neamțu, Gh., Chiriliuc, I., et. al. Raport de analiză a cazurilor examinate de Comisia de monitorizare și analiză a cazurilor de violență în familie soldate cu deces sau cu vătămare gravă a integrității corporale a victimelor în anul 2022. Chișinău, 2023.

¹¹ GREVIO este organismul independent de experți responsabil cu monitorizarea punerii în aplicare a Convenției Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței în familie

¹² pct. 54

transmitere sexuală, complicațiile legate de sarcină în contextul agresiunilor în timpul perioadei de gestație, depresia, tulburările de stres posttraumatic, frica, anxietatea, izolarea socială și tulburările de somn [12]. Această listă de consecințe este completată de M. Polychronopoulou (2016), D.E. Stewart și coaut. (2020), K. Alejo (2014), A. Kumar și coaut. (2013) și WHO (2021) cu tulburări gastro-intestinale, tulburări de alimentație, dureri cronice, mobilitate redusă, tentative de suicid, dependență de substanțe de abuz și stare de sănătate precară [1, 54, 81, 98, 124].

Ca orice alt fenomen social negativ, violența în familie are implicații semnificative asupra aspectelor morale, sociale și economice ale societății, unele dintre care au fost enunțate în *Strategia națională de prevenire și combatere a violenței față de femei și violenței în familie pe anii 2018-2023* [46], care ulterior au servit în calitate de suport la elaborarea *Programului național privind prevenirea și combaterea violenței față de femei și a violenței în familie pentru anii 2023-2027* [86]. Printre efectele nocive social-economice ale violenței domestice enunțate de strategie, se enumeră:

- creșterea mortalității;
- creșterea numărului concediilor medicale;
- scăderea productivității muncii, irosirea timpului de lucru;
- sporirea cheltuielilor pentru asigurări;
- cheltuieli inutile în diverse domenii (păstrarea ordinii publice, justiție, medicină ș. a.);
- întreținerea copiilor rămași fără îngrijire părintească;
- perpetuarea violenței din generație în generație;
- înrădăcinarea ideii despre așa-zisa superioritate a bărbatului.

Aceeași sursă indică și existența unor costuri de natură morală, printre care:

- impactul asupra relațiilor dintre parteneri;
- destrămarea familiilor;
- dezorganizarea relațiilor părinți-copii;
- creșterea criminalității în societate;
- deprecierea valorilor general-umane [46].

Organizația Mondială a Sănătății [124] clasifică consecințele violenței domestice drept imediate (acute) și de lungă durată (cronice), totodată accentuând că intensitatea actului de violență este direct proporțională cu gravitatea impactului asupra sănătății femeii. OMS subliniază, de asemenea, că expunerea unei persoane la mai multe forme de violență (cum ar fi violența fizică și sexuală) și/sau la multiple acte de violență poate conduce la consecințe mai serioase în timp pentru sănătatea acesteia [129].

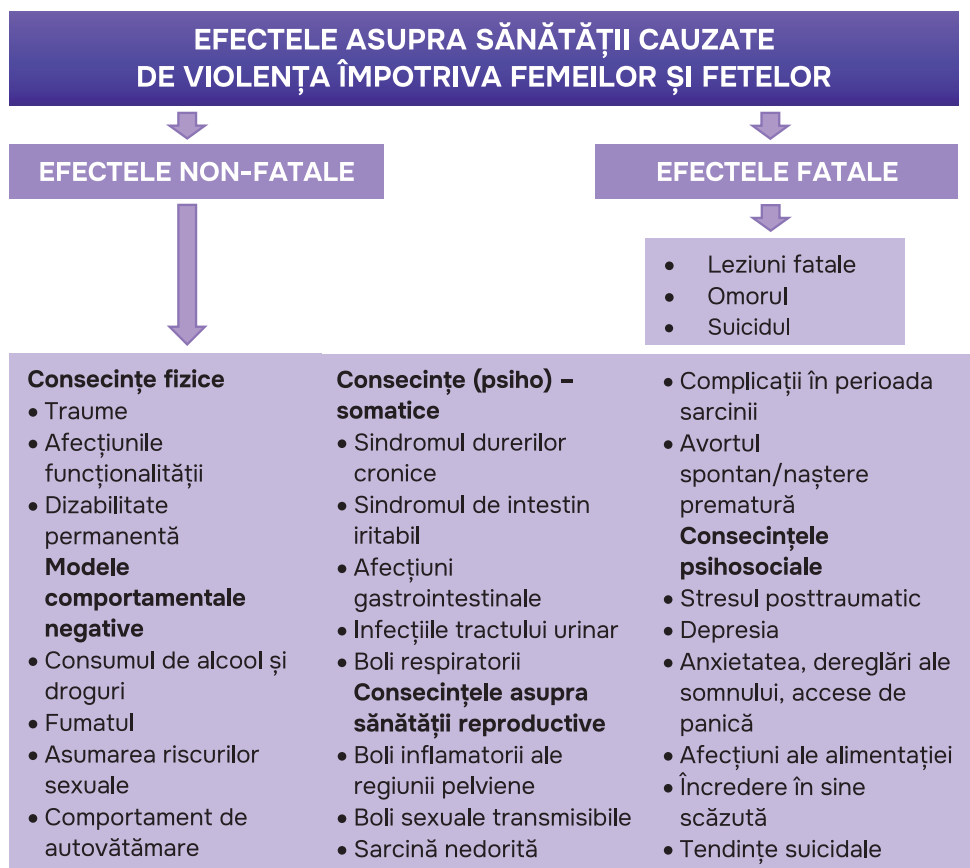


Figura 4. Consecințele violenței domestice asupra sănătății femeii (după L. Heise et. al. (1999))

Violenta domestică poate duce atât la femicid, cât și la suicid, fie în rezultatul direct al actelor de agresiune, fie în urma efectelor adverse

pe termen lung asupra sănătății, inclusiv a traumelor psihice. Cea mai cuprinzătoare clasificare a consecințelor actelor de violență în familie asupra sănătății femeii a fost propusă de L. Heisse și coaut. (1999) [41], care le-a divizat în fatale și non-fatale (Figura 4).

Potrivit UNODC (2022), femucidul familial reprezintă punctul final al unui continuum de forme de violență de gen multiple, suprapuse și interconectate [115]. Aceeași sursă relevă că, în 2021 aproximativ 45.000 de femei și fete din întreaga lume au fost ucise de partenerii lor intimi sau de alți membri ai familiei (inclusiv tați, mame, unchi și frați). Actualii și foștii parteneri intimi sunt ferm cei mai probabili autori ai femucidului, reprezentând în medie 65% din toate crimele comise de partenerii intimi și de familie.

Un alt aspect important al consecințelor violenței în familie este reprezentat de impactul financiar al acestui fenomen. Violență domestică poate determina costuri imense pentru femei, familiile acestora și societăți. Cercetătorii K. Showalter (2016) și C. Peterson et al. (2018) [96] sunt de părerea că violența domestică este una dintre cele mai costisitoare probleme de sănătate cu care se confruntă societatea contemporană [80]. Repercusiunile de natură economică au un impact atât asupra persoanelor afectate, cât și asupra economiilor naționale, per ansamblu. Potrivit Institutului European pentru Egalitate de Gen (IEEG), costurile violenței în bază de gen în Uniunea Europeană constituie 366 mlrd. de euro anual, 79% dintre aceste costuri fiind suportate pentru violența față de femei [34]. Aceeași sursă menționează că cele mai mari costuri provin din impactul fizic și emoțional (56%), urmat de serviciile de justiție penală (21%) și pierderea producției economice (14%), dar și alte costuri, cum ar fi: serviciile de justiție civilă (ex.: pentru divorțuri și procedurile de custodie a copiilor), ajutorul acordat pentru locuință și protecția copilului.

Conform unui studiu realizat în Marea Britanie în anul 2019 [92], s-a estimat că în perioada anilor 2016-2017 violența domestică a generat costuri totale de peste 66 miliarde de lire sterline. Acestea au inclus cheltuieli legate de daunele fizice și psihologice suferite de victime ca urmare a abuzurilor, precum și pierderi de productivitate și alte efecte

asociate. Canada cheltuie anual 7.4 miliarde de dolari canadieni pentru a face față doar consecințelor violenței partenerului intim [3]. Sunt remarcate și eforturile Statelor Unite ale Americii în combaterea acestui fenomen, astfel încât, conform unui studiu [28], costurile anuale estimate în anul 2018 au constituit 55 mlrd. de dolari americani pentru a face față doar efectelor expunerii copiilor la violența domestică. Un studiu asemănător [101] realizat în Australia a estimat că în perioada anilor 2015-2016 victimele au suportat pierderi în valoare de 11.3 mlrd. de dolari australieni, sumă ce constituie circa 52% din toate cheltuielile.

În anul 2016, în Republica Moldova a fost realizat studiul *Raportul de estimare a costurilor violenței în familie și violenței împotriva femeilor* [90] conform căruia cheltuielile înregistrate în anul 2014 în domeniile protecției sociale, medicină și justiție au fost estimate la o valoare totală de aproximativ 36 de milioane de lei. Potrivit aceluiași studiu, Republica Moldova a fost obligată de Curtea Europeană pentru Drepturile Omului (CtEDO) să achite victimelor despăgubiri în valoare de aproximativ 1.550.970 de lei în doar patru ani. În privința acestor costuri, *Strategia națională de prevenire și combatere a violenței față de femei și violenței în familie pe anii 2018-2023* [46] a evidențiat că o proporție semnificativă din aceste cheltuieli (cca. 15.845.000 lei) a fost suportată în principal de către victime și nu de către stat, întrucât accentul primordial al mecanismului de intervenție al autorităților statului s-a axat pe gestionarea consecințelor violenței și nu pe prevenire. Mai mult ca atât, studiul indicat a relevat că și cheltuielile în domeniul justiției (aproximativ 14.990.000 lei) au reprezentat costurile asistenței acordate victimelor în cadrul proceselor judiciare suportate, la fel, în mare măsură de către acestea. Republica Moldova nu este singura țară în care mai mult de jumătate din costurile violenței domestice sunt suportate de către victime. Comitetul GREVIO, remarcă faptul că examinările medico-legale sunt asigurate de Centrul de Medicină Legală, care are un sediu principal în Chișinău și unități teritoriale în toată țara. GREVIO observă că aceste unități sunt adesea situate mai departe de zonele rurale, ceea ce înseamnă că victimele suportă costurile și povara călătoriei pentru a se supune examinărilor, ceea ce prezintă obstacole în calea accesului

femeilor la justiție¹³. Referindu-se la costuri, GREVIO de asemenea menționează că, majoritatea serviciilor destinate victimelor violenței în familie sunt asigurate de către ONG-uri, astfel că încurajează cu tărie autoritățile din Republica Moldova să instituie o procedură publică dedicată, transparentă și responsabilă în cadrul căreia toate ONG-urile, care oferă servicii specializate de sprijin victimelor tuturor formelor de violență împotriva femeilor și copiilor acestora, să poată solicita finanțare.

Sintetizând cele expuse anterior, putem conchide că impactul și consecințele violenței domestice se manifestă în trei aspecte principale ale vieții victimei (Figura 5):



Figura 5. Impactul și consecințele violenței domestice

1.4. Miturile și stereotipurile legate de violența domestică și rolurile de gen

Prezența în societate a miturilor și stereotipurilor referitoare la rolurile femeilor și bărbaților în familie și societate reprezintă, în opinia mai multor cercetători [5, 88, 53, 88, 93], unul dintre factorii aflați la originea violenței domestice. Astfel, J. Peters (2008), C. Rollero și N. De Piccoli (2020), J.C. Fleming și C.A. Franklin (2021) consideră miturile violenței domestice în calitate de *convingeri care sunt în general false, dar susținute pe scară largă și servesc la minimizarea, negarea sau*

¹³ Pct.149 din Raportul GREVIO pe țară

justificarea agresiunii fizice împotriva partenerilor intimi [30, 79, 93]. Aceeași autori consideră că la baza existenței miturilor referitoare la violența domestică sunt două teorii principale: teoria feministă și atribuirii defensivei. Conform abordării feministe, violența în familie își are rădăcinile în patriarhat, fiind o consecință a inegalității de gen, iar miturile sunt instrumentele ce justifică violența și susțin abuzul patriarhal împotriva femeilor. Teoria atribuirii defensive susține că societatea tinde să găsească motive sau justificări pentru comportamentul abuzator, adesea transferând vina sau responsabilitatea de la agresor la victimă. Miturile generate de această teorie sunt extrem de dăunătoare, întrucât atribuie vinovăția victimelor pentru actele de violență, în detrimentul responsabilizării agresorilor pentru propriile acțiuni.

Potrivit Organizației *Femeile împotriva Violenței din Europa* (WAVE) [99], lipsa unui substrat obiectiv este trăsătura de bază a miturilor legate de violența domestică și rolurile de gen, acestea oferă o informație eronată cu referire la fenomen și cauzele lui, modelează percepția și răspunsul societății la cazurile de violență. Miturile pot provoca daune suplimentare victimelor și pot constitui un obstacol pentru profesioniștii din domeniul sănătății în oferirea unei asistențe medicale adecvate. Prin urmare, este esențial ca profesioniștii din domeniul sănătății să înțeleagă diferența dintre mit și realitate, pentru a înțelege starea și nevoile victimei și pentru a menține o atitudine profesională și imparțială, evitând astfel o potențială revictimizare a supraviețuitoarei [35, 99].

Societățile contemporane sunt afectate de multiple mituri legate de violența în familie și rolurile de gen. Analiza mai multor surse [30, 31, 35, 77, 79, 99, 106] ne-a permis să identificăm cele mai răspândite mituri ce macină diferite comunități, printre care:

- Violența domestică nu este atât de extinsă sau gravă;
- Violența în familie are loc doar în cazul unui anumit grup de persoane (păturile sărace ale societății și în mediul persoanelor fără educație);
- Soluționarea cazurilor de violență intrafamilială trebuie făcută în cadrul familiei deoarece este o chestiune privată;
- Consumul de alcool este cauza violenței familiale;

- Femeia provoacă partenerul de viață la violență;
- Nu există viol între soț și soție;
- Dacă femeia nu opune rezistență actului sexual, acesta nu este viol;
- Conflictele și neînțelegerile constituie o parte normală a oricărei relații;
- Sarcina de educare a copiilor în familie îi revine doar mamei;
- Femeile trebuie să tolereze violența pentru a păstra familia;
- Victimele acceptă agresiunea;
- Dacă violența ar fi atât de gravă femeia ar rupe relația cu partenerul ei;
- Bătaia survine într-un moment de pierdere a cumpătului;
- Agresorii suferă frecvent de tulburări psihice;
- Bărbații violenți nu se pot controla;
- Numai femeile sunt victime ale violenței în familie.

În prezentul studiu am propus respondenților să își expună opinia asupra primelor șapte mituri, considerându-le unele dintre cele mai răspândite și dăunătoare. De asemenea, am considerat că este imperativ ca profesioniștii din domeniul medical să fie familiarizați cu ele pentru a fi capabili să distingă concepțiile greșite de adevăr din următoarele motive:

- miturile și stereotipurile despre violența în familie modelează percepțiile profesioniștilor față de fenomen și răspunsul lor la cazurile de violență;
- miturile pot împiedica medicii să identifice un episod de violență în familie și să ofere asistența necesară;
- miturile sunt dăunătoare deoarece vinovăția pentru violența în familie este, de obicei, transferată asupra victimelor;
- personalul medical trebuie să facă diferența dintre mit și realitate pentru a înțelege situația și necesitățile victimei, menținând în același timp o atitudine profesionistă și imparțială;
- personalul medical afectat de mituri re-traumatizează victima violenței domestice în procesul comunicării cu aceasta [35, 99].

Miturile despre violența în familie sunt considerate o expresie a stereotipurilor de gen, ce reprezintă, potrivit Oficiului Înalțului Comisar al

Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului (OHCHR) (2014) [69], viziuni generalizate sau idei preconcepute despre atributele, caracteristicile și rolurile pe care le are sau ar trebui să le aibă femeile și bărbații în societate. Convenția privind eliminarea discriminării împotriva femeilor (CEDAW) [24] subliniază că statele au obligația de a lua măsuri pentru a *modifica modelele sociale și culturale de comportament ale bărbaților și femeilor, în vederea eliminării stereotipurilor și prejudecăților bazate pe ideea de inferioritate sau superioritate a unuia dintre sexe*. În observațiile Finale ale CEDAW [14] pentru Republica Moldova, Comitetul și-a exprimat îngrijorarea privitor la persistența atitudinilor patriarhale și stereotipurilor adânc înrădăcinate, atunci când facem referire la rolurile și responsabilitățile femeilor și bărbaților în familie și în societate.

Potrivit datelor Centrului de Parteneriat pentru Dezvoltare, *Indexul egalității de gen 2023. Tendințe privind nivelul egalității între femeile și bărbații din Moldova, în 2023*, scorul egalității a scăzut pentru domeniile: politică, acces la resurse, sănătate și percepții și stereotipuri. Astfel, nivelul mediu al egalității dintre femei și bărbați, calculat pentru șase arii strategice evaluate, a fost estimat la 61 de puncte, fiind cu 1 punct în regres față de anul precedent¹⁴.

La nivel național, până în prezent, a fost realizat un singur studiu [15] menit să evalueze percepțiile și stereotipurile legate de gen. Autorii consideră că cercetarea a oferit o perspectivă cuprinzătoare asupra vieții bărbaților și femeilor, analizând atitudinile și comportamentele acestora în ceea ce privește egalitatea de gen, dinamica relațiilor de familie, implicarea și rolul bărbaților în sfera familială etc. Studiul a constatat persistența în rândul membrilor comunității a atitudinilor și stereotipurilor legate de rolurile și responsabilitățile de gen, acestea fiind strâns legate de tradițiile ce subliniază dominația masculină în societate. Din aceste raționamente, considerăm că asemenea studii necesită a fi periodice realizate pentru a se constata evoluția în dinamică a percepțiilor și stereotipurilor, mai ales a specialiștilor implicați în prevenirea și combaterea violenței în familie și a violenței în bază de gen. Suntem ferm

¹⁴ Indexul egalității de gen 2023. Tendințe privind nivelul egalității între femeile și bărbații din Moldova, în 2023, Online: https://progen.md/wp-content/uploads/2023/03/CPD_IEG-2023.pdf

convinși că politicile și planurile de acțiuni privind prevenirea și combaterea violenței domestice și față de femei trebuie să țină cont neapărat de starea de lucruri în societate, în caz contrar eficiența lor devine îndoielnică.

1.5. Rolul sistemului sănătății în prevenirea și combaterea violenței domestice

Violența domestică contribuie în mod semnificativ la starea de sănătate precară a societății și este asociată cu numeroase probleme și afecțiuni fizice și psihice pe termen scurt și lung [130]. De aceea, sectorul sănătății joacă un rol vital în combaterea violenței domestice, contribuind la identificarea timpurie a abuzurilor, oferind victimelor tratamentul necesar și referindu-le către serviciile de suport [99]. Organizația Mondială a Sănătății [122, 130] subliniază rolul crucial al unui sistem de sănătate eficient în reducerea consecințelor, în special în cazul copiilor, și accentuează că serviciile de sănătate trebuie să fie locul în care victimele să se simtă în siguranță, să fie tratate cu respect, să nu fie stigmatizate și unde pot primi suportul necesar de calitate. Aceleași idei sunt enunțate și de către unii cercetători [32, 37, 40, 103], care consideră asistența medicală în calitate de serviciu-cheie în abordarea problemelor legate de violența domestică și violența de gen. Este nevoie de un răspuns cuprinzător al sectorului sănătății la această problemă, în special pentru a aborda reticența victimelor de a solicita ajutor [33]. Pentru multe victime, vizita la un medic este primul și, adesea, singurul pas pentru a avea acces la asistența medicală necesară. Studiul „*Violența împotriva femeilor: un sondaj la nivelul UE*” [116] indică asupra faptului că femeile au încredere, în cea mai mare parte, în furnizorii de servicii medicale și consideră că este acceptabil ca medicii să întrebe despre acte de violență dacă suspectează sau găsesc leziuni pe corpul pacienților. În acest sens, profesioniștii din domeniul medical sunt poziționați în mod unic pentru a interveni în situații critice pentru femeile și copiii supuși în mod constant la acte de violență [99].

Organizația Mondială a Sănătății (2022) și Comitetul GREVIO (2023) recomandă, de asemenea, formarea cadrelor medicale pentru a

răspunde în mod adecvat la violența împotriva femeilor [130]. Nivelul de cunoaștere a fenomenului violenței domestice joacă un rol crucial în abordarea și gestionarea corespunzătoare a acestei probleme sociale grave. Cunoașterea aspectelor violenței domestice, inclusiv a factorilor de risc, efectelor asupra sănătății și modalităților eficiente de intervenție este fundamentală pentru furnizarea unui răspuns adecvat în domeniul sănătății [35]. Sistemul de sănătate trebuie să fie bine pregătit și să dispună de resursele necesare pentru a recunoaște și aborda cazurile de violență domestică [99]. Prin furnizarea unui spectru de servicii medicale, centrate pe victimă, practicienii din domeniul sănătății cu o pregătire adecvată pot contribui la atenuarea consecințelor violenței asupra sănătății și la reducerea recurenței violenței. Aceste acțiuni pot avea un impact semnificativ asupra sănătății și bunăstării victimelor violenței domestice, pot spori accesul acestora la asistență medicală de înaltă calitate și adaptată nevoilor pacientului și pot asigura protecția drepturilor acestora [35].

Organizația *Femeile împotriva Violenței din Europa* afirmă că pentru a asigura o durabilitate și eficacitate, răspunsul sistemului sănătății la cazurile de violență în familie trebuie oferit la diferite niveluri: nivelul administrației publice, nivelul conducerii instituțiilor medico-sanitare, nivelul personalului medical [99].

Nivelul administrației publice

Nivelul administrației publice centrale și locale are atribuții privind elaborarea cadrului conceptual privind răspunsul instituțiilor publice la violența în familie, asigurarea difuzării informațiilor și instruirii profesioniștilor cu atribuții în domeniul prevenirii și combaterii acestui fenomen social. Organizația *Femeile împotriva Violenței din Europa* subliniază că în lipsa unor politici și strategii naționale, eforturile nivelurilor locale vor avea un impact limitat [99]. Urmând exemplul altor state, în anul 2018, în Republica Moldova a fost elaborată prima politică națională referitoare la violența domestică sub forma unei Strategii naționale de prevenire și combatere a violenței față de femei și violenței în familie pe anii 2018-2023 și a Planului de acțiuni pentru anii 2018-2020 privind

implementarea acesteia [46]. Autoarele A. Țurcanu și D. Cazacu (2022) [104], scopul Strategiei a constat în asigurarea unei abordări sistemice a fenomenelor violenței față de femei și violenței în familie în vederea diminuării acestor fenomene și asigurării unui răspuns eficient al organelor de resort în cazurile de violență. Atât structura, cât și obiectivele generale ale Strategiei s-au concentrat pe cele patru principii fundamentale ale Convenției Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice. După expirarea Strategiei, Guvernul Republicii Moldova a continuat eforturile politico-administrative orientate spre prevenirea și combaterea violenței domestice și a adoptat *Programul național privind prevenirea și combaterea Violenței față de femei și a violenței în familie pentru anii 2023-2027* [86]. Programul național este un document de politici publice în domeniul prevenirii și combaterii violenței față de femei și a violenței în familie, care derivă din rigorile regionale și internaționale relevante, precum Convenția ONU privind eliminarea tuturor formelor de discriminare față de femei, Convenția Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței față de femei și a violenței domestice, Programul de Asociere dintre Republica Moldova și Uniunea Europeană pentru anii 2021-2027, Recomandarea GREVIO nr.1 privind violența pe dimensiune digitală, Recomandarea 2030 (2013) a Adunării Parlamentare a Consiliului Europei privind violența împotriva femeilor [86]. Programul național include 4 obiective generale: prevenire, protecție, urmărirea în justiție și politici integrate. În vederea atingerii obiectivelor propuse, Programul prevede instruirea profesioniștilor care să asigure într-o manieră sistemică dezvoltarea cunoștințelor și competențelor de prevenire și răspuns adecvat la cazurile de violență față de femei și violență în familie.

De asemenea, de responsabilitatea autorităților publice ține și pregătirea personalului medical pentru punerea în practică a acestor politici, moment esențial pentru asigurarea că acestea sunt implementate corespunzător și au un impact pozitiv asupra societății. Acest lucru implică furnizarea de cunoștințe și abilități relevante pentru a se asigura

că personalul este în măsură să aplice politicile într-un mod coerent și eficient.

Nivelul conducerii instituțiilor medico-sanitare

Unul dintre mecanismele de bază prin care instituțiile medico-sanitare contribuie la combaterea violenței în familie este elaborarea și implementarea protocoalelor standard și procedurilor operaționale interne [99]. Potrivit studiului OMS (2002), utilizarea protocoalelor standard și a ghidurilor de bune practici poate îmbunătăți în mod semnificativ calitatea tratamentului și suportul psihologic acordat victimelor, precum și a dovezilor colectate [128]. Mai mult, politicile sau protocoalele care descriu procesul de management al cazurilor pot ajuta personalul medical să înțeleagă ce se așteaptă de la el în activitatea de zi cu zi [49].

Sistemul sănătății din Republica Moldova dispune de proceduri ce reglementează răspunsul sistemic la cazurile de violență în familie și a violenței în bază de gen, inclusiv a formelor reflectate asupra copiilor. Astfel, în anul 2012, Ministerul Sănătății a aprobat prima *Instrucțiune privind intervenția instituțiilor medicale în cazurile de violență în familie* [71], succedată de *Instrucțiunea privind intervenția instituțiilor medico-sanitare în cazurile de violență în familie* [73] aprobată în anul 2019. Totodată, la dispoziția profesioniștilor din domeniul sănătății a fost pus și *Ghidul pentru specialiștii din sistemul de sănătate privind intervenția eficientă în cazurile de violență împotriva femeilor* [35]. Răspunsul sistemului sănătății la cazul copiilor-victime este reglementat de *Instrucțiunea metodică privind intervenția instituțiilor medicale în identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea cazurilor de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului* [74]. Până în anul 2021, în Republica Moldova, nu exista nici un protocol menit să reglementeze principiile și etapele intervenției sistemului sănătății în cazurile de violență sexuală, fiind una dintre formele violenței domestice. În anul 2021, cu suportul Fondului Națiunilor Unite pentru Populație (UNFPA) Moldova, în cadrul parteneriatului dintre Ministerul Sănătății și Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, a fost elaborat și aprobat

primul Protocol Clinic Standardizat *Managementul clinic al cazurilor de viol* [72]. Protocolul a fost elaborat în conformitate cu standardele internaționale actuale ale OMS [19, 121] și se adresează medicilor de familie, medicilor ginecologi-obstetricieni, medicilor pediatri și medicilor legiști din toată țara. Protocolul conține descrierea celor mai bune practici ale gestionării clinice pentru persoanele care au fost violate, pentru a fi aplicate de către personalul medical din diferite instituții medico-sanitare, indiferent de apartenență și forma juridică de organizare, la nivel de asistență medicală primară, urgentă, specializată și spitalicească, în context obișnuit cotidian, pe timp de pace, dar și în situații de criză umanitară, situații excepționale sau urgențe de sănătate publică.

O importantă sursă de probe judiciare în toate infracțiunile îndreptate împotriva sănătății, integrității corporale și inviolabilității sexuale, inclusiv cele consumate în mediul familial, este expertiza medico-legală. Urmărind scopul de a garanta o abordare uniformă și eficientă, Centrul de Medicină Legală a standardizat la nivel instituțional răspunsul medicilor pentru cele mai vulnerabile categorii, precum femeile și copiii. Astfel, din anul 2021 intervenția medico-legală pentru victimele violenței domestice este reglementată de *Instrucțiunea privind răspunsul Centrului de Medicină Legală la cazurile de violență în familie, inclusiv ca formă de violență împotriva femeilor* [70]. Copiii-victime sunt deosebit de vulnerabili și trebuie abordați într-o manieră deosebită, motiv pentru care intervenția medico-legală în cazul lor a fost reglementată prin intermediul procedurii operaționale - *Examinarea medico-legală a copilului-victimă a violenței fizice și sexuale*, utilizată și în calitate de ghid metodic și didactic în scopuri educaționale [76].

În calitate de alte mijloace de intervenție instituțională, Organizația *Femeile împotriva Violenței din Europa* (2014) [99] recomandă următoarele acțiuni:

- furnizarea asistenței de către autoritățile administrativ-teritoriale, inclusiv suport financiar;
- asigurarea unei infrastructuri corespunzătoare pentru a garanta intimitatea, securitatea și confortul pacientului (cum ar

- fi oferirea unui spațiu privat pentru consultații în absența partenerului);
- oferirea pacienților și personalului materiale informative referitoare la procesul de intervenție și la resursele disponibile (postere, pliante, flyere, etc.);
- dezvoltarea parteneriatelor inter-organizaționale, atât din sectorul medical, cât și din afara acestuia, care sunt implicate în combaterea violenței în familie;
- sensibilizarea întregului personal și consolidarea abilităților acestuia cu privire la modul de recunoaștere și răspuns la violența în familie prin organizarea de instruirii;
- implementarea unui sistem de monitorizare și evaluare pentru aprecierea impactului intervențiilor întreprinse în vederea îmbunătățirii răspunsului personalului medical la cazurile de violență în familie.

Nivelul personalului medical

În anul 2014, Agenția pentru Drepturi Fundamentale a Uniunii Europene (FRA) a efectuat un studiu [116] cu privire la violența împotriva femeilor în Uniunea Europeană (UE), în cadrul căruia s-a constatat că doar una din trei femei victime ale violenței fizice și/sau sexuale din partea partenerului intim au apelat la servicii sau organizații specializate pentru a primi asistență, dintre care cel mai frecvent la instituțiile medicale și organele de drept. Aceste constatări subliniază importanța furnizorilor de servicii medicale și a tuturor profesioniștilor din domeniul sănătății în oferirea de asistență imediată victimelor violenței, chiar și în situațiile în care acestea nu au dezvăluit explicit actul de violență.

În această privință, OMS atenționează că una dintre cauzele ce ar determina victima să nu raporteze cazurile de violență în familie este lipsa experienței și competențelor necesare în rândul profesioniștilor din domeniul sănătății [122]. De aceea, pentru a încuraja victima să aibă încredere în personalul medical și a-i oferi un răspuns adecvat, medicii trebuie să posede un set complex de cunoștințe și abilități, printre care:

- să înțeleagă esența, dinamica, manifestarea și consecințele violenței în familie;
- să informeze pacienții despre violența în familie și consecințele acesteia asupra sănătății;
- să adreseze întrebări despre violența în familie dacă sunt prezente simptomele clinice specifice;
- să creeze un mediu empatic și confidențial;
- să acorde asistență medicală de susținere (medicală/psihologică);
- să documenteze consecințele violenței în familie asupra sănătății;
- să acorde victimei asistență în elaborarea planului de siguranță;
- să refere victimele către alte servicii;
- să ofere monitorizare și îngrijiri ulterioare [99].

Pentru asigurarea acestui deziderat și implementarea Planului de acțiuni pentru anii 2018-2020 din *Strategia națională de prevenire și combatere a violenței față de femei și violenței în familie pe anii 2018-2023* [46], începând cu anul de studii 2018-2019, în cadrul Catedrei de medicină legală a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” a fost lansat în premieră națională un curs intitulat *Violența în familie și în bază de gen* [27] destinat atât mediciniștilor, cât și medicilor practicieni în cadrul ciclurilor de educație medicală continuă. Scopul cursului a constat în a familiariza audienții cu fenomenul violenței în familie și în bază de gen, cât și privind răspunsul sistemului sănătății la aceste cazuri. De menționat că acest curs a fost elaborat în corespundere cu standardele internaționale privind răspunsul sistemului sănătății la cazurile de violență în familie și în bază de gen [9, 82, 99]. Cu toate acestea, spre regret, pentru cursul opțional a optat un număr redus de studenți, iar cel de educație medicală continuă nu a fost solicitat de nici un medic practician.



CAPITOLUL II

METODOLOGIA STUDIULUI SOCIOLOGIC

2.1. Problema și ipoteza studiului

Violența în familie și în bază de gen reprezintă o problemă actuală de sănătate publică ceea ce determină medicii să posede cunoștințe și abilități specifice în vederea asigurării unui răspuns adecvat. Spre regret, amploarea acestui fenomen în Republica Moldova este înaltă, în societate predomină anumite stereotipuri legate de rolul bărbatului și al femeii, iar medicii nu au cunoștințe și abilități practice adecvate referitoare la identificarea și gestionarea cazurilor de violență în familie și în bază de gen.

2.2. Descrierea și scopul studiului

Cercetarea a fost realizată în cadrul Catedrei de medicină legală a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” și reprezintă un sondaj ce a vizat medicii practicieni, medici rezidenți și mediciniștii din Republica Moldova. Studiul este de tip cantitativ, prospectiv, transversal. Obiectivul general al studiului a constat în evaluarea cunoștințelor și percepțiilor actualilor și viitorilor medici în domeniul violenței în familie pentru a înțelege necesitățile lor de formare și a ajusta programele de instruire în baza unor dovezi. Pentru realizarea dezideratului indicat, în calitate de sarcină s-a trasat elucidarea gradului de cunoaștere a fenomenului și constatarea percepțiilor respondenților cu privire la violența domestică și egalitatea de gen.

Studiul a fost avizat pozitiv la ședința Comitetului de Etică al Școlii doctorale în domeniul Științe medicale a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” (Proces verbal nr. 3 din 18.05.2023).

2.3. Volumul eșantionului și sfera de cuprindere

La baza stabilirii eșantionului au fost puse următoarele operații metodologice ale cercetării sociale:

- stabilirea colectivității statistice generale;
- stratificarea populației;
- alegerea eșantioanelor asupra cărora urmează să se efectueze investigația propriu-zisă.

Așadar, a fost planificat un eșantion stratificat, probabilistic.

Drept colectivitate statistică generală (N) au fost considerați 4116 de studenți medici (date USMF – ianuarie 2023) și 12214 medici (Anuar statistic *Sănătatea publică în Moldova 2022*).

Lotul de cercetare reprezentativ a fost calculat în Programul EpilInfo 7.2.2.6, compartimentul *StatCalc – Sample Size and Power* în baza următorilor parametri: intervalul de încredere pentru 95.0% de semnificație a rezultatelor, totalitatea statistică 16330 de studenți medici și medici, probabilitatea de apariție a fenomenului 50,0%, design-effect – 2. Mărimea lotului reprezentativ a constituit în urma calcului 750 studenți și medici chestionați.

Având în vedere că chestionarele au fost completate de respondenți, în scopul păstrării reprezentativității eșantionului, s-a ținut cont de probabilitatea apariției non-răspunsurilor, care pentru lotul dat de studiu a fost prognozat în mărime de 10,0%.

Calculul volumului definitiv al eșantionului, cuprinzând și rata non-răspunsurilor, a fost realizat prin intermediul următoarei formule:

$$q = \frac{1}{(1 - f)} \quad (2.1.)$$

unde:

q – coeficientul de calcul al ratei de non-răspuns

f – rata de non-răspuns (estimată de autor).

Utilizând formula 2.1. cu rata de non-răspuns 10%, adică 0,1, s-a obținut următorul coeficient:

$$q = \frac{1}{(1 - 0,1)} = 1,1$$

Pentru obținerea volumului definitiv al eșantionului, ajustat cu rata non-răspunsurilor, volumul eșantionului (**n**) obținut a fost înmulțit la

coeficientul de calcul al ratei de non-răspuns (**q**). În baza acestui calcul ($750 \times 1,1$), a fost obținut volumul eșantionului în mărime de 825 de respondenți.

Respectarea structurii colectivității statistice generale a fost asigurată prin stratificarea eșantionului după statutul profesional al respondenților în funcție de ponderea acestora. În cadrul colectivității statistice generale calculate ponderea studenților a fost de 25,3% și a medicilor – 74,7%. Astfel, numărul acestor categorii de respondenți în eșantionul reprezentativ a fost estimat de cel puțin: studenți – 209 și medici – 616.

Pentru obținerea unor rezultate fiabile, în protocolul studiului au fost bine definite criteriile de includere și excludere:

Criterii de includere:

- studenți autohtoni ai USMF „Nicolae Testemițanu” de la diferite facultăți și anii de studii;
- medici-rezidenți ai USMF „Nicolae Testemițanu” de la diferite specialități;
- medici practicieni de diferite specialități din IMSP spitale raionale, municipale, republicane, Centre ale Medicilor de Familie, Centre de Sănătate.

Criterii de excludere:

- studenți internaționali ai USMF „Nicolae Testemițanu”;
- personal medical mediu.

2.4. Instrumentul de cercetare

Pentru realizarea obiectivului înaintat în cadrul studiului, a fost elaborat un instrument pentru colectarea informațiilor sub forma unui chestionar anonim și confidențial denumit *Chestionarul de evaluare a necesităților de instruire a medicilor și mediciniștilor în domeniul violenței în familie*, focusat pe următoarele elemente: nivelul de cunoaștere de către respondenți a fenomenului violenței în familie și elementele distincte ale răspunsului sistemului sănătății la aceste cazuri; percepțiile lor privind normele sociale legate de rolul bărbaților și femeilor în

societate și familie; atitudinea acestora privind cursul *Violența în familie și în bază de gen*. Chestionarul a fost proiectat așa încât durata de completare să nu fie prea lungă – de circa 15 minute. Având în vedere riscul de disponibilitate redusă a grupurilor-țintă pentru participare la anchetele online, mai ales atunci când participarea nu este obligatorie, o atenție deosebită a fost acordată modului de formulare și redactare a întrebărilor și opțiunilor de răspuns, pentru a evita interpretarea dificilă și perceperea eronată a subiecților înaintate.

Chestionarul începe cu un preambul prin intermediul căruia respondentul a fost invitat să participe la studiu și informat despre scopul, durata și regulile chestionării, cât și să își exprime acordul de participare la studiul sociologic. În preambul, respondentul a fost avizat că prin completarea chestionarului, acesta își exprimă consimțământul pentru participare la studiu.

Chestionarul a inclus patru compartimente: I) date sociodemografice despre respondent; II) aprecierea cunoașterii fenomenului; III) aprecierea percepțiilor respondentului și IV) evaluarea atitudinilor referitoare la curs, și a cuprins 49 de întrebări dintre care: 43 – de tip închis, 3 – de tip semideschis, 3 – de tip deschis, inclusiv întrebări semantice în scară și de control.

Primul compartiment al chestionarului se referă la date sociodemografice despre respondent și a fost conceput pentru a colecta informații privind statutul său profesional, genul, vârsta, starea civilă și stagiul de muncă. Totodată, persoanei chestionate i-a fost oferită posibilitatea de a-și aprecia nivelul de cunoaștere a fenomenului violenței în familie, utilizând o scală de la 1 la 5 și de a menționa dacă vede necesitatea de a urma instruire în domeniul răspunsului sistemului sănătății la cazurile de violență în familie.

Următorul compartiment al chestionarului a avut drept scop de a evalua nivelul de cunoaștere și înțelegere a fenomenului violenței în familie și de a identifica posibilele lacune în această direcție. Acesta este compus din întrebări de tip închis și deschis structurate în jurul următoarelor subiecte: înțelegerea conceptului, a cauzelor și formelor violenței în familie, cunoașterea rolului și răspunsului sistemului sănătății

la asemenea cazuri, precum și serviciile disponibile pentru victimele violenței în familie. O parte din întrebări s-a focusat pe obținerea opiniei respondentului și gradului său de exprimare prin intermediul scalei Likert. Această metodă presupune prezentarea unei afirmații și solicitarea ca participantul să indice în ce măsură este de acord sau nu cu aceasta, utilizându-se o scală de la 1 la 5, unde 1 reprezintă gradul minim de intensitate al opiniei, iar 5 – gradul său maxim.

Cel de al treilea compartiment a fost conceput pentru a evalua percepțiile și atitudinile individuale ale respondenților față de violența în familie și de a identifica eventualele prejudecăți și stereotipuri în ceea ce privește acest subiect. Compartimentul include 16 întrebări închise ce vizează modul în care participanții percep fenomenul violenței în familie, inclusiv opinii și experiențe personale. Marea majoritate a întrebărilor au fost incluse în scala Likert, ceea ce a permis evaluarea gradului de acord sau dezacord al participanților cu afirmația sau întrebările propuse, precum și a gradului de intensitate a acestor percepții sau atitudini.

Compartimentul final al chestionarului a fost dezvoltat pentru evaluarea atitudinilor referitoare la cursul *Violența în familie și în bază de gen* în care respondentului i-a fost oferită posibilitatea de a se expune referitor la cunoașterea despre existența cursului și posibilele bariere ce ar exista în accesarea acestuia.

Proiectul chestionarului a fost consultat cu partenerii naționali, precum reprezentanții societății civile – *Centrul Internațional „La Strada”*, *Centrul de Drept al Femeilor*, *Coaliția Națională „Viața fără Violență în Familie”*, *Asociația Împotriva Violenței în Familie „Casa Mărioarei”*, autoritățile publice centrale de specialitate cu atribuții în domeniul prevenirii și combaterii violenței în familie – *Ministerul Sănătății*, *Ministerul Muncii și Protecției Sociale*, *Ministerul Afacerilor Interne* și instituțiile internaționale – *Organizația Mondială a Sănătății*, *UN Women Moldova*, *Fondul Națiunilor Unite pentru Populație (UNFPA)*.

În scopul evaluării gradului de înțelegere și interpretare a datelor, versiunea inițială a chestionarului a fost testată în cadrul studiului pilot pe un eșantion de 30 studenți și medici, acțiune ce a permis definitivarea conținutului chestionarului, completarea răspunsurilor, corectarea

întrebărilor interpretate ambiguu sau neînțelese de către respondenți și elaborarea versiunii finale a chestionarului.

2.5. Organizarea cercetării

În scopul chestionării mai facile a respondenților, chestionarul a fost structurat și administrat pe platforma Google Forms, asigurând un acces nelimitat al potențialilor respondenți din întreaga țară și reprezentanți ai diferitor specialități. Datele obținute au fost introduse într-o bază de date pentru prelucrare statistică în programul Microsoft Excel 2019. Link-ul de acces al chestionarului a fost popularizat în două modalități: prin intermediul poștei electronice și a codului QR. O parte dintre respondenți au fost invitați să participe la studiu pe calea poștei electronice, iar o altă parte – prin scanarea codului QR. Completarea chestionarului a fost voluntară, anonimă și a durat în mediu 15-20 minute.

2.6. Limitele studiului

Studiul se limitează la colectarea și analiza datelor obținute prin metodologia de cercetare și se referă în exclusivitate la evaluarea cunoștințelor, percepțiilor și necesităților de formare a actualilor și viitorilor medici din Republica Moldova în domeniul violenței în familie. Chestionarul a fost disponibil pentru completare în perioada 20.05 – 30.06.2023. Interpretarea datelor și concluziile aparțin autorilor.

2.7. Metodele de cercetare

Datele colectate au fost analizate prin intermediul următoarelor metode:

- | | |
|-----------------------------|----------------|
| ✓ sondaj; | ✓ comparativă; |
| ✓ eșantionare stratificată; | ✓ statistică; |
| ✓ matematică; | ✓ analitică. |

Sondajul a permis obținerea unor rezultate cantitative privind cunoștințele și percepțiile respondenților. Prin eșantionare stratificată a fost stabilită structura totalității statistice generale și obținută structura eșantionului (medici și viitori medici), astfel încât acesta să o reflecte cât

mai fidel pe cea a colectivității generale. Cu ajutorul metodei matematice au fost calculați indicatorii statistici necesari pentru analiza eșantionului dat precum rata, proporția, eroarea standard și media. Prin intermediul analizei comparative s-a efectuat o evaluare ce a inclus atât compararea datelor interne, cât și contrastarea acestora cu informațiile obținute în alte cercetări. Metoda statistică a fost utilizată întru analiza calitativă și cantitativă a indicatorilor eșantionului. Metoda analitică a permis cercetarea fenomenului prin descompunerea acestuia în părțile sale componente pentru o cercetare detaliată, sistematică și critică a datelor obținute și informațiilor disponibile întru înțelegerea și interpretarea mai profundă a subiectului de studiu.

Au fost respectate etapele cercetării sociologice [17, 29, 95], care includ:

- 1 – definirea și delimitarea problemei cercetate;
- 2 – documentarea în literatura de specialitate;
- 3 – formularea ipotezei;
- 4 – stabilirea eșantionului (lotului) cercetat;
- 5 – stabilirea tehnicilor și metodelor de cercetare;
- 6 – colectarea datelor;
- 7 – prezentarea grafică a datelor;
- 8 – interpretarea datelor cercetării;
- 9 – tragerea concluziilor;
- 10 – evaluarea utilității investigației.



CAPITOLUL III

CUNOȘTINȚELE ȘI PERCEPȚIILE MEDICILOR ȘI MEDICINIȘTILOR ÎN DOMENIUL VIOLENȚEI DOMESTICE

Fenomenele și procesele sociale, precum și transformările continue produse în societatea contemporană necesită o abordare științifică complexă, fundamentată pe o concepție teoretică clar delimitată și prin aplicarea metodelor de cercetare științifică. Deținerea unor date fiabile poate servi drept suport în dezvoltarea de politici și strategii de intervenții bazate pe dovezi, în eficientizarea funcționării instituțiilor și organizațiilor, precum și în anticiparea unor schimbări. În acest context, cercetarea sociologică vine să răspundă la nevoile instituțiilor sociale, devenind un deziderat al comunităților prospere și orientate spre rezultat [16].

Pornind de la acest concept, întru dezvoltarea nivelului de cunoaștere și percepție a fenomenului violenței domestice în rândul actualilor și viitorilor medici, a fost realizată chestionarea anonimă a 832 de medici și studenți medici. Momentul esențial în alegerea eșantionului respectiv a constituit faptul că violența în familie reprezintă o problemă de sănătate publică și, prin urmare, este crucial ca medicii să posedă cunoștințe și abilități specifice în vederea asigurării unui răspuns adecvat și prevenirii fenomenului. Însă, pentru realizarea obiectivului enunțat, medicii trebuie să înțeleagă ce presupune această formă distinctă de violență și să cunoască componentele răspunsului profesional corect [77].

Luând în considerare caracterul reprezentativ al eșantionului din perspectivă statistică și modul său de selectare aleatorie, putem afirma cu convingere că rezultatele obținute reflectă situația din cadrul întregii comunități medicale din țară.

3.1. Datele sociodemografice ale participanților la cercetare

Eșantionul studiat a fost reprezentat de medici, reprezentanți ai diferitor specialități – 62,76% (522), medici rezidenți – 11,51% (96) și mediciniști – 25,73% (214) (Figura 6).

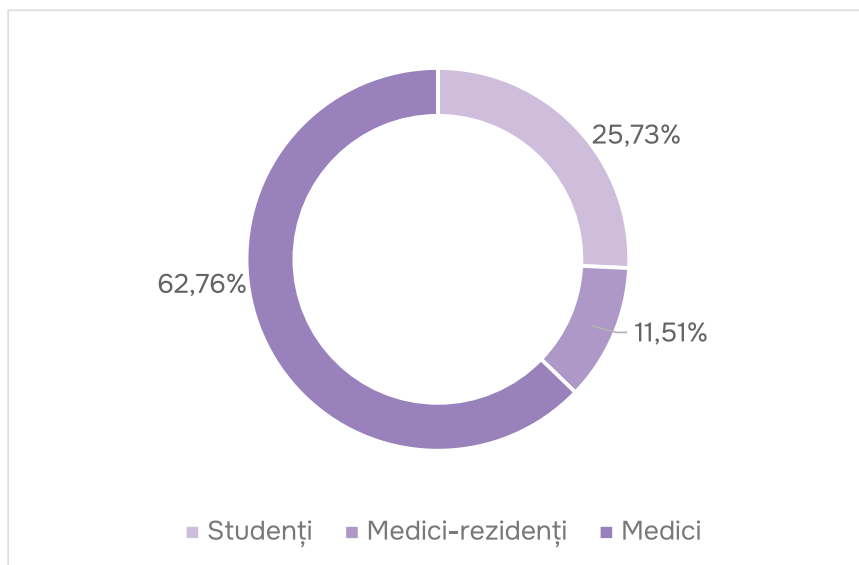


Figura 6. Structura respondenților în funcție de statutul lor profesional, %

În analiza efectuată s-a remarcat un număr impunător de participanți (682 - 82,0%) implicați în activități de studiu sau profesionale în cadrul unei comunități urbane. Prevalența respondenților reprezentanți ai mediului urban poate fi justificată prin localizarea specifică a instituțiilor de învățământ, dar și probabil printr-un nivel mai sporit de implicare în completarea chestionarului voluntar de către cei ce își desfășoară activitatea în mediul dat. Cu toate acestea, a fost atestată și participarea a 150 (18,0%) respondenți – reprezentanți ai mediului rural (Figura 7).

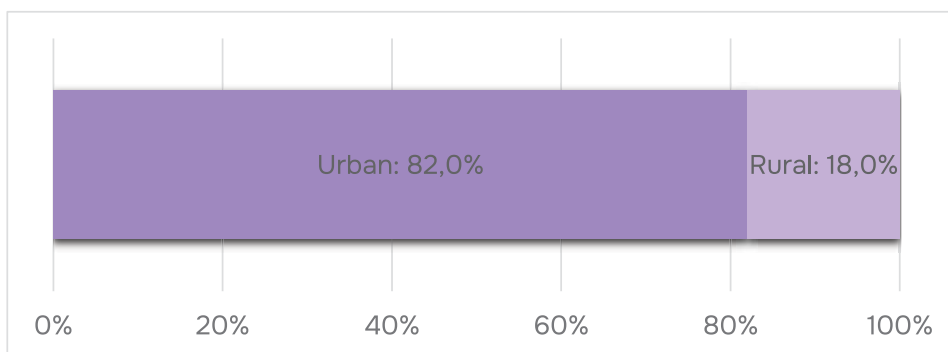


Figura 7. Structura respondenților în funcție de mediul de reședință al instituțiilor în care studiază/activează, %

Un aspect important abordat în cadrul studiului a constituit colectarea datelor privind profilul sociodemografic al respondenților, precum vârsta, genul, statutul marital, statutul parental (existența copiilor). Aceste informații au fost necesare atât pentru a înțelege profilul social general al respondenților, cât și pentru stabilirea corelațiilor dintre acesta și percepțiile / cunoștințele participanților la studiu.

Din perspectiva genului, respondenții au avut libertatea de a selecta opțiunea ce le corespunde: genul masculin, feminin și altul. S-a constatat că în studiu au participat preponderent persoane de gen feminin – 651 (78,2%) și mai rar cele de gen masculin – 179 (21,5%), iar 2 (0,2%) respondenți/te s-au identificat ca fiind de alt gen (Figura 8). Această observație poate fi explicată prin predominarea numerică a femeilor în comunitatea medicală și universitară, fapt ilustrat și de Anuarul statistic al Republicii Moldova, ediția 2022 [8]. O altă explicație ar putea consta în rata mai mare de victimizare a femeilor în mediul familial în Republica Moldova [7, 68, 75], fapt ce probabil le-a sporit interesul de participare la prezentul studiu.

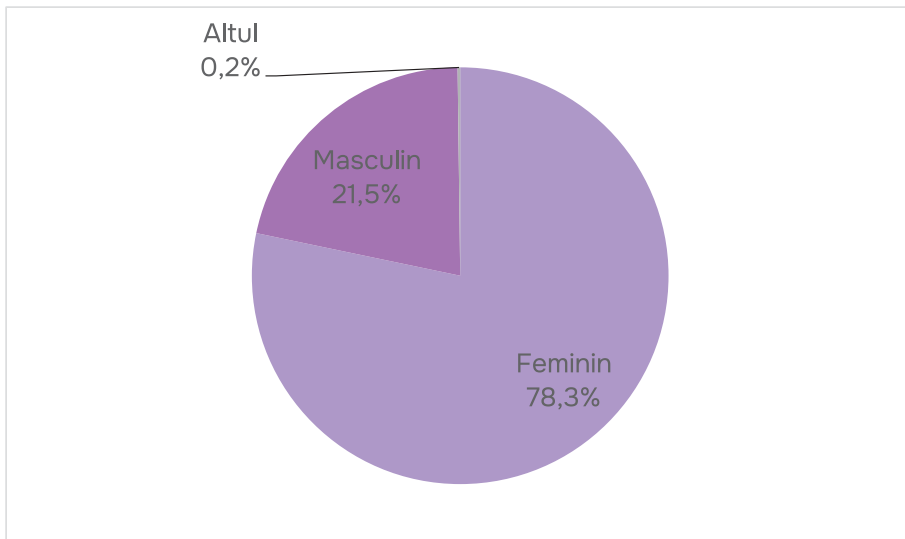


Figura 8. Structura respondenților în funcție de sex, %

În cadrul cercetării am încadrat respondenții în trei grupe de vârstă: cea a tinerilor specialiști (cu vârsta de până la 35 ani), a specialiștilor deja formați (36 – 55 ani) și a celor de vârstă prepensionară și pensionară

(peste 56 ani). Am considerat că aceste trei categorii de vârstă acoperă o gamă largă de experiențe și viziuni, ceea ce ne-a permis să obținem o perspectivă cuprinzătoare asupra opțiunilor diferitor generații. Totodată, o asemenea stratificare a fost necesară pentru a examina și compara variabilele și tendințele specifice diferitelor categorii de vârstă, cu scopul de a evidenția și analiza eventuale diferențe în cunoștințele și percepțiile referitoare la fenomenul violenței domestice. Analiza lotului de studiu din punctul de vedere al vârstei respondenților a arătat o participare mai largă (386 – 46,4%) a persoanelor cu vârsta sub 35 de ani, cea mai mare parte dintre ei fiind studenții și tinerii specialiști, inclusiv medicii rezidenți. Totodată, s-a observat că odată cu creșterea vârstei respondenților a scăzut evident rata lor de participare la studiu. Așadar, 32,9% (274) dintre respondenți s-au încadrat în intervalul de vârstă 36-55 de ani, în timp ce 20,7% (172) au avut peste 56 de ani (Figura 9).

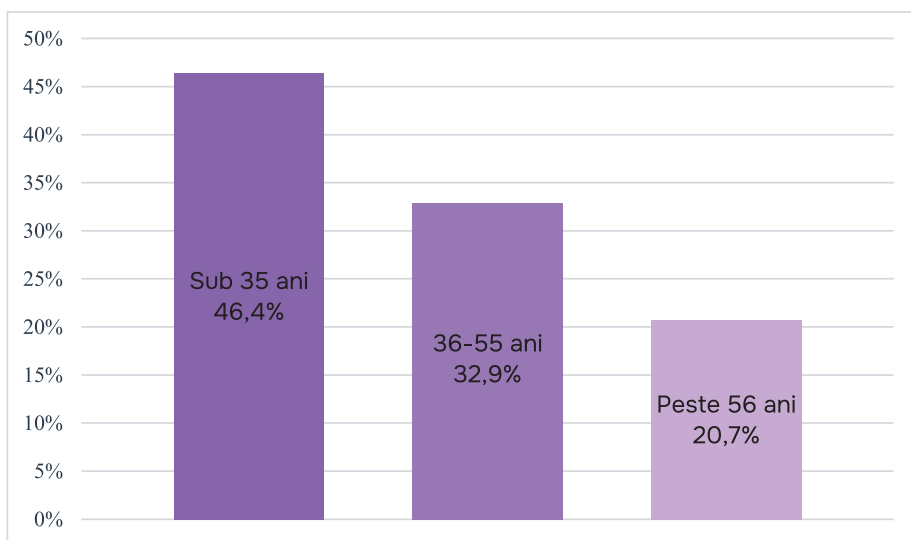


Figura 9. Distribuția respondenților în funcție de grupul de vârstă, %

Studiul *Bărbății și egalitatea de gen în Republica Moldova* [15] realizat în scopul cunoașterii percepțiilor populației referitoare la egalitatea de gen și violență a arătat existența unei corelații dintre opinii și statutul marital al respondenților. Din aceste raționamente, prezentul studiu s-a axat pe identificarea acestei corelații în comunitatea medicală,

iar pentru realizarea acestei sarcini participanții au fost îndemnați să indice statutul lor marital prin selectarea uneia dintre următoarele opțiuni *căsătorit/ă, necăsătorit/ă, divorțat/ă, văduv/ă*. Totodată, ținând cont de caracterul personal al întrebării, respondenților le-a fost oferită și posibilitatea de a se abține de la răspuns prin soluția *prefer să nu răspund*. Din această perspectivă, majoritatea participanților (68,5%) la studiu erau căsătoriți, iar circa fiecare a patra persoană (23,7%) nu se afla într-o relație la momentul participării la studiu. Doar 4,0% dintre respondenți erau divorțați, iar 2,0% – văduvi. În 1,8% de cazuri respondenții au preferat să nu răspundă la această întrebare (Figura 10).

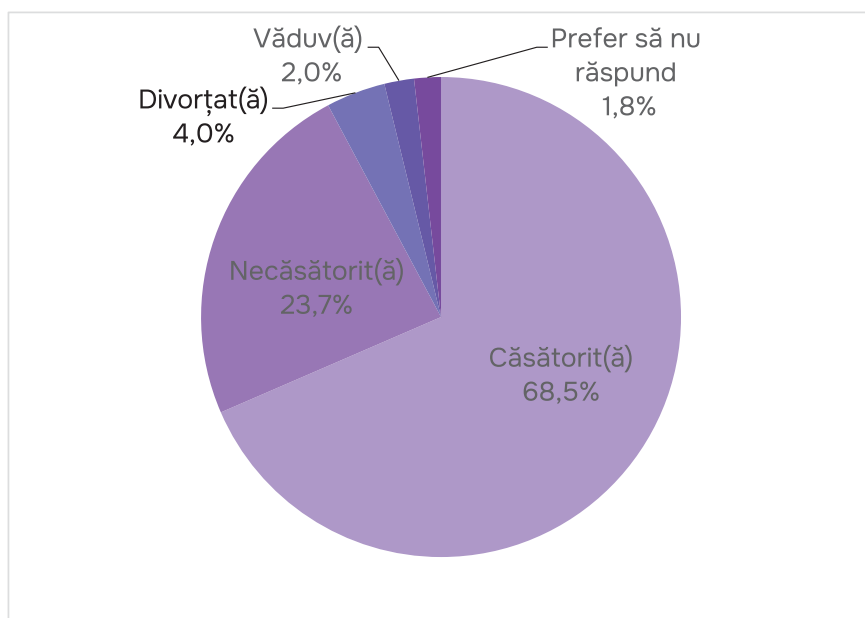


Figura 10. Statutul marital al respondenților incluși în studiu, %

Încă în 2011, perioada în care conceptul de violență în familie era insuficient de perceput, s-a recunoscut că copiii sunt cei mai vulnerabili față de acțiunile violente, fie în calitate de martori, fie de victime. Consecințele suportate de aceștia sunt cele de mai lungă durată și le modelează percepțiile, abordările și comportamentele în viața adultă [7]. De aceea, suntem de părerea că statutul de părinte poate intensifica conștientizarea și preocuparea față de violența domestică, oferind un

stimul puternic pentru adoptarea de comportamente și luarea de decizii menite să garanteze un mediu familial sigur și lipsit de violență pentru toți membrii familiei, în special copiii. Din această cauză, respondenții din cadrul studiului nostru au fost solicitați să indice statutul lor parental. În această privință s-a constatat că o proporție semnificativă a participanților la studiu (68,1%) erau părinți ce educă cel puțin un copil, în timp ce 1,2% dintre respondenți au preferat să nu răspundă la această întrebare (Figura 11).

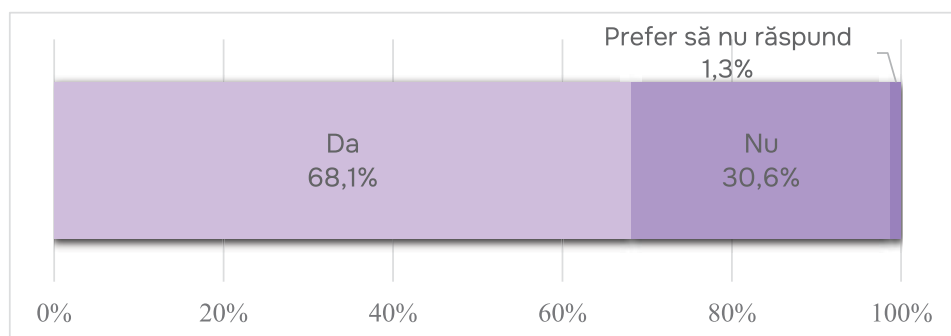


Figura 11. Rata părinților în rândul respondenților, %

Experiența de muncă joacă un rol important în conștientizarea aspectelor profesionale și sociale ale personalului medical, a abordărilor lor și în calitatea răspunsului oferit pacienților, inclusiv victime ale violenței domestice. Studiul a arătat că majoritatea respondenților posedă o oarecare experiență profesională. Astfel, din Figura 12 putem observa că majoritatea (80,6%) dintre participanți a avut un anumit stagiul de muncă, în timp ce doar 1 din 5 a afirmat că este *fără stagiul*. Din categoria respondenților cu experiență de muncă, 34,9% au avut un stagiul profesional de 21-40 de ani, 30,4% – 6-20 de ani, 25,0% – mai puțin de 5 ani, iar 9,7% – mai mult de 40 de ani. Predominarea respondenților cu experiență profesională poate fi atribuită, în principal, faptului că majoritatea participanților la acest studiu au fost medici. Din această perspectivă, putem considera rezultatele studiului ca fiind relevante, întrucât profesioniștii cu experiență contactează preponderent în activitatea lor de rutină cu pacienții cărora le extrapolează viziunile și percepțiile proprii.

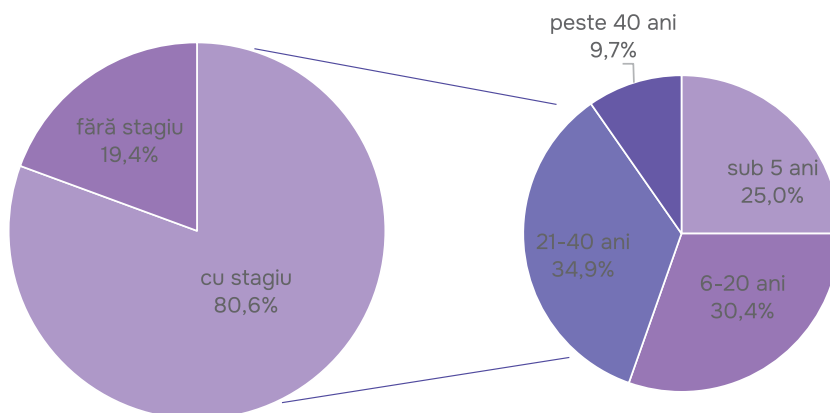


Figura 12. Experiența profesională a respondenților, %

Un aspect important explorat în cadrul studiului a fost evaluarea frecvenței interacțiunii respondenților cu pacienții ce se confruntă cu violența domestică. Ca urmare, mai mult de jumătate dintre respondenți (64,4%) au declarat că interacționează ocazional cu pacienții-victime ale violenței domestice, alți 13,2% – frecvent, și doar 1,4% – zilnic. Acest rezultat indică o prezență semnificativă a interacțiunilor sporadice sau frecvente cu pacienți afectați de violența domestică în rândul respondenților, subliniind astfel importanța pregătirii adecvate a personalului medical în oferirea unui răspuns prompt și coordonat pentru a asigura sprijinul și referirea corectă a victimelor, contribuind, în așa mod, la ameliorarea acestui grav fenomen social. Din această perspectivă opinăm că, riscul unei abordări necorespunzătoare este considerabil mai mare în cazul specialiștilor care se confruntă cu fenomenul violenței domestice relativ mai rar, deoarece, din punct de vedere practic, mult mai facil sunt gestionate situațiile de rutină, iar în cazurile ce prezintă o excepție probabilitatea necunoașterii algoritmului de acțiuni crește exponențial. Este de menționat că 20,9% dintre respondenți nu au interacționat niciodată cu victime ale violenței domestice pe parcursul vieții lor profesionale, observație explicabilă prin faptul că majoritatea dintre aceștia erau studenți (Figura 13).

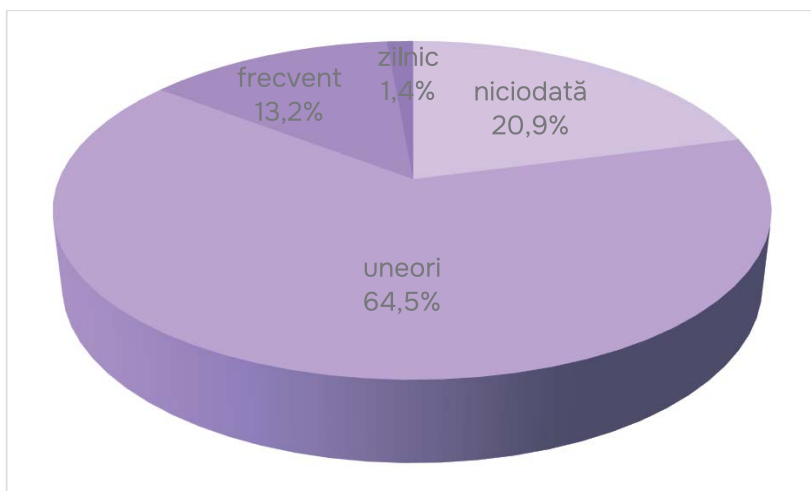


Figura 13. Rata de interacțiune a respondenților cu pacienți victime ale violenței domestice, %

Autoevaluarea cunoștințelor reprezintă un element valoros în contextul unei cercetări, oferind o perspectivă detaliată asupra nivelului de înțelegere și competențelor deținute de respondenți. Astfel, în cadrul chestionarului, autorii studiului au permis participanților să-și evalueze propriul nivel de cunoaștere a fenomenului violenței în familie, folosind o scală de la 1 la 5, unde 1 reprezintă un nivel minim de cunoaștere, iar 5 – maxim. Rezultatele au arătat că 60,9% dintre participanți și-au evaluat nivelul de cunoștințe între 1 și 3 (Figura 14), ceea ce ilustrează că marea majoritate a acestora sunt conștienți despre necesitatea dezvoltării și aprofundării cunoștințelor lor în acest domeniu.

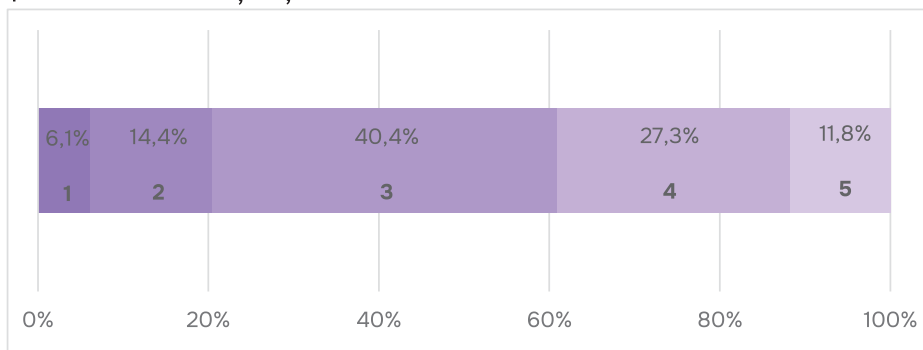


Figura 14. Nivelul de cunoaștere a fenomenului violenței în familie și a principiilor răspunsului sistemului sănătății, %

Instruirile inițiale și continue în domeniul violenței domestice reprezintă un pilon esențial în eforturile de prevenire, intervenție și eradicare a problemei date. Acestea constituie o resursă valoroasă pentru profesioniștii din domeniul sănătății, furnizându-le un cadru informațional crucial și sprijinind dezvoltarea abilităților și competențelor specializate necesare pentru a gestiona complexitatea cazurilor de violență domestică. Prin intermediul instruirilor, specialiștii devin familiarizați cu diversitatea formelor de violență domestică, cu factorii ce contribuie la persistența acesteia și cu impactul asupra victimelor și comunității. Cunoștințele acumulate permit schimbarea abordărilor și realizarea intervențiilor mai eficiente, dar și adaptate la specificul fiecărui caz de violență domestică. Este îmbucurător faptul că această ordine de idei este susținută și de participanții studiului. Astfel, 70,0% (583) dintre respondenți recunosc că au nevoie de instruirii în domeniul violenței domestice, mai ales că 60,8% (506) au afirmat că nu au urmat anterior asemenea instruirii.

3.2. Cunoștințele medicilor și mediciniștilor în domeniul violenței domestice

Cadrele medicale, prin prisma naturii specifice a activităților sale, au obligația profesională și morală de a interveni în soluționarea problemelor legate de sănătate, inclusiv a consecințelor violenței domestice. În vederea furnizării unui răspuns adecvat și eficient, este imperativ ca acești profesioniști să posede cunoștințe solide și temeinic fundamentate în acest domeniu. Scopul acestui compartiment al chestionarului a fost de a evalua nivelul de cunoaștere și înțelegere a fenomenului violenței domestice și de a identifica posibilele lacune în acest domeniu. Această evaluare a cunoștințelor este necesară pentru a îmbunătăți programele de studiu existente referitoare la violența în familie și în bază de gen și a le ajusta la situația reală în vederea schimbării situației.

Violența domestică este considerată o infracțiune ce încalcă drepturile omului, originile căreia rezidă în dezechilibrul de putere dintre

bărbați și femei. Pornind de la ideea că identificarea și soluționarea unei probleme implică o înțelegere corespunzătoare a esenței și caracterului acesteia, respondenții au fost chestionați în cadrul întrebării închise **Ce reprezintă violența în familie?** de tip complement multiplu¹⁵, acestora fiindu-le puse la dispoziție următoarele opțiuni: *infrațiuune; metodă de disciplinare a membrilor familiei; dezechilibru de putere; încălcare a drepturilor omului; manieră de comunicare acceptabilă în familie*. Doar 21,5% dintre respondenți au putut identifica toate caracteristicile violenței în familie și au definit-o drept *o infrațiuune ce încalcă drepturile omului, rezultat al unui dezechilibru de putere*. Alții (34,3%), au considerat violența domestică în calitate de *infrațiuune ce încalcă drepturile omului*, însă nu au cunoscut că aceasta este urmarea unui *dezechilibru de putere*. Este de atras atenția asupra faptului că fiecare al cincilea (19,9%) participant are o părere absolut greșită despre violența în mediul familial și o privește drept o *metodă de disciplinare a membrilor familiei și o manieră de comunicare acceptabilă în familie*. Aceste constatări grave evidențiază un nivel extrem de limitat de cunoaștere a esenței violenței în familie și prezența unor concepții totalmente greșite referitoare la natura violenței domestice. O astfel de abordare a fenomenului de către un cadru medical este pe cât de inadmisibilă, pe atât de periculoasă, deoarece compromise, din capul locului, capacitatea de identificare a victimei violenței în familie în persoana pacientului/ei ce solicită asistență medicală, poate contribui la subestimarea gravității și impactului acestui fenomen asupra victimei și societății, în ansamblu, la retraumatizarea victimei în procesul comunicării cu aceasta și la minimizarea consecințelor actelor violente sau chiar la justificarea comportamentelor abuzive din cadrul relațiilor de familie. Totodată, ponderea respondenților ce au exprimat asemenea viziuni corelează cu cea dintre ei (20,5%) ce s-au autoevaluat cu un nivel scăzut (1-2) de cunoaștere a fenomenului, ceea ce subliniază importanța instruirilor în această direcție.

Prin prisma Legii 45/2007 [60], sunt reglementate cinci forme distincte ale violenței în familie: fizică, sexuală, psihologică, spirituală și economică. Cunoașterea acestora este esențială pentru specialiștii din

¹⁵ Complement multiplu – întrebare cu mai multe opțiuni de răspuns corect

sectorul sănătății pentru oferirea unei asistențe complexe și corespunzătoare victimelor, acoperind toate dimensiunile și consecințele violenței domestice. În cadrul studiului, respondenților le-a fost oferită posibilitatea de a-și exprima cunoștințele referitoare la formele violenței domestice prin intermediul întrebării de tip deschis ***Care credeți sunt formele violenței în familie?***. Autorii studiului au preferat utilizarea tipului deschis de întrebare pentru a evita posibilitatea unor sugestii de răspuns și a recepționa informații reale vis-a-vis de cunoașterea de către respondenți a formelor de violență domestică. Astfel, rezultatele au arătat că cea mai recunoscută formă de violență în familie este cea fizică, fiind atestată în circa 95% din răspunsuri, urmată de violența psihologică (39,1%) și sexuală (25,3%). Violența spirituală și cea economică au fost recunoscute de către un număr limitat (7,4%) de participanți, ceea ce sugerează o lacună imensă privind cunoașterea tuturor formelor de abuz în familie. În privința acestor observații este de atenționat că, un medic ce nu cunoaște manifestările violenței în familie nu este capabil să le identifice la pacienții-victime și să le acorde asistența medicală necesară focalizată pe nevoile acestora!

Violența domestică, la fel ca orice altă formă de violență interpersonală, implică existența unor categorii de persoane recunoscute ca fiind într-o situație de vulnerabilitate sporită [77]. Aceste persoane se confruntă cu riscuri mai mari din cauza vârstei, statutului socioeconomic, stării de sănătate, stereotipurilor și normelor sociale asociate genului, precum și altor vulnerabilități. Considerăm că familiarizarea medicilor cu categoriile de persoane vulnerabile este esențială pentru identificarea, intervenția și acordarea de îngrijire specializată victimelor violenței domestice, având în vedere particularitățile și necesitățile individuale ale fiecărui pacient. Pentru a evalua capacitatea participanților de a identifica categoriile de persoane vulnerabile, acestora li s-a înaintat o întrebare închisă de tip complement multiplu (***Selectați categoriile de persoane vulnerabile față de violența în familie***), care a inclus patru grupuri distincte: *femeile gravide, persoanele în vârstă, persoanele cu dizabilități fizice sau psihice și persoanele care trăiesc în comunități rurale și îndepărtate*. Suplimentar, participanților li s-a oferit o opțiune greșită și

anume că *toate persoanele sunt vulnerabile în egală măsură*. Rezultatele au arătat că majoritatea respondenților (63,9%) au considerat eronat că *toate persoanele sunt vulnerabile în egală măsură*, o percepție care indică o lipsă de înțelegere a diferențelor și specificul factorilor de vulnerabilitate în contextul violenței domestice. De asemenea, este de menționat că numai jumătate dintre participanți (49,6%) au recunoscut corect *persoanele cu dizabilități fizice sau psihice* drept o categorie vulnerabilă, în virtutea stării lor de sănătate fizică și mentală. Un număr și mai mic dintre ei – 45,5% și respectiv 39,5%, consideră *persoanele în vârstă și femeile gravide* în calitate de categorii care se confruntă cu un risc mai mare de a deveni victime ale violenței în cadrul relațiilor familiale. Aceeași situație s-a constatat în privința unei alte categorii vulnerabile precum *persoanele care trăiesc în comunități rurale și îndepărtate*, acestea fiind recunoscute de doar o treime dintre respondenți (35,6%). Astfel, considerăm că răspunsurile și la această întrebare arată repetat că profesioniștii din domeniul medical prezintă deficiențe în cunoașterea particularităților fenomenului violenței domestice, ceea ce sugerează că ei au nevoie de instruire.

Un alt aspect important ce ne-am propus să îl dezvoltăm în cadrul studiului a fost conștientizarea respondenților despre posibila existență a barierelor care ar putea împiedica femeile supraviețuitoare ale violenței în familie să acceseze serviciile de sănătate și să dezvăluie personalului medical actele de violență suferite. Am recurs la utilizarea unei întrebări deschise ***Care sunt, din punctul Dvs. de vedere, barierele întâmpinate de către victimele violenței în familie în accesarea serviciilor de sănătate?*** pentru a oferi participanților posibilitatea de a-și exprima ideile și opiniile într-un mod liber și creativ, fără a fi restricționați de opțiuni predeterminate. Majoritatea respondenților au fost receptivi și au oferit cel puțin un răspuns la această întrebare, cu excepția unui mic grup (cca. 3%), care a ales să evite răspunsul sau nu percepe existența unor astfel de bariere. Printre cele mai răspândite variante de răspuns au fost evidențiate următoarele: *frica, rușinea, stigmatizarea, necunoașterea cadrului legislativ, lipsa încrederii în sistemul de sănătate, dependența financiară de agresor, dezinformarea, necunoașterea drepturilor sale*.

Este lăudabil faptul că medicii conștientizează adevăratele bariere descrise și în literatura de specialitate, deoarece aceasta i-ar ajuta să le anticipateze și gestioneze adecvat, încurajând astfel victimele să dezvăluie cazurile de violență domestică pentru a le fi oferit un răspuns eficient și nediscriminatoriu.

Victimele violenței în familie și în bază de gen au unele necesități distincte comparativ cu victimele altor evenimente traumatiche, determinate de specificul respectivei forme de violență. Din aceste considerente, îngrijirile medicale trebuie să fie centrate pe necesitățile victimelor violenței în familie și să cuprindă o serie de elemente, precum: atitudini lipsite de prejudecată, de susținere și de validare a declarațiilor femeii; asigurarea unui sprijin și a îngrijirilor practice care să răspundă necesităților victimei; ascultarea cu atenție, fără a face presiuni asupra victimei să vorbească; păstrarea confidențialității; examinarea victimei în lipsa agresorului; etc. [77]. În cadrul chestionarului, respondenții au fost solicitați să precizeze aceste ***elemente particulare în acordarea ajutorului medical victimelor violenței în familie comparativ cu alți/te pacienți/te*** sub forma unei întrebări deschise. Analiza rezultatelor oferite a constatat o varietate mare de răspunsuri vagi care abordează în mod marginal aceste elemente specifice, iar 11,9% dintre participanți au declarat franc și categoric că nu le cunosc. Considerăm această situație profund îngrijorătoare, deoarece lipsa cunoștințelor legate de aceste elemente esențiale pune în pericol sănătatea și siguranța victimelor, medicii nefiind pregătiți să abordeze nevoile specifice ale acestei categorii de pacienți, ceea ce din nou evidențiază necesitatea acută a instruirii cadrelor medicale.

Instrumentele de instruire în domeniul violenței în familie subliniază importanța conștientizării de către cadrul medical a faptului că violența în familie este o problemă de sănătate publică [77, 99]. Lipsa acestei conștientizări afectează inevitabil calitatea răspunsului, reducând astfel eficacitatea asistenței medicale acordate victimelor. În absența unui răspuns adecvat, victimele violenței în familie pot pierde încrederea în sistemul de sănătate, evita contactul cu medicii sau, în cazul în care apelează la aceștia, ar putea să nu primească sprijinul și tratamentul

necesar, compromițându-se drepturile constituționale ale acestora privind sănătatea, integritatea corporală, viața și accesul la o justiție echitabilă. Îmbucurător este faptul că la întrebarea ***De ce considerați că sistemul sănătății trebuie să răspundă adecvat la cazurile de violență în familie?***, marea majoritate a participanților în studiu (85,7%) a recunoscut că *violența în familie este o problemă de sănătate publică*, ceea ce ne face să credem că există totuși o deschidere și acceptare a faptului că intervenția și abordarea violenței în familie în cadrul sistemului de sănătate sunt esențiale pentru asigurarea unui răspuns corespunzător și eficient. Această constatare este argumentată și de faptul că 40,8% dintre respondenți afirmă că *probabilitatea ca o femeie să solicite ajutor medical este mare*, ceea ce ne sugerează că, pe lângă recunoașterea importanței sistemului de sănătate în abordarea violenței domestice, ei sunt conștienți că femeile sunt afectate într-un mod deosebit de această problemă. Mai mult decât atât, 56,6% dintre participanți consideră că *personalul medical posedă cunoștințe și abilități de reacționare la violență*, ceea ce denotă că aceștia cunosc responsabilitatea pe care o posedă în abordarea acestui fenomen. Totuși, în ciuda opiniilor exprimate mai devreme, am remarcat că doar 5,4% dintre respondenți au oferit un răspuns complet, identificând adevăratele motive pentru care sistemul sănătății trebuie să răspundă adecvat la cazurile de violență în familie, și anume: *violența în familie este o problemă de sănătate publică; evidența statistică a cazurilor care primesc ajutor medical; probabilitatea ca o femeie să solicite ajutor medical este mare; personalul medical posedă cunoștințe și abilități de reacționare la violență*. Această constatare sugerează că, în pofida unei aparente conștientizări a importanței sistemului de sănătate în abordarea violenței domestice, există totuși o înțelegere parțială a scopurilor și priorităților sistemului de sănătate. Astfel, repetat este subliniată necesitatea instruirii cadrelor medicale cu privire la rolul de bază al sistemului de sănătate în gestionarea și abordarea cazurilor de violență domestică.

În vederea evaluării percepțiilor participanților privind rolul sistemului de sănătate în abordarea violenței domestice a fost utilizată

scala Likert, ceea ce a permis măsurarea gradului de acord sau dezacord al respondenților față de afirmațiile propuse.

Chiar dacă marea majoritate a participanților anterior a recunoscut ferm că violența în familie este o problemă de sănătate publică și că personalul medical posedă cunoștințe și abilități de reacționare la violență, la afirmația ***Rolul sistemului sănătății în combaterea violenței în familie este nesemnificativ*** un număr îngrijorător de mare de respondenți (34,9%) a declarat că sunt total sau parțial de acord cu aceasta (Tabelul 1). Existența unei asemenea opinii în rândul a peste o treime din cadrele medicale este un fapt alarmant, cu atât mai mult că aceasta contravine concepției generale privind importanța sistemului medical în abordarea violenței domestice. Astfel, subestimarea acestui rol ar putea duce la furnizarea inadecvată de asistență victimelor violenței domestice și subminarea eforturilor de prevenire și gestionare a acestui fenomen grav. Gravitatea situației este subliniată și de ponderea (13,0%) respondenților care nu au putut lua o poziție clară și au optat pentru un răspuns neutru.

Relația de încredere între medic și pacient reprezintă fundamentul unei asistențe medicale eficiente și calitative. Lipsa încrederii în prestatorii de servicii medicale poate deveni un important impediment pentru victimele violenței în familie în accesarea serviciilor medicale și respectiv de dezvoltare a cazurilor de abuz. Pentru a evalua dacă respondenții conștientizează că ei înșiși pot deveni o barieră în accesarea de către victima violenței în familie a serviciilor de sănătate, participanților li s-a cerut să se pronunțe asupra afirmației ***Lipsa încrederii în personalul medical constituie o barieră în accesarea de către victima violenței în familie a serviciilor de sănătate***. Este promițător că 69,1% dintre participanți au fost total sau parțial de acord cu ideea respectivă (media 3,8), care a reprezentat, de fapt, și unul dintre cele mai comune răspunsuri la întrebarea deschisă anterioară privind barierele întâmpinate de victime în accesarea serviciilor medicale (Tabelul 1). Cu toate acestea, aproximativ o treime dintre participanți au manifestat un dezacord față de această afirmație (16,7%) sau au adoptat o poziție neutră în această privință (14,2%). Această constatare ne induce ideea că nu toți

respondenții consideră *încrederea* drept element central în relația medic – pacient, o abordare inadmisibilă în exercitarea profesiei de medic.

Este binecunoscut [77, 99] că prejudecățile sau concepțiile greșite ale medicului cu privire la victimele violenței în familie pot avea un impact semnificativ asupra calității asistenței medicale acordate acestor persoane, afectând modul în care medicul înțelege și abordează nevoile specifice ale victimelor. În prezentul studiu, 52,6% dintre respondenți au considerat corect prejudecățile în calitate de o eventuală barieră pentru victime în accesarea serviciilor de sănătate calitative (Tabelul 1), manifestându-și acordul total sau parțial la afirmația ***Asistența medicală acordată victimei violenței în familie poate fi afectată de prejudecățile (concepțiile greșite) medicului.*** Chiar dacă ar părea un rezultat promițător, aproape fiecare al patrulea participant (23,2%) nu a fost de acord cu această opinie, iar un alt sfert (24,3%) dintre ei a manifestat o poziție neutră în acest sens. Astfel, constatăm că aproape jumătate dintre toți participanții nu conștientizează rolul major pe care îl are prezența concepțiilor greșite în abordarea corectă a victimei, ceea ce ne subliniază, o dată în plus, nevoia de instruire a cadrelor medicale în acest domeniu.

Conform algoritmului din standardele internaționale [49, 99, 131] și cele naționale [35, 70, 73] privind intervenția instituțiilor medico-sanitare la cazurile de violență domestică, identificarea victimelor este primul pas în oferirea unui răspuns adecvat. În cazul incapacității sistemului sănătății de a identifica victimele violenței în familie, acestea vor beneficia doar de acele servicii medicale ce vor fi necesare în funcție de starea lor clinică, fără a avea parte, însă, de serviciile specifice necesare acestor categorii de victime. Este îmbucurător faptul că aceeași opinie este susținută și de 70,9% dintre respondenți (media 3,8), care au fost de acord că ***incapacitatea medicului de a recunoaște victimele violenței în familie influențează calitatea asistenței medicale oferite acesteia***, recunoscând astfel rolul major pe care îl au în identificarea cazurilor și gestionarea lor adecvată (Tabelul 1).

Tablelul 1. Opinia respondenților privind rolul sistemului sănătății în abordarea violenței în familie (abs., %, X)

Afirmații:	Acord total	Acord parțial	Neutru	Dezacord parțial	Dezacord total	Media
Rolul sistemului sănătății în combaterea violenței în familie este nesemnificativ	9,9% (82)	25,0% (208)	13,9% (116)	20,6% (171)	30,6% (255)	2,7
Lipsa încrederii în personalul medical constituie o barieră în accesarea de către victima violenței în familie a serviciilor de sănătate	27,6% (230)	41,5% (345)	14,2% (118)	11,4% (95)	5,3% (44)	3,8
Asistența medicală acordată victimei violenței în familie poate fi afectată de prejudecățile (concepțiile greșite) medicului în acest sens	18,8% (156)	33,8% (281)	24,3% (202)	11,4% (95)	11,8% (98)	3,3
Incapacitatea medicului de a recunoaște victimele violenței în familie influențează calitatea asistenței medicale oferite acestora	34,3% (285)	36,8% (306)	11,7% (97)	9,0% (75)	8,3% (69)	3,8

Siguranța pacienților expuse violenței în familie trebuie să fie în centrul oricărei intervenții din partea specialiștilor medicali. De aceea, în procesul intervenției, lucrătorul medical trebuie să evalueze riscul, prin chestionarea victimei referitor la acei factori de risc care generează violența în familie și/sau care pot favoriza escaladarea actelor de violență [77]. Aceste riscuri sunt evaluate prin utilizarea Chestionarului pentru

identificarea riscului pentru viața sau integritatea corporală a victimei și Ghidului specialistului privind evaluarea riscurilor din cadrul *Instrucțiunii privind intervenția instituțiilor medico-sanitare în cazurile de violență în familie* aprobate prin ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr. 1167 din 15 octombrie 2019 [73]. Evaluarea riscurilor permite cadrelor medicale să asiste pacienții/pacientele în identificarea măsurilor necesare pentru creșterea siguranței lor și a membrilor familiilor sale, dar și să atenționeze victimele asupra riscurilor existente. Cu toate că cei mai mulți respondenți nu au putut indica în cadrul întrebării deschise elementele intervenției medicale în cazurile de violență în familie, majoritatea dintre ei (62,2%) a fost de acord că ***evaluarea riscurilor de escaladare sau repetare a violenței este parte integrantă a răspunsului medicului la cazurile de violență în familie*** (Tabelul 2).

O opinie asemănătoare a fost enunțată de către respondenți și în privința unui alt element important al răspunsului sistemului sănătății la cazurile de violență domestică – referirea. Astfel, 69,8% dintre participanții studiului (media 3,6) au fost ferm de acord că ***referirea victimelor violenței în familie este parte integrantă a răspunsului medicului la cazurile de violență în familie***, ceea ce reflectă că medicii privesc referirea ca pe un pas important în gestionarea cazului de violență în familie pentru asigurarea tuturor nevoilor victimelor prin intermediul cooperării intersectoriale dintre diferite instituții, autorități și specialiști (Tabelul 2).

Viziunile profesioniștilor din sectorul sănătății asupra acestor două elemente importante ale răspunsului medicului la cazurile de violență domestică denotă că aceștia își înțeleg rolul în abordarea violenței domestice, însă nu într-o manieră deplină. Cunoașterea incompletă a rolului lor este demonstrată și de faptul că în privința afirmației ***documentarea leziunilor corporale este o sarcină exclusivă a medicului legist*** marea majoritate (61,3%) a respondenților a fost de acord (Tabelul 2). Această afirmație a inclus în sine un element obligatoriu al actului medical, cel de documentare, pe care cadrele medicale incluse în studiu, spre regret, nu l-au abordat corespunzător, atribuindu-l exclusiv medicului legist. Această observație denotă că medicii nu conștientizează

rolul pe care îl au în realizarea actului justiției prin furnizarea de informații medicale, inclusiv referitoare la traumele descoperite pe corpurile pacienților. Caracterul empiric al unei documentări corecte și depline a consecințelor violenței în familie rezultă din faptul că pentru pacient, actele medicale au valoarea de probe judiciare care nemijlocit servesc pentru incriminarea acțiunilor făptuitorului, și totodată, surse importante pentru alți medici implicați în acordarea asistenței medicale complexe și adecvate.

Violența sexuală este una dintre formele de manifestare a violenței în familie. La momentul actual, răspunsul sistemului sănătății la cazurile de violență sexuală este reglementat de Protocolul Clinic Standardizat *Managementul clinic al cazurilor de viol* [72] și *HG 223/2023 cu privire la aprobarea Metodologiei de lucru a echipei de intervenție în cazurile de violență sexuală și a Instrucțiunii de lucru a echipei de intervenție în cazurile de violență sexuală* [44], care atribuie medicului ginecolog prelevarea probelor biologice în situațiile de urgență. Este promițător că 78,4% dintre respondenți (media 3,7) consideră corect că **Medicul ginecolog trebuie să colecteze probele biologice de la victimele violului în anumite situații**, înțelegând probabil prin aceste *anumite situații* cazurile de urgență. Cu toate acestea, fiecare al cincilea respondent (21,6%) nu a cunoscut această atribuție sau a fost confuz în privința ei (Tabelul 2).

Tabelul 2. Opinia respondenților cu privire la unele elemente de bază ale asistenței medicale acordate victimelor violenței domestice (abs., %, χ)

Afirmații:	Acord total	Acord parțial	Neutru	Dezacord parțial	Dezacord total	Media
Evaluarea riscurilor de escaladare sau repetare a violenței este parte integrantă a răspunsului medicului la cazurile de violență în familie	28,5% (237)	33,7% (280)	24,8% (206)	8,7% (72)	4,4% (37)	3,4
Referirea victimelor violenței în familie este parte integrantă a răspunsului medicului la cazurile de violență în familie	35,1% (292)	34,7% (289)	23,0% (191)	4,3% (36)	3,9% (24)	3,6
Documentarea leziunilor corporale este o sarcină exclusivă a medicului legist	36,1% (300)	25,2% (210)	14,7% (122)	10,8% (90)	13,2% (110)	3,4
Medicul ginecolog trebuie să colecteze probele biologice de la victimele violului în anumite situații	55,0% (458)	23,3% (194)	10,8% (90)	4,1% (34)	6,7% (56)	3,7

Pentru siguranța și protecția victimei, lucrătorii medicali trebuie să informeze victima despre măsurile legale de protecție existente. În Republica Moldova, în calitate de instrumente de reacționare promptă în vederea protecției victimelor violenței sunt *ordinul de restricție de urgență* și *ordonanța de protecție* [60]. Pentru a evalua cunoștințele respondenților cu privire la măsurile de protecție juridică a victimelor violenței domestice, chestionarul a inclus întrebarea închisă ***Care sunt instrumentele juridice de protecție a victimei violenței în familie?***, ce a

oferit următoarele opțiuni de răspuns: *ordonanța de protecție; informarea asistentului social din localitate; ordinul de restricție de urgență; informarea primarului din localitate și în Republica Moldova nu există instrumente juridice de protecție a victimelor violenței în familie*. Ca urmare, s-a constatat un număr alarmant (89,1%) de actuali și viitori medici ce nu cunosc măsurile de protecție juridică. Astfel, 88,5% dintre ei consideră în mod eronat că *informarea asistentului social și/sau a primarului localității* este un instrument de protecție juridică, iar și mai grav, 11,5% dintre ei afirmă că *în Republica Moldova nu există instrumente legale de protecție a victimelor violenței în familie*. Suntem convinși că acest lucru se răsfrânge negativ asupra capacității victimelor de a accesa aceste măsuri, reprezentând un pericol iminent pentru escaladarea actelor de violență cu consecințe devastatoare atât pentru victimă, cât și pentru întreaga sa familie, întrucât agresorul continuă să rămână în mediul familial.

Conform prevederilor legislației naționale [45, 60], personalul medical este obligat să raporteze cazul la organele teritoriale ale poliției în următoarele situații: copiii-victime ale oricăror forme de violență - fără acordul acestora; acte de violență în familie care pun în pericol viața sau sănătatea victimei ori existența pericolului iminent de a se produce asemenea acte de violență - fără acordul victimei; persoane cu leziuni corporale medii sau grave provocate ca urmare a unei infracțiuni asupra lor - fără acordul victimei; la cererea expresă a victimei. Pentru a aprecia dacă respondenții cunosc obligativitatea lor în fața legii, chestionarul a inclus întrebarea închisă ***În privința căror victime și în ce condiții medicul trebuie să informeze poliția despre cazul de violență în familie?***. În calitate de potențiale răspunsuri, respondenții au avut următoarele opțiuni: *copii doar cu acordul lor; copii indiferent de acordul lor; adulți cu acordul lor; adulți fără acordul lor în caz de pericol pentru viață sau sănătate; în nici un caz poliția nu se informează din cauza confidențialității datelor medicale*. Analiza răspunsurilor oferite de către participanți, ne face să constatăm că există deficiențe semnificative referitoare și la acest aspect, întrucât doar 1 din 3 (33,8%) actuali și viitori medici au fost capabili să recunoască cazurile când raportarea cazului la organele

poliției este obligatorie (Tabelul 2). Această neglijență în practica medicală poate avea urmări deosebit de grave, inclusiv întârzierea inițierii procedurilor legale și riscul crescut de recidivă a violenței, reprezentând astfel un pericol iminent pentru viața victimei. Este de menționat și răspunderea juridică la care poate fi tras un cadru medical pentru nesesizarea organelor poliției, mai ales în cazul copiilor-victime [20].

În lumina analizei tuturor răspunsurilor oferite anterior, se pare că medicii și mediciniștii nu sunt întru-totul familiarizați cu rolul care le este atribuit în ceea ce privește abordarea corectă a cazurilor de violență în familie. Chiar dacă sistemul sănătății din Republica Moldova dispune de numeroase proceduri ce reglementează răspunsul sistemic la cazurile de violență în familie, considerăm că acestea nu sunt pe deplin oferite de către instituțiile în care activează sau studiază respondenții, ceea ce reprezintă o omisiune la nivel de conducere a instituțiilor medico-sanitare. Astfel, pentru a verifica această ipoteză, participanții au fost solicitați să precizeze ***Ce instrumente dintre cele indicate mai jos au fost oferite de instituția în care activează/studiază***, din următoarea listă propusă: Protocolul clinic standardizat *Managementul clinic al cazurilor de viol* (Ordin MS nr.908 din 30.09.2021); *Ghidul pentru specialiștii din sistemul de sănătate privind intervenția eficientă în cazurile de violență împotriva femeilor* (Ordin MS nr.1083 din 30.12.2016); *Instrucțiunea privind intervenția instituțiilor medico-sanitare în cazurile de violență în familie* (Ordin MS nr.1167 din 15.10.2019); *Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 270/2014 cu privire la aprobarea Instrucțiunilor privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului*; *Ordinul MSMPS nr. 445/2015 cu privire la aprobare Instrucțiunii metodice privind intervenția instituțiilor medicale în identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea cazurilor de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului*; *Ordinul comun al MMPS, ME, MS și MAI nr. 153/1043/1042/293 din 08.10.2014 cu privire la aprobarea Fișei de sesizare a cazului suspect de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului*. Rezultatele obținute au fost conforme ipotezei și au indicat că fiecare al treilea (31,3%)

respondent nu a primit din partea instituției în care activează sau studiază nici unul dintre instrumentele înaintate de autori. Totodată, cel mai oferit instrument s-a dovedit a fi Protocolul clinic standardizat *Managementul clinic al cazurilor de viol (Ordin MS nr.908 din 30.09.2021)*, fapt recunoscut de 56,0% dintre respondenți (Tabelul 2). Ultima observație poate fi lesne explicată prin faptul că în cursul anilor 2022-2023 peste 1000 de medici din diferite domenii au fost instruiți în privința aplicării acestui protocol standardizat în cadrul unui vast atelier de informare organizat de UNFPA Moldova în parteneriat cu USMF „Nicolae Testemițanu” [84, 85]. Această experiență benefică subliniază importanța instruirilor, pe de o parte, și efectele lor, pe de altă parte întru asigurarea unei abordări corecte și unui răspuns adecvat.

Analiza răspunsurilor din acest compartiment al chestionarului a evidențiat lacune semnificative în cunoașterea fenomenului violenței în familie în rândul profesioniștilor din sectorul medical. Această constatare subliniază necesitatea și importanța instruirilor în domeniul violenței domestice, menite să le consolideze capacitatea de răspuns adecvat la asemenea cazuri. Este crucial ca acești profesioniști să fie bine înarmați cu cunoștințele și abilitățile necesare pentru a gestiona și trata situațiile de violență în familie într-un mod sensibil și profesionist. Dat fiind faptul că, *Programul național privind prevenirea și combaterea violenței față de femei și a violenței în familie pentru anii 2023-2027* [86] solicită ca toți profesioniștii din domeniul sănătății să fie instruiți în privința violenței în familie și în bază de gen, în cadrul prezentului studiu nu am urmărit să analizăm nivelul de cunoaștere a acestui subiect dezagregat după statutul profesional al respondentului, student sau medic.

3.3. Percepțiile medicilor și mediciniștilor în domeniul violenței domestice

În lipsa unor instruirii, profesioniștii din domeniul medical, asemenea celorlalți membri ai societății, sunt expuși și influențați de miturile și stereotipurile privind violența în familie. Prejudecățile și stereotipurile asociate violenței domestice pot influența modul în care cadrele medicale înțeleg și abordează cazurile de violență domestică în

practica lor profesională [77, 99]. Pentru a asigura o intervenție corespunzătoare și eficientă, medicii trebuie să facă distincția dintre miturile existente și realitatea din spatele fenomenului violenței în familie. Acest compartiment al chestionarului a fost conceput pentru a evalua percepțiile și atitudinile personale ale participanților legate de violența domestică, în calitate de factori ce ar putea afecta serviciile medicale oferite, mai ales că, potrivit studiului, 79,1% dintre ei au fost implicați în comunicare cu victimele acestei forme de violență. Considerăm că evaluarea acestora aduce o mai bună înțelegere a modului în care aceste probleme sunt percepute în comunitatea medicală și pot contribui la identificarea punctelor critice ce necesită a fi redresate prin instruirii suplimentare.

Unul dintre mesajele fundamentale transmise de Convenția de la Istanbul (2011) [102] este recunoașterea violenței în familie drept o infracțiune gravă, inacceptabilă în orice circumstanțe, ce nu trebuie tolerată sub nici o formă. O viziune diferită în rândul medicilor ar putea fi privită drept o neglijare a responsabilității etice și profesionale ce îi afectează intervenția. În cadrul studiului am considerat important să solicităm opinia participanților cu privire la acest aspect, motiv pentru care în chestionar a fost inclusă întrebarea închisă ***Care dintre următoarele afirmații le împărtășiți?***, ce a oferit respondenților mai multe opțiuni de răspuns, inclusiv provocatoare: *violența în familie este un comportament acceptabil; violența dintre membrii familiei este o chestiune privată; violența dintre membrii familiei este acceptabilă doar în anumite circumstanțe; violența în familie este un comportament inacceptabil în orice circumstanțe; violența poate fi aplicată doar în raport cu unii membri ai familiei*. Rezultatele au demonstrat că majoritatea absolută a respondenților (91,9%) sunt pe deplin conștienți că *violența în familie este un comportament inacceptabil în orice circumstanțe*. Cu toate acestea, aproape 1 din 10 participanți la studiu a avut o poziție oarecum confuză, deoarece a considerat violența domestică inacceptabilă în orice circumstanțe, însă au bifat și unele opțiuni greșite, justificând-o în așa mod în anumite situații.

În cadrul studiului am considerat esențial să ne asigurăm că actualii și viitorii medici consideră violența în familie drept o problemă de sănătate publică, moment cheie în conștientizarea rolului sistemului sănătății în abordarea acestor cazuri. Prin urmare, în studiu am solicitat repetat opinia participanților cu privire la acest aspect, doar că deja sub o formă directă și gradual, prin intermediul întrebării-afirmații ***Violența în familie este o problemă de sănătate publică***. Conform datelor obținute, 81,2% dintre respondenți au exprimat un acord total sau parțial referitor la această afirmație, rezultat comparabil (85,7%) cu cel descris în *Subcapitolul 3.2*. Probabil din această cauză majoritatea covârșitoare a respondenților (83,9%) recunosc că ***Violența în familie este un fenomen răspândit în Republica Moldova*** (Figura 15). Considerăm această constatare importantă, deoarece un pas esențial în conștientizarea unei probleme constă în înțelegerea nu doar a caracterului, dar și a gradului de răspândire a acesteia. Analiza în profunzime a acestei afirmații dezagregate după statutul profesional al respondenților (student/medic) a arătat că nu există o diferență statistică semnificativă de opinii în această privință.

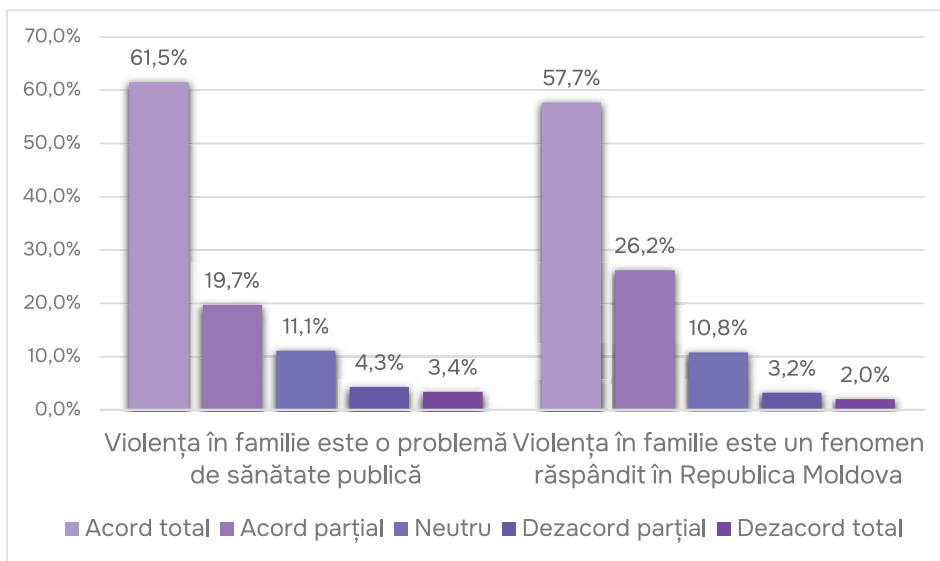


Figura 15. Opinia respondenților privind unele realități referitoare la violența în familie, %

După cum s-a menționat anterior în *Subcapitolul 1.4*, miturile și stereotipurile referitoare la violența în familie oferă informații greșite și distorsionate cu privire la acest fenomen, modelând percepția și răspunsul societății la cazurile de violență. Considerăm că acestea devin și mai dăunătoare atunci când sunt împărtășite de profesioniștii ce nemijlocit gestionează asemenea cazuri, în special de către specialiștii din domeniul sănătății. De aceea, în cadrul studiului am urmărit să evaluăm nivelul de acord al respondenților privind unele dintre cele mai răspândite mituri în societate, asociate violenței domestice.

Mitul ***Violența domestică apare numai în familiile din păturile sărace ale societății*** este unul dintre cele mai frecvente percepții profund greșite, care persistă în societate. Această percepție eronată asupra realității conduce, adesea, la subestimarea sau chiar negarea existenței violenței în familiile din alte categorii sociale. Este de apreciat faptul că majoritatea respondenților a fost conștientă de incorectitudinea acestei afirmații, întrucât 63,7% dintre aceștia și-au manifestat dezacordul total sau parțial referitor la acest mit. Cu toate acestea, fiecare al treilea (36,3%) participant la studiu a susținut această idee sau a manifestat o incertitudine în privința ei (Figura 16). Adevărul este că violența domestică traversează toate categoriile sociale, fără a ține cont de statutul economic, nivelul de educație sau alte caracteristici socio-economice. Este o problemă complexă, care poate afecta orice familie, indiferent de background-ul acesteia [76].

Un alt mit extrem de nociv și periculos susține că ***Violența în familie este o chestiune privată***, impunând necesitatea unei abordări categorice în special din partea cadrelor medicale, deoarece poate compromite eforturile de prevenire și intervenție în cazurile de violență domestică. Chiar dacă 75,5% dintre respondenți au conștientizat că această afirmație este un mit și au exprimat un dezacord total sau parțial în această privință, totuși 1 din 4 participanți a manifestat o incertitudine (14,7%) sau și mai grav un anumit grad de acord (9,8%) (Figura 16). În realitate, este bine cunoscut că violența domestică este o problemă socială cu impact nu doar asupra victimelor, ci și asupra întregii societăți, din care cauză legislația internațională privind drepturile omului [44, 102],

stabilește obligativitatea statelor de a se implica și elimina toate formele de violență domestică. O analiză detaliată a acestei declarații, raportată la statutul profesional al respondenților (student/medic), nu a arătat o diferență statistică semnificativă de opinii.

Cauzele violenței domestice sunt complexe și multiple, având rădăcini adânci implantate într-o serie de factori personali, relaționali, culturali și sociali [76, 99]. Unul dintre miturile larg răspândite în societate privind etiologia violenței în familie este că **Consumul de alcool este o cauză a violenței în familie**. Rezultatele studiului au relevat că acest concept greșit referitor la adevăratele cauze ale violenței în familie este împărtășit de marea majoritate a respondenților, pentru că 85,3% dintre ei și-au manifestat acordul în privința acestui fapt (Figura 16).

De fapt, consumul de alcool nu este o cauză în sine a violenței în familie, ci doar un factor declanșator al comportamentelor violente [35, 39, 99].

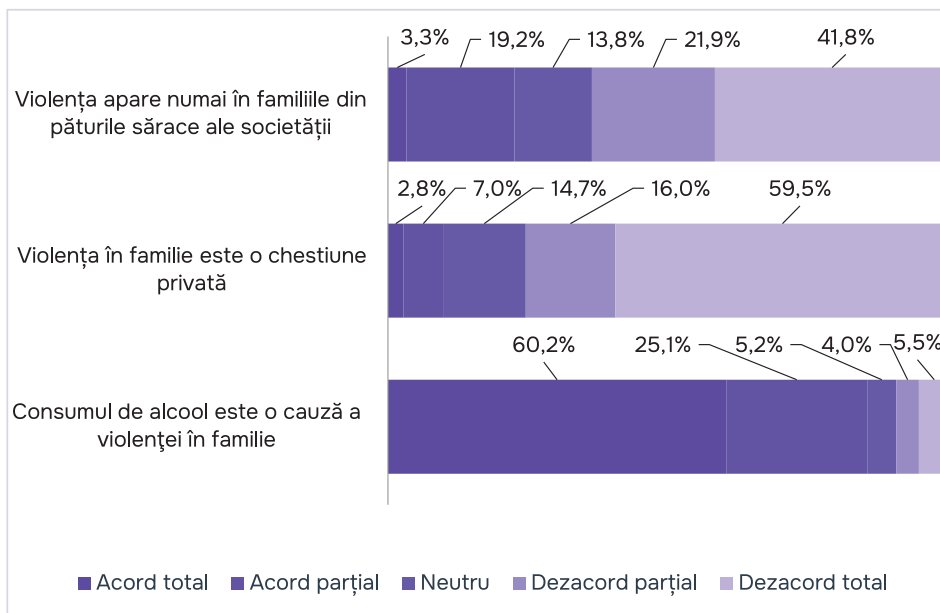


Figura 16. Opinia respondenților privind unele mituri referitoare la violența în familie, %

După cum s-a menționat anterior în *Subcapitolul 1.4*, stereotipurile legate de gen reprezintă niște credințe sau așteptări comune privind

comportamentul, rolul social sau caracteristicile pe care o anumită societate le atribuie în mod tradițional fiecărui gen, fiind cea mai importantă sursă de discriminare și inegalitate de gen. Aceeași poziție este susținută și de 63,3% dintre respondenți, care au oferit un acord total sau parțial la afirmația ***Prejudecățile privind rolul femeilor și bărbaților în societate sunt asociate cu violența în familie.*** Cu toate acestea, este alarmant faptul că mai bine de o treime dintre participanți nu conștientizează acest fapt și au fost indeciși (22,4%) sau chiar au manifestat un anumit grad de dezacord (14,3%) în această privință. Regretabil este faptul că această poziție greșită este susținută practic de fiecare al doilea bărbat ce a participat la studiu (46,1%), întrucât 19,5% dintre ei au manifestat un dezacord față de această afirmație, iar 26,6% chiar au fost indeciși.

Un alt mit nociv, dar care, spre regret, mai persistă în societatea contemporană, este cel că ***Există momente în care femeia merită să fie lovită de către partenerul de viață.*** În cadrul studiului s-a demonstrat că respondenții înțeleg pe deplin falsitatea acestei afirmații, deoarece 88,6% dintre ei și-au exprimat un dezacord ferm referitor la această idee. Această observație este radical diferită decât opinia populației generale exprimate în cadrul studiului național *Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova* (2015) [15], care a relevat că 41,1% dintre bărbați și 19,1% dintre femei sunt de acord (total sau parțial) cu această afirmație.

Cu toate cele indicate mai sus, în cadrul analizei ulterioare, am constatat o atitudine vicioasă a actualilor și viitorilor medici în privința mitului ***Femeile provoacă partenerul de viață la violență.*** Astfel, 18,7% dintre respondenți au fost de acord cu această afirmație, iar 20,3% au exprimat o incertitudine în acest sens, observație pe care o considerăm gravă în egală măsură. O viziune eronată a fost constatată din nou preponderent în rândul respondenților de sex masculin, astfel că ponderea bărbaților (30,7%, respectiv 29,6%) ce au susținut această poziție profund greșită este dublă față de cea a femeilor (15,3%, respectiv 17,8%) din acest studiu. În privința acestui mit, medicii trebuie să fie pe deplin conștienți că violența domestică este întotdeauna responsabilitatea

agresorului și nu poate fi justificată sau atribuită acțiunilor ori comportamentului victimei.

Prin comparație cu cele constatate anterior, este îmbucurător faptul că reprezentanții comunității medicale dezaprobă ferm mitul ***Sarcina de educare a copiilor în familie trebuie să îi revină doar mamei***, întrucât 85,8% dintre respondenți au manifestat dezacordul lor referitor la această afirmație. Rezultatele obținute de noi sunt totalmente diferite de cele ale studiului național *Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova* (2015) [15] realizat în cadrul populației generale, care atestă că tocmai 95% dintre bărbați și 75,1% dintre femei consideră sarcina de educare a copiilor proprie doar mamei acestora. Această analiză comparativă ne face să credem că profesioniștii din domeniul medical sunt mult mai conștienți de rolul pe care ambii părinți îl au în educarea copiilor lor.

Tabelul 3. Opinia respondenților privind unele stereotipuri legate de gen (abs., %, χ)

Afirmații:	Acord total	Acord parțial	Neutru	Dezacord parțial	Dezacord total	Media
Prejudecățile privind rolul femeilor și bărbaților în societate sunt asociate cu violența în familie	27,5% (229)	35,8% (298)	22,4% (186)	7,3% (61)	7,0% (58)	3,5
Există momente în care femeia merită să fie lovită de către partenerul de viață	2,4% (20)	3,0% (25)	6,0% (50)	6,3% (52)	82,3% (685)	2,1
Femeile provoacă partenerul de viață la violență	2,4% (20)	16,3% (136)	20,3% (169)	17,9% (149)	43,0% (258)	2,5
Sarcina de educare a copiilor în familie trebuie să îi revină doar mamei	2,5% (21)	3,7% (31)	7,9% (66)	7,8% (65)	78,0% (649)	2,2

Violența împotriva copiilor este considerată de către unii exponenți ai oricărei societăți drept o normă socială pozitivă, benefică pentru viitorul copilului, motiv pentru care are loc atât în spațiul privat, cât și cel public. În această privință, studiile realizate în Republica Moldova arată că aproape jumătate dintre părinți mai consideră încă bătaia în calitate de o formă acceptabilă de disciplină, iar 16% dintre ei chiar recunosc că și-au bătut copilul mai mic de un an [111].

Din această cauză, în prezentul studiu ne-am propus să evaluăm percepția respondenților referitoare la unele mituri privind violența față de copii, mai ales că majoritatea participanților (68,1%) a declarat că sunt părinți. Rezultatele au arătat că unii dintre participanți mai consideră încă, spre regret, că **Copiii trebuie uneori pedepsiți fizic în scop educațional**, o concepție greșită cu vechi rădăcini culturale, extrem de dăunătoare pentru sănătatea și bunăstarea copiilor. Astfel, fiecare al cincilea (21%) respondent a considerat acceptabilă o asemenea practică, fie a manifestat o incertitudine în această privință, opinii ce le considerăm echivalente. Analiza răspunsurilor în funcție de genul respondentului a relevat că 1 din 3 (29%) bărbați participanți la studiu a susținut această părere. Situația este agravată și de faptul că două treimi (63,4%) dintre cei care au împărtășit această opinie s-au dovedit a fi părinți, abordare ce nu poate fi acceptată sub nici o formă. Mai mult de atât, remarcăm păreri viciate și în privința mitului precum că **Copilul bătut în familie este mai disciplinat în viața adultă**. Astfel, 17,6% dintre respondenți au fost de acord cu această afirmație sau au manifestat o incertitudine inexplicabilă, chiar dacă 65,8% dintre ei sunt părinți. Și la acest capitol bărbații s-au remarcat prin existența unei viziuni inacceptabile, astfel că numărul bărbaților din studiu care și-au oferit acordul asupra acestei afirmații este triplu față de cel al femeilor (13,4% față de 4,3%).

În privința celor constatate, atragem atenția că asemenea abordări sunt inadmisibile atât pentru statutul lor de lucrător medical, cât și de părinte (Figura 17). Datele obținute subliniază, o dată în plus, necesitatea instruirilor adresate, în special bărbaților, menite inclusiv să combată această percepție greșită privind acceptarea utilizării tehnicilor nepedagogice în procesul de educare a copiilor. Asemenea abordări

inadecvate au un impact negativ asupra dezvoltării emoționale, cognitive și sociale a copiilor și pot fi asociate cu consecințe pe termen lung.

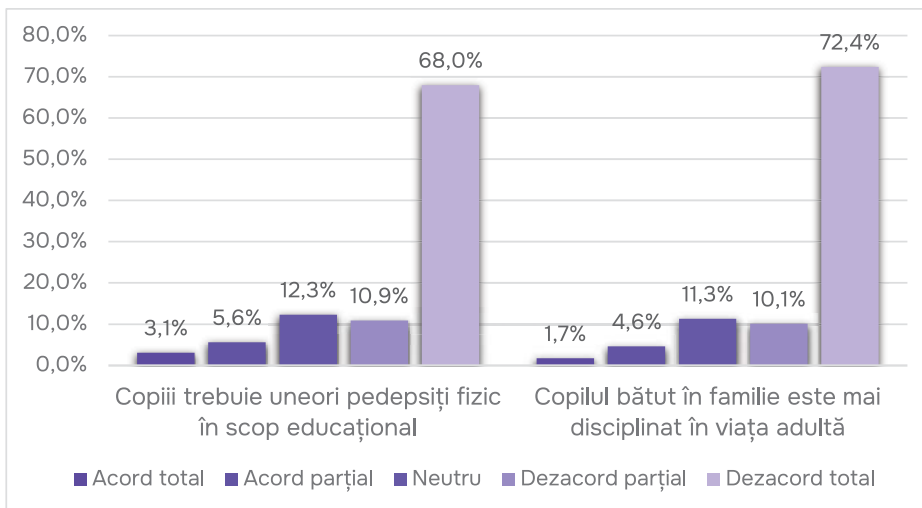


Figura 17. Opinia respondenților privind unele mituri referitoare la violența față de copii, %

Violența sexuală, ca formă a violenței în familie, se caracterizează prin prezența unor concepții profund greșite, care adesea justifică sau normalizează astfel de comportamente inacceptabile. Aceste concepții eronate contribuie la perpetuarea tăcerii și la subraportarea violenței sexuale în familie, pot genera o stigmatizare puternică a victimelor, făcându-le să se simtă vinovate, jenate sau descurajate să se adreseze pentru suport. Unul dintre miturile larg răspândite în societate, prezentat respondenților, se referă la violul conjugal și susține ideea că ***Nu există viol între soț și soție***. Rezultatele au relevat că un sfert dintre participanți (24,8%) a manifestat un anumit grad de acord sau o ezitare în această privință, ceea ce este profund îngrijorător și inacceptabil în contextul gestionării cazurilor respective. Mai grav este faptul că 26,5% dintre cei ce au susținut o asemenea opinie erau căsătoriți la momentul studiului, iar 22,7% erau chiar femei. Totuși, spre regret, și în privința acestui mit, bărbații (32,4%) au fost mai influențați.

O abordare și mai gravă a fost constatată în ceea ce privește un alt mit, ce presupune că ***Dacă o femeie nu opune rezistență actului***

sexual, acesta nu este viol. Așadar, aproximativ jumătate dintre respondenți (46,3%) sunt de acord cu o asemenea afirmație (5,8% femei și 27,4% bărbați din studiu) sau sunt confuzi (24,7% femei și 21,2% bărbați) în privința ei. Analiza comparativă ne arată că inclusiv în privința acestui mit există divergențe semnificative dintre opiniile exprimate de reprezentanții comunității medicale în raport cu populația generală. Astfel, studiul național *Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova* (2015) [15] a relevat că 58% de bărbați și 44,6% de femei sunt afectați de acest stereotip întrucât au fost întru-totul de acord cu o asemenea afirmație.

Suntem ferm convinși că astfel de convingeri în rândul lucrătorilor medicali sunt extrem de îngrijorătoare și dăunătoare și reflectă o gravă problemă în înțelegerea violului, ceea ce repetat subliniază necesitatea instruirilor menite inclusiv să redreseze viziunile asupra unor astfel de percepții greșite.

Tabelul 4. Opinia respondenților privind unele mituri legate de viol
(abs., %, X)

Afirmații:	Acord total	Acord parțial	Neutru	Dezacord parțial	Dezacord total	Media
Nu există viol între soț și soție	5,6% (47)	8,9% (74)	10,3% (86)	13,6% (113)	61,5% (512)	2,4
Dacă o femeie nu opune rezistență actului sexual, acesta nu este viol	11,8% (98)	14,9% (124)	19,6% (163)	15,4% (128)	38,3% (319)	2,6

Pentru a evalua modul în care participanții reacționează în fața situațiilor asociate violenței domestice, cât și pentru a confirma una dintre cauzele subraportării violenței domestice, în cadrul cercetării am utilizat două scenarii distincte. Rezultatele au relevat că la întrebarea ***Dacă copilul Dvs. ar fi fost lovit de o rudă apropiată, ați raporta cazul la poliție?***, majoritatea respondenților (55,9%) au afirmat că nu sunt siguri dacă ar face-o, iar alții 15,9% au declarat ferm că ***Nu*** (Figura 18). Această

reticență semnalată în rândul participanților evidențiază complexitatea și dificultatea procesului decizional în situațiile de violență domestică, în special atunci când sunt implicate persoanele din mediul familial. Incertitudinea constatată poate fi atribuită unei mari varietăți de factori, printre care se numără frica de repercusiuni, teama de a perturba echilibrul familial sau de a prejudicia reputația familiei. Datele obținute sunt comparabile cu alte studii [18] care arată că doar 1 din 10 victime ale violenței domestice raportează cazul autorităților. În cel de al doilea scenariu respondentului i-a fost atribuită calitatea de martor, fiindu-i înaintată următoarea întrebare: ***Dacă ați fi martor al violenței dintre soț și soție în loc public ați interveni pentru stoparea actului violenței?*** Rezultatele au arătat că fiecare al treilea participant (35,8%) ar evita sau nu este sigur dacă ar interveni întru stoparea unor asemenea situații, ceea ce ne face să credem că aceștia ar putea interpreta violența domestică ca pe o chestiune privată sau ar putea percepe intervenția ca pe o intruziune în viața personală a altor persoane, viziune ce este profund greșită.

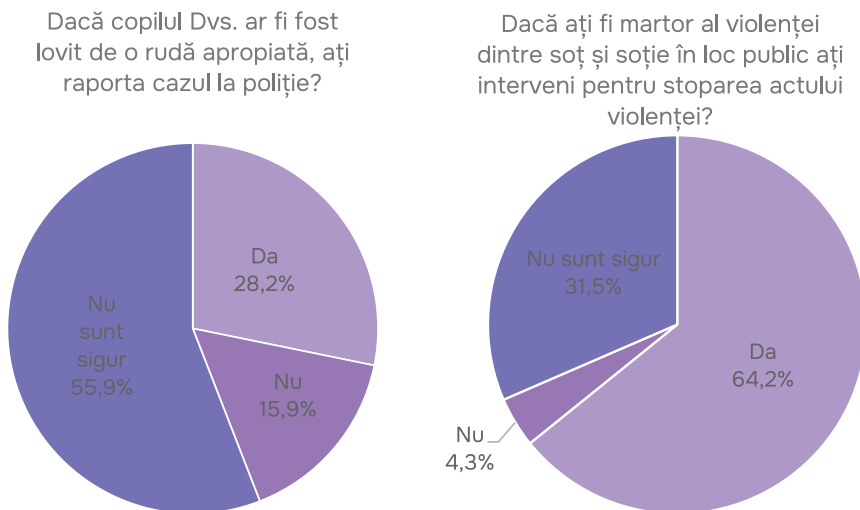


Figura 18. Opinia respondenților referitoare la unele posibile experiențe de viață asociate violenței domestice, %

Prin urmare, comparând rezultatele studiului propriu cu cel național *Bărbății și egalitatea de gen în Republica Moldova* (2015) [15], putem afirma cert că actualii și viitorii medici sunt mai puțin afectați de stereotipurile ce macină populația generală chiar dacă provin din aceeași comunitate și doar 37,3% dintre ei au fost instruiți în domeniul violenței în familie și în bază de gen. Probabil, studiile în domeniul medicinei în cadrul cărora medicii sunt instruiți să manifeste empatie față de durerea pacientului ar putea explica acest decalaj.

3.4. Atitudinile medicilor și mediciniștilor referitoare la cursul *Violența în familie și în bază de gen*

După cum am subliniat anterior în *Subcapitolul 1.5*, în cadrul Catedrei de medicină legală a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” se desfășoară cursul intitulat *Violența în familie și în bază de gen*. Spre regret, acesta nu se bucură de popularitate în rândul mediciniștilor și mai ales a medicilor, deoarece până în prezent nici un practician nu a solicitat cursul din cadrul programului anual de educație medicală continuă.

Pentru a înțelege motivul unei astfel de rezistențe din partea potențialilor beneficiari, în cadrul ultimului compartiment al chestionarului am înaintat o serie de întrebări adresate respondenților referitoare la curs. Pentru a evalua dacă aceștia sunt familiarizați cu existența acestui curs, prima întrebare a fost ***Cunoașteți despre existența cursului *Violența în familie și în bază de gen* destinat studenților și medicilor și desfășurat în cadrul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”?*** Răspunsurile au relevat că doar 44,6% dintre respondenți cunosc despre existența cursului, în timp ce mai mult de jumătate dintre ei *nu cunosc* (43,3%) sau *nu sunt siguri dacă cunosc* (12,1%) (Figura 19).

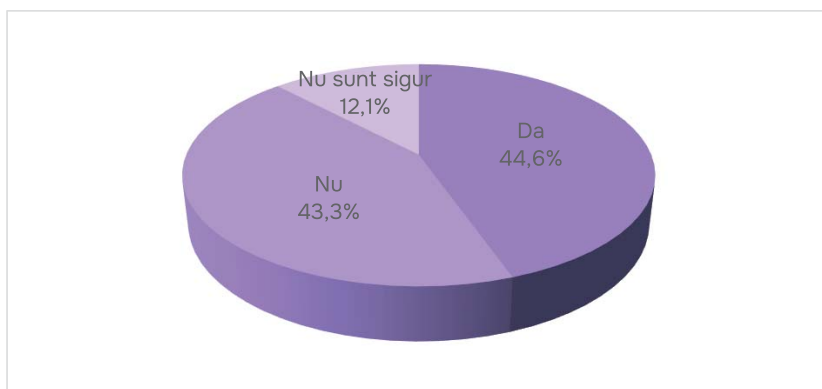


Figura 19. Răspunsul respondenților la întrebarea *Cunoașteți despre existența cursului „Violența în familie și în bază de gen”?*, %

Dintre cei 44,6% de respondenți care au răspuns afirmativ la întrebarea precedentă, la întrebarea deschisă de precizare ***De unde ați aflat despre existența acestuia?***, au menționat în calitate de sursă principală de informare *Colegii* (23,1%), *Programul anual de formare profesională continuă a medicilor și farmaciștilor* (20,7%) și *Catedra de medicină legală* (16,7%). Având în vedere că Programul anual de formare profesională continuă este unul dintre principalele surse de informare despre existența cursului, iar după cum am menționat anterior, nici un medic practician nu a solicitat cursul dat de educație medicală continuă, constatăm că aceștia nu sunt pe deplin conștienți despre importanța urmării unei instruirii avansate în domeniul violenței domestice.

Pentru a obține o înțelegere obiectivă a cauzelor nesolicitării cursului, am propus respondenților întrebarea ***Care ar putea fi în viziunea Dvs. motivul interesului redus al studenților și medicilor față de cursul „Violența în familie și în bază de gen”?***. Analiza răspunsurilor a arătat că majoritatea participanților (68,1%) consideră drept motiv de bază faptul că *nu cunosc despre existența cursului*, chiar dacă în anul 2020 informația privind lansarea acestui curs tematic de educație medicală continuă și opțional pentru studenți a fost intens mediatizat de către USMF „Nicolae Testemițanu” pe pagina sa oficială [117] și de Facebook. Acest rezultat subliniază necesitatea difuzării și promovării eficiente a informației legate de resursele educaționale disponibile, ceea ce ar

asigura accesul cât mai larg al specialiștilor la instruire. De asemenea, 61,5% dintre respondenți au afirmat că drept un alt motiv al interesului redus ar fi faptul că medicii *nu conștientizează importanța problemei violenței în familie*, ceea ce induce din nou necesitatea organizării unor instruirii în această direcție. Pe de altă parte, acest aspect s-a dovedit a fi și motivul ce ar determina pe participanți să solicite cursul, astfel încât la întrebarea ***Ce ar putea să Vă determine să urmați cursul?***, marea majoritatea a participanților (88,6%) a afirmat că *Conștientizez problema și vreau să fiu informat(ă)*.

ÎNCHEIERE

La începutul studierii violenței în familie ca formă de violență interpersonală, nu exista o abordare și terminologie unică, definițiile unanim recunoscute fiind elaborate doar odată cu dezvoltarea instituțiilor internaționale ale dreptului omului. Legislația Republicii Moldova definește actele de violență în familie și le incriminează atât în calitate de contravenție, cât și în calitate de infracțiuni. Cu toate acestea, cadrul legislativ național nu reglementează unele forme de violență față de femei, precum: violența legată de onoare, mutilarea genitală, căsătoria forțată și violența cibernetică. În pofida măsurilor de conștientizare și prevenție, violența domestică rămâne încă o infracțiune subraportată și implicit subevaluată, iar amploarea sa continuă să fie de o relevanță majoră și astăzi. Această formă de violență este un fenomen complex și devastator cu impact dăunător important asupra celor implicați direct și este asociată cu numeroase probleme și afecțiuni fizice și psihice dăunătoare pe termen scurt, mediu și lung. Totodată, violența domestică afectează în mod evident starea de sănătate a întregii societăți și este, inclusiv, o povară financiară semnificativă marcată de consecințe negative pentru dezvoltarea economică și bunăstarea generală. Deși afectează profund toate persoanele implicate, consecințele sunt mult mai severe în cazul femeilor și copiilor. Sectorul sănătății joacă un rol crucial în combaterea violenței domestice, contribuind la identificarea timpurie a abuzurilor, oferirea tratamentului necesar victimelor și referirea lor către alte servicii de suport.

Unul dintre factorii aflați la originea violenței domestice este prezența în societate a miturilor și stereotipurilor referitoare la rolurile femeilor și bărbaților în familie și societate. Personalul medical provine din aceeași societate și, prin urmare, este afectat, mai mult sau mai puțin, de aceleași percepții. De aceea, este crucial ca profesioniștii din domeniul

sănătății să înțeleagă diferența dintre mit și realitate, pentru a menține o atitudine profesională și imparțială în gestionarea cazurilor de violență în familie. Însă, pentru a înțelege gradul de afectare a percepțiilor medicilor și a dezvolta anumite strategii de redresare a eventualelor devieri, este imperios necesar a se constata starea reală de lucruri în această privință.

Drept urmare, ne-am propus drept scop să evaluăm cunoștințele și percepțiile actualilor și viitorilor medici în privința violenței în familie prin intermediul unui studiu de tip cantitativ, prospectiv, transversal, realizat prin chestionarea medicilor practicieni, medicilor rezidenți și mediciniștilor din Republica Moldova.

Rezultatele au evidențiat deficiențe semnificative în cunoașterea fenomenului violenței în familie în rândul profesioniștilor din sectorul medical. Aceste lacune s-au referit în primul rând la cunoașterea conceptului și naturii violenței domestice, întrucât doar un număr limitat dintre respondenți a demonstrat capacitatea de a recunoaște esența, particularitățile și diversitatea formelor acesteia. Aceeași constatare se referă și la capacitatea cadrelor medicale de a identifica particularitățile fenomenului, grupurile de persoane vulnerabile și elementele particulare în acordarea ajutorului medical. Alarmant este faptul că un număr mare de respondenți a subestimat rolul sistemului sănătății în combaterea violenței în familie, ceea ce nemijlocit subminează eforturile de prevenire și gestionare a acestui fenomen social grav. Cunoștințele profesioniștilor din sectorul sănătății au fost viciate și în privința unui element principal al răspunsului medicului la cazurile de violență domestică, în particular cel de documentare a consecințelor acțiunilor violente. Totodată, lucrătorii medicali au prezentat deficiențe semnificative privind cunoașterea instrumentelor juridice de protecție a victimei, precum și cazurile, dar și condițiile în care ei trebuie să sesizeze organele de drept, neglijență ce poartă după sine urmări deosebit de grave atât pentru victime, cât și personalul medical. La fel, s-a constatat că medicii nu cunosc pe deplin impactul prejudecăților asociate violenței în familie și normelor de gen asupra calității serviciilor medicale oferite victimelor. Studiul a mai demonstrat că medicii nu cunosc originile violenței în familie, deoarece mulți dintre ei au considerat consumul de alcool în calitate de cauză a

violenței în familie și că acest fenomen poate apărea doar în familiile din păturile sărace ale societății.

Analiza comparativă a rezultatelor studiului cu cele ale altor cercetări realizate la nivel național a demonstrat că medicii și studenții-medici sunt la fel afectați de unele stereotipuri asemenea celorlați membri ai societății, însă într-o măsură mai mică. Astfel, unele viziuni eronate referitoare la faptul că femeile provoacă partenerul de viață la violență au fost constatate în rândul tuturor respondenților, însă preponderent al bărbaților. De asemenea, studiul a relevat că unii medici, preponderent părinți, în special de gen masculin, percep violența împotriva copiilor în calitate de o normă socială acceptabilă, aplicată în scop educațional, ce îi face pe aceștia mai disciplinați în viața de adult. Concepții profund greșite au fost atestate și referitoare la violența sexuală ca formă a violenței în familie. Așadar, neașteptat de mulți medici, preponderent bărbați, au negat existența violului conjugal și nu au conștientizat importanța consimțământului pentru orice act sexual.

Rezultatele acestui studiu au relevat necesitatea imperativă de instruire a actualilor și viitorilor medici în domeniul violenței domestice, menite să le consolideze capacitatea de răspuns adecvat la asemenea provocări. O astfel de oportunitate este oferită de cursul *Violența în familie și în bază de gen* desfășurat la Catedra de medicină legală a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, despre care s-a constatat că mare parte de medici și mediciniști nu cunosc, chiar dacă majoritatea dintre ei conștientizează severitatea acestei probleme.

O posibilă soluție pentru rata joasă de solicitare a acestui curs ar putea consta în organizarea unor instruirii de scurtă durată, ce ar putea acoperi un număr mai mare de participanți într-un termen scurt și ar constitui o bază a cunoștințelor lor referitoare la acest fenomen social și la răspunsul pe care ar trebui să-l ofere. Pentru realizarea acestui deziderat, programul de instruire ar trebui să cuprindă subiecte ce țin de natura, originea, esența, manifestările și consecințele violenței domestice și de gen, instrumentele juridice de protecție a victimelor și modul lor de aplicare potrivit legislației naționale, miturile și stereotipurile existente în

societate ce afectează capacitatea medicilor de a răspunde adecvat la cazurile de violență în familie și în bază de gen, identificarea victimelor în baza profilului lor social și pattern-ului lezional, principiile și elementele răspunsului sistemului sănătății la cazurile de violență domestică și sexuală.

Rezultate studiului relevă că integrarea cursului „Violența în familie și în bază de gen” în planul de învățământ în calitate de disciplină obligatorie pentru medicii este crucială și ar asigura o pregătire comprehensivă pentru toți viitorii medici în scopul oferirii unui răspuns profesional uniform la aceste provocări sociale, fapt insistent recomandat de Comitetul GREVIO¹⁶ în Raportul de evaluare de referință pentru Republica Moldova (2023).

¹⁶ GREVIO Baseline Evaluation Report Republic of Moldova, pag.82,
Online: <https://rm.coe.int/grevio-s-baseline-evaluation-report-on-legislative-and-other-measures-/1680ad46a1>

BIBLIOGRAFIE

1. Alejo, K. Long-Term Physical and Mental Health Effects of Domestic Violence. In: Themis: Research Journal of Justice Studies and Forensic Science. 2014, nr. 1 (2), ISSN 2324-6561.
2. Allan, A., Allan, M. The definition and nature of domestic violence. In: Overcoming Domestic Violence: Creating a Dialogue Around Vulnerable Populations. Ed: M. F. Taylor, J. A. Pooley, R. S. Taylor, Nova Science Publishers, 2014. p. 11-27.
3. An Estimation of the Economic Impact of Spousal Violence in Canada, 2009. Disponibil la: https://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/cj-jp/fv-vf/rr12_7/p0.html#sum [accesat la 01.09.2023].
4. Australian Institute of Health and Welfare. Family, domestic and sexual violence. 2019.
5. Barili, E., Grembi, V., Rosso, A. Domestic Violence and Gender Stereotypes: Perceptions, Justifications, and Reactions. In: Development Working Papers 474, Centro Studi Luca d'Agliano, University of Milano. 2021.
6. Begiato, J. Beyond the rule of thumb: The materiality of marital violence in England c. 1700-1857. In: Cultural and Social History. 2018, nr. 1 (15), pp. 39-59. ISSN 14780046.
7. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. Violența față de femei în familie în Republica Moldova. Chișinău: Nova Imprim SRL, 2011.
8. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. Anuarul statistic al Republicii Moldova, ediția 2022. Disponibil la: https://statistica.gov.md/files/files/publicatii_electronice/Anuar_Statistic/2022/Anuarul_statistic_editia_2022.pdf. [accesat la: 15.08.2023].
9. Blank, K., Rösslthumer, M. Manual de instruire a cadrelor medicale în adresarea violenței de gen. Vienna: Austrian Women's Shelter Network, 2015.
10. Block, R.M., Sinnott, D.J. The Battered Elder Syndrome: An Exploratory Study. Center on Aging, University of Maryland, 1979. 133p.
11. Brooks-Hay, O., Burman, M., Mcfeely, C. Domestic Abuse: Contemporary Perspectives and Innovative Practices. Edinburgh: Dunedin Academic Press, 2018.
12. Carneiro, J.B., Gomes N., Estrela F. [et. al]. Domestic violence: repercussions for women and children. In: Escola Anna Nery. 2017, nr. 4 (21), ISSN 1414-8145.

13. Cazacov, V., Neamțu, G., Ionașcu, V. [et. al]. Ghid practic privind intervenția eficientă a poliției în cazurile de violență în familie. Chișinău: Bons Offices, 2015. 144 p.
14. CEDAW. Concluding observations on the combined fourth and fifth periodic reports of the Republic of Moldova. 2013.
15. Cheianu-Andrei, D., Perevoznic, I., Zaporojan-Pîrgari, A. [et. al]. Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova. Chișinău: Bons Offices, 2015. 128 p.
16. Cheianu-Andrei, D., Chira, N., Cioinac, N. [et. al]. Metodologia cercetării sociale. Chișinău: CEP USM, 2022. 264 p.
17. Chelcea, S. Metodologia cercetării sociologice: metode cantitative și calitative. București: Editura Economică, 2001. 656 p.
18. C.I. „LA STRADA”. Opinii, percepții și experiențe ale tinerilor privind violența în familie/cuplu. Disponibil la: https://lastrada.md/files/resources/3/Raport_Violenta_rom.pdf. [accesat la: 18.08.2023].
19. Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: developing protocols for use in humanitarian settings. Geneva, 2019.
20. Codul Contravențional al Republicii Moldova, nr. 218/2008. În: Monitorul Oficial nr.78-84 din 17.03.2017.
21. Codul Penal al Republicii Moldova nr. 985/2002. Monitorul Oficial nr.72-74 din 14.04.2009.
22. Codul Penal al României nr. 286/2009. În: Monitorul Oficial nr. 510 din 24.07.2009.
23. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. Disponibil la: <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/>. [accesat la: 20.08.2023].
24. Convention on the elimination of all forms of violence against women for youth. Disponibil la: <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2016/CEDAW-for-Youth.pdf>. [accesat la: 27.08.2023].
25. Coroban, C. Raporturi sociale în sistemul familial. In: Studia Universitatis Moldaviae, Seria Științe Sociale. 2013, nr. 8 (68), pp. 16–20.
26. Council of Europe Committee on Equality and Non-Discrimination Forced marriage in Europe, 2018. Disponibil la: <https://rm.coe.int/168008482e> [accesat la: 07.09.2023].
27. Curriculum, disciplina „Violența în familie și în bază de gen”. Catedra de medicină legală, USMF „Nicolae Testemițanu”. Disponibil la: https://drive.google.com/file/d/1cdwAsRrn4MyYAKP7QpMsxxzTH_jlj5qd/view. [accesat la: 11.09.2023]

28. Exposure to domestic violence costs US government \$55 billion each year. Disponibil la: <https://www.sciencedaily.com/releases/2018/04/180425093846.htm>. [accesat la: 11.09.2023].
29. Fink, A. *How to Conduct Surveys: A Step-by-Step Guide*. SAGE Publications, 2015. 224 p.
30. Fleming, J.C., Franklin, C.A. Predicting Police Endorsement of Myths Surrounding Intimate Partner Violence. In: *Journal of Family Violence*. 2021, nr. 4 (36), pp. 407–416. ISSN 0885-7482.
31. Gagauz, O., Oceratnîi, A., Lupușor, A. [et. al]. *Raportul Studiului Generații și Gen*. Chișinău: UNFPA, 2022. 476 p. ISBN 978-9975-3530-0-7.
32. García-Moreno, C., Hegarty, K., D'Oliveira, A. [et. al]. The health-systems response to violence against women. In: *The Lancet*. 2015, nr. 9977 (385), pp. 1567–1579. ISSN 01406736.
33. García-Moreno, C. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva, 2005.
34. Gender-based violence costs the EU €366 billion a year. Disponibil la: <https://eige.europa.eu/newsroom/news/gender-based-violence-costs-eu-eu366-billion-year>. [accesat la: 16.10.2023].
35. GHID pentru specialiștii din sistemul de sănătate privind intervenția eficientă în cazurile de violență împotriva femeilor. Disponibil: https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/06/15342-Ghidul20Specialistii20Sistemul20de20Sanatate_interventia20in20caca_zuri20de20violenta28129.pdf. [accesat la: 14.09.2023].
36. Gill, A.K. All they think about is honour: The Murder of Shafiea Ahmed. In: *Honour' Killing and Violence: Theory, Policy and Practice*. 2014, pp. 177–198.
37. Gîncotă, E., Spinei, L., Calac, M. [et. al]. Aspecte sociale, medicale și legale în prevenirea violenței în perioada pandemiei COVID-19. In: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*. 2020, nr. 85 (3), pp. 7–14.
38. Gorceag, L., Sîrbu, S., Ionița, D. [et. al]. Suport de curs pentru formatori privind intervenția eficientă a poliției la cazurile de violență în familie în Moldova. Chișinău: Bons Offices, 2013. 104 p.
39. Graham, K., Bernards, S., Wilsnack, S. [et. al]. Alcohol May Not Cause Partner Violence But It Seems to Make It Worse: A Cross National Comparison of the Relationship Between Alcohol and Severity of Partner Violence. In: *Journal of Interpersonal Violence*. 2011, nr. 8 (26), pp. 1503–1523. ISSN 0886-2605.

-
40. Hegarty, K., McKibbin, G., Hameed, M. [et. al]. Health practitioners' readiness to address domestic violence and abuse: A qualitative meta-synthesis. In: PLOS ONE. 2020, nr. 6 (15). ISSN 1932-6203.
 41. Heise, L., Ellsberg, M., Gottemoeller, M. Ending Violence Against Women. Baltimore, 1999.
 42. Hogaș, D.L. Patriarhatul: subordonarea femeii și violența domestică. Iași: Lumen, 2010. 235 p.
 43. Honour Based Violence. Disponibil la: <https://www.firstlight.org.uk/honour-based-violence/?lang=ro%29>. [accesat la: 11.09.2023]
 44. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 223 din 19.04.2023 cu privire la aprobarea Metodologiei de lucru a echipei de intervenție în cazurile de violență sexuală și a Instrucțiunii de lucru a echipei de intervenție în cazurile de violență sexuală.
 45. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 270/2014 cu privire la aprobarea Instrucțiunilor privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului
 46. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 281/2018 cu privire la aprobarea Strategiei naționale de prevenire și combatere a violenței față de femei și a violenței în familie pe anii 2018-2023 și a Planului de acțiuni pentru anii 2018-2020 privind implementarea acesteia
 47. Hudson, N. Family violence laws: Traditional narratives and the (in)visibility of lesbian relationships and lesbian-parented families. In: Journal of Lesbian Studies. 2019, nr. 3 (23), pp. 357–382. ISSN 1089-4160.
 48. International Women's Year (1975) - Research Guides at Harvard Library. Disponibil la: https://guides.library.harvard.edu/schlesinger_IWY. [accesat la: 11.06.2023].
 49. Interagency gender-based violence case management guidelines. Providing care and case management services to gender-based survivors in humanitarian settings. First edition.. Disponibil la: http://www.gbvims.com/wp/wp-content/uploads/Interagency-GBV-Case-Management-Guidelines_Final_2017.pdf. [accesat la: 24.10.2023]
 50. Isailă, O.M. Aspecte medico-legale și psiho-sociale ale violenței în familie. Teză de doctor în medicină, 2022.
 51. Jackson, S. The shifting conceptualization of elder abuse in the United States: From social services, to criminal justice, and beyond. In: International Psychogeriatrics. 2016, nr. 1 (28), pp. 1–8.

52. Katz, E. Beyond the physical incident model: How children living with domestic violence are harmed by and resist regimes of coercive control. In: *Child abuse review*. 2016, nr. 1 (25), pp. 46–49.
53. Koshan, J. Challenging Myths and Stereotypes in Domestic Violence Cases. In: *Canadian Journal of Family Law*. 2023, nr. 1 (35).
54. Kumar, A., Haque Nizamie, S., srivastava, N.K. Violence against women and mental health. In: *Mental Health & Prevention*. 2013, nr. 1 (1), pp. 4-10. ISSN 22126570.
55. Legea Republicii Moldova nr.144/2021 cu privire la ratificarea Convenției Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice. În: *Monitorul Oficial nr.256-260 din 22.10.2021*.
56. Legea Republicii Moldova nr.144/2021 cu privire la ratificarea Convenției Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice În: *Monitorul Oficial nr.256-260 din 22.10.2021*.
57. Legea Republicii Moldova nr.167/2010 pentru modificarea și completarea unor acte legislative. În: *Monitorul Oficial nr.155-158/551 din 09.07.2010*.
58. Legea Republicii Moldova nr.196/2016 pentru modificarea și completarea unor acte legislative. În: *Monitorul Oficial nr.306-313/661 din 28.07.2016*.
59. Legea Republicii Moldova nr.316/2022 pentru modificarea unor acte normative (asigurarea drepturilor victimelor în cazul infracțiunilor privind viața sexuală și violența în familie). În: *Monitorul Oficial nr.394-400 din 09.12.2022*.
60. Legea Republicii Moldova nr.45/2007 cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie. În: *Monitorul Oficial nr.55-56 din 18.03.2008*.
61. Legea României nr.174/2018 privind modificarea și completarea Legii nr. 217/2003 pentru prevenirea și combaterea violenței în familie. În: *Monitorul Oficial nr.618 din 18.07.2018*.
62. Legea României nr.217/2003 pentru prevenirea și combaterea violenței în familie. În: *Monitorul Oficial nr.948 din 15.10.2020*.
63. Lentz, S.A. Revisiting the Rule of Thumb: An Overview of the History of Wife Abuse:: Vol 10, No 2. In: *Women & Criminal Justice*. 1999, nr. 2 (10), pp. 9–27.
64. Lomba, N., Navarra, C., Meenakshi, F. *Combating gender-based violence: Cyber violence*. Brussels, 2021.

-
65. Meyer, S., frost, A. Domestic and Family Violence. Routledge, 2019. ISBN 9781315148281.
 66. MICHALSKA, S. Domestic violence against women in rural communities in Poland. In: *Wieś i Rolnictwo*. 2016, nr. 4 (173), pp. 141-162.
 67. Misail-Nichitin, D., Neamțu, G., Chiriliuc, I. [et. al]. Raport de analiză a cazurilor examinate de Comisia de monitorizare și analiză a cazurilor de violență în familie soldate cu deces sau cu vătămare gravă a integrității corporale a victimelor în anul 2022. Chișinău, 2023.
 68. Notă informativă a MAI privind starea infracționalității ce atentează la viața și sănătatea persoanei și celor comise în sfera relațiilor familiale pe parcursul a XII luni ale anului 2022. Disponibil la: https://politia.md/sites/default/files/nota_informativa_privind_violenvi_in_familie_12_luni_2022_0.pdf. [accesat la: 24.08.2023]
 69. OHCHR. Gender stereotypes and Stereotyping and women's rights. 2014.
 70. Ordinul Centrului de Medicină Legală nr.62 din 20.09.2021 cu privire la implementarea Instrucțiunii privind răspunsul Centrului de Medicină Legală la cazurile de violență în familie, inclusiv ca formă de violență împotriva femeilor.
 71. Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 155 din 24.02.2012 cu privire la aprobarea Instrucțiunii privind intervenția instituțiilor medicale în cazurile de violență în familie.
 72. Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 908 din 30.09.2021 cu privire la aprobarea Protocolului Clinic Standardizat Managementul clinic al cazurilor de viol.
 73. Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 1167 din 15.10.2019 cu privire la aprobarea Instrucțiunii privind intervenția instituțiilor medico-sanitare în cazurile de violență în familie.
 74. Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 445 din 09.06.2015 cu privire la aprobarea Instrucțiunii metodice privind intervenția instituțiilor medicale în identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea cazurilor de violență,.
 75. OSCE. Bunăstarea și siguranța femeilor. Disponibil la: <https://www.osce.org/files/f/documents/%0Ae/f/4258670.pdf>. [accesat la: 01.09.2023].
 76. Pădure, A. Examinarea medico-legală a copilului-victimă a violenței fizice și sexuale (ghid metodic și didactic). Chișinău: Bons Offices, 2021. 66 p. ISBN 978-9975-166-32-4.

77. Pădure, A., Țurcan-Donțu, A. *Violența în familie și în bază de gen (suport de curs)*. Chișinău: Bons Offices, 2022. 179 p.
78. Paselk, B.N. *A historical analysis of societal perception of domestic violence and domestic violence victims in America*. Ed.: California State University, 2011. ISBN 1124857818.
79. Peters, J. *Measuring myths about domestic violence: Development and initial validation of the domestic violence myth acceptance scale*. In: *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*,. 2008, nr. 1 (16), pp. 1–21.
80. Peterson, C., Kearns, M., McIntosh, W. [et. al]. *Lifetime Economic Burden of Intimate Partner Violence Among U.S. Adults*. In: *American Journal of Preventive Medicine*. 2018, nr. 4 (55), pp. 433–444. ISSN 07493797.
81. Polychronopoulou, M., Douzenis, A. *The psychosocial repercussions of domestic violence in battered women*. In: *Psychiatriki*. 2016, nr. 2 (27), pp. 148–149. ISSN 1105-2333.
82. Popovici, L., Vișanu, S., Sincovschi, T. [et. al]. *Documentarea violenței în bază de gen. Ghid practic*. Chișinău: Depol Promo SRL, 2019. 83 p. ISBN ISBN 978-9975-3329-0-3.
83. Postmus, J.L. *Domestic violence issues*. In: *Child welfare for the twenty-first century: A handbook of practices, policies, and programs (2nd ed.)*. Ed.: G. P. Mallon, P. McCartt Hess, Columbia University Press, 2014. pp. 312–333.
84. *Prevenirea violenței în bază de gen și intervenția rapidă în caz de viol pe agenda priorităților UNFPA în Moldova*. Disponibil la: <https://moldova.unfpa.org/ro/news/prevenirea-violenței-în-bază-de-gen-și-intervenția-rapidă-în-caz-de-viol-pe-agenda>. [accesat la: 02.11.2023].
85. *Program de instruire pentru personalul didactic și cel medical în managementul clinic al cazurilor de viol*. Disponibil la: <https://usmf.md/en/node/31298>. [accesat la: 02.11.2023].
86. *Programul național privind prevenirea și combaterea Violenței față de femei și a violenței în familie pentru anii 2023-2027*.
87. Prpic, M. *Combating «honour» crimes in the EU*. Disponibil la: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2015/573877/EPRS_BRI\(2015\)573877_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2015/573877/EPRS_BRI(2015)573877_EN.pdf). [accesat la: 18.08.2023].
88. Ramsey, C.B. *The Stereotyped Offender: Domestic Violence and the Failure of Intervention*. In: *Penn State Law Review*. 2015, nr. 15 (337)
89. Rao, K., Sharma, K., Kumar, S. [et. al]. *The trailing trials of humiliation: Legal, social, and medical perspectives of women facing domestic*

-
- violence in India. In: *Indian Journal of Social Psychiatry*. 2017, nr. 3 (33), pp. 274. ISSN 0971-9962.
90. Raportul de estimare a costurilor violenței în familie și a violenței împotriva femeilor în Moldova. Disponibil la: [https://moldova.unwomen.org/sites/default/files/Field Office Moldova/Attachments/Publications/2016/Raport Costing of Violence - RO.pdf](https://moldova.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Moldova/Attachments/Publications/2016/Raport%20Costing%20of%20Violence%20-%20RO.pdf). [accesat la: 23.09.2023].
91. Renzetti, M., Follingstad, D., Coker, A. Preventing intimate partner violence. Bristol University Press, 2017.
92. Rhys, O., Barnaby, A., Stephen R. [et. al]. The economic and social costs of domestic abuse. 2019.
93. Rollero, C., Depiccoli, N. Myths about Intimate Partner Violence and Moral Disengagement: An Analysis of Sociocultural Dimensions Sustaining Violence against Women. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020, nr. 21 (17).
94. Romulus and the „Rule of Thumb”. Disponibil la: <https://rogueclassicism.com/2009/08/13/romulus-and-the-rule-of-thumb/>. [accesat la: 12.06.2023].
95. Rotariu, T. Metode statistice aplicate în științele sociale. Iași: Polirom, 2006. 344 p.
96. Showalter, K. Women's employment and domestic violence: A review of the literature. In: *Aggression and Violent Behavior*. 2016, (31), pp. 37–47. ISSN 13591789.
97. Steinmetz, S.K. Battered husband syndrome. In: *Victimology*. 1977, nr. 3–4 (2), pp. 499–509.
98. Stewart, D.E., Macmillan, H., Kimber, M. Recognizing and Responding to Intimate Partner Violence: An Update. In: *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2021, nr. 1 (66), pp. 71–106. ISSN 0706-7437.
99. Strengthening Health System Responses to Gender based Violence in Eastern Europe and Central Asia A Resource Package. UNFPA and WAVE, 2014. 346 p.
100. Strid, S., Baianstovu, R., Enelo, J.M. Inequalities, isolation, and intersectionality: A quantitative study of honour-based violence among girls and boys in metropolitan Sweden. In: *Women's Studies International Forum*. 2021, (88), pp. 102518. ISSN 0277-5395.
101. The cost of violence against women and their children in Australia. Disponibil la: https://www.dss.gov.au/sites/default/files/documents/08_2016/the_cost_of_violence_against_women_and_their_

- children_in_australia_-_summary_report_may_2016.pdf. [accesat la: 15.09.2023].
102. The Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence (Istanbul Convention). Disponibil la: <https://www.coe.int/en/web/gender-matters/council-of-europe-convention-on-preventing-and-combating-violence-against-women-and-domestic-violence>. [accesat la: 27.10.2023].
 103. Toporeț, N., Pădure, A., Bondarev, A., Glavan, P. Role of the health system and forensic medical investigations in proving domestic violence. In: Romanian Journal of Legal Medicine. 2022, nr. 4 (30), pp. 200–203.
 104. Țurcan, A., Cazacu, D. Raport de Evaluare a Strategiei Naționale de Prevenire și Combateră a Violenței Față de Femei și Violenței în Familie, pentru anii 2018-2023. 2022.
 105. Turliuc, M.N., Huțuleac, A.K., Oana, D. Violența în familie. Teorii, particularități și intervenții specifice. Iași: Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”, 2009. ISBN 978-973-703-436- 6).
 106. UN WOMEN. 10 myths about violence against women and girls. Disponibil: <https://eca.unwomen.org/en/news/stories/2019/01/10-myths-about-violence-against-women-and-girls>. [accesat la: 18.09.2023].
 107. UN Women, OHCHR, PNUD Moldova. Studiu cu privire la situația femeilor și fetelor rome din Republica Moldova. Disponibil la: https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/md/Studiu_cu_privire_la_situatia_femeilor_si_fetelor_rome_din_Republica_Moldova_ro.pdf. [accesat la: 05.10.2023].
 108. UNFPA, UNICEF. Joint Programme on the Elimination of Female Genital Mutilation: Accelerating Change. Technical Guidance. Disponibil la: <https://reliefweb.int/report/world/unfpa-unicef-joint-programme-elimination-female-genital-mutilation-accelerating-change>. [accesat la: 21.10.2023].
 109. UNICEF. Female genital mutilation. Disponibil la: <https://www.unicef.org/protection/female-genital-mutilation>. [accesat la: 23.10.2023].
 110. UNICEF. At least 200 million girls and women alive today living in 31 countries have undergone FGM. Disponibil la: <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/>. [accesat la: 23.10.2023]

-
111. UNICEF Moldova. Combaterea violenței împotriva copiilor. Disponibil la: <https://www.unicef.org/moldova/ce-facem/protecția-copilului/combaterea-violenței-împotriva-copiilor>. [accesat la: 25.10.2023].
 112. United Nations. Statement on the Elimination of Violence Against Women. Geneva, 1992.
 113. United Nations. Ending Female Genital Mutilation by 2030. Disponibil la: <https://www.un.org/en/observances/female-genital-mutilation-day>. [accesat la: 23.10.2023]
 114. United Nations General Assembly. Intensifying global efforts for the elimination of female genital mutilation. Disponibil la: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N20/201/69/PDF/N2020169.pdf?OpenElement>. [accesat la: 29.10.2023].
 115. UNODC, UN Women. Gender-related killings of women and girls (femicide/feminicide). Global estimates of gender-related killings of women and girls in the private sphere in 2021. Improving data to improve responses. Disponibil la: <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2022-11/Gender-related-killings-of-women-and-girls-improving-data-to-improve-responses-to-femicide-feminicide-en.pdf>. [accesat la: 10.10.2023].
 116. Violence against women: an EU-wide survey Main results. Luxembourg, 2014.
 117. Violența în familie și în bază de gen - un nou curs opțional implementat pentru studenții de la Medicină și pentru medicii clinicieni. Disponibil la: <https://usmf.md/ro/noutati/violenta-familie-si-baza-de-gen-un-nou-curs-optional-implementat-pentru-studentii-de-la>. [accesat la: 05.11.2023].
 118. Walker, L.E. The Battered Woman Syndrome. Springer Publishing Company, 1984. 256 p.
 119. Warren, A., Blundell, B., Chung, D. [et. al]. Exploring Categories of Family Violence Across the Lifespan: A Scoping Review. In: Trauma, Violence, & Abuse. 2023, nr. 17 (1), ISSN 1524-8380.
 120. What Is Domestic Abuse? United Nations. Disponibil la: <https://www.un.org/en/coronavirus/what-is-domestic-abuse>. [accesat la: 25.08.2023].
 121. WHO Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva, 2003.
 122. WHO Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health impacts of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, 2013.

123. WHO Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. 2021.
124. WHO Violence against women. Disponibil la: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>. [accesat la: 30.09.2023].
125. WHO At least 200 million girls and women alive today living in 31 countries have undergone FGM. Disponibil la: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>. [accesat la: 27.09.2023].
126. Why Domestic Violence Affects Women at Higher Rates Than Men. Disponibil: <https://safeshelterofstvrain.org/2022/03/07/why-domestic-violence-affects-women-at-higher-rates-than-men/>. [accesat la: 23.10.2023].
127. Wolff, L. The Battered-Child Syndrome: 50 Years Later. Disponibil la: https://www.huffpost.com/entry/battered-child-syndrome_b_2406348. [accesat la: 02.09.2023].
128. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva, 2002.
129. World Health Organization. Violence against women. Disponibil la: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>. [accesat la: 11.06.2023].
130. World Health Organization. Addressing violence against women in pre-service health training: integrating content from the Caring for women subjected to violence curriculum. 2022.
131. World Health Organization. Addressing violence against women in pre-service health training. 2022.
132. Zaharia, V., Corețchi-Mocanu, R. Abordarea în presă a violenței în bază de gen și a violenței împotriva copiilor. Ghid pentru jurnaliști. Disponibil la: [https://www.unicef.org/moldova/media/9841/file/Abordarea în presă a violenței în bază de gen și a violenței împotriva copiilor.pdf](https://www.unicef.org/moldova/media/9841/file/Abordarea%20în%20presă%20a%20violenței%20în%20bază%20de%20gen%20și%20a%20violenței%20împotriva%20copiilor.pdf). [accesat la: 15.07.2023].

ANEXE

Anexa 1. Chestionarul de evaluare a necesităților de instruire a medicilor și mediciniștilor în domeniul violenței în familie

CHESTIONAR de evaluare a necesităților de instruire a medicilor și mediciniștilor în domeniul violenței în familie

Stimată Doamnă/ Stimate Domn,

Vă invităm să participați la studiul sociologic de evaluare a necesităților de instruire a medicilor și mediciniștilor privind violența în familie, realizat în cadrul Catedrei de medicină legală a USMF „Nicolae Testemițanu”.

În cadrul chestionarului ce urmează, Vă propunem un set de întrebări, completarea căruia va dura maxim 15 minute. Vă rugăm să începeți a completa chestionarul doar în cazul în care sunteți sigur ca veți avea suficient timp pentru a răspunde la întregul set de întrebări într-o singură sesiune. Unele întrebări pot conține mai multe variante de răspuns. Participarea Dumneavoastră în studiu este strict confidențială și nu prevede oferirea unor date ce ar permite identificarea respondentului. Rezultatele studiului vor fi analizate statistic și utilizate pentru publicarea unor lucrări științifice. Decizia de completare a chestionarului ce urmează reprezintă acordul Dvs. de participare în acest studiu.

Întrebările apărute pot fi îndreptate la adresa electronică medlegal@usmf.md.

Vă mulțumim pentru deschidere și sinceritatea răspunsurilor.

I. DATE DEMOGRAFICE DESPRE RESPONDENT

1. Precizați statutul Dvs. profesional:

- Student
- Rezident
- Medic

2. Indicați genul Dvs.:

- Feminin
- Masculin
- Altul
- Prefer să nu răspund

3. Precizați în ce categorie de vârstă Vă încadrați:
- sub 35 ani
 - 36 – 55 ani
 - peste 56 ani
4. Starea civilă:
- Căsătorit(ă)
 - Necăsătorit(ă)
 - Divorțat(ă)
 - Văduv(ă)
 - Prefer să nu răspund
5. Aveți copii?
- Da
 - Nu
 - Prefer să nu răspund
6. Selectați mediul de reședință al instituției în care studiați/activați:
- Urban
 - Rural
7. Indicați stagiul Dvs. de muncă:
- fără stagiu
 - sub 5 ani
 - 6 – 20 ani
 - 21 – 40 ani
 - peste 41 ani
8. Cât de frecvent ați interacționat cu pacienți(te) victime ale violenței în familie în activitatea Dvs.?
- a. niciodată
 - b. uneori
 - c. frecvent
 - d. zilnic
9. Apreciați-Vă nivelul de cunoaștere a fenomenului violenței în familie și a principiilor răspunsului sistemului sănătății la aceste cazuri de la 1 la 5.
- 1 2 3 4 5
10. Aveți nevoie de instruirii în domeniul răspunsului sistemului sănătății la cazurile de violență în familie?
- a. Da
 - b. Nu

c. Nu sunt sigur

11. Ați urmat anterior instruirii în domeniul violenței în familie și în bază de gen?
- a. Da
 - b. Nu
 - c. Nu am nevoie

II. APRECIEREA CUNOAȘTERII FENOMENULUI

12. Ce reprezintă violența în familie în opinia Dvs.? (selecțați una sau mai multe variante de răspuns)
- a. infracțiune
 - b. metodă de disciplinare a membrilor familiei
 - c. dezechilibru de putere
 - d. încălcare a drepturilor omului
 - e. manieră de comunicare acceptabilă în familie
13. Care credeți sunt formele violenței în familie?
-
14. Selecțați categoriile de persoane vulnerabile față de violența în familie: (selecțați una sau mai multe variante de răspuns)
- a. femeile gravide
 - b. persoanele în vârstă
 - c. persoanele cu dizabilități fizice sau psihice
 - d. persoanele care trăiesc în comunități rurale și îndepărtate
 - e. toate persoanele sunt vulnerabile în egală măsură
15. Care sunt, din punctul Dvs. de vedere, barierele întâmpinate de către victimele violenței în familie în accesarea serviciilor de sănătate?
-
16. De ce considerați că sistemul sănătății trebuie să răspundă adecvat la cazurile de violență în familie? (selecțați una sau mai multe variante de răspuns)
- a. violența în familie este o problemă de sănătate publică
 - b. pentru evidența statistică a cazurilor de acordare a ajutorului medical
 - c. probabilitatea ca o femeie să solicite ajutor medical este mare
 - d. personalul medical posedă cunoștințe și abilități de reacționare la violență
 - e. pentru evaluarea compensațiilor victimelor

17. Precizați elementele particulare în acordarea ajutorului medical victimelor violenței în familie comparativ cu alți/te pacienți/te?

Expuneți-Vă părerea cu privire la următoarele afirmații:	Acord total	Acord parțial	Neutru	Dezacord parțial	Dezacord total
18. Rolul sistemului sănătății în combaterea violenței în familie este nesemnificativ					
19. Lipsa încrederii în personalul medical constituie o barieră în accesarea de către victima violenței în familie a serviciilor de sănătate					
20. Asistența medicală acordată victimei violenței în familie poate fi afectată de prejudecățile (concepțiile greșite) medicului					
21. Incapacitatea medicului de a recunoaște victimele violenței în familie influențează calitatea asistenței medicale oferite acestora					
22. Evaluarea riscurilor de escaladare sau repetare a violenței este parte integrantă a răspunsului medicului la cazurile de violență în familie					
23. Documentarea leziunilor corporale este o sarcină exclusivă a medicului legist					
24. Medicul ginecolog trebuie să colecteze probe biologice de la victimele violului în anumite situații					
25. Referirea victimelor violenței în familie este parte integrantă a răspunsului medicului la cazurile de violență în familie					

-
26. Care sunt instrumentele juridice de protecție a victimei violenței în familie?
- a. ordonanța de protecție
 - b. informarea asistentului social din localitate
 - c. ordinul de restricție de urgență
 - d. informarea primarului din localitate
 - e. în Republica Moldova nu există instrumente juridice de protecție a victimelor violenței în familie
27. În privința căror victime și în ce condiții medicul trebuie să informeze poliția despre cazul de violență în familie? (selecțați una sau mai multe variante de răspuns)
- a. copii doar cu acordul lor
 - b. copii indiferent de acordul lor
 - c. adulți cu acordul lor
 - d. adulți fără acordul lor în caz de pericol pentru viață sau sănătate
 - e. în nici un caz poliția nu se informează din cauza confidențialității datelor medicale
28. Precizați ce instrumente dintre cele indicate mai jos V-au fost oferite de instituția în care activați/studiați: (selecțați una sau mai multe variante de răspuns)
- a. Protocolul clinic standardizat „Managementul clinic al cazurilor de viol” (Ordin MS nr.908 din 30.09.2021)
 - b. Ghidul pentru specialiștii din sistemul de sănătate privind intervenția eficientă în cazurile de violență împotriva femeilor (Ordin MS nr.1083 din 30.12.2016)
 - c. Instrucțiunea privind intervenția instituțiilor medico-sanitare în cazurile de violență în familie (Ordin MS nr.1167 din 15.10.2019)
 - d. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 270/2014 cu privire la aprobarea Instrucțiunilor privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatarei și traficului
 - e. Ordinul MSMPS nr. 445/2015 cu privire la aprobare Instrucțiunii metodice privind intervenția instituțiilor medicale în identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea cazurilor de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului

- f. Ordinul comun al MMPS, ME, MS și MAI nr. 153/1043/1042/293 din 08.10.2014 cu privire la aprobarea Fișei de sesizare a cazului suspect de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului
- g. Nu a fost furnizat nici unul dintre cele enumerate
29. Precizați dacă în Republica Moldova există servicii de suport pentru victimele violenței în familie
- Da
 - Nu
 - Nu știu

III. APRECIEREA PERCEPȚIILOR RESPONDENTULUI

30. Care dintre următoarele afirmații le împărtășiți? (selectați una sau mai multe variante de răspuns)
- violența în familie este un comportament acceptabil
 - violența dintre membrii familiei este o chestiune privată
 - violența dintre membrii familiei este acceptabilă doar în anumite circumstanțe
 - violența în familie este un comportament inacceptabil în orice circumstanțe
 - violența poate fi aplicată doar în raport cu unii membri ai familiei

Expuneți-Vă părerea cu privire la următoarele afirmații:	Acord total	Acord parțial	Neutru	Dezacord parțial	Dezacord total
31. Violența în familie este un fenomen răspândit în Republica Moldova					
32. Violența domestică apare numai în familiile din păturile sărace ale societății					
33. Violența în familie este o chestiune privată					
34. Copiii trebuie uneori pedepsiți fizic în scop educațional					
35. Copilul bătut în familie este mai disciplinat în viața adultă					

36.Sarcina de educare a copiilor în familie trebuie să îi revină doar mamei					
37.Există momente în care femeia merită să fie lovită de către partenerul de viață					
38.Consumul de alcool este o cauză a violenței în familie					
39.Prejudecățile privind rolul femeilor și bărbaților în societate sunt asociate cu violența în familie					
40. Femeile provoacă partenerul de viață la violență					
41. Violența în familie este o problemă de sănătate publică					
42.Nu există viol între soț și soție					
43.Dacă o femeie nu opune rezistență actului sexual, acesta nu este viol					

Expuneți-Vă părerea cu privire la următoarele afirmații:	Da	Nu	Nu sunt sigur
44. Dacă copilul Dvs. ar fi fost lovit de o rudă apropiată, ați raporta cazul la poliție?			
45. Dacă ați fi martor al violenței dintre soț și soție în loc public ați interveni pentru stoparea actului violenței?			

IV. EVALUAREA ATITUDINILOR REFERITOARE LA CURS

46. Cunoașteți despre existența cursului „Violența în familie și în bază de gen” destinat studenților și medicilor și desfășurat în cadrul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”?
- Da
 - Nu
 - Nu sunt sigur
- 47.Dacă da, de unde ați aflat despre existența acestuia?
- Programul anual de formare profesională continuă a medicilor și farmaciștilor

- b. Pagina de Facebook a USMF
 - c. Pagina de Facebook a ASRM
 - d. Decanat
 - e. Catedra de medicină legală
 - f. Colegi
 - g. Lecție deschisă
 - h. Altă sursă _____
48. Care ar putea fi în viziunea Dvs. motivul interesului redus al studenților și medicilor față de cursul „Violența în familie și în bază de gen”?
- a. Nu cunosc despre existența cursului
 - b. Nu conștientizează importanța problemei violenței în familie
 - c. Nu consideră cursul util medicului practician
 - d. Nu dispun de timp liber
 - e. Nu doresc să urmez cursul
 - f. Creditele EMC nu sunt acceptate de comisiile de atestare de profil
 - g. Conducătorul IMS refuză de a finanța asemenea cursuri
 - h. Altă cauză _____
49. Ce ar putea să Vă determine să urmați cursul?
- a. Conștientizez problema și vreau să fiu informat(ă)
 - b. Am fost martor(ă)/victimă a violenței în familie
 - c. Doresc să obțin credite EMC suplimentare
 - d. Doresc să îmi îmbunătățesc media anuală din contul cursului
 - e. Nu doresc să urmez cursul
 - f. Altă cauză _____

Anexa 2. Certificat de inovator



Anexa 3. Căile electronice de distribuire a chestionarului

Versiunea digitalizată a chestionarului poate fi vizualizată accesând link-ul sau QR-code-ul ce urmează:

<https://forms.gle/8SAmsrD7jP2Yr9ucA>



Anexa 4. Diploma medaliei de argint EUROINVENT, ediția 2023

EUROINVENT
EUROPEAN EXHIBITION OF CREATIVITY AND INNOVATION

IASI ROMANIA

15^{EDITION}

under the patronage of
MINISTERUL CERCETĂRII
INOVĂRII ȘI DIGITALIZĂRII

2023

DIPLOMA
SILVER MEDAL

is awarded to:

Medico-legal identification of physical domestic violence – Research project

Andrei Pădure, Petru Glavan, Anatolii Bondarev, Larisa Spinei, Doina Cazacu

President of Investigational Jury
Prof. Dr. Eng. Mohd. Musbela Al Bakri ABDULLAH

President of Scientific Committee
Prof. Dr. Ion SANDU

May 13, 2023

Anexa 5. Special Prize from „Lucian Blaga” University of Sibiu



“Lucian Blaga”
University of Sibiu

awards
a Special Prize

as a sign of honor, recognition and appreciation
of scientific creativity and originality

to

*ANDREI PĂDURE, PETRU GLAVAN, ANATOLII BONDAREV,
LARISA SPIŢEI, DOINA CAZACU*

Rector of “Lucian Blaga” University of Sibiu,
Prof. Sorin RADU, Ph.D., Dr. Habil.



Manager of PATLIB Centre Sibiu

Prof. Eng. & Ec. Aurel Mihail ȚȚU, Sc.D. & Ph.D., Dr. Habil., DHC

Iași, 11th - 13th May 2023

15th European Exhibition of Creativity and Innovation “EUROINVENT 2023”