



RAPORT • 2026

privind analiza situațională
realizată în cadrul proiectului

„Oportunități în profilaxia tulburărilor alcoolice fetale în municipiul Chișinău”

Proiect UNICEF „Oportunități în profilaxia tulburărilor alcoolice fetale în municipiul Chișinău”, implementat de Asociația Obștească „Progres prin Alternativă”, cu suportul financiar al Guvernului Norvegiei, în parteneriat cu Ministerul Sănătății, IMSP Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi” și IMSP Asociația Medicală Teritorială Rîșcani.



Proiectul „Oportunități în profilaxia tulburărilor alcoolice fetale în municipiul Chișinău” (proiectul pilot STAF) a fost implementat de Asociația Obștească „Progres prin Alternativă” cu suportul Reprezentanței UNICEF în Republica Moldova în perioada august 2025 – mai 2026 în parteneriat cu IMSP Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi” și IMSP Asociația Medicală Teritorială Rîșcani.

Proiectul a avut drept scop creșterea gradului de conștientizare a populației privind riscurile consumului de alcool în timpul sarcinii și prevenirea tulburărilor alcoolice fetale prin promovarea deciziilor informate și a unui mediu de susținere pentru femeile însărcinate.



Obiectivele Proiectului:

- Generarea de dovezi privind cunoștințele, atitudinile și practicile legate de consumul de alcool în sarcină pentru a sprijini programe și politici bazate pe date reale.
- Consolidarea capacităților profesioniștilor din domeniul sănătății, educației și protecției sociale pentru prevenire, identificare timpurie și consiliere.
- Creșterea nivelului de informare și sprijinire a femeilor însărcinate din sectorul Rîșcani al capitalei pentru adoptarea și menținerea unor comportamente de prevenire a STAF.

Programul de activități a inclus:

- Un studiu cantitativ privind cunoștințele, atitudinile și practicile femeilor care au născut în maternitățile municipale și ale partenerilor acestora;
- O cercetare calitativă cu mame și profesioniști din domeniile sănătății, asistenței sociale și psihologiei;
- O intervenție-pilot de instruire a specialiștilor din sectorul Rîșcani al municipiului Chișinău și evaluarea impactului acesteia asupra practicilor profesionale și comportamentelor gravidelor;
- Activități de comunicare și educare publică prin promovarea mesajului „Zero alcool în sarcină”.
- O conferință națională cu genericul „Spectrul tulburărilor alcoolice fetale în Republica Moldova: de la realitatea invizibilă la abordări responsabile”, cu participarea experților din România, Franța, Germania și Polonia.

Rezultatele obținute în cadrul proiectului STAF confirmă faptul că expunerea prenatală la alcool prezintă o problemă reală de sănătate publică în Republica Moldova, insuficient recunoscută și insuficient abordată în cadrul sistemelor existente de sănătate și protecție socială.

Analiza situațională a demonstrat că prevenirea consumului de alcool în sarcină nu este integrată sistematic în serviciile medicale existente. Screeningul și consilierea depind în mare măsură de inițiativa individuală a profesioniștilor, iar utilizarea instrumentelor standardizate și accesul la instruire specifică sunt limitate. De asemenea, au fost identificate

lacune privind colaborarea intersectorială, disponibilitatea suporturilor metodologice și mecanismele de identificare timpurie a copiilor afectați de expunerea prenatală la alcool. Deși majoritatea femeilor participante în studiile realizate în cadrul proiectului STAF erau conștiente de existența riscurilor asociate consumului de alcool în timpul sarcinii, s-a stabilit că în societate persistă percepții eronate privind existența unor cantități considerate „sigure”. Aproape o treime dintre respondente consideră acceptabil consumul unei cantități reduse de alcool pe parcursul sarcinii, iar fiecare a cincea din ele percepe consumul de vin ca fiind neutru sau chiar benefic pentru copil. Nivelul de cunoaștere a sindromului alcoolic fetal rămâne redus, iar studiul a evidențiat un decalaj important între cunoașterea riscurilor și comportamentele efective, aproape trei din zece participante raportând consum de alcool în timpul sarcinii.

Totodată, proiectul a demonstrat că schimbarea este posibilă prin intervenții relativ simple și eficiente. Instruirea profesioniștilor (200 specialiști: lucrători medicali, psihologi și asistenți sociali) a condus la creșterea semnificativă a frecvenței și calității consilierii gravidelor privind consumul de alcool, la extinderea utilizării instrumentelor de screening și la îmbunătățirea nivelului de cunoaștere în rândul beneficiarilor. Cel mai important rezultat a fost reducerea până la eliminare a consumului de alcool raportat după confirmarea sarcinii în grupul evaluat. Aceste constatări confirmă fezabilitatea integrării prevenirii STAF în serviciile existente, fără necesitatea unor restructurări majore și cu resurse suplimentare nesemnificative.

Rezultatele proiectului demonstrează că prevenirea tulburărilor alcoolice fetale poate fi integrată eficient în serviciile existente, prin consolidarea competențelor profesionale, utilizarea instrumentelor standardizate de screening și dezvoltarea unui cadru normativ și metodologic adecvat. Datele generate oferă o bază solidă pentru dezvoltarea unor intervenții naționale bazate pe dovezi.

În acest context, echipa Proiectului a solicitat examinarea oportunității includerii prevenirii STAF în prioritățile de sănătate publică ale Ministerului Sănătății și inițierea unui proces de analiză a măsurilor necesare pentru dezvoltarea unui cadru național de prevenire a expunerii prenatale la alcool. Totodată, a fost propusă constituirea unui grup de lucru tehnic intersectorial, cu participarea reprezentanților Ministerului Sănătății (în domeniul asistenței medicale primare, asistenței medicale specializate; sănătății mamei și copilului), instituțiilor medicale, mediului academic, organizațiilor profesionale și partenerilor de dezvoltare, care să examineze rezultatele studiului și să formuleze recomandări privind integrarea prevenirii STAF în politicile, programele și serviciile existente.

Asociația Obștească „Progres prin Alternativă” este disponibilă să ofere rezultatele complete ale cercetării, instrumentele dezvoltate în cadrul proiectului, materialele metodologice elaborate și experiența acumulată în implementarea intervenției-pilot.

Echipa proiectului STAF,
Dumitru ȘIȘCANU,
președintele AO „Progres prin Alternativă”,
director de proiect

RAPORT

privind analiza situațională realizată în cadrul proiectului „Oportunități în profilaxia tulburărilor alcoolice fetale în municipiul Chișinău” (proiectul STAF)

*(prezentat în cadrul mesei rotunde cu genericul
„Proiectul STAF: Rezultate. Concluzii. Recomandări.” din 26 mai 2026, Chișinău)*

Echipa de autori:

Dumitru Șișcanu	directorul proiectului STAF, președintele Asociației Obștești „Progres prin Alternativă”, medic obstetrician-ginecolog, dr. șt. med.
Corina Darii	asistent de proiect STAF, medic-rezident obstetrician-ginecolog, IMSP Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”.
Cristina Rotaru	statistician, M.Sc., coordonator al studiului CAP, proiectul STAF.
Svetlana Cociu	asistent universitar, Departamentul Medicină Preventivă, USMF „Nicolae Testemițanu”, dr. șt. med.
Angela Cazacu-Stratu	conferențiar universitar, Departamentul Medicină Preventivă, USMF „Nicolae Testemițanu”, dr. șt. med.
Larisa Boronin	conferențiar universitar, Catedra Sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie „Alexandru Nacu”, USMF „Nicolae Testemițanu”, dr. șt. med.

Consultanți:

Svetlana Hadjiu	președintele Societății de Neuropsihologie a Copilului și Adolescentului din Moldova, profesor universitar, Departamentul Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”, dr. hab. șt. med.
Igor Nastas	conferențiar universitar, Catedra Sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie „Alexandru Nacu”, USMF „Nicolae Testemițanu”, dr. hab. șt. med.

(Email pentru corespondență: ***d_siscanu@yahoo.com***)

Chișinău, 2026

CUPRINS

CONTEXT	6
PERCEPȚII ȘI COMPORTAMENT PRIVIND CONSUMUL DE ALCOOL ÎN SARCINĂ	8
Scopul și obiectivele studiului	8
Metodologia studiului	8
Rezultatele chestionarului femeilor	11
CAP – Cunoștințe	16
CAP – Atitudini	27
CAP – Practici	29
CONCLUZII	35
BARIERE ȘI OPORTUNITĂȚI ÎN PREVENIREA STAF	39
Scopul studiului	39
Metodologia studiului	39
Experiența profesională în consilierea privind consumul de alcool în sarcină	40
Provocări și necesități	43
Cunoștințe și atitudini privind consumul de alcool în sarcină	44
Rezultatele studiului calitativ pe focus-grupurilor tematice	46
Analiză tematică transversală	51
IMPACTUL ACTIVITĂȚILOR DE INSTRUIRE A PRESTATORILOR DE SERVICII PRIVIND REDUCEREA CONSUMULUI DE ALCOOL ÎN TIMPUL SARCINII	53
Obiectivele studiului	53
Caracteristicile lotului de studiu	54
Surse de informare ale gravidelor privind sănătatea în sarcină	55
Cunoștințele gravidelor privind riscurile alcoolului în sarcină	55
Comportamentul gravidelor privind consumul de alcool	56
CONCLUZII	58
CONSIDERAȚII FINALE	59
RECOMANDĂRI	63
ANEXE	67

CONTEXT

Consumul de alcool în timpul sarcinii reprezintă una dintre cauzele prevenibile cu un impact negativ, documentat, asupra sănătății fătului și a copilului. Expunerea prenatală la alcool este asociată cu un ansamblu larg de consecințe, de la nașterea prematură, greutatea mică la naștere și avortul spontan, până la tulburări neurologice și comportamentale permanente. Cea mai gravă și bine definită manifestare a acestei expunerii este sindromul alcoolic fetal (SAF) – o afecțiune ireversibilă caracterizată prin anomalii cranio-faciale specifice, retard în creștere și disfuncții ale sistemului nervos central. La un nivel mai larg, SAF reprezintă forma cea mai severă a spectrului tulburărilor alcoolice fetale (STAF), care include și formele parțiale fără trăsăturile fizice complete ale sindromului. Din perspectiva consecințelor clinice, STAF este una dintre principalele cauze prevenibile de dizabilitate intelectuală, malformații congenitale și tulburări de dezvoltare; poate genera dizabilități secundare: eșec școlar, tulburări de sănătate mintală, consum de substanțe și comportament infracțional.

La nivel global, aproximativ 10% dintre femeile gravide consumă alcool în timpul sarcinii, iar prevalența SAF este estimată la 14,6 cazuri la 10.000 de nou-născuți vii, ceea ce reprezintă circa 119.000 de copii care se nasc anual cu această afecțiune. Prevalența STAF în subpopulații vulnerabile (copii instituționalizați, populații din sistemul corecțional, elevi cu necesități educaționale speciale...) este de 10 până la 40 de ori mai ridicată. Datele sunt și mai îngrijorătoare pentru Regiunea Europeană a OMS: prevalența consumului de alcool în sarcină în Europa atinge 25,2% – cea mai ridicată din toate regiunile OMS, iar prevalența SAF este de 2,6 ori mai mare decât media globală. Aceste cifre plasează Europa și, în special, Europa de Est într-o zonă de risc înalt din perspectiva sănătății publice. Cele cinci țări cu cel mai ridicat consum de alcool în sarcină se află toate în Europa: Rusia, Regatul Unit, Danemarca, Belarus și Irlanda.

Studiile efectuate axate pe copiii adoptați din Europa de Est, inclusiv din Republica Moldova, confirmă această vulnerabilitate: în rândul copiilor adoptați din Rusia și Ucraina, cel puțin 50% prezentau manifestări asociate STAF, dintre care 20,4% aveau SAF complet și 17,2% – SAF parțial.

Un factor de risc relevant este reprezentat de sarcina neplanificată, frecvent asociată cu expunerea la alcool în perioada periconcepțională. Studiile europene indică o asociere semnificativă între planificarea sarcinii și comportamentele preventive, inclusiv evitarea alcoolului. Cercetările multicentrice arată că proporția femeilor care consumă alcool în sarcină variază considerabil după regiune, iar factori precum vârsta mai înaintată, nivelul de educație superior și statutul socio-economic ridicat pot fi asociați paradoxal cu o probabilitate mai mare de consum.

Republica Moldova se înscrie într-un context regional deosebit de vulnerabil: conform datelor OMS, țara noastră se numără printre țările cu cel mai înalt consum de alcool per capita din lume, care în anul 2024 a fost estimat la 11,4 litri de alcool pur și care se înregistrează, în mod caracteristic, în rândul persoanelor de vârstă reproductivă (20–44 de ani), fapt ce amplifică semnificativ riscul de expunere fetală la alcool.

Cu privire la contextul specific al Republicii Moldova, situația este marcată de o lacună de date statistice. Deși medicii și specialiștii din domeniu semnalează existența cazurilor de consum al alcoolului în sarcină, în Republica Moldova nu există o statistică privind incidența consumului de alcool în rândul femeilor gravide. Studiile internaționale care acoperă Europa de Est plasează Moldova alături de România și Ucraina în categoria teritoriilor unde prevalența

SAF în rândul copiilor instituționalizați a fost documentată, însă fără a oferi date separate, reprezentative la nivel național pentru fiecare țară în parte.

Lipsa unor date naționale reprezentative îngreunează evaluarea gradului în care mesajele de sănătate publică ajung la populația vizată, identificarea grupurilor cu cel mai ridicat risc și înțelegerea factorilor care mențin acest comportament, inclusiv pe parcursul sarcinii. În plus, absența unor informații privind tendința consumului de alcool în rândul gravidelor limitează capacitatea de a elabora politici publice fundamentate pe dovezi și de a direcționa eficient resursele destinate intervențiilor.

În acest context, cercetările efectuate în cadrul proiectului UNICEF „Oportunități în profilaxia tulburărilor alcoolice fetale în municipiul Chișinău” (anul 2025) constituie o primă evaluare complexă a problematicii legate de STAF în Republica Moldova. Analiza situațională are ca obiectiv principal formularea de recomandări practice pentru identificarea oportunităților de prevenire a STAF în Republica Moldova și a fost realizată în baza a trei cercetări distincte:

- Studiul **„Percepții și comportament privind consumul de alcool în sarcină”**, a documentat cunoștințele, atitudinile și practicile femeilor care au născut recent în maternitățile municipale din orașul Chișinău, precum și ale partenerilor acestora, privind consumul de alcool în sarcină.
- Componenta calitativă a cercetării prin focus-grupuri tematice **„Bariere și oportunități în prevenirea STAF”**, a urmărit colectarea perspectivelor și experiențelor specialiștilor din domeniul medico-psiho-social privind prevenirea consumului de alcool în sarcină, practicile curente de consiliere, barierele și nevoile de sprijin, precum și oportunitățile de consolidare a colaborării intersectoriale.
- **„Impactul activităților de instruire a prestatorilor de servicii privind reducerea consumului de alcool în timpul sarcinii”** – un sondaj al opiniilor femeilor gravide luate în evidență medicală înainte și după instruirea specialiștilor (personalul medical, asistenți sociali și psihologi) în aspecte privind reducerea consumului de alcool în timpul sarcinii și prevenirea STAF.

Desfășurarea activităților de cercetare a fost realizată în baza avizului favorabil al Comitetului Național de Expertiză Etică a Studiului Clinic nr. 2035 din 11.11.2025.

Ansamblul datelor obținute demonstrează necesitatea dezvoltării unei politici integrate privind prevenirea tulburărilor alcoolice fetale, care să includă:

- prevenție primară și preconcepțională;
- screening sistematic în sarcină;
- consiliere și comunicare motivațională;
- formare profesională multidisciplinară;
- dezvoltarea serviciilor integrate medico-psiho-sociale;
- intervenție timpurie pentru copiii afectați;
- campanii de comunicare publică;
- reducerea stigmatizării;
- consolidarea colaborării intersectoriale;
- mecanisme de monitorizare și cercetare continuă.

Datele disponibile confirmă că prevenirea STAF poate deveni o componentă realistă, fezabilă și eficientă a serviciilor existente de sănătate reproductivă și maternă, cu condiția dezvoltării unui cadru strategic și operațional coerent.

PERCEPȚII ȘI COMPORTAMENT PRIVIND CONSUMUL DE ALCOOL ÎN SARCINĂ

(Studiu cantitativ)

Scopul și obiectivele studiului

Studiul și-a propus ca scop să documenteze cunoștințele, atitudinile și practicile privind consumul de alcool în sarcină printre femeile care au născut în maternitățile municipale din mun. Chișinău, precum și partenerii acestora, oferind o bază empirică pentru dezvoltarea unor intervenții de prevenire și consiliere.

Obiectivele specifice:

- Oferirea unei imagini de ansamblu asupra nivelului de informare și a comportamentelor reale legate de consumul de alcool în timpul sarcinii;
- Identificarea grupurilor vulnerabile și a factorilor asociați consumului de alcool în sarcină;
- Fundamentarea unor intervenții țintite de prevenire și consiliere, adaptate contextului național;

Implicarea soților și partenerilor în cadrul studiului reflectă recunoașterea rolului acestora în influențarea comportamentelor femeii în perioada perinatală și necesitatea abordării consumului de alcool ca responsabilitate de cuplu, nu doar individuală.

Metodologia studiului

Designul studiului

Studiul constituie o cercetare cantitativă, transversală de tip Cunoștințe, Atitudini, Practici (CAP). Cercetarea a fost desfășurată în rândul femeilor care au născut în două maternități participante din mun. Chișinău: IMSP Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi” și IMSP Maternitatea Municipală nr. 2. Datele primare au fost colectate prin intermediul unui chestionar electronic autoadministrat, completat de respondente după externarea din maternitate (*Anexa 1*).

Eșantionarea participantelor

Populația eligibilă a fost reprezentată de femeile care au născut în spitalele participante în perioada iunie–octombrie 2025. Criteriul de eligibilitate a constituit prezența în fișa medicală a mamei a datelor de contact complete. Au fost excluse din eșantion cazurile de deces antenatal și cazurile de deces neonatal survenit în perioada spitalizării, anterior externării mamei.

Eșantionarea a fost realizată aleatoriu, fiind selectate 1.063 de femei pentru a fi invitate să participe la studiu. Perioada de colectare a datelor a acoperit intervalul decembrie 2025 – februarie 2026.

Acordul de participare la studiu a fost obținut în etape distincte. Consimțământul specific pentru prezentul studiu a fost reconfirmat telefonic la momentul contactării de către operatori, anterior expedierii chestionarului electronic.

Înrolarea participantelor

Înrolarea în studiu a fost realizată de operatori instruiți, care au inițiat un contact telefonic cu toate cele 1.063 de femei selectate. Dintre acestea, 262 nu au putut fi contactate, fie din cauza indisponibilității în aria de acoperire telefonică, fie din cauza unui număr de telefon înregistrat incorect în fișa medicală. Alte 38 de femei au refuzat să participe la studiu.

Au exprimat consimțământul de a participa la studiu 763 de persoane, cărora li s-a transmis un mesaj SMS care conținea linkul la chestionarul electronic și un cod de identificare atribuit fiecărei participante. Totodată, respondentele au avut posibilitatea de a opta pentru limba de completare a chestionarului: română sau rusă.

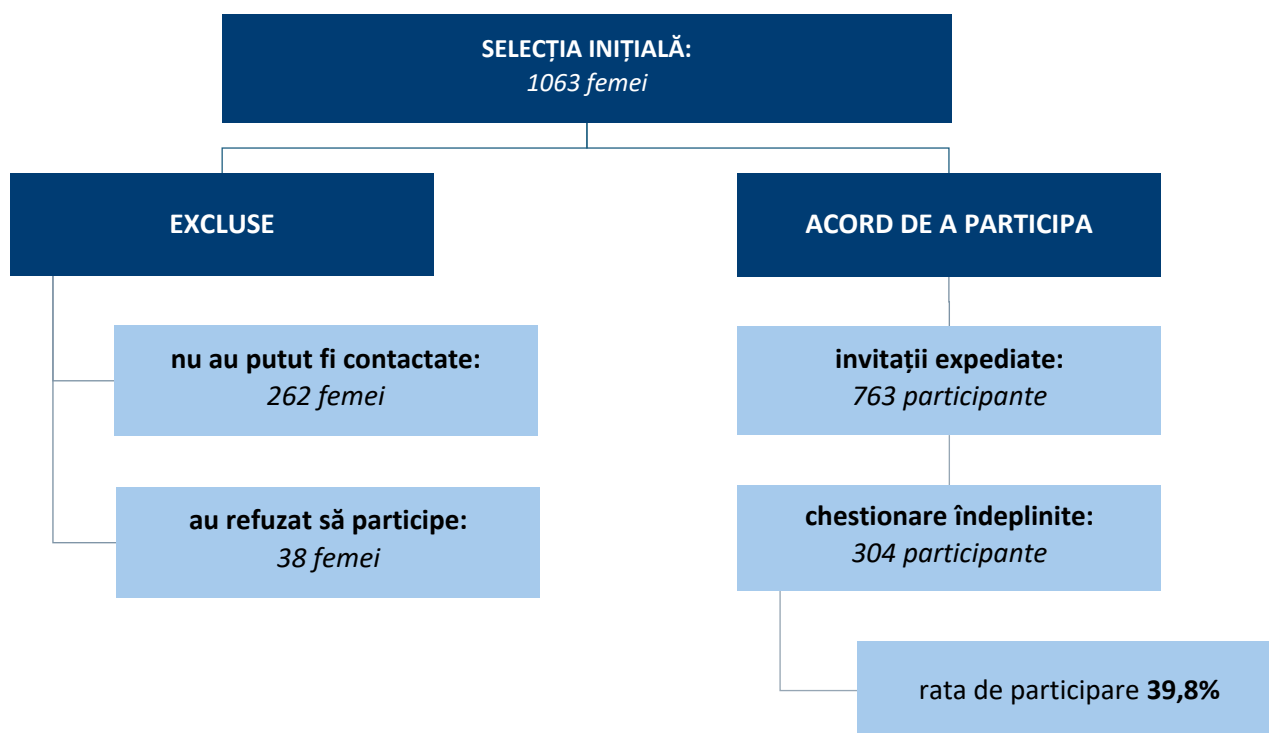


Figura 1. Eșantionare și înrolare.

În final, chestionarele au fost completate de 304 participante, rata de răspuns finală constituind 39,8% raportat la numărul celor care au acceptat să participe la studiu (Figura 1). O explicație pentru o rată redusă de participare față de cea anticipată (50%) ar fi efectul campaniilor de informare pe rețelele de media sociale privind fraudă digitală, desfășurate în perioada desfășurării campaniei de înrolare.

Chestionarul soțului/partenerului

La finalul chestionarului adresat femeilor, respondentele au fost îndemnate să transmită soțului sau partenerului un link către chestionarul elaborat pentru parteneri (Anexa 2). Acest chestionar a fost completat de 40 de persoane, care reprezintă 13,2% din numărul total al femeilor participante.

Rata redusă de participare a partenerilor limitează posibilitatea de a generaliza concluziile referitoare la acest subgrup. Rezultatele obținute din acest chestionar vor fi prezentate cu titlu exploratoriu, ca date complementare.

Instrumentele de colectare a datelor

Datele au fost colectate prin două chestionare electronice distincte: unul adresat femeilor și altul partenerilor acestora. Ambele instrumente au acoperit cele trei domenii ale studiului: cunoștințe, atitudini și practici privind consumul de alcool în sarcină.

Chestionarele au fost elaborate de echipa proiectului, cu consultarea specialiștilor în sănătate publică, obstetrică și cercetare comportamentală. Procesul de elaborare a inclus o revizuire a literaturii de specialitate și analiza instrumentelor utilizate în studii CAP similare desfășurate la nivel internațional, asigurând ancorarea metodologică a instrumentelor în standardele recunoscute în domeniu. Întrebările au fost structurate pe cele trei dimensiuni ale studiului și adaptate contextului socio-cultural local, astfel încât să fie accesibile și relevante pentru populația țintă. Anterior lansării colectării datelor, instrumentele au fost revizuite și ajustate în baza feedback-ului experților consultați.

Administrarea chestionarelor electronice s-a realizat prin platforma Microsoft Forms, accesibilă respondenților printr-un link transmis prin mesaj SMS. Platforma a asigurat accesibilitate de pe dispozitive mobile, interfață intuitivă, configurare multilingvă și colectarea automată a răspunsurilor într-o bază de date centralizată. Logica de ramificare a întrebărilor, prin care anumite întrebări erau afișate condiționat, în funcție de răspunsurile anterioare, a fost configurată direct în platformă, reducând riscul erorilor de completare și asigurând relevanța întrebărilor pentru fiecare respondent.

Analiza datelor

Înainte de analiză, baza de date a fost verificată din perspectiva integrității, incluzând identificarea și excluderea înregistrărilor duplicate provenite de la același respondent.

Analiza descriptivă a inclus calculul frecvențelor absolute și relative (procente) pentru variabilele nominale, precum și al valorilor medii și al deviațiilor standard pentru variabilele continue.

Comparațiile între subgrupuri, definite după planificarea sarcinii (planificată vs. neplanificată) și nivelul de studii (superioare vs. fără studii superioare), au fost realizate prin teste statistice inferențiale. Pentru variabilele nominale a fost aplicat testul chi-pătrat (χ^2). Comparațiile între medii au fost efectuate prin analiza de varianță (ANOVA). Diferențele dintre grupuri au fost considerate semnificative statistic la pragul $p < 0,05$.

Confidențialitatea și protecția datelor

Anterior completării chestionarelor electronice, respondenților li s-au furnizat informații clare privind: scopul studiului, caracterul voluntar al participării, drepturile ce le revin în calitate de subiecți ai cercetării, precum și dreptul de a refuza participarea sau de a se retrage în orice moment, fără nicio consecință.

Separarea dintre datele de identificare și răspunsurile furnizate a fost asigurată prin compartimentarea strictă a atribuțiilor în cadrul echipei. Operatorii care au contactat telefonic participantele și care cunoșteau identitatea acestora nu au avut acces la răspunsurile furnizate. La rândul lor, membrii echipei implicați în analiza și interpretarea datelor nu au avut acces la informațiile de identificare ale respondenților. Baza de date consolidată, singura care permitea asocierea datelor de contact cu răspunsurile, a fost deținută și gestionată exclusiv de coordonatorul studiului.

Datele au fost utilizate doar în scopuri științifice în conformitate cu obiectivele declarate ale studiului, stocate și prelucrate în condiții de securitate corespunzătoare, cu acces restricționat la membrii echipei de cercetare și nu au fost transmise către terți.

Rezultatele chestionarului femeilor

Caracteristici sociodemografice

Eșantionul a inclus participante cu domiciliul atât în mun. Chișinău, cât și în alte localități ale republicii. Categoria de femei cu domiciliul în afara capitalei constituie 26,6% ($n = 81$), fapt care reflectă aria de deservire extinsă a celor două maternități participante și conferă eșantionului o diversitate geografică, dar fără reprezentativitate la nivel național.

Dintre participantele cu domiciliul în mun. Chișinău, reprezentarea pe sectoare a fost relativ echilibrată, variind între 9,2% și 13,8%. (Figura 2)

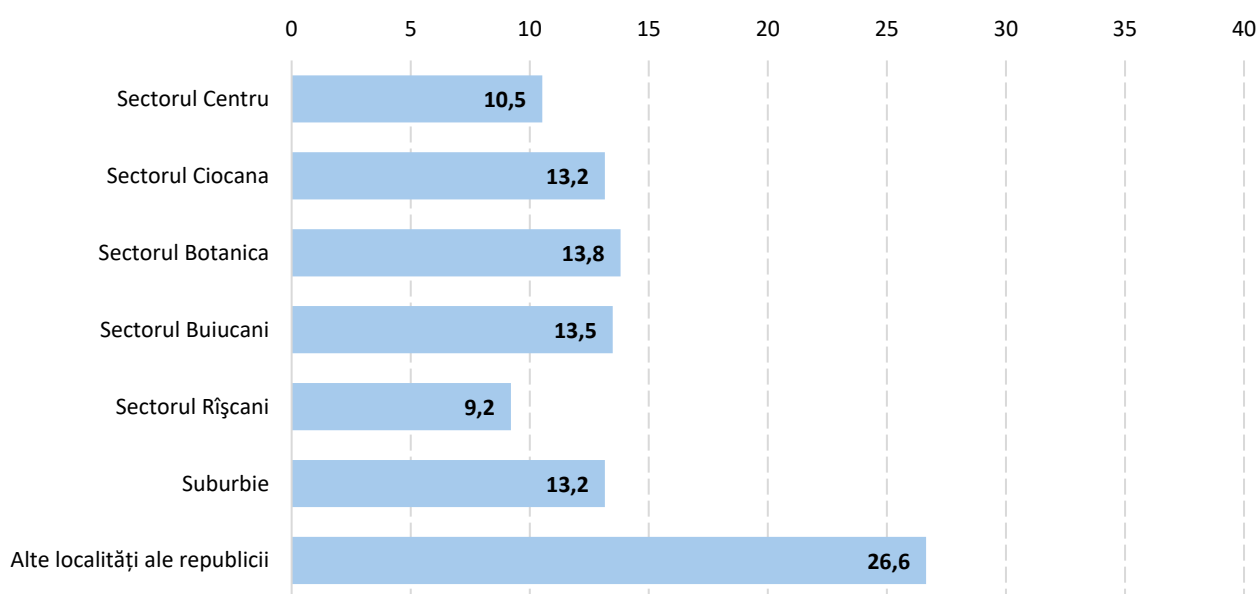


Figura 2. Distribuția participantelor după locul de trai (%).

Distribuția pe grupuri de vârstă

Vârsta participantelor a variat între 17 și 43 de ani. Grupul de vârstă predominantă a fost cel de 26–35 de ani, reprezentând peste jumătate din eșantion (51,3%, $n = 156$), urmată de grupul sub 25 de ani (30,3%, $n = 92$) și de grupul de 36 de ani și mai mult (18,4%, $n = 56$). Distribuția pe grupuri de vârstă a fost similară în subgrupurile definite după planificarea ultimei sarcini.

În schimb, aceasta a variat semnificativ în funcție de paritate: femeile la prima naștere au fost predominant tinere, sub 25 de ani (53,9%, $n = 69$), în timp ce femeile cu două sau mai multe nașteri anterioare s-au concentrat în grupurile de vârstă înaintate – 60,8% ($n = 107$) în grupul de 26-35 de ani și 26,1% ($n = 46$) în grupul de 36 de ani și peste. (Tabelul 1)

Marea majoritate a participantelor (98,0%, $n = 298$) au fost căsătorite sau în relații de cuplu stabile, distribuție care s-a menținut uniformă în toate subgrupurile analizate.

Cel mai frecvent nivel de studii declarat a fost cel superior (55,3%, $n = 168$), urmat de școala profesională, liceu sau colegiu (29,9%, $n = 91$) și de școala generală finalizată sau

incompletă (14,1%, n = 43). Două participante au declarat absența oricărei forme de școlarizare. Distribuția după nivelul de educație a fost similară în subgrupurile definite după planificarea sarcinii, cu mențiunea că femeile cu sarcină neplanificată au prezentat o pondere ușor mai ridicată a studiilor medii incomplete (8,4% față de 4,8% în rândul celor cu sarcină planificată), iar femeile la prima naștere au raportat mai frecvent studii la nivel de școală profesională, liceu sau colegiu (35,9%), comparativ cu femeile multipare, la care studiile superioare au fost predominante (58,5%).

Profilul sociodemografic al soților/partenerilor după distribuția pe grupuri de vârstă, stare civilă și nivel de educație a fost similar cu cel al respondentelor.

Tabelul 1.

Caracteristicile sociodemografice ale respondentelor după planificarea sarcinii și paritate.

	Total		Ultima sarcină a fost planificată				Numărul de nașteri			
			da		nu		1		≥ 2	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Vârsta										
<=25	92	30.3	70	33.5	22	23.2	69	53.9	23	13.1
26-35	156	51.3	105	50.2	51	53.7	49	38.3	107	60.8
>=36	56	18.4	34	16.3	22	23.2	10	7.8	46	26.1
Starea civilă										
Căsătorită/În cuplu	298	98.0	205	98.1	93	97.9	126	98.4	172	97.7
Divorțată/Necăsătorită	6	2.0	4	1.9	2	2.1	2	1.6	4	2.3
Cel mai înalt nivel de studii										
Fără studii	2	0.7	2	1.0	0	0.0	1	.8	1	.6
Medii incomplete	18	5.9	10	4.8	8	8.4	5	3.9	13	7.4
Școala generală	25	8.2	18	8.6	7	7.4	11	8.6	14	8.0
Școala profesională/Li- ceu/Colegiu	91	29.9	61	29.1	30	31.6	46	35.9	45	25.5
Studii superioare	168	55.3	118	56.5	50	52.6	65	50.8	103	58.5

Pregătirea preconcepțională

În total, 61,8% dintre participante (n = 188) au declarat că dețin un plan reproductiv personal sau de cuplu, definit ca cunoașterea numărului de copii doriți și a vârstei la care intenționează să-i conceapă. Femeile cu ultima sarcină planificată au raportat semnificativ mai frecvent existența unui plan reproductiv (74,2%, n = 155), comparativ cu cele pentru care sarcina nu a fost planificată (34,7%, n = 34).

Analiza celor două variabile, planificarea sarcinii și existența unui plan reproductiv, a permis identificarea a patru categorii de participante, cu profiluri de risc și receptivitate la intervenții educaționale diferite (*Figura 3*). Categoria cea mai numeroasă a fost cea a femeilor cu plan reproductiv și sarcină planificată (51,0%, n = 155), care reprezintă profilul cel mai favorabil din perspectiva comportamentelor preventive, inclusiv a evitării alcoolului în perioada periconcepțională. Concomitent, 20,4% dintre participante (n = 62)

au prezentat profilul de risc maxim: absența unui plan reproductiv combinată cu o sarcină neplanificată – categorie asociată cu o probabilitate mai mare de expunere la alcool și alți factori de risc înainte și în primele săptămâni de sarcină, adesea anterior confirmării acesteia. Celelalte două categorii, (a) cu plan reproductiv existent, dar cu sarcină neplanificată (10,9%) și (b) cu sarcină planificată în lipsa planului reproductiv (17,8%) – sugerează fie o discrepanță între intenție și comportament reproductiv, fie o planificare parțială și pe termen scurt. Astfel, aceste două grupuri pot fi considerate profiluri intermediare de risc, caracterizate prin intenție parțială sau inconsecvență, ceea ce le face prioritare pentru intervenții educaționale care să transforme intenția în comportament reproductiv coerent și preventiv.

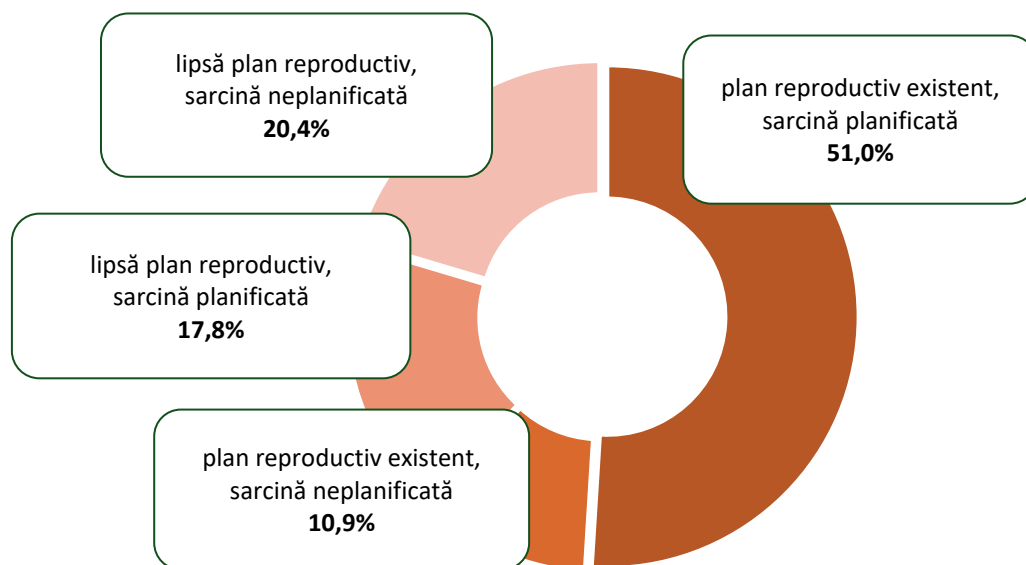
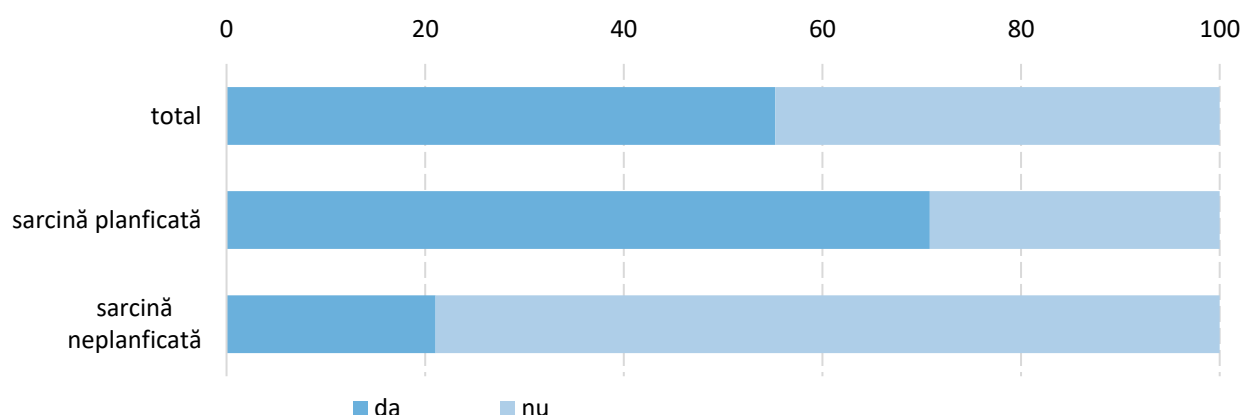
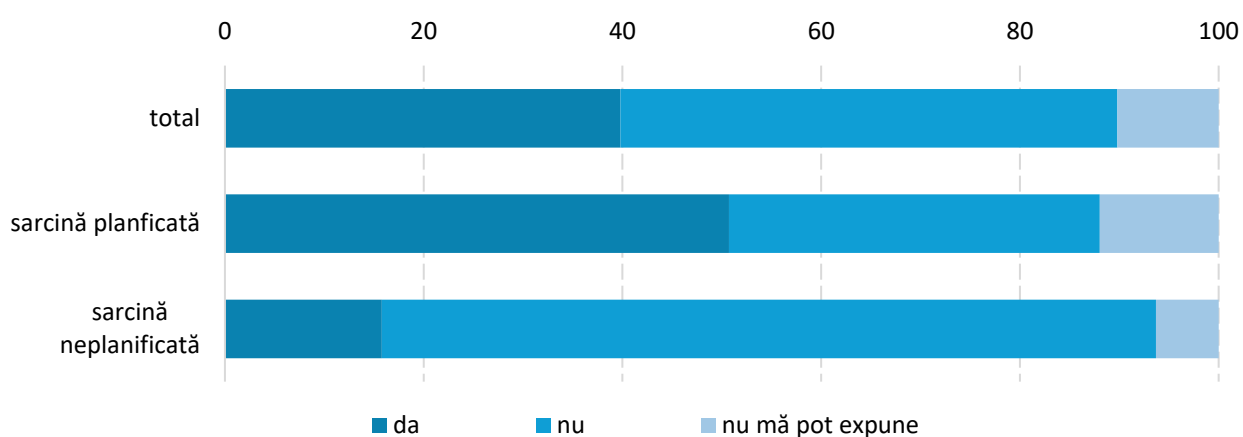


Figura 3. Existența unui plan reproductiv și planificarea ultimei sarcini.

Din totalul respondentelor, 44,7% (n = 136) dintre femei au recunoscut absența unei pregătiri sistematice înainte de sarcină. Totodată, 55,3% (n = 168) au considerat că au efectuat o pregătire preconcepțională, proporție semnificativ mai mare în rândul femeilor cu ultima sarcină planificată (70,8%, n = 148) față de cele cu sarcină neplanificată (21,1%, n = 20), precum și în rândul celor cu studii superioare (60,1%, n = 101) față de cele fără studii superioare (49,3%, n = 67).

Percepția asupra pregătirii partenerului a fost considerabil mai rezervată: doar 39,8% dintre participante (n = 121) au considerat că partenerul a făcut o pregătire pentru sarcină, în timp ce 50,0% (n = 152) au apreciat că acesta nu a avut nicio pregătire, iar 10,2% (n = 31) nu s-au putut pronunța. Disparitatea dintre proporția femeilor care au perceput propria pregătire ca suficientă și proporția celor care au apreciat același lucru despre partener s-a menținut consistent în ambele subgrupuri definite după planificarea sarcinii, femeile apreciind în mod sistematic că partenerii s-au pregătit mai puțin decât ele pentru perioada preconcepțională. (Figura 4)

(A04) Considerați că ați făcut o pregătire preconcepțională (pregătire pentru sarcină)?**(A09) Considerați că soțul/partenerul Dvs. a făcut o pregătire pentru sarcină?****Figura 4. Percepția femeilor privind pregătirea preconcepțională.**

Vizita medicală preconcepțională a fost efectuată de doar 43,1% (n = 131) dintre participante, în timp ce 47,4% (n = 144) nu au efectuat o astfel de vizită, deși cunoșteau recomandarea că ar fi bine să o facă. O proporție de 9,5% (n = 29) nu cunoștea existența acestei practici medicale.

Analiza în funcție de caracterul planificat al sarcinii relevă o disparitate semnificativă în comportamentul preconcepțional. În cazul sarcinilor planificate, 56,0% (n = 117) dintre participante au efectuat consultația preconcepțională, 37,3% (n = 78) cunoșteau recomandarea fără a o pune în practică, iar 6,7% (n = 14) nu cunoșteau importanța unei vizite la medic înainte de sarcină. Tabloul este substanțial diferit în cazul sarcinilor neplanificate: 69,5% (n = 66) dintre participante cunoșteau utilitatea vizitei preconceptionale la medic, dar nu au acționat, iar 15,8% (n = 15) nu cunoșteau despre această recomandare (Figura 5).

Datele menționate indică faptul că principala barieră în calea îngrijirii preconceptionale nu este lipsa informației, ci absența intenției reproductive conștiente, factor care condiționează în mod major atât motivația, cât și comportamentul preventiv al femeilor în perioada anterioară concepției.

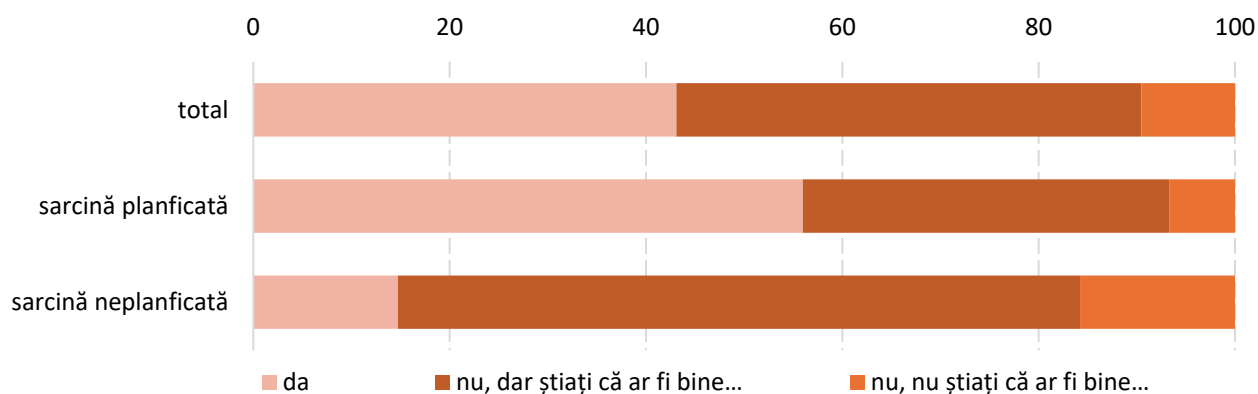


Figura 5. (A05) Înainte de a deveni însărcinată, ați făcut o vizită la un lucrător medical pentru a discuta despre planurile Dvs. de a deveni gravidă?

Conținutul vizitelor medicale preconceptionale a fost orientat preponderent către aspecte generale de sănătate și profilaxie de rutină. Temele frecvent abordate au vizat menținerea unei stări optime de sănătate anterior concepției, importanța suplimentării cu acid folic și multivitamine, precum și necesitatea declarării precoce a sarcinii la medicul de familie sau medicul specialist. Aceste subiecte reflectă agenda clasică a consultației preconceptionale, centrată pe pregătirea biologică a organismului pentru sarcină.

În contrast, temele referitoare la riscurile comportamentale au fost abordate semnificativ mai rar. Efectele fumatului asupra sănătății fătului au fost discutate în 61,1% dintre cazuri, la fel ca impactul consumului de alcool în timpul sarcinii, în timp ce riscurile asociate consumului de droguri au fost menționate în doar 31,3% dintre vizite – cel mai redus procent înregistrat în cadrul acestui indicator. O proporție infimă de participante a declarat că nicio temă nu a fost abordată în cadrul consultației. (Figura 6)

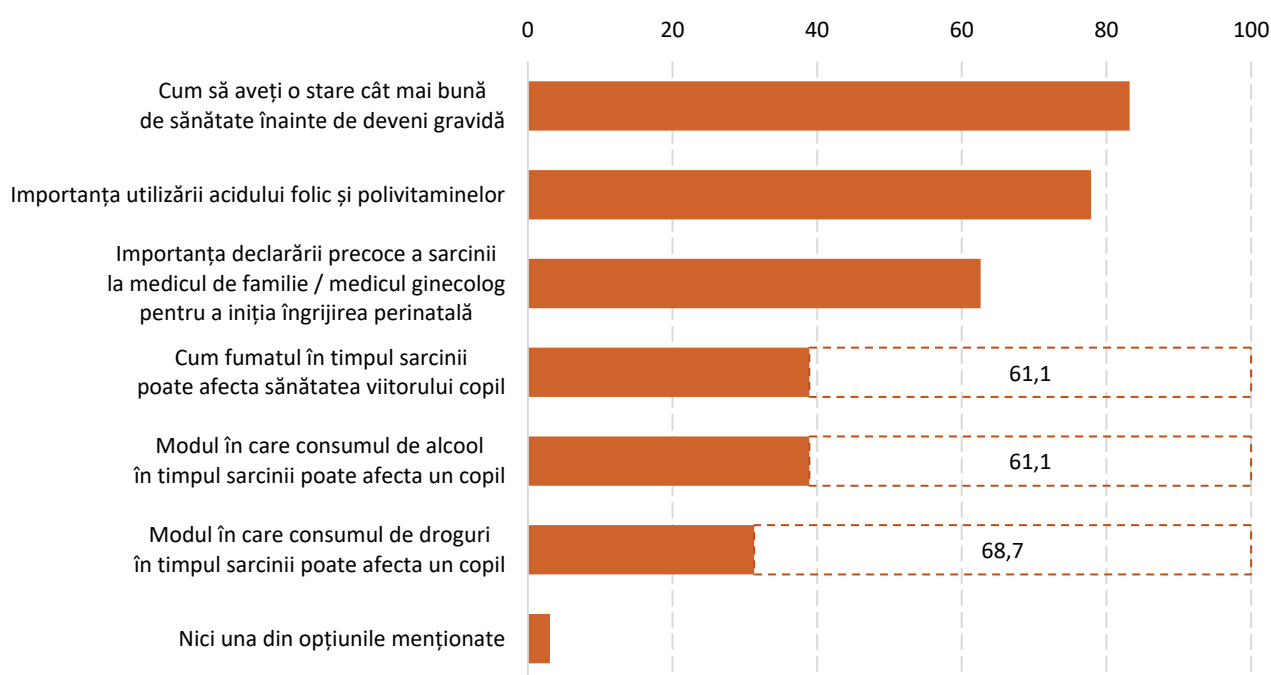


Figura 6. (A06) Specialistul la care v-ați adresat pentru pregătirea preconcepțională a discutat cu Dvs. despre următoarele?

Această distribuție asimetrică a conținutului consilierii preconcepționale semnalează o lacună sistematică: subiectele legate de comportamentele cu risc reproductiv, deși cu impact documentat asupra evoluției sarcinii și sănătății neonatale, rămân subreprezentate în practica medicală curentă, fapt ce limitează funcția preventivă a vizitei preconcepționale.

CAP – Cunoștințe

Investigând percepția participantelor privind factorii care contribuie la nașterea unui copil sănătos, rezultatele indică un nivel ridicat de conștientizare a principalelor comportamente protective și de risc în timpul sarcinii. Majoritatea respondentelor au identificat ca relevante: renunțarea la fumat și evitarea expunerii la fumul de țigară din mediul înconjurător, abținerea sau reducerea consumului de alcool, evitarea situațiilor generatoare de stres, abținerea de la consumul de substanțe psihoactive, precum și respectarea unui calendar regulat de consultații medicale pe parcursul sarcinii.

Un aspect notabil îl constituie omogenitatea distribuției răspunsurilor între subgrupurile analizate: nu au fost înregistrate diferențe semnificative în funcție de caracterul planificat sau neplanificat al sarcinii și nici în funcție de nivelul de instruire al participantelor (Figura 7). Această uniformitate sugerează că percepția normativă asupra comportamentelor sănătoase în sarcină este larg răspândită și relativ independentă de variabilele sociodemografice examinate.

De asemenea, răspunsurile soților și partenerilor au reflectat o structură similară cu cea a participantelor, aceștia desemnând în proporții comparabile aceiași factori drept importanți pentru sănătatea copilului. Convergența percepțiilor în cadrul cuplului constituie un indicator favorabil pentru potențialul de implicare a partenerului în comportamentele de sănătate preconcepțională și perinatală.

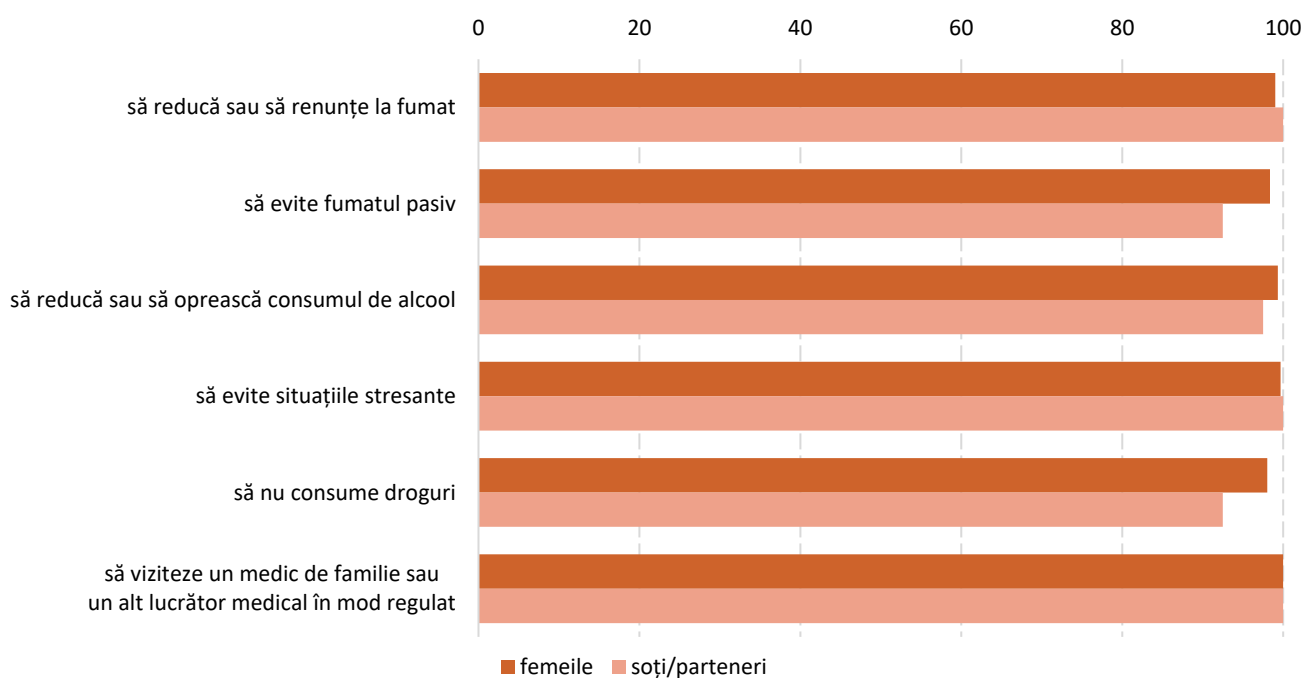


Figura 7. (CAP01) În opinia Dvs., ce poate face o femeie însărcinată pentru a crește șansele de a avea un copil sănătos? (răspunsurile foarte importante/importante).

Analiza percepțiilor privind consumul moderat de alcool în timpul sarcinii relevă o diferențiere marcată în funcție de tipul băuturii, atât în rândul participantelor, cât și al partenerilor acestora.

Există un consens unanim în privința nocivității băuturilor spirtoase tari și a cocteilurilor cu conținut alcoolic, ambele categorii fiind percepute ca dăunătoare pentru făt de majoritatea respondenților. În schimb, percepțiile privind berea și vinul sunt considerabil mai nuanțate. Berea este preponderent considerată dăunătoare, însă un segment notabil de participante nu îi atribuie nici beneficii, nici efecte negative, reflectând o toleranță față de consumul acesteia. Vinul, inclusiv cel de casă, înregistrează cel mai ridicat grad de ambiguitate: 21,7% (n = 66) dintre participante îl consideră benefic pentru copil, iar 17,8% (n = 54) apreciază că nu produce nici beneficii, nici daune.

Au fost identificate diferențe în percepția riscului în dependență de nivelul de studii: participantele cu studii superioare au raportat semnificativ mai frecvent percepția nocivității berii și vinului comparativ cu cele cu alte niveluri de studii, fapt ce sugerează că nivelul de educație formală mediază capacitatea de evaluare critică a riscurilor asociate consumului de alcool în sarcină.

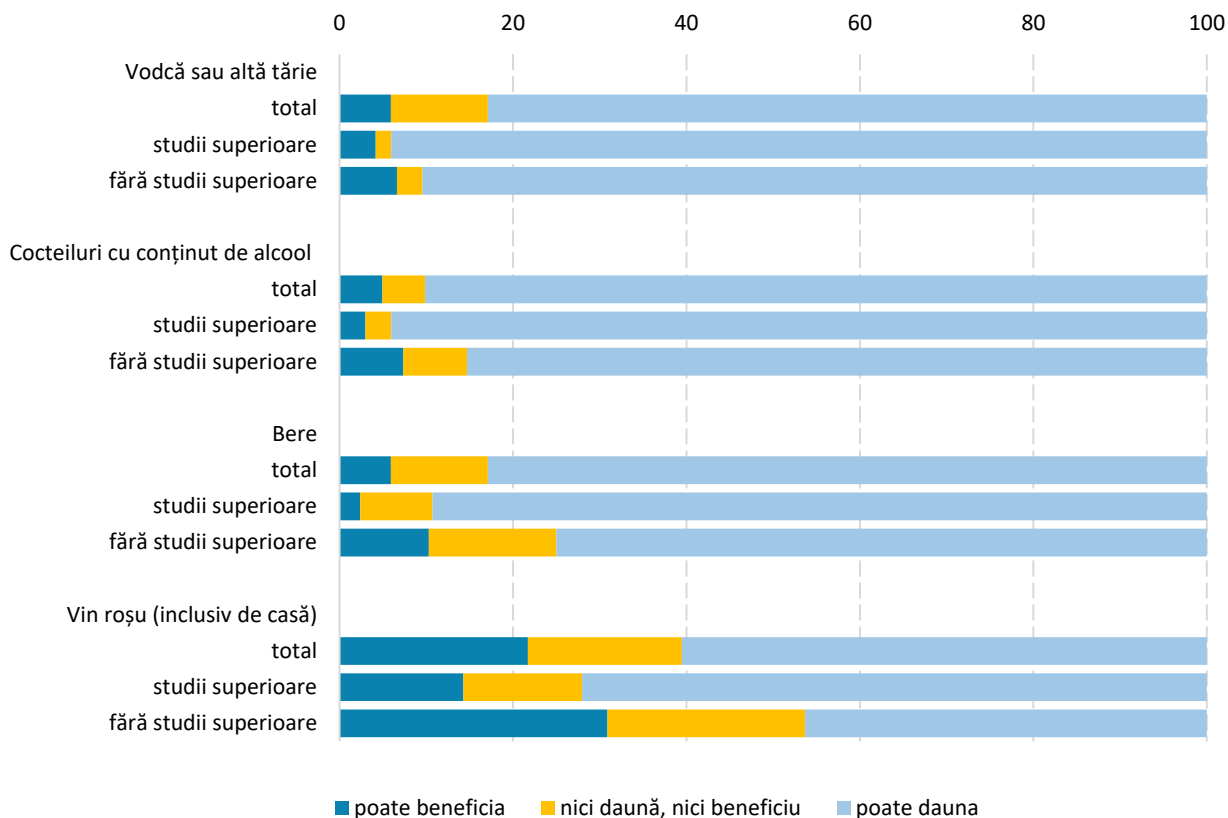
Răspunsurile partenerilor relevă aceleași tendințe. Băuturile spirtoase tari (95,0%; n = 38) și cocteilurile alcoolice (90,0%; n = 36) sunt percepute ca dăunătoare de majoritatea acestora, în timp ce berea și, în special, vinul roșu sunt evaluate de o parte dintre parteneri ca având efecte neutre sau chiar benefice. Această convergență între percepțiile participantelor și ale partenerilor lor indică persistența unor reprezentări sociale permissive față de consumul anumitor tipuri de alcool în perioada gestațională, cu implicații directe pentru intervențiile de educație pentru sănătate adresate cuplurilor. (Figura 8)

Evaluarea atitudinilor față de consumul de alcool în sarcină relevă un nivel ridicat de conștientizare a riscului general, însoțit însă de o ambiguitate perceptuală în privința dozelor de alcool mici și moderate.

Consensul este robust: 85,9% (n = 259) dintre participante au fost de acord cu afirmația că orice cantitate de alcool consumată în sarcină poate dăuna copilului, iar 81,6% (n = 248) au respins ideea că un consum moderat ar fi sigur. Proporții similare se regăsesc în răspunsurile partenerilor, 80,0% (n = 32) exprimând acord, respectiv dezacord cu aceleași afirmații. Totodată, 95,1% (n = 289) dintre participante și 90,0% (n = 36) dintre parteneri, confirmă existența percepției că riscul pentru copil crește proporțional cu cantitatea de alcool consumată.

Tabloul devine mai complex atunci când enunțurile vizează cantitățile reduse de alcool. Afirmația că o cantitate mică de alcool în sarcină este sigură a fost respinsă de 60,9% (n = 185) dintre participante, în timp ce 20,1% (n = 61) s-au declarat de acord cu aceasta, iar 19,1% (n = 58) nu au putut exprima nici acord, nici dezacord. O distribuție similară s-a înregistrat și pentru enunțul că o cantitate mică de alcool nu ar putea niciodată să dăuneze copilului: 54,9% (n = 167) l-au respins, în timp ce restul de 45,1% (n = 137) s-au împărțit relativ egal între cei fără opinie fermă și cei care au exprimat acord. În rândul partenerilor, profilul răspunsurilor este comparabil: 60,0% (n = 24) resping ideea că o cantitate mică ar fi sigură, iar 47,5% (n = 19) nu sunt de acord că dozele mici nu pot produce daune, proporția celor fără opinie fermă fiind ușor mai ridicată față de cea a celor care s-au declarat de acord.

FEMEILE



BĂRBAȚII

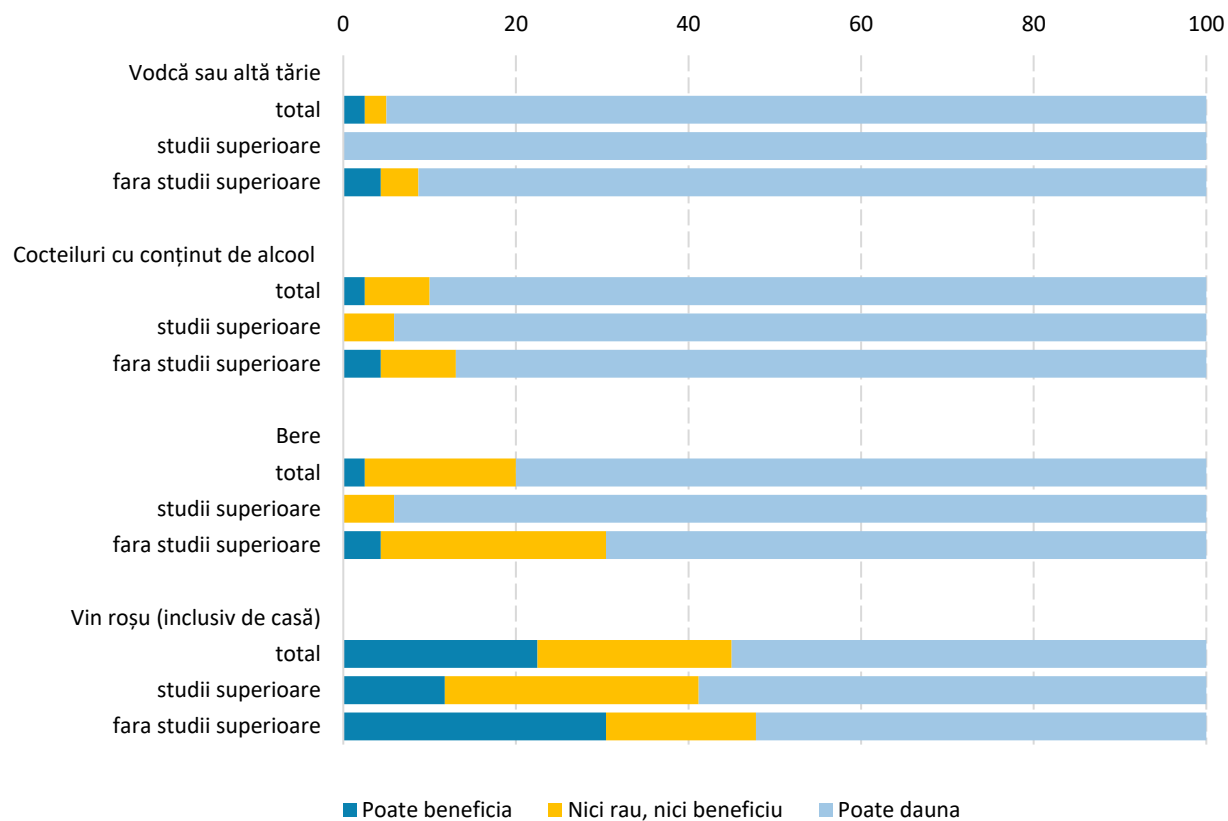


Figura 8. (CAP05) Considerați că consumul moderat al următoarelor băuturi alcoolice în timpul sarcinii poate fi benefic sau dăunător copilului?

Din perspectiva variabilelor sociodemografice, distribuția răspunsurilor nu diferă semnificativ în funcție de caracterul planificat sau neplanificat al sarcinii. În schimb, nivelul de studii pare a fi un factor relevant, în special în privința percepției riscului asociat consumului mic și moderat de alcool: participantele cu studii superioare recunosc semnificativ mai frecvent acest risc comparativ cu cele cu alte niveluri de educație (Figura 9).

FEMEI

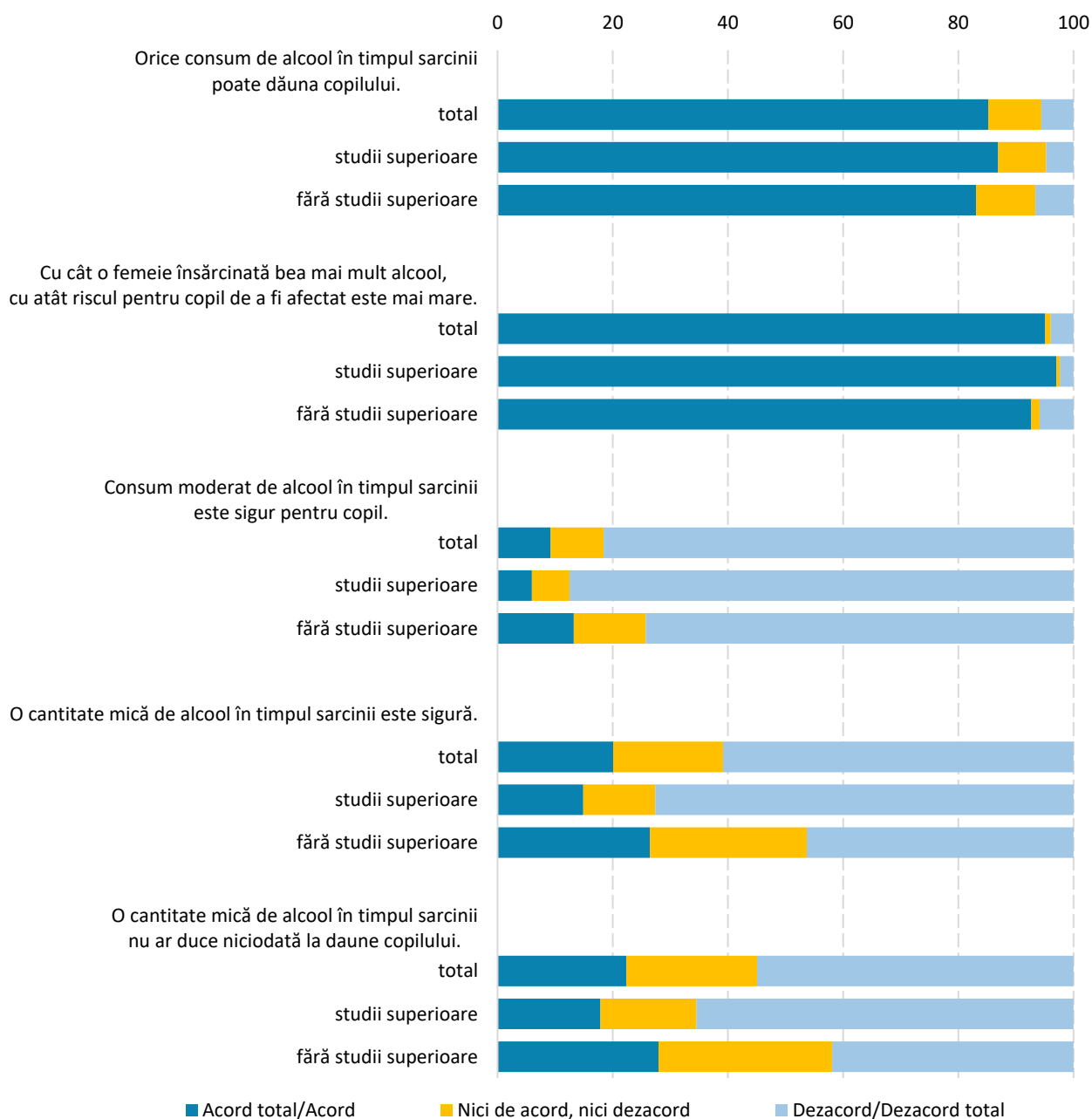


Figura 9. (CAP06) Ce părere aveți despre consumul de alcool în timpul sarcinii și efectul său asupra bebelușului?

Aceste rezultate evidențiază o disonanță perceptuală caracteristică: deși riscul general al alcoolului în sarcină este larg recunoscut, o proporție considerabilă a participantelor și partenerilor lor rămâne nesigură sau tolerantă față de dozele reduse, ceea ce semnalează necesitatea unor intervenții de comunicare în sănătate care să abordeze explicit mitul „dozei sigure” de alcool în perioada gestațională.

În cadrul exercițiului de ierarhizare a factorilor de risc pentru dezvoltarea copilului, participanților, femei și soți/parteneri deopotrivă, li s-a solicitat să clasifice cinci factori în ordinea gradului de nocivitate perceput, de la cel mai dăunător (locul I) la cel mai puțin dăunător (locul V). Răspunsurile au fost convertite într-un scor cumulativ cu valori cuprinse între 1 și 5, unde scorurile mici semnifică risc perceput ridicat, iar scorurile mari indică risc perceput redus.

Analiza distribuției clasamentelor evidențiază zone de consens și zone de ambiguitate perceptuală. Astfel, consumul de droguri a fost plasat pe primul loc, cel mai dăunător, de majoritatea participanților, indiferent de grup, constituind factorul perceput ca cel mai nociv. Consumul de cafea a fost clasificat sistematic pe ultimul loc, fiind perceput ca cel mai puțin dăunător dintre factorii evaluați.

Fumatul activ a acumulat clasări preponderent pe locul al doilea și pe locul al treilea, reflectând o percepție relativ consistentă a riscului său, imediat subordonată consumului de droguri. Fumatul pasiv a fost clasat cel mai frecvent pe locul al patrulea și al treilea, indicând o recunoaștere moderată a riscului său, inferioară celei atribuite fumatului activ.

Consumul de alcool prezintă cea mai dispersată distribuție a clasamentelor, fiind plasat cu frecvență uniformă pe locurile doi, trei și patru. Aceste rezultate reflectă absența unui consens în rândul participanților cu privire la severitatea riscului asociat consumului moderat de alcool în sarcină, confirmând ambiguitatea perceptuală identificată și în secțiunile anterioare ale cercetării.

Diferențele între subgrupurile analizate, sarcini planificate față de sarcini neplanificate, niveluri educaționale diferite, sunt minime și fără semnificație statistică relevantă, sugerând că ierarhizarea percepută a factorilor de risc este uniformă la nivelul eșantionului studiat (*Figura 10*).

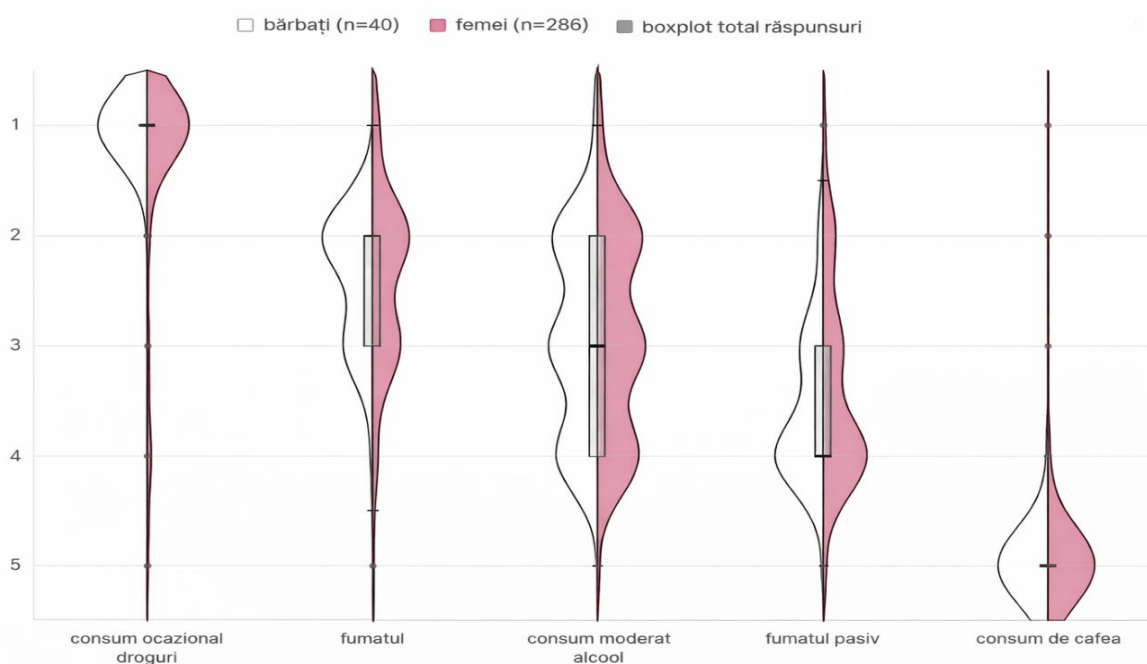
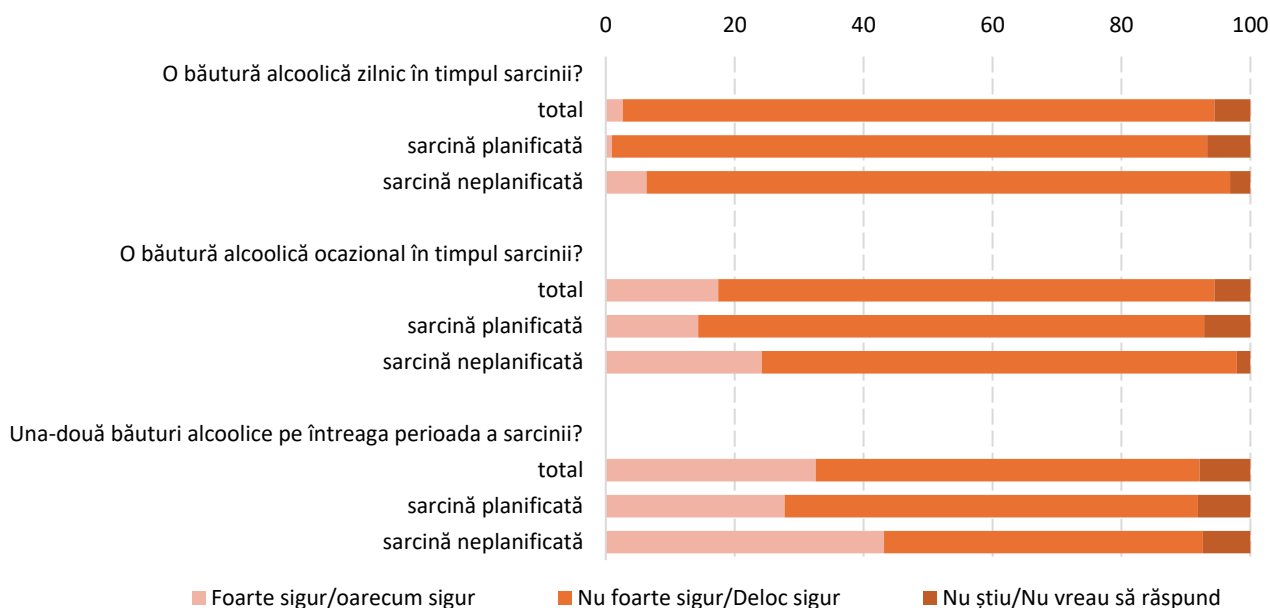


Figura 10. (CAP07) Clasați de la cel mai dăunător (1) la mai puțin dăunător (5) pentru dezvoltarea copilului, următorii factori. Distribuția răspunsurilor.

Evaluarea percepției privind frecvența „sigură” a consumului de alcool în sarcină dezvăluie o discrepanță semnificativă între recunoașterea riscului la nivel declarativ și toleranța față de anumite tipare de consum.

La nivel agregat, doar 2,6% (n = 8) dintre participante au clasificat consumul zilnic de alcool ca fiind sigur în timpul sarcinii. Consumul ocazional a fost perceput ca acceptabil de 17,4% (n = 53) dintre respondente, iar consumul limitat la una-două băuturi pe parcursul întregii sarcini a fost considerat sigur de o proporție și mai ridicată, 32,6% (n = 99) (Figura 11). Aceste date confirmă că, deși riscul general al alcoolului este larg recunoscut, o treime dintre participante admit o marjă de toleranță față de expunerea minimă, perpetuând percepția că există o „doză sigură” în perioada gestațională.

FEMEI



BĂRBAȚI

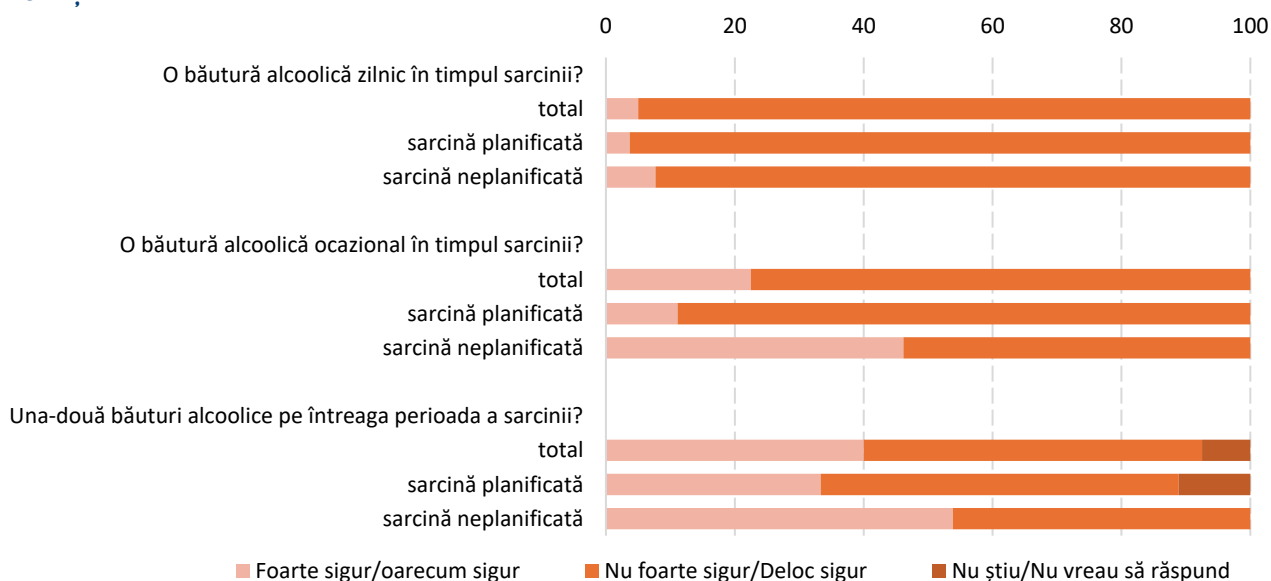


Figura 11. (CAP08) După părerea Dvs., în ceea ce privește efectul alcoolului asupra bebelușului, ce cantități de alcool pot fi considerate sigure pentru o femeie însărcinată?

Analiza în funcție de variabilele sociodemografice relevă diferențe sistematice și consistente. Participantele cu sarcini planificate și cu studii superioare au clasificat consumul de alcool ca fiind nesigur, indiferent de frecvența propusă, într-o proporție semnificativ mai ridicată comparativ cu cele cu sarcini neplanificate sau cu nivel de studii inferior. Această asociere confirmă că atât intenționalitatea reproductivă, cât și nivelul de educație formală acționează ca factori protectori care favorizează adoptarea unei atitudini de toleranță zero față de consumul de alcool în sarcină.

Răspunsurile partenerilor indică o permisivitate mai accentuată față de consumul ocazional și rar de alcool, proporțiile de acceptare depășind valorile înregistrate în rândul femeilor. Această diferență este mai pronunțată în cazul sarcinilor neplanificate, sugerând că absența intenționalității reproductive diminuează și la nivel partenerial vigilența față de riscurile comportamentale perinatale.

Combinat cu rezultatele din secțiunile anterioare, se conturează un profil perceptual caracterizat prin acceptarea principiului nocivității generale a alcoolului, însoțit de diferențierea riscului pe măsură ce frecvența consumului scade – model cu implicații directe pentru strategiile de consiliere preconcepțională și perinatală.

Investigând expunerea la informații privind efectele consumului de alcool în sarcină asupra copilului, 69,4% (n = 211) dintre participante au declarat că au accesat sau întâlnit astfel de conținuturi. Prevalența expunerii informaționale este mai ridicată în rândul femeilor cu sarcini planificate (72,2%; n = 151) și al celor cu studii superioare (74,4%; n = 125), confirmând tendința, identificată și în secțiunile anterioare, conform căreia intenționalitatea reproductivă și nivelul de studii constituie predictorii ai implicării active în deciziile de sănătate.

Analiza surselor de informare relevă o ierarhie: internetul reprezintă sursa cea mai frecvent menționată, urmat de media tradițională: televiziune, radio, presă și abia în al treilea rând de personalul medical (*Figura 12*). Această distribuție semnalează o tendință îngrijorătoare din perspectiva calității și acurateței informației recepționate: sursele cu cel mai ridicat nivel de credibilitate și personalizare clinică, respectiv profesioniștii din sănătate, ocupă un loc secundar în raport cu canalele cu conținut nevalidat sau eterogen. Implicația directă pentru practica medicală constă în necesitatea consolidării rolului consultativ al personalului medical în transmiterea mesajelor de sănătate perinatală, inclusiv prin integrarea sistematică a acestui subiect în cadrul vizitelor de rutină.

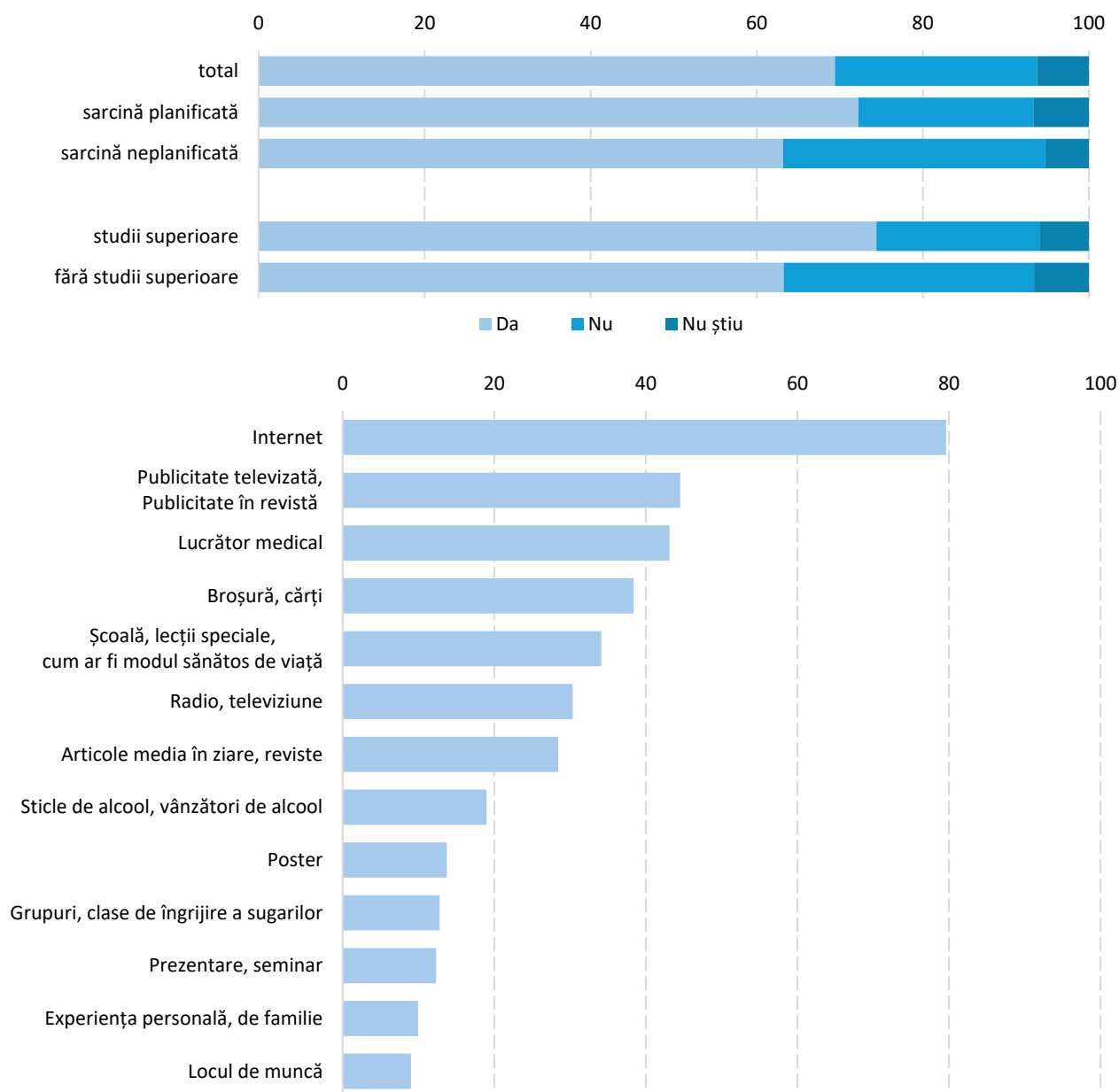


Figura 12. (CAP09) Ați văzut vreo informație despre efectele consumului de alcool în sarcină asupra unui copil? Dacă Da, din ce surse?

La întrebarea privind cunoașterea efectelor consumului de alcool asupra fătului, 70,7% (n = 215) dintre participante au răspuns afirmativ, cu frecvență mai ridicată în rândul femeilor cu sarcini planificate (72,2%; n = 151) și semnificativ mai ridicată în rândul celor cu studii superioare (80,4%; n = 135), consolidând profilul deja conturat al educației formale ca factor asociat pozitiv cu nivelul de informare în domeniul sănătății reproductive.

Analiza conținutului cunoștințelor declarate evidențiază o distribuție asimetrică între efectele cu manifestări clinice vizibile și cele cu expresie mai puțin evidentă. Efectele menționate de peste jumătate dintre participante includ: întârzierea în dezvoltarea fizică sau psihică, tulburările fizice și malformațiile structurale, nașterea prematură, dizabilitățile de învățare și de atenție, precum și afectarea intelectuală. Aceste consecințe corespund manifestărilor asociate în mod tradițional cu sindromul alcoolic fetal și sunt, în general, mai bine reprezentate în discursul public și mediatic privind riscurile alcoolului în sarcină.

În contrast, efectele cu expresie clinică mai subtilă sau cu debut tardiv au fost menționate semnificativ mai rar. Tulburările emoționale și comportamentale, malformațiile congenitale, greutatea mică la naștere, tulburarea de deficit de atenție și hiperactivitate, precum și problemele de natură psihologică au fost identificate de o proporție considerabil mai redusă a participantelor. Această lacună cognitivă este relevantă din perspectivă clinică: tocmai efectele mai puțin vizibile ale expunerii prenatale la alcool – cele de neurodezvoltare și comportamentale – sunt asociate cu cele mai semnificative consecințe pe termen lung asupra calității vieții copilului și sunt, totodată, cel mai frecvent subdiagnosticate în practica pediatrică (*Figura 13*).

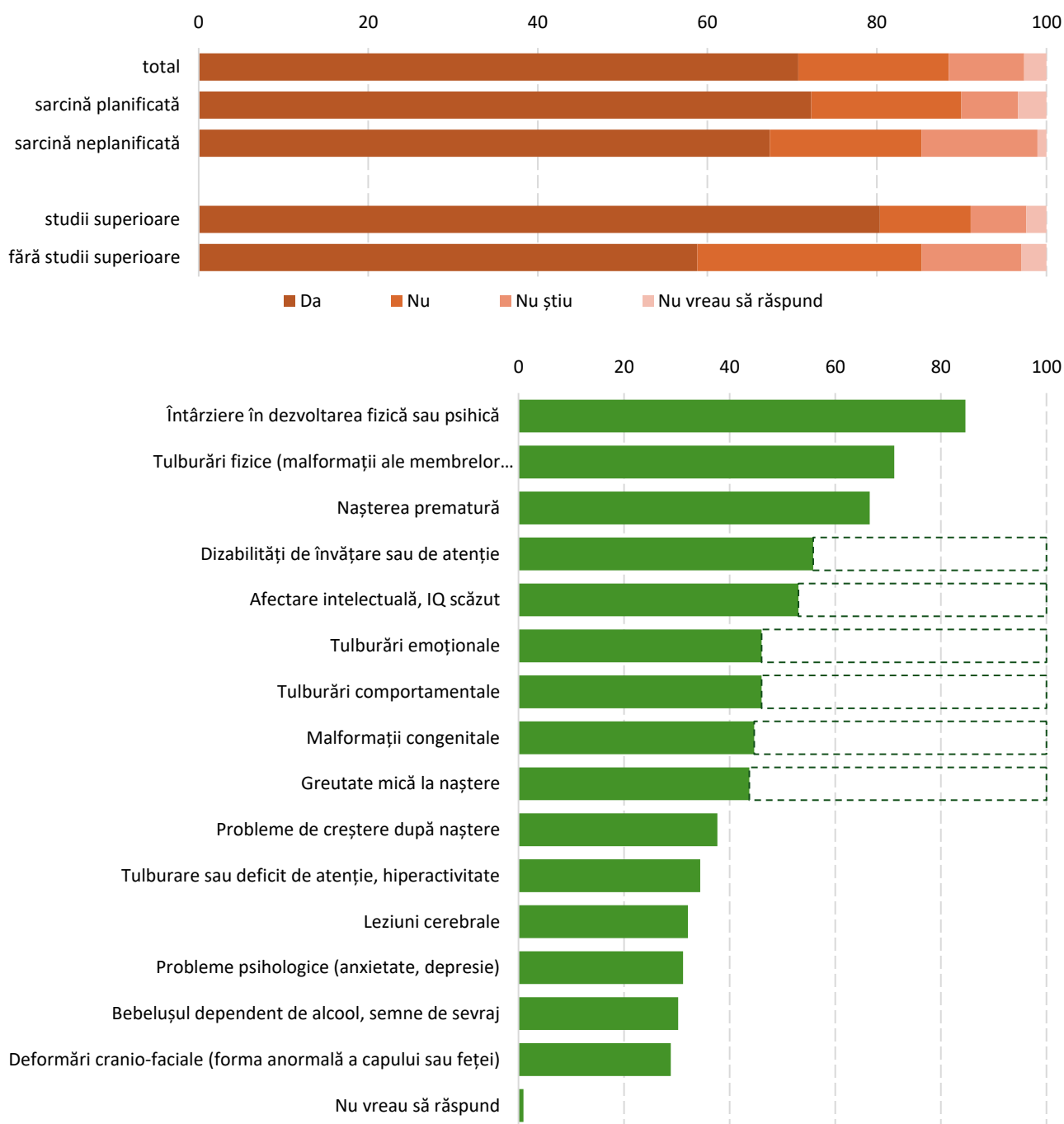


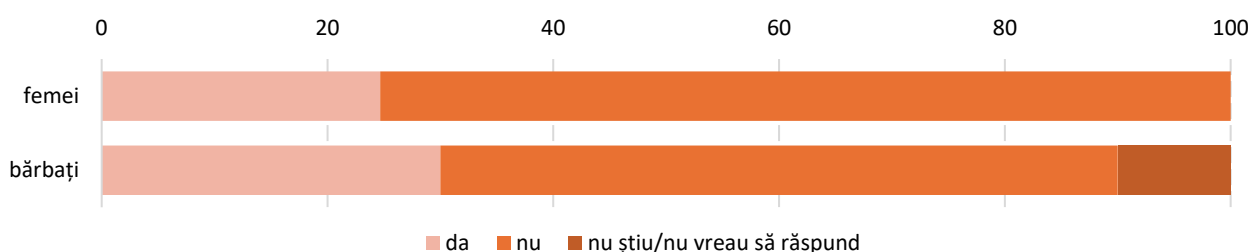
Figura 13. (CAP10) Cunoașteți care pot fi efectele alcoolului asupra fătului?
Dacă Da, numiți efectele posibile.

Coroborând aceste rezultate cu datele privind sursele de informare predominant digitale și nevalidate clinic, se conturează necesitatea unor intervenții educaționale structurate care să extindă spectrul cunoștințelor privind efectele alcoolului fetal dincolo de manifestările clasice, vizibile, către consecințele neuropsihologice și comportamentale cu impact major asupra dezvoltării copilului.

Nivelul de cunoaștere a SAF în rândul participantelor se dovedește a fi foarte redus, constituind una dintre lacunele informaționale cele mai semnificative identificate în cadrul cercetării. Doar 24,7% (n = 75) dintre participante au declarat că au auzit de SAF, proporție ușor mai ridicată în rândul femeilor cu sarcini planificate (29,2%; n = 61) și al celor cu studii superioare (28,6%; n = 48), proporții îngrijorător de scăzute inclusiv în subgrupuri considerate mai bine informate.

Dintre participantele familiarizate cu sindromul, 61,3% (n = 46) au înțeles corect că efectele SAF sunt permanente și se manifestă pe parcursul întregii vieți, în timp ce 18,7% (n = 14) au subestimat durata acestora, considerând că se limitează la săptămâni sau luni, iar un procent de 18,7% (n = 14) a recunoscut explicit că nu cunoaște durata efectelor. Prin urmare, chiar și în rândul celor care cunosc termenul, înțelegerea completă a consecințelor pe termen lung ale SAF nu este clară (*Figura 14*).

(CAP11) Ați auzit vreodată despre sindromul alcoolic fetal (SAF)



(CAP11.1) După părerea Dvs., cât timp durează efectele sindromului alcoolic fetal?

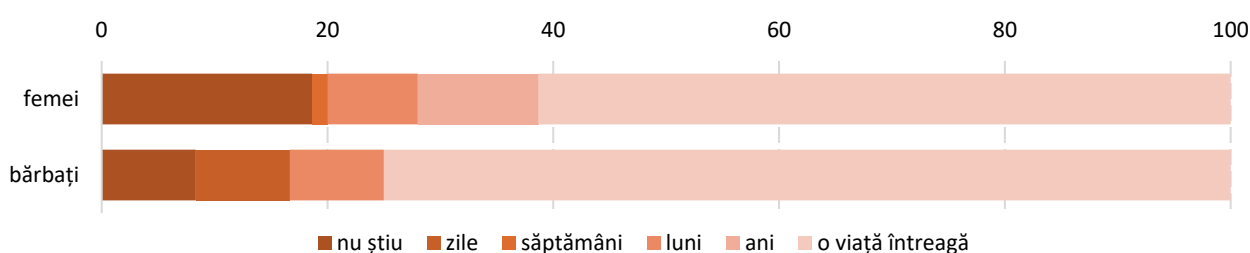


Figura 14. Cunoștințe despre sindromul alcoolic fetal (SAF).

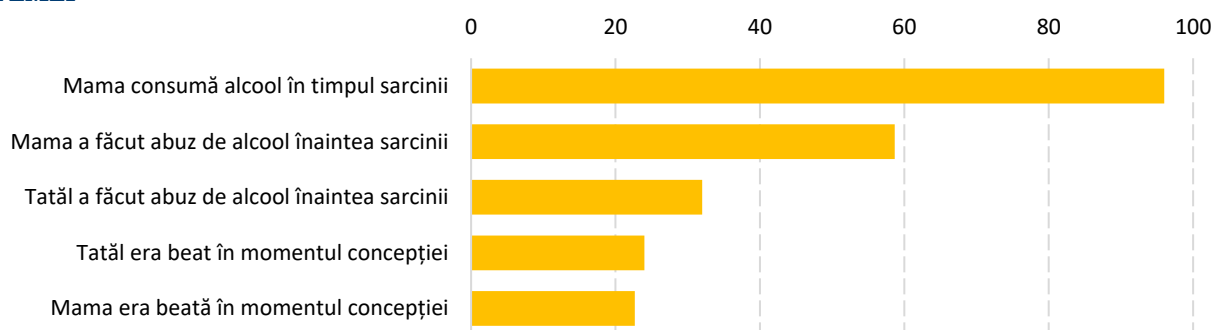
Un profil similar se regăsește în rândul partenerilor: doar 30,0% (n = 12) au declarat cunoașterea SAF, dintre aceștia, 75,0% (n = 9) recunoscând caracterul permanent al efectelor sindromului – o proporție superioară celei înregistrate în rândul femeilor.

Aceste date încadrează SAF în categoria cunoștințelor specializate care rămân insuficient diseminate la nivel populațional, în ciuda gravității și ireversibilității consecințelor sale. Decalajul dintre recunoașterea generală a nocivității alcoolului în sarcină, declarată de majoritatea participantelor, și nivelul redus de informare cu privire la sindromul alcoolic fetal sugerează că mesajele de sănătate publică au reușit să transmită riscul într-

un mod generic, fără a ancora această percepție într-o înțelegere clinică specifică, aptă să motiveze un comportament preventiv concret. Această constatare pledează pentru includerea explicită a SAF în curricula de educație pentru sănătate adresată femeilor de vârstă reproductivă și partenerilor acestora.

În rândul participantelor care cunosc despre SAF, 96,0% (n = 72) au identificat corect consumul matern de alcool în timpul sarcinii drept cauză principală a sindromului. Totodată, 58,7% (n = 44) au menționat și consumul de alcool anterior sarcinii ca factor causal – percepție care, deși reflectă o înțelegere parțial inexactă a mecanismului teratogen, indică o tendință de extindere a perioadei de risc perceput dincolo de intervalul gestațional propriu-zis. Distribuția acestor răspunsuri este uniformă indiferent de caracterul planificat al sarcinii sau de nivelul de studii al participantelor, sugerând că aceste percepții sunt relativ stabile la nivelul întregului eșantion (*Figura 15*).

FEMEI



BĂRBAȚI

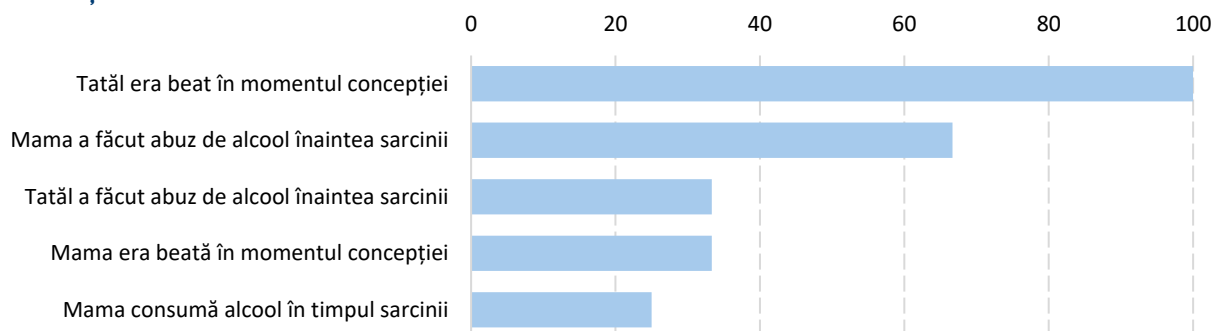


Figura 15. (CAP11.2) După părerea Dvs., un copil poate avea sindromul alcoolic fetal dacă:

Răspunsurile partenerilor, deși obținute pe un subgrup de dimensiuni reduse, ridică semne de întrebare privind acuratețea cunoștințelor acestora în materie de etiologie a SAF. În mod notabil, toți partenerii chestionați au indicat drept cauză posibilă starea de intoxicație a tatălui în momentul concepției, în timp ce doar 66,7% (n = 8) au recunoscut rolul consumului matern de alcool pe parcursul sarcinii – factorul etiologic validat clinic. Această inversare a atribuirii cauzale sugerează că răspunsurile bărbaților sunt mai degrabă ancorate în percepția responsabilității proprii și în reacția emoțională față de propriul comportament, decât într-o înțelegere bazată pe cunoștințe medicale. Conceptul că starea tatălui la momentul concepției ar putea cauza SAF reprezintă o eroare cu potențial de minimizare a responsabilității materne și de distorsionare a mesajelor preventive adresate cuplurilor.

Aceste constatări subliniază necesitatea unor intervenții educaționale diferențiate pe gen, care să corecteze explicit miturile privind etiologia SAF și să clarifice mecanismul exclusiv al expunerii fetale la alcool prin consumul matern în perioada gestațională.

CAP – Atitudini

Analiza răspunsurilor la enunțurile privind permisivitatea consumului de alcool în sarcină confirmă tensiunea identificată în secțiunile anterioare dintre recunoașterea riscului general și persistența unei toleranțe față de dozele percepute drept „moderate” sau „ocasionale”.

La întrebarea dacă consumul de alcool este acceptabil în absența abuzului, majoritatea participantelor (70,4%; n = 214) au respins această idee. Restul eșantionului s-a împărțit aproximativ egal între cele care au exprimat acord (14,1%; n = 43) și cele fără opinie formată (15,5%; n = 47). Grupul celor fără opinie este semnificativ mai numeros în rândul participantelor fără studii superioare (23,5%; n = 32), comparativ cu cele cu studii superioare (11,5%; n = 24), indicând că incertitudinea de atitudine este mai accentuată printre cei pentru care nivelul de informare este mai redus.

Reformularea enunțului în termeni de consum ocazional și în cantități mici produce schimbări de percepții: proporția celor de acord cu afirmația că femeile însărcinate pot uneori consuma puțin alcool crește la 27,6% (n = 84), în timp ce dezacordul scade la 58,2% (n = 177). Această condiționare a atitudinii restrictive în funcție de formularea întrebării confirmă că permisivitatea față de alcool în sarcină este sensibilă la cadrul de referință utilizat. Dezacordul este mai pronunțat în rândul participantelor cu sarcini planificate (62,7%; n = 131, față de 48,4%; n = 46 în cazul sarcinilor neplanificate) și al celor cu studii superioare (69,6%; n = 117, față de 44,1%; n = 60 în rândul celor fără studii superioare), diferențe care reconfirmă rolul planificării sarcinii și al educației formale ca factori asociați cu atitudini restrictive față de consumul de alcool gestațional.

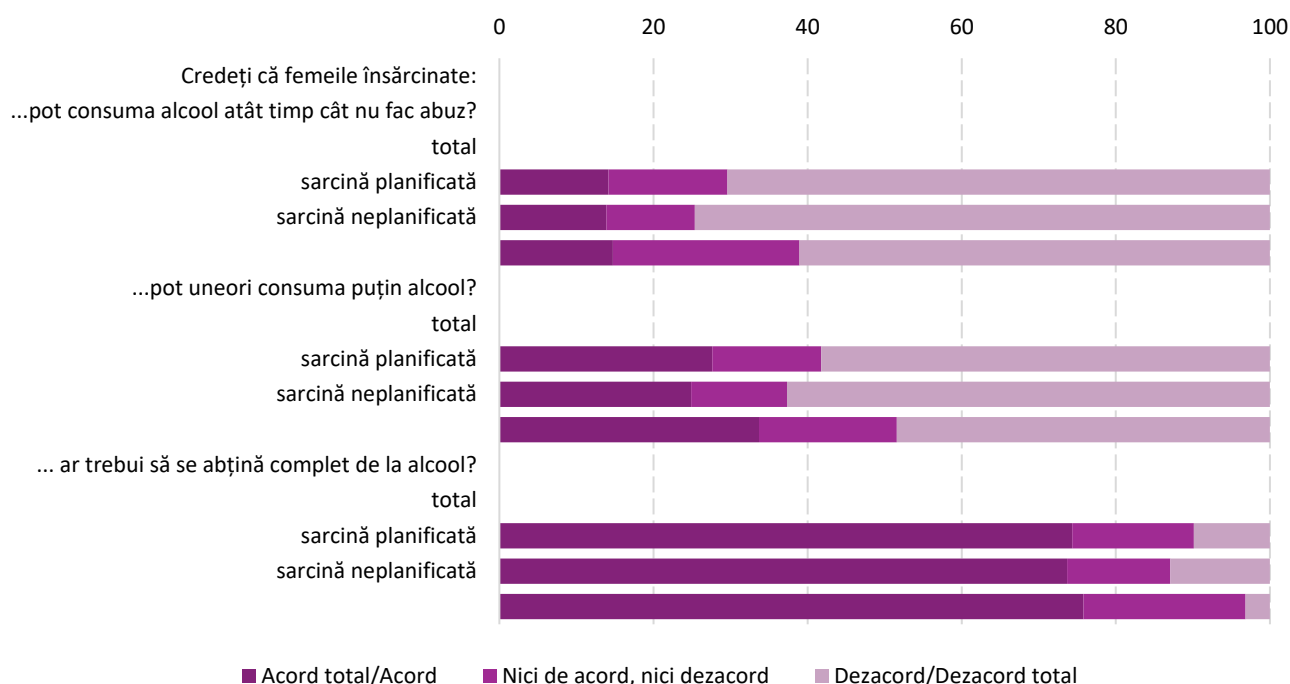
Enunțul privind necesitatea abstenenței complete de la alcool pe parcursul sarcinii a întrunit acordul a 74,3% (n = 226) dintre participante. S-a observat o proporție mai ridicată a dezacordului față de abstenența completă în rândul participantelor fără studii superioare (34,6%; n = 47), comparativ cu cele cu studii superioare (22,0%; n = 37). Această diferență sugerează că femeile cu nivel educațional mai redus nu doar că recunosc mai rar riscul dozelor mici de alcool, ci și resping mai frecvent principiul abstenenței totale, fapt ce le plasează într-o zonă de vulnerabilitate comportamentală din perspectiva sănătății perinatale (*Figura 16*).

Privite în ansamblu, aceste date conturează un profil de atitudini, în care consensul față de nocivitatea alcoolului coexistă cu o rezistență față de norma abstenenței complete, rezistență modulată de nivelul de educație, de intenția de sarcină și de formularea specifică a mesajului preventiv – aspect cu implicații directe pentru designul intervențiilor de comunicare în sănătate.

Un alt aspect relevant pentru interpretarea datelor îl constituie inconsistența în atitudini identificată în rândul unui subgrup de participante. Astfel, 13,5% (n = 41) dintre respondente au exprimat simultan acord cu necesitatea abstenenței complete de la alcool în sarcină și acord cu afirmația că femeile însărcinate pot uneori consuma puțin alcool –

două poziții mutual exclusive. Această contradicție nu reprezintă o eroare de înregistrare, ci reflectă o disonanță cognitivă autentică în percepția riscului, în care norma abstenenței este acceptată la nivel declarativ, fără a fi integrată coerent într-un sistem atitudinal consistent. Fenomenul sugerează că adeziunea verbală la principiile de sănătate perinatală nu implică în mod automat o înțelegere conceptuală solidă a incompatibilității dintre abstenență și orice nivel de consum al alcoolului.

FEMEI



BĂRBAȚI

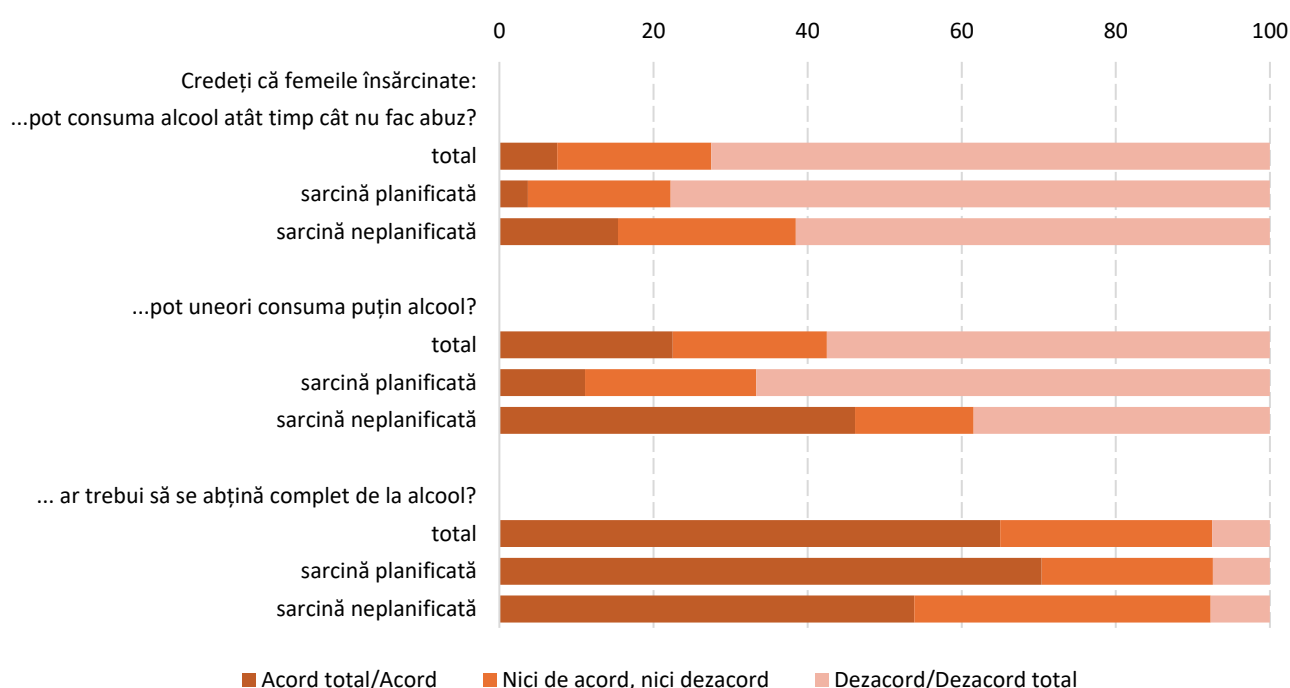


Figura 16. (CAP02, CAP03, CAP04) Atitudini față de consumul de alcool în sarcină.

În rândul partenerilor, se conturează un profil de atitudini similar, cu nuanțe specifice. Deși 72,5% (n = 29) resping ideea că femeile însărcinate pot consuma alcool în absența abuzului, proporția celor care resping consumul ocazional în cantități mici scade la 57,5% (n = 23), fapt ce reflectă aceeași interpretare relativă a riscului în funcție de cantitatea percepută, identificată și în rândul femeilor. Totodată, doar 7,5% (n = 3) dintre parteneri resping principiul abstinencei complete, ceea ce indică un nivel ridicat de acceptare a normei restrictive în rândul bărbaților.

Aceste constatări evidențiază că inconsistența atitudinală nu este un fenomen izolat, ci o caracteristică structurală a percepției riscului alcoolic gestațional în eșantionul studiat, prezentă atât la femei, cât și la partenerii acestora.

CAP – Practici

Perioada preconcepțională

Analiza comportamentului de consum al alcoolului în perioada preconcepțională, respectiv cu trei luni anterior sarcinii, indică o tendință generală de precauție însoțită totuși, de un segment de 62,1% participante cu consum regulat. Astfel, 37,8% (n = 155) dintre participante au declarat abținere totală în această perioadă, iar 36,8% (n = 112) au raportat un consum sub o băutură pe săptămână. Cu toate acestea, aproximativ un sfert dintre respondente au înregistrat un consum sistematic: 21,7% au consumat între una și trei băuturi pe săptămână, iar 3,6% au declarat patru sau mai multe băuturi săptămânal, un profil de consum asociat cu risc reproductiv crescut, în condițiile în care concepția poate surveni înainte ca sarcina să fie conștientizată (*Figura 17*).

Diferența în funcție de planificarea sarcinii este semnificativă: participantele cu sarcini planificate au înregistrat o rată de abținere preconcepțională mai ridicată (41,6%; n = 87) comparativ cu cele cu sarcini neplanificate (29,5%; n = 28), confirmând că intenția de sarcină implică modificări comportamentale concrete, inclusiv reducerea consumului de alcool anterior concepției.

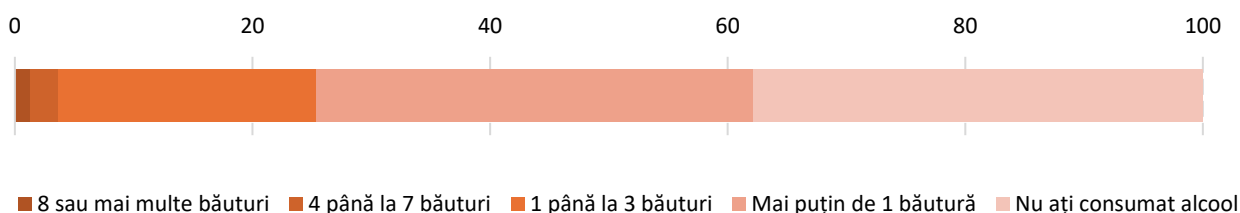


Figura 17. (A10) Cu 3 luni înainte de a deveni gravidă, câte băuturi alcoolice ați consumat în medie pe săptămână?

Prevalența fumatului în perioada preconcepțională (cu trei luni anterior sarcinii) a fost raportată de 12,2% (n = 37) dintre participante (*Figura 18*). Femeile cu sarcini planificate au înregistrat o prevalență ușor mai redusă a fumatului (11,5%; n = 24) comparativ cu cele cu sarcini neplanificate (13,7%; n = 13), diferență care susține tendința generală de adoptare a comportamentelor protective în contextul intenției de sarcină.

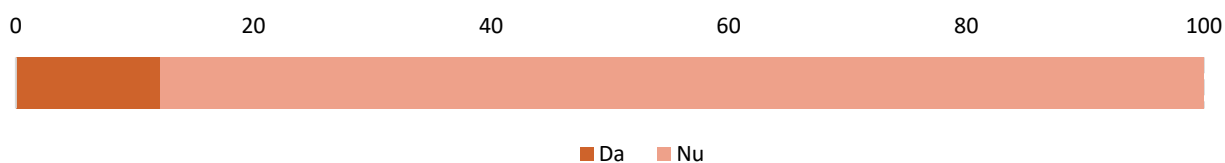


Figura 18. (A11) Ați fumat tutun în ultimele 3 luni înainte de a deveni gravidă?

Diferența în funcție de nivelul de studii este considerabil mai pronunțată: doar 7,7% (n = 13) dintre participantele cu studii superioare au declarat că au fumat în perioada preconcepțională, față de 17,6% (n = 24) dintre cele fără studii superioare, fapt ce confirmă rolul educației formale ca factor protector față de comportamentele de risc în perioada anterioară concepției.

Perioada de sarcină

Prevalența consumului de alcool pe parcursul sarcinii a fost raportată de 28,6% (n = 87) dintre participante, reprezentând aproape o treime din eșantionul total, o proporție semnificativă din perspectiva sănătății perinatale, în condițiile în care nu există un prag de siguranță demonstrat pentru expunerea fetală la alcool (Figura 19).

Analiza distribuției consumului de alcool de către cele 87 participante în funcție de vârsta gestațională relevă că, în primele trei luni de sarcină, 16 dintre ele (18,4%) s-au abținut complet de la băuturile alcoolice, 52 (59,8%) – au raportat mai puțin de o băutură pe săptămână, iar restul 19 (21,8%) – au consumat între una și trei băuturi săptămânal. Astfel, constatăm următorul fenomen și anume, 16 participante în studiu, ce constituie 5,2% din numărul total de respondente, au inițiat consumul de alcool începând cu trimestrul II de sarcină.

Această creștere a frecvenței consumului pe parcursul sarcinii față de primul trimestru sugerează că restricțiile comportamentale adoptate inițial nu au fost menținute constant pe toată durata gestației, cu implicații directe asupra expunerii cumulative a fătului la alcool.

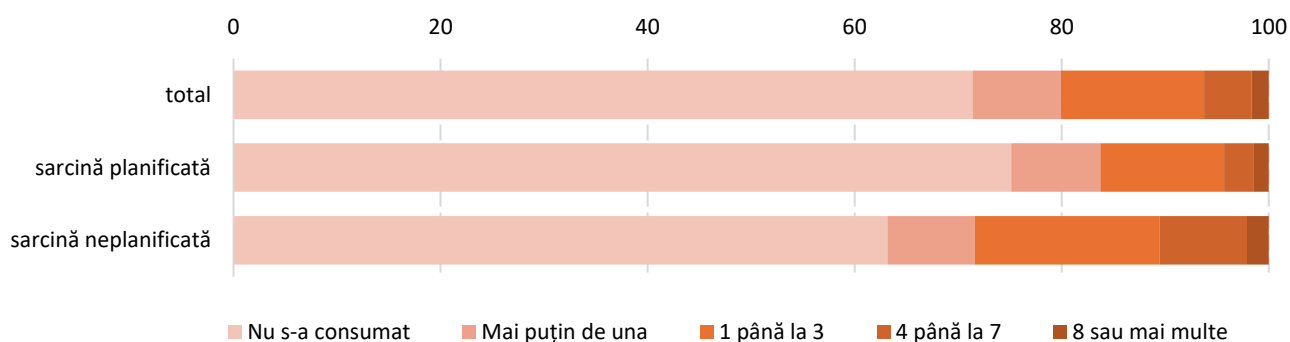


Figura 19. (B05) Câte băuturi alcoolice, în medie, ați consumat pe toată durata sarcinii?

Inconsistențe între păreri și practici

O inconsistență comportamentală majoră este evidențiată prin analiza atitudinilor declarate raportat la comportamentul actual. Din totalul participantelor care și-au exprimat acordul cu afirmația că orice consum de alcool în timpul sarcinii poate dăuna copilului,

reprezentând 85,2% (n = 259) din eșantion, 19,7% (n = 60) au declarat totuși că au consumat alcool pe parcursul sarcinii. Această disonanță între convingerea declarată și comportamentul efectiv demonstrează că recunoașterea riscului la nivel cognitiv nu se traduce în mod automat în abținerea comportamentală, evidențiind un decalaj semnificativ între atitudine și practică (Figura 20).

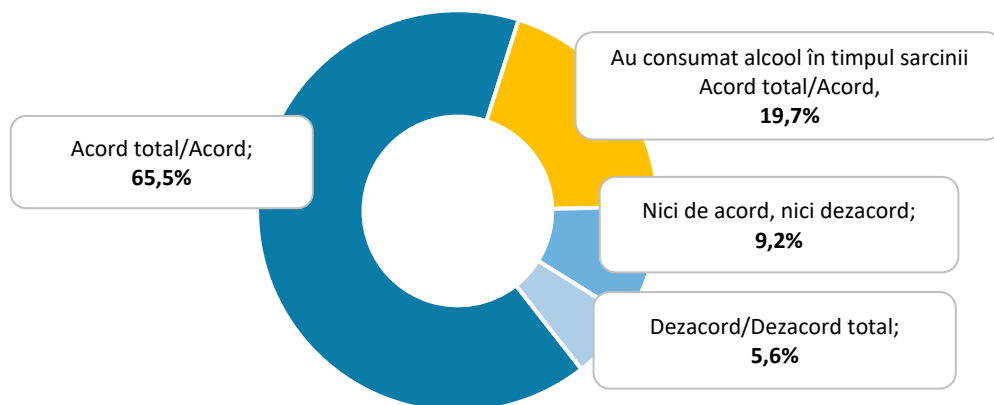


Figura 20. Afirmatia „Orice consum de alcool în timpul sarcinii poate dăuna copilului” și consumul de alcool.

Fenomenul confirmă limitele abordărilor preventive centrate exclusiv pe transmiterea de informații: cunoașterea riscului este necesară, dar insuficientă pentru modificarea comportamentului. Intervenția eficientă în acest domeniu necesită, pe lângă componenta informațională, abordarea factorilor motivaționali, a normelor sociale permissive și a mecanismelor de autocontrol comportamental care mediază relația dintre atitudine și acțiune.

Consumul de alcool de către soți/parteneri și influența acestuia asupra consumului de alcool de către femei

Datele privind comportamentul partenerilor în perioada gestațională relevă o prevalență ridicată a consumului de alcool în rândul acestora: conform relatărilor participanților, 50,3% (n = 153) dintre soți/parteneri au consumat alcool anterior sarcinii, iar 43,1% (n = 140) au continuat să consume alcool pe parcursul sarcinii. Aceste proporții plasează comportamentul partenerului într-o poziție de potențial factor de influență asupra comportamentului gestațional al femeii.

Cu toate acestea, participantele au evaluat ca puțin probabilă sau exclusă modificarea propriului comportament sub influența partenerului: 81,9% (n = 249) au declarat că este puțin probabil sau imposibil să consume alcool în cazul în care partenerul ar continua să bea pe parcursul sarcinii, iar 95,4% (n = 290) au exprimat rezistență în scenariul în care partenerul le-ar oferi explicit alcool în această perioadă. Aceste cifre sugerează că femeile percep propriul comportament gestațional ca fiind relativ independent de influența directă a partenerului, cel puțin la nivel declarativ.

Totuși, coroborând aceste date cu prevalența efectivă a consumului de alcool în sarcină, raportată de 28,6% dintre participante, se conturează un decalaj între rezistența comportamentală autopercepută și comportamentul efectiv, care merită investigat în relație cu dinamica de cuplu și cu normele sociale de consum din mediul proximal al femeii.

Vizite prenatale la lucrătorul medical

Analiza momentului primei vizite prenatale indică că accesul timpuriu la îngrijire medicală reprezintă norma în rândul eșantionului studiat. Majoritatea participantelor au efectuat prima consultație prenatală în primele 12 săptămâni de sarcină, o proporție redusă a realizat-o în intervalul 13–22 de săptămâni, iar vizitele tardive, între 23 și 32 de săptămâni, precum și absența completă a asistenței medicale prenatale au fost înregistrate în cazuri izolate (*Tabelul 2*).

Deși rata generală a inițierii precoce a îngrijirilor antenatale de către femeile gravide este ridicată, diferențele între subgrupuri sunt semnificative și consistente cu tendințele identificate pe parcursul întregii cercetări. Femeile cu sarcini planificate au înregistrat o rată mai mare a vizitelor în primul trimestru (95,7%; n=200) comparativ cu cele cu sarcini neplanificate (85,3%; n=81) – o diferență de circa 10 puncte procentuale care confirmă că intenționalitatea reproductivă favorizează nu doar comportamentele preconceptionale, ci și accesul precoce la îngrijire medicală pe parcursul sarcinii. Un gradient similar se observă în funcție de nivelul de instrucție: 95,2% (n=160) dintre participantele cu studii superioare au efectuat prima vizită prenatală până la 12 săptămâni, față de 89,0% (n=121) dintre cele fără studii superioare.

Aceste date subliniază că, deși vizita prenatală timpurie este larg practică, persistă disparități comportamentale în funcție de planificarea sarcinii și nivelul educațional – doi factori care par a fi predictorii consistenți ai comportamentului preventiv pe întreaga dimensiune a îngrijirii perinatale investigate în cadrul acestui studiu.

Tabelul 2. (B01) Când ați efectuat prima vizită prenatală la medic?

	Total		Ultima sarcină a fost planificată				Nivelul de studii			
			da		nu		studii superioare		fără studii superioare	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Până la 12 săptămâni	281	92.5	200	95.7*	81	85.3*	160	95.2*	121	89.0*
13-22 săptămâni	20	6.6	8	3.8	12	12.5	7	4.2	13	9.6
23-32 săptămâni	1	0.3	0	0.0	1	1.1	0	0.0	1	0.7
Nu ați beneficiat de asistență medicală în timpul sarcinii	1	0.3	1	0.5	0	0.0	1	0.6	0	0.0
Nu cunoașteți	1	0.3	0	0.0	1	1.1	0	0.0	1	0.7
Total	304	100	209	100	95	100	168	100	136	100

* diferențe statistice semnificative la nivel de $p < 0.005$

În pofida ratei ridicate a prezentării precoce la prima consultație prenatală, conținutul acestor vizite relevă unele curențe în consilierea privind comportamentele de risc. Astfel, 60,1% (n = 182) dintre participante au declarat că nu au primit nicio informație referitoare la consumul de alcool, fumat sau droguri în cadrul primei vizite prenatale. Această proporție indică faptul că procesul de luare în evidență prenatală nu valorifică sistematic oportunitatea de a transmite mesaje preventive esențiale într-un moment cu receptivitate potențial ridicată din partea femeii (*Figura 21*).

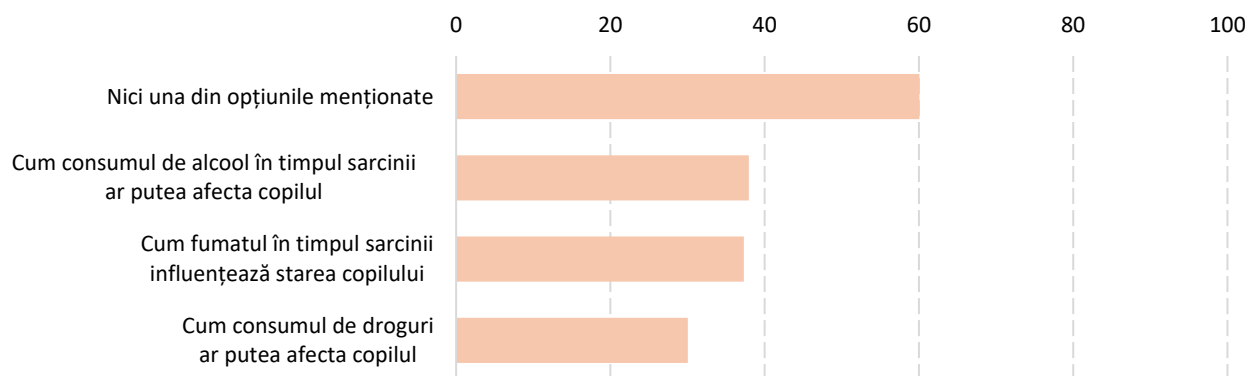


Figura 21. (B03) În timpul primei vizite de îngrijire prenatală, lucrătorii medicali V-AU VORBIT despre subiectele enumerate mai jos?

Pe parcursul vizitelor de îngrijire prenatală ulterioare, lucrătorii medicali au abordat mai frecvent subiectele legate de comportamentele de risc: fumatul, consumul de alcool și utilizarea substanțelor psihoactive au fost prezente în majoritatea interacțiunilor clinice, reflectând o agendă de consiliere orientată preponderent către factorii de risc comportamental cu impact direct asupra evoluției sarcinii. În contrast, aspectele ce țin de sănătatea emoțională și psihosocială a gravidei, precum frica, depresia perinatală sau expunerea la violență domestică – factori cu impact documentat atât asupra sănătății materne, cât și asupra dezvoltării fetale și neonatale, au rămas în mare măsură în afara agendei consultațiilor prenatale. De asemenea, planificarea contracepției după naștere a fost discutată doar ocazional, indicând o atenție insuficientă acordată continuității îngrijirii reproductive dincolo de perioada gestațională (Figura 22).

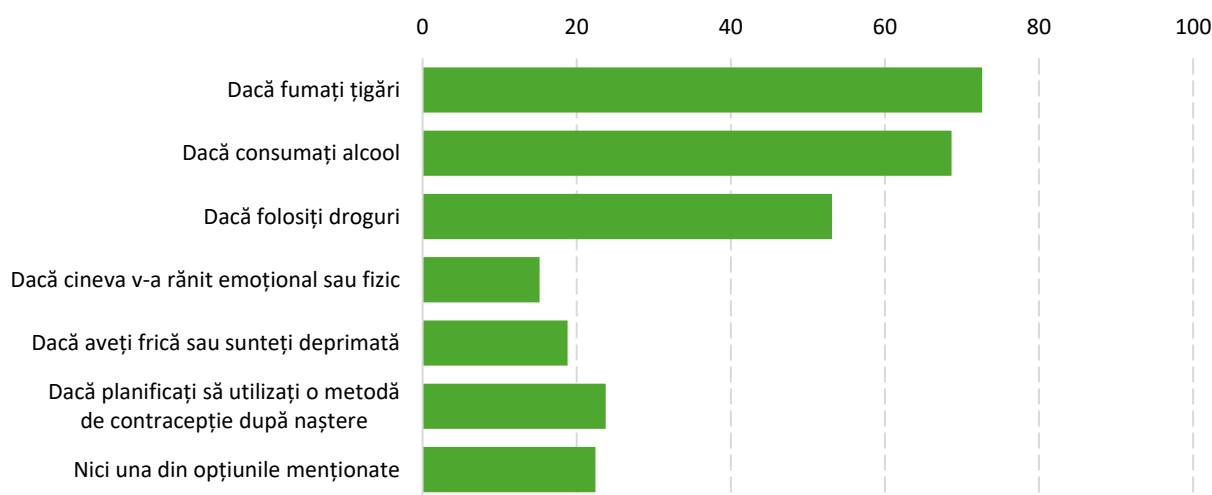


Figura 22. (B02) În timpul vizitelor de îngrijire prenatală, lucrătorii medicali V-AU ÎNTREBAT despre subiectele enumerate mai jos?

Această distribuție asimetrică a conținutului consilierii prenatale, cu accent pe riscurile comportamentale și neglijarea uneori a dimensiunii psihosociale, sugerează că modelul dominant de îngrijire prenatală rămâne centrat pe parametrii biomedicali, fără a integra în mod sistematic componentele de sănătate mintală și de protecție socială, esențiale pentru o abordare holistică a gravidității.

Analiza surselor de informare considerate cele mai utile de către participante pentru informații despre sindromul alcoolic fetal și efectele consumului de alcool în sarcină relevă o ierarhie în care canalele digitale și consultul medical ocupă poziții dominante. Internetul și cabinetul medicului au fost cele mai frecvent nominalizate surse, urmate de media tradițională (programe televizate și reclame), configurație ce oferă un cadru strategic pentru intervențiile de comunicare în sănătate. Clasele de instruire prenatală și publicațiile tipărite (cărți, reviste, ziare) au îndeplinit un rol complementar, în timp ce materialele tipărite de tip pliant sau broșură, sprijinul din partea rețelei sociale informale (prieteni, familie) precum și mediul profesional sau academic au fost menționate cu o frecvență redusă (Figura 23).

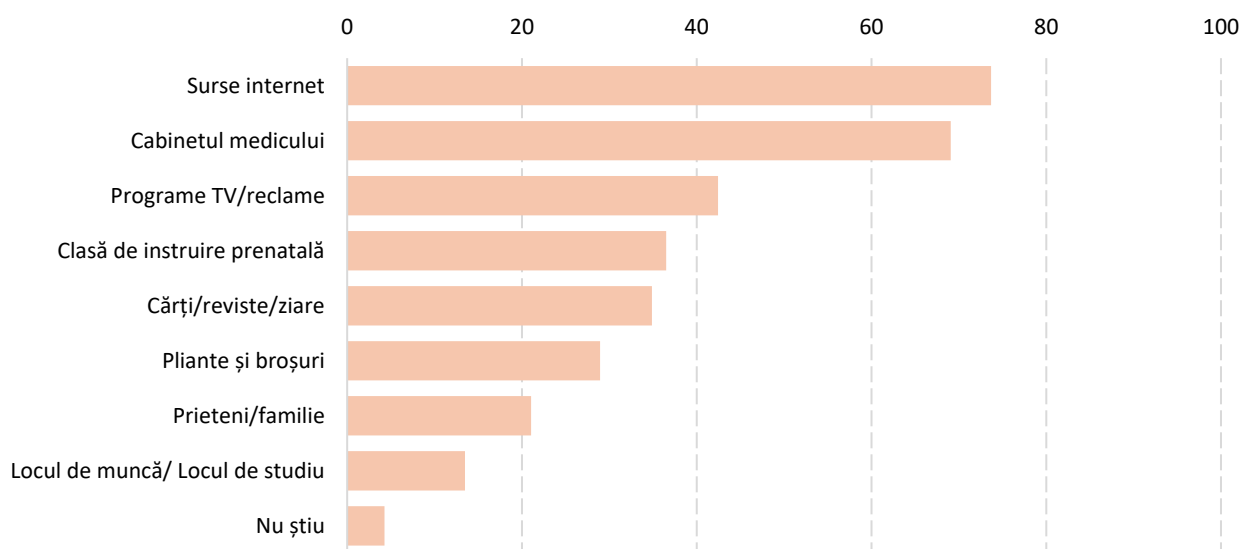


Figura 23. (CAP15) Care surse de informații despre sindromul alcoolic fetal și despre efectele consumului de alcool în sarcină ar fi cele mai utile pentru Dvs.?

Avertismentele publice privind consumul de alcool în sarcină

Evaluarea sprijinului față de măsurile de avertizare publică privind riscurile consumului de alcool în sarcină indică un nivel foarte ridicat de susținere în rândul participanților, indiferent de tipul de intervenție propus. Introducerea etichetelor de avertizare pe produsele alcoolice este susținută de 92,4% (n = 281) dintre participante, în timp ce afișarea unor avertismente similare în spații de consum public (restaurante, baruri și cluburi) întrunește acordul a 89,1% (n = 271) dintre respondente. Campaniile media de avertizare înregistrează cel mai ridicat nivel de susținere – 94,4% (n = 287), participantele cu studii superioare exprimând o preferință semnificativ mai frecventă pentru acest mijloc de comunicare a riscului față de cele cu alt nivel de studii.

În rândul partenerilor, susținerea acestor măsuri depășește pragul de 95,0% pentru toate tipurile de intervenție evaluate, reflectând și aici un consens.

Aceste date sunt relevante din perspectiva politicilor de sănătate publică: sprijinul atât al femeilor, cât și al partenerilor pentru măsuri de avertizare diversificate, pe produs, în spații publice și prin campanii media, oferă o bază de legitimitate socială solidă pentru implementarea sau extinderea unor astfel de intervenții în Republica Moldova, în concordanță cu practicile europene în domeniu.

CONCLUZII

CHESTIONARUL FEMEILOR

Profil sociodemografic și planificarea sarcinii

Eșantionul studiat este caracterizat predominant de femei căsătorite sau aflate în relație de cuplu, context care presupune existența unui suport familial consistent. Cu toate acestea, doar 68,8% dintre participante au declarat că ultima sarcină a fost planificată, iar prezența unui plan reproductiv explicit, personal sau de cuplu, a fost raportată de 61,8% dintre respondente, reflectând un nivel moderat al intenției de sarcină la nivelul populației studiate. Nivelul educațional se confirmă drept factor predictiv relevant: femeile cu studii superioare au raportat mai frecvent existența unui plan reproductiv și au manifestat sistematic comportamente reproductive mai prudente, tendință care se regăsește consistent pe toate dimensiunile investigate.

Pregătirea preconcepțională și vizita medicală anterioară sarcinii

Deși 55,3% dintre participante au considerat că au realizat o pregătire preconcepțională, vizita la un lucrător medical înainte de sarcină a fost efectuată de doar 43,1% dintre acestea. Faptul că 47,4% cunoșteau utilitatea consultației preconcepționale fără a o pune în practică evidențiază o barieră comportamentală semnificativă, plasată nu la nivelul informației, ci al acțiunii. Conținutul consilierii preconcepționale s-a dovedit, totodată, incomplet: temele abordate au vizat preponderent starea generală de sănătate și suplimentarea nutrițională, în timp ce riscurile comportamentale, fumatul, consumul de alcool și droguri au fost tratate marginal, semnalând o lacună sistematică în practica de consiliere preconcepțională.

Astfel, cu trei luni anterior sarcinii, doar 37,8% (n = 155) dintre participante au declarat abținerea totală de la consumul de alcool, iar un segment de 62,1% participante a raportat că au consumat diferite băuturi care conțin alcool și în diferite cantități.

Implicarea partenerului

Implicarea partenerului în pregătirea pentru sarcină a fost percepută de mai puțin de patru dintre zece participante, reprezentând unul dintre cei mai scăzuți indicatori înregistrați în studiu. Această implicare este semnificativ mai frecventă în contextul sarcinilor planificate și în rândul cuplurilor cu nivel de studii mai ridicat, ceea ce sugerează că atât intenționalitatea reproductivă, cât și educația formală favorizează asumarea unei responsabilități comune în cadrul cuplului față de sănătatea reproductivă.

Accesul la îngrijirea prenatală și consilierea medicală

Rata prezentării timpurii la prima vizită prenatală (în primele 12 săptămâni) – 92,4% – reflectă un comportament responsabil generalizat. Totuși, diferențele între subgrupuri sunt semnificative: femeile cu sarcini planificate și cele cu studii superioare au înregistrat rate mai ridicate de prezentare precoce, confirmând rolul protector al acestor variabile. Calitatea consilierii oferite în cadrul vizitelor prenatale ridică însă semne de întrebare serioase: 60,1% dintre participante au declarat că nu au primit nicio informație privind riscurile consumului de alcool, fumatului sau drogurilor la prima vizită prenatală. Deși pe parcursul îngrijirii prenatale ulterioare aceste subiecte au fost abordate mai frecvent, aspectele psihosociale, depresia perinatală, anxietatea, violența domestică, au

rămas puțin atinse în interacțiunile clinice, iar planificarea contracepției postnatale a fost discutată doar ocazional, evidențiind o abordare predominant biomedical-comportamentală, în detrimentul unei perspective holistice asupra sănătății materne.

Cunoștințe privind impactul consumului de alcool în sarcină

Participanții demonstrează un nivel satisfăcător de conștientizare a riscului general asociat consumului de alcool în sarcină: 85,2% recunosc că orice consum poate dăuna copilului, iar 95,1% sunt de acord că riscul crește proporțional cu cantitatea consumată. Totuși, cunoașterea devine semnificativ mai redusă atunci când vizează dozele mici și moderate: 39,1% dintre respondente nu consideră periculos consumul unei cantități reduse de alcool, iar 40,5% nu recunosc riscul asociat consumului preconcepțional. Diferențierea riscului în funcție de tipul băuturii alcoolice reprezintă o altă zonă de percepții condiționate: vinul înregistrează cel mai mare deficit de percepție a nocivității, 39,5% dintre participante nu îl consideră dăunător, față de doar 7,6% în cazul băuturilor spirtoase tari, reflectând persistența unor reprezentări culturale permissive față de consumul de vin în perioada gestațională. Cunoașterea sindromului alcoolic fetal rămâne extrem de redusă: doar 24,7% dintre participante au auzit de SAF, iar 38,7% dintre acestea nu înțeleg caracterul permanent al efectelor sale, o lacună cognitivă cu implicații directe asupra capacității de evaluare a riscului pe termen lung.

Atitudini față de consumul de alcool în sarcină

Atitudinile față de consumul de alcool gestațional sunt predominant restrictive, dar cu variații semnificative în funcție de nivelul de studii și intenția de sarcină. Deși 74,3% dintre participante consideră abținerea completă necesară, 27,6% acceptă consumul ocazional în cantități mici, iar 13,5% manifestă o inconsistență de atitudine, exprimând simultan acord cu abținerea completă și acceptul unui consum redus – indiciu al unei percepții contradictorii a riscului, care nu a fost integrată coerent la nivel cognitiv. Susținerea pentru măsuri de prevenire la nivel populațional este înaltă: 92,4% aprobă etichetele de avertizare pe produsele alcoolice, 89,1% afișarea de avertismente în spații publice, iar 94,4% campaniile media – un consens social solid, care oferă legitimitate intervențiilor de politică publică în acest domeniu.

Practici privind consumul de alcool și fumat

Consumul de alcool în sarcină a fost raportat de 28,6% dintre participante, cu o prevalență semnificativ mai ridicată în rândul femeilor cu sarcini neplanificate (36,8% față de 24,9%). Deși consumul declarat a fost preponderent redus, 21,8% dintre consumatoare au raportat între una și trei băuturi pe săptămână în primul trimestru, intervalul gestațional cu cel mai ridicat risc teratogen. Fumatul preconcepțional a fost raportat de 12,2% dintre participante, cu prevalență mai mare în rândul femeilor fără studii superioare și al celor cu sarcini neplanificate, confirmând profilul de vulnerabilitate comportamentală deja identificat.

Discrepanța dintre cunoștințe și practici

Cea mai semnificativă constatare a studiului o constituie decalajul structural dintre cunoașterea riscurilor și comportamentul efectiv. Faptul că:

- 19,7% dintre femeile care recunosc nocivitatea oricărui consum de alcool în sarcină au consumat totuși alcool în această perioadă, și că

- 25,3% dintre participante consumau alcool regulat preconcepțional în pofida recunoașterii relației doză-risc,

demonstrează că nivelul de informare nu constituie factorul determinant al comportamentului reproductiv. Aceste constatări argumentează tranziția de la modelele preventive centrate pe informare la abordări integrate, care să vizeze simultan dimensiunea cognitivă, motivațională și contextul social al femeii, cu accent pe planificarea reproductivă, consilierea individualizată și implicarea partenerului ca factori de schimbare comportamentală sustenabilă.

CHESTIONARUL SOȚILOR/PARTENERILOR

Cunoștințe privind impactul consumului de alcool în sarcină

Partenerii demonstrează un nivel general satisfăcător de conștientizare a comportamentelor recomandate în perioada gestațională: reducerea sau eliminarea consumului de alcool, renunțarea la fumat și evitarea substanțelor psihoactive de către femei sunt recunoscute ca esențiale de marea majoritate a respondenților. Cu toate acestea, cunoașterea nuanțată a riscurilor prezintă lacune semnificative. Vinul roșu este perceput ca neutru sau chiar benefic de 22,5% dintre parteneri, reflectând persistența unor reprezentări culturale permissive față de acest tip de băutură alcoolică. Deși 80,0% recunosc că orice consum de alcool poate dăuna fătului, doar 60,0% resping explicit ideea că o cantitate redusă ar fi sigură în sarcină, indicând o subestimare sistematică a riscului asociat consumului ocazional – situație similară identificată în rândul femeilor.

Cunoștințele despre sindromul alcoolic fetal sunt extrem de reduse în rândul partenerilor: doar 30,0% dintre ei au declarat că au auzit de SAF, iar printre aceștia persistă confuzii semnificative privind mecanismul de producere a sindromului, inclusiv atribuirea eronată a cauzalității stării de intoxicație a tatălui la momentul concepției. În ceea ce privește ierarhizarea factorilor de risc, consumul de droguri este plasat pe primul loc ca cel mai dăunător factor, în timp ce alcoolul ocupă locul trei din cinci – o ierarhizare care subestimează considerabil gravitatea expunerii fetale la alcool față de recomandările medicale actuale.

Atitudini față de consumul de alcool în sarcină

Atitudinile partenerilor față de consumul de alcool în sarcină sunt predominant restrictive, însă cu variații semnificative în funcție de caracterul planificat al sarcinii. Astfel, 72,5% resping ideea că femeile însărcinate pot consuma alcool în absența abuzului, iar 65,0% susțin necesitatea abstenenței complete. Diferența în funcție de planificarea sarcinii este însă notabilă: partenerii femeilor cu sarcini neplanificate manifestă o toleranță considerabil mai ridicată față de consumul ocazional – 46,2%, considerând acceptabil ca femeia gravidă să consume puțin alcool, comparativ cu doar 11,1% dintre partenerii din cupluri cu sarcini planificate. Această diferență de 35 de puncte procentuale identifică partenerii din cuplurile cu sarcini neplanificate drept grup prioritar pentru intervențiile de informare și consiliere.

Suștinerea față de măsurile de prevenire la nivel populațional este înaltă: peste 95,0% dintre parteneri aprobă introducerea etichetelor de avertizare pe produsele alcoolice, afișarea de avertismente în spații publice de consum și derularea de campanii media – un

consens care depășește chiar nivelul înregistrat în rândul femeilor și care oferă o bază solidă de legitimitate socială pentru adoptarea unor politici publice mai ferme în domeniu.

Practici privind consumul de alcool în sarcină

Conform declarațiilor partenerilor, 25,0% dintre ei afirmă că partenera a consumat alcool anterior sarcinii, iar 10,0% raportează consumul partenerei în timpul sarcinii – proporții considerabil mai reduse față de cele declarate de femei despre propriul comportament (28,6% consum în sarcină). Acest decalaj poate reflecta fie o subraportare din partea partenerilor determinată de lipsa de observație directă a comportamentului partenerei, fie o tendință de acceptabilitate socială în răspunsurile acestora.

Comportamentul propriu al partenerilor față de alcool se dovedește relativ independent de cel al partenerei. Astfel, 37,5% dintre parteneri declară că ar continua să consume alcool chiar dacă partenera i-ar încuraja să renunțe – proporție care indică limitele influenței reciproce în cadrul cuplului și subliniază necesitatea unor intervenții de consiliere adresate direct bărbaților, nu doar prin intermediul partenerei.

Principalele surse de informare accesate de parteneri sunt internetul (51,7%) și cabinetul medicului (35,0%) – o distribuție similară celei înregistrate în rândul femeilor, care confirmă rolul complementar al canalelor digitale și al consultului medical în comunicarea privind aspectele de sănătate reproductivă.

BARIERE ȘI OPORTUNITĂȚI ÎN PREVENIREA STAF *(Studiu calitativ prin focus-grupuri tematice)*

Scopul studiului

Obiectivele specifice ale studiului au vizat:

- explorarea percepțiilor și competențele profesionale ale specialiștilor privind prevalența și factorii determinanți ai consumului de alcool în sarcină;
- identificarea practicilor curente de screening și consiliere în prevenirea și managementul STAF;
- documentarea barierelor structurale, profesionale și culturale în calea intervențiilor preventive;
- identificarea nevoilor de formare și suport.

Metodologia studiului

Designul cercetării

Studiul constituie o cercetare de tip calitativ, utilizând metoda discuției focusate în grup (FGD – focus group discussion) ca instrument principal de colectare a datelor. Au fost organizate patru focus-grupuri tematice distincte, fiecare reunind o categorie omogenă de participanți, pentru a facilita exprimarea liberă a elementelor profesionale specifice și pentru a permite compararea între categorii. Alegerea metodei calitative a fost motivată de complexitatea fenomenului investigat: barierele în calea consilierii preventive privind consumul de alcool în sarcină, care implică dimensiuni culturale, sociale și relaționale care nu pot fi identificate prin instrumente cantitative standard. Discuțiile focusate în grup au permis evidențierea unor nuanțe, contradicții și perspective care completează tabloul oferit de datele statistice din componenta cantitativă a proiectului.

Participanți și eșantionare

Etapă de selecție a participanților a inclus reprezentanți ai tuturor categoriilor de profesioniști cu rol în prevenirea și managementul STAF. Au fost patru grupuri de stakeholderi: asistenți sociali (n = 10), lucrători medicali (medici de familie, obstetricieni-ginecologi, asistenți medicali și moașe) (n = 10), mame aflate în concediu de îngrijire a copilului (n = 12) și psihologi (n = 19). În total au participat 51 de persoane.

Recrutarea participanților s-a efectuat în cadrul instituțiilor partenere ale proiectului. Profesioniștii au fost selectați doar din numărul celor care la momentul studiului activau în domeniile medical, psihologic sau social, având contact direct cu femeile de vârstă reproductivă sau cu gravidele. Mamele incluse în studiu aveau copii cu vârste mici.

Instrumente și proceduri

A fost elaborat un ghid de interviu specific, adaptat profilului specific al fiecărei categorii de participanți, dezvoltat pe baza dovezilor din literatura de specialitate și a recomandărilor internaționale privind prevenirea STAF. Ghidul a acoperit patru domenii tematice principale: (1) percepțiile privind consumul de alcool în sarcină și factorii determinanți; (2) practicile curente de identificare a riscului și consiliere; (3) barierele și nevoile de sprijin în activitatea de prevenție; (4) oportunitățile de consolidare a colaborării intersectoriale.

Fiecare focus grup a fost moderat de un facilitator principal și un observator, având o durată de 60–90 de minute. Înregistrarea audio a discuțiilor a fost realizată cu acordul explicit al participanților, pentru a asigura acuratețea transcrierii. Confidențialitatea a fost protejată prin atribuirea unui cod unic fiecărui participant (literă sau cifră), utilizat pe tot parcursul discuției. Fiecare participant a completat un chestionar pre-FG, dezvoltat de echipa de cercetare, cu referire la profilul sociodemografic, experiența profesională, nivelul perceput de pregătire și atitudinile față de consumul de alcool în sarcină.

Structura fiecărei sesiuni a inclus: (1) partea de introducere – scopul și principiile de confidențialitate (10–15 min); (2) partea de discuții ghidate în baza ghidului de interviu specific (60 min); (3) partea de reflecții finale și recomandări (10–15 min). Întrebările au fost formulate deschis și non-direct, cu expresii introductive de tipul: „În ce măsură considerați că...”, „Care este percepția dumneavoastră despre...”, „Din experiența dumneavoastră profesională...”, menite să faciliteze exprimarea autentică și să reducă tendința de a oferi răspunsuri social acceptabile.

Considerații etice

Fiecărui participant i-a fost oferită o notă informativă cuprinzând: scopul proiectului, specificul voluntar al participării, modalitatea de prelucrare și stocare a datelor, dreptul de retragere în orice moment. Consimțământul informat scris a fost obținut anterior participării, în conformitate cu formularul aprobat de Comitetul de Etică. Datele au fost utilizate exclusiv în scopuri științifice.

Profilul sociodemografic și profesional al participanților

În cadrul celor patru focus-grupuri au participat în total 51 de persoane cu o distribuție relativ echilibrată între toate categoriile incluse. Distribuția pe grupe de vârstă a fost cu predominanță a grupei de vârstă de 31–40 de ani ($n = 20$; 39,2%), urmată de grupa de vârstă de 21–30 de ani ($n = 13$; 25,5%), de categoria de peste 51 de ani ($n = 11$; 21,6%) și de grupul de 41–50 de ani ($n = 7$; 13,7%). Majoritatea participanților dețin studii superioare ($n = 32$; 62,7%) sau postuniversitare ($n = 8$; 15,7%), cu o reprezentare mai redusă a studiilor medii de specialitate ($n = 8$; 15,7%).

Experiența profesională acoperă toate etapele carierei: specialiști cu mai puțin de 5 ani de experiență ($n = 17$; 33,3%), cu 5–10 ani ($n = 10$; 19,6%), cu 11–20 de ani ($n = 10$; 19,6%) și cu peste 20 de ani ($n = 8$; 15,7%), cu 6 participanți care nu au specificat experiența (11,8%). Astfel, a fost posibil un schimb divers de viziuni ale profesioniștilor. Grupul lucrătorilor medicali prezintă cea mai mare experiență medie în domeniu, 5 din 10 au peste 20 de ani de activitate. Grupul psihologilor constituie categoria cea mai numeroasă ($n = 19$) și cea mai tânără în medie, cu 9 dintre cei 19 participanți cu sub 5 ani de experiență.

Experiența profesională în consilierea privind consumul de alcool în sarcină Frecvența consumului de alcool recunoscută de participanți

Recunoașterea consumului de alcool în sarcină de către femeii în contextul interacțiunilor profesionale este raportată cu frecvență scăzută de toate categoriile de participanți (Tabelul 2). Din totalul de răspunsuri ($n = 39$), 18 (46,2%) declară că astfel de situații sunt întâlnite rar, iar 13 (33,3%) niciodată. Doar 8 participanți (20,5%) declară că uneori le întâlnesc, semnalând o subraportare sistematică, mai degrabă decât o prevalență reală redusă.

Analiza pe categorii profesionale relevă că lucrătorii medicali sunt singurii care raportează o frecvență mai ridicată a consumului de alcool în timpul sarcinii; 4 din 10 declară că îl întâlnesc uneori. Psihologii, deși constituie cea mai numeroasă categorie, raportează cel mai frecvent absența recunoașterii (10 din ei – rar, iar 7 – niciodată), ceea ce poate fi explicat parțial prin natura contextului terapeutic, în care subiectele sensibile sunt abordate cu mai multă precauție (Tabelul 3).

Tabelul 3. Frecvența consumului de alcool în sarcină recunoscută de participanți (n = 39)

Categoria Focus Grupului	Uneori	Rar	Niciodată	Total
Asistenți sociali	2	3	5	10
Lucrători medicali	4	5	1	10
Psihologi	2	10	7	19
Total, n	8	18	13	39

Inițiativa discuțiilor despre consumul de alcool

Analiza inițiativei de a aborda subiectul consumului de alcool cu femeile gravide relevă o distribuție asimetrică în funcție de rolul profesional (Tabelul 4). Lucrătorii medicali sunt categoria cu cel mai ridicat nivel de inițiativă proprie; 7 din 10 declară că abordează întotdeauna acest subiect din proprie inițiativă. Psihologii abordează subiectul predominant reactiv: 7 din 18 îl discută doar dacă femeia îl menționează, iar 7 din 18 îl abordează uneori, 3 – niciodată. Asistenții sociali prezintă un profil mixt: 5 din 10 inițiază discuția doar dacă se menționează acest subiect. Aceste date confirmă că abordarea consumului de alcool nu este sistematizată la nivelul tuturor profesiilor implicate în îngrijirea gravidelor. Dependența de inițiativă individuală și de contextul specific al interacțiunii limitează acoperirea intervențiilor preventive și generează inegalități în accesul femeilor la consiliere.

Tabelul 4. Inițiativa discuțiilor despre consumul de alcool (n = 38)

Categoria	Da, întotdeauna	Doar dacă menționează	La necesitate	Niciodată	Uneori	Total
Asistenți sociali	2	5	1	–	2	10
Lucrători medicali	7	1	–	–	2	10
Psihologi	1	7	–	3	7	18
Total, n	10	13	1	3	11	38

Nivelul perceput de pregătire profesională

Nivelul perceput de pregătire a specialiștilor pentru abordarea subiectului privind consumul de alcool în sarcină este predominant moderat (53,8%; n = 21) sau scăzut (35,9%; n = 14). Doar 4 participanți (10,3%) se consideră foarte pregătiți, toți aparținând categoriei lucrătorilor medicali sau psihologilor. Asistenții sociali prezintă cel mai redus nivel de pregătire autopercepută: niciun participant din această categorie nu se consideră foarte pregătit, 6 se consideră moderat pregătiți și 4 puțin pregătiți (Tabelul 5).

Tabelul 5. Nivelul perceput de pregătire profesională (n = 39)

Categoria	Foarte pregătit	Moderat pregătit	Puțin pregătit	Total
Asistenți sociali	–	6	4	10
Psihologi	2	9	8	19
Lucrători medicali	2	6	2	10
– Asistentă medicală superioară	–		1	1
– Medic de familie	1	3	1	5
– Moașă	1	1	–	2
– Moașă și asistent medical de familie	–	1	–	1
– Obstetrician-ginecolog	–	1	–	1
Total, n	4	21	14	39
Procente, %	10,3	53,8	35,9	100

Utilizarea instrumentelor de screening

Utilizarea instrumentelor standardizate de screening pentru consumul de alcool este semnificativ limitată (Tabelul 6). Instrumentul AUDIT* este utilizat de 31,6% (n = 12) dintre participanți, preponderent în rândul lucrătorilor medicali (6 din 10). Alarmant, 44,7% (n = 17) declară că nu utilizează niciun instrument formal, iar 2,6% nu au întâlnit niciodată o astfel de situație și 2,6% nu cunosc instrumentele disponibile. Psihologii constituie categoria cu cel mai redus nivel de utilizare a screeningului standardizat: 12 din 19 declară că nu utilizează niciun instrument, iar 4 folosesc AUDIT. Asistenții sociali prezintă un profil similar (5 din 9 care au răspuns) fără aplicarea unui instrument formal. Absența screeningului sistematic face ca identificarea riscului să depindă de evaluarea subiectivă și de comunicarea spontană a femeii, ceea ce limitează semnificativ eficiența intervențiilor preventive precoce.

Tabelul 6. Utilizarea instrumentelor de screening (n = 38)

Categoria	AUDIT*	Discuție informală	Niciun instrument	Altele/nescificat	Total
Asistenți sociali	2	1	5	1	9
Lucrători medicali	6	–	–	4	10
Psihologi	4	1	12	2	19
Total, n	12	2	17	7	38
Procente, %	31,6	5,2	44,7	18,5	100

* În Republica Moldova, conform protocolului clinic standardizat, la luarea în evidență antenatală gravidele urmează să completeze testul AUDIT (2025).

Experiența de formare în domeniul STAF

Experiența anterioară de formare în domeniul prevenirii tulburărilor alcoolice fetale este cvasi-absentă: doar 3 participanți (7,0%) au participat la astfel de instruiți. În contrast, 58,1% (n = 25) nu au beneficiat niciodată de formare în acest domeniu, iar 34,9% (n = 15) nu au participat, dar și-ar dori să o facă. Această distribuție evidențiază atât o lacună majoră în oferta de formare profesională continuă, cât și un interes ridicat pentru remedierea acesteia (Tabelul 7).

Tabelul 7. Participarea la instruiți privind prevenirea STAF (n = 43)

Categoria	Am participat	Nu am participat	Aș dori să particip	Total
Asistenți sociali	1	4	5	10
Mămici	–	4	–	4
Lucrători medicali	1	6	3	10
Psihologi	1	11	7	19
Total, n	3	25	15	43
Procente, %	7,0	58,1	34,9	100

Provocări și necesități

Analiza răspunsurilor la întrebările despre principalele provocări în profilaxia STAF (n = 40) și nevoile de sprijin suplimentar relevă o convergență remarcabilă între categoriile profesionale, indicând că barierele sunt de natură structurală și sistemică.

Principalele provocări identificate

- **Lipsa materialelor educaționale** – cea mai frecvent menționată provocare (prezentă în cel puțin 16 din 40 de răspunsuri), indicată fie ca problemă singulară, fie în combinație cu alți factori. Absența unor resurse educaționale standardizate, adaptate diferitelor grupuri-țintă și contextului local din Republica Moldova, limitează semnificativ capacitatea specialiștilor de a transmite mesaje coerente și consistente.
- **Reticența femeilor gravide în implicare** – menționată în cel puțin 15 răspunsuri. Teama de stigmatizare, de sancțiuni sau de pierderea custodiei copilului generează negare și evitare, care fac mai dificilă identificarea riscului și construirea unei relații terapeutice de încredere.
- **Lipsa colaborării intersectoriale** – raportată în cel puțin 14 răspunsuri. Fragmentarea responsabilităților între sistemele medicale, sociale și educaționale, lipsa protocolurilor comune și a traseelor clare de referire limitează continuitatea și coerența intervențiilor.
- **Lipsa timpului alocat procesului de consiliere** – menționată în cel puțin 6 răspunsuri, în special de lucrătorii medicali. Consultațiile de 10–15 minute nu permit abordarea sistematică a subiectelor sensibile precum consumul de alcool.

Nevoi de sprijin exprimate

- **Ateliere suplimentare de instruire** – menționate în cel puțin 26 de răspunsuri. Interesul pentru formare este ridicat în toate categoriile, reflectând recunoașterea deficitului actual de pregătire specifică.
- **Materiale educaționale standardizate** – menționate în cel puțin 22 de răspunsuri. Participanții solicită resurse adaptate diferitelor grupuri-țintă: specialiști, femei gravide, familii, comunitate.
- **Suport psihologic și social** – menționat în cel puțin 19 răspunsuri. Este recunoscută necesitatea unor mecanisme de suport pentru femeile vulnerabile, dincolo de componenta pur informațională.
- **Ghiduri naționale clare** – menționate în cel puțin 10 răspunsuri. Absența unui cadru normativ național standardizat privind screeningul și consilierea în domeniul STAF este identificată ca lacună structurală majoră.
- **Servicii specializate pentru gravidele cu risc** – menționate de un număr limitat de respondenți, dar reprezentând o nevoie semnificativă pentru cazurile complexe.
- **Instruiri adresate adolescentelor** – menționate izolat, dar cu potențial preventiv important ca măsură de prevenție primară.

Cunoștințe și atitudini privind consumul de alcool în sarcină

Frecvența abordării subiectului cu gravidele

Niciuna dintre categoriile profesionale studiate nu discută în mod regulat cu femeile gravide despre consumul de alcool în sarcină (Tabelul 8). Doar 3 persoane (5,9%) abordează acest subiect mereu, 20 (39,2%) uneori, 11 (21,6%) des, 12 (23,5%) foarte rar, iar 5 (9,8%) niciodată. Subiectul rămâne dependent de context și de inițiativa fiecăruia, fără a fi integrat în rutina îngrijirii.

Tabelul 8. Frecvența discuției deschise despre consumul de alcool cu gravidele (n = 51)

Categoria	Permanent	Frecvent	Uneori	Foarte rar	Niciodată	Total
Asistenți sociali	–	4	4	2	–	10
Mămici	–	2	3	3	4	12
Lucrători medicali	1	3	6	–	–	10
Psihologi	2	2	7	7	1	19
Total, n	3	11	20	12	5	51
Procente, %	5,9	21,6	39,2	23,5	9,8	100

Acceptarea mesajului abstenenței totale de alcool în timpul sarcinii

Mesajul privind lipsa oricărei cantități sigure de alcool în sarcină este larg acceptat în rândul participanților. Din totalul respondenților (n = 49), 83,7% sunt complet de acord sau de acord cu această afirmație. Medicii de familie prezintă cel mai înalt consens (8 din 9 complet de acord), urmați de psihologi (17 din 19 complet de acord sau de acord). Mămicile prezintă cea mai mare diversitate a răspunsurilor, cu 4 din 12 poziționându-se neutru sau în dezacord, posibil influențate de experiențe personale și mesaje contradictorii anterioare (Tabelul 9).

Tabelul 9. Acordul cu afirmația „Nu există o cantitate sigură de alcool în sarcină” (n = 49)

Categoria	Complet de acord	De acord	Neutru	Dezacord	Complet dezacord	Total
Asistenți sociali	6	2	–	–	1	9
Mămici	5	3	2	2	–	12
Medici de familie	8	–	–	–	1	9
Psihologi	13	4	1	1	–	19
Total, n	32	9	3	3	2	49
Procente, %	65,3	18,4	6,1	6,1	4,1	100

Percepția privind frecvența consumului de alcool în sarcină

Estimările participanților privind prevalența consumului de alcool în sarcină în Republica Moldova sunt îngrijorătoare: 39,2% (n = 20) consideră că femeile gravide consumă alcool frecvent, iar 31,4% (n = 16) apreciază că acest lucru se întâmplă uneori. Psihologii constituie categoria cu percepția cea mai pesimistă, 10 din 19 consideră consumul de alcool de către gravide ca fiind unul frecvent. Această percepție este consistentă cu datele cantitative din studiul CAP (Proiectul STAF), care arată că 28,6% dintre femeile din eșan-
tion au raportat consum de alcool pe parcursul sarcinii (

Tabelul 10).

Tabelul 10. Percepția frecvenței consumului de alcool în rândul femeilor însărcinate (n = 51)

Categoria	Frecvent	Uneori	Rar	Foarte rar	Nu știu	Total
Asistenți sociali	4	4	2	–	–	10
Mămici, în concediu	3	3	1	1	4	12
Medici de familie	3	4	1	–	2	10
Psihologi	10	5	–	–	4	19
Total, n	20	16	4	1	10	51
Procente, %	39,2	31,4	7,8	2,0	19,6	100

Evaluarea gravității efectelor consumului ocazional de alcool asupra fătului

Nivelul de conștientizare a gravității efectelor consumului ocazional de alcool asupra fătului este foarte ridicat: 90,2% (n = 46) dintre participanți le consideră grave, 3,9% (n = 2) – moderate, iar 5,9% (n = 3) nu știu. Asistenții sociali sunt unanimi în această apreciere (10 din 10), iar celelalte categorii profesionale înregistrează distribuții apropiate. Contrastul dintre conștientizarea severității riscului și frecvența redusă a abordării sistematice a subiectului în practică este marcant (*Tabelul 11*).

Tabelul 11. Percepția gravității efectelor consumului ocazional de alcool asupra fătului (n = 51)

Categoria	Grave	Moderate	Nu știu	Total
Asistenți sociali	10	–	–	10
Mămici, în concediu de îngrijire a copilului	10	1	1	12
Lucrători medicali	9	–	1	10
Psihologi	17	1	1	19
Total, abs	46	2	3	51
Procente, %	90,2	3,9	5,9	100

Recomandări formulate de participanți pentru femeile însărcinate

Mesajele transmise de participanți se concentrează pe 5 direcții principale:

- (1) Primul și cel mai frecvent este avertizarea categorică asupra pericolului absolut: nicio cantitate de alcool nu este sigură în sarcină, indiferent de termenul de sarcină sau context. Respondenții insistă pe excluderea totală a consumului de alcool – de la preconcepție până la alăptare, subliniind că „o picătură de tărie distruge o ființă vie”.
- (2) În al doilea rând, participanții descriu consecințele concrete asupra fătului: leziuni ireversibile ale sistemului nervos central, malformații congenitale, iar unii folosesc formulări severe precum „consumul de alcool ucide” sau „consumul de alcool în sarcină = un copil bolnav”.
- (3) Al treilea aspect vizează responsabilitatea mamei: copilul „se naște în corpul unei mame sănătoase”, iar femeia însărcinată are datoria morală de „a proteja viața din interior, nu de a o „otrăvi”.
- (4) Respondenții evidențiază necesitatea informării corecte prin combaterea mitului că alcoolul ar fi permis în anumite trimestre și îndemnul de a solicita suport psihologic în loc de a recurge la alcool.
- (5) Unele mesaje adoptă un ton direct și personal, adresându-se mamei cu îndemnuri precum „gândește-te la viitorul tău și al copilului” sau „ai grijă de tine”.

Rezultatele studiului calitativ pe focus-grupurilor tematice

Focus-grupul cu psihologii

Recunoașterea și experiența profesională

Psihologii au relatat experiențe profesionale consistente cu copii care prezentau întârzieri în dezvoltare, dificultăți de atenție, probleme de comportament și dificultăți de reglare emoțională – manifestări asociate în literatura de specialitate cu spectrul tulburărilor alcoolice fetale (STAF). Manifestările descrise au inclus: dificultăți de concentrare, impulsivitate, probleme de relaționare cu colegii, vocabular limitat, dificultăți de învățare și reacții emoționale intense sau inadecvate contextului. Un aspect central al discuției a fost complexitatea diferențierii diagnostice între STAF, tulburările de hiperactivitate cu deficit de atenție (ADHD) și tulburările din spectrul autist, subliniată de toți participanții. Psihologii au menționat că această diferențiere se realizează prin combinarea observației clinice, evaluărilor psihologice standardizate, anamnezei și consultării cu alți specialiști.

Dificultatea procesului este amplificată în cazurile în care informațiile privind sarcina sau consumul matern de alcool sunt incomplete sau nedeclarate – o situație frecventă în contextul Republicii Moldova.

Colaborarea cu părinții și familia

Abordarea subiectului consumului de alcool cu părinții a fost descrisă ca o provocare recurentă, marcată de reacții de negare, rușine și evitare. Psihologii au relatat strategii specifice pentru menținerea comunicării: utilizarea unui limbaj non-acuzator, centrarea discuției pe nevoile copilului (nu pe comportamentul parental), acordarea de timp pentru procesarea informației și validarea emoțională a sentimentelor de vinovăție sau neputință. A fost subliniată importanța construirii treptate a relației terapeutice de încredere ca premisă a oricărei intervenții eficiente.

Colaborarea interdisciplinară

Colaborarea cu medicii de familie, asistenții sociali, cadrele didactice și alți specialiști a fost descrisă ca necesară, dar insuficient structurată – bazată mai degrabă pe relații personale și inițiative individuale decât pe protocoale instituționale. Participanții au menționat mecanismele existente (referiri, schimb de informații, comunicare interinstituțională), subliniind totodată nevoia unor echipe multidisciplinare formalizate, trasee clare de referire și întâlniri în managementul de caz.

Nevoi și recomandări

Principalele nevoi exprimate de psihologi au vizat: traininguri specifice în identificarea și managementul STAF; ghiduri metodologice adaptate practicii psihologice; materiale educaționale pentru lucrul cu copiii afectați și familiile acestora; instrumente standardizate de evaluare și monitorizare. A fost subliniată importanța integrării dimensiunii STAF în formarea inițială și continuă a psihologilor, nu ca subiect de nișă, ci ca o realitate curentă a practicii clinice.

În concluzie, discuțiile FG cu psihologii au evidențiat rolul important al consilierii psihologice în identificarea timpurie a dificultăților de dezvoltare la copii și în susținerea familiilor în contexte sensibile, inclusiv cele legate de consumul de alcool în timpul sarcinii. S-au expus experiențe relevante în lucrul cu copii care prezintă dificultăți emoționale, cognitive și comportamentale, precum și complexitatea colaborării cu părinții în abordarea acestor situații. Totodată, focus-grupul a menționat importanța comunicării bazate pe încredere, a colaborării interdisciplinare și a adaptării intervențiilor la nevoile individuale ale copilului. Discuțiile în acest FG au contribuit la o mai bună înțelegere a practicilor curente și a nevoilor de suport ale psihologilor implicați în prevenirea și gestionarea impactului consumului prenatal de alcool.

Focus-grupul cu mamicile

Percepții și atitudini privind consumul de alcool în sarcină

Mămicile au exprimat opinii predominant ferme cu privire la nocivitatea alcoolului în sarcină, confirmând că mesajele de sănătate publică au fost recepționate. Afirmatii precum: „alcoolul ajunge direct la copil” sau „orice cantitate afectează copilul, chiar dacă pare mică” au fost frecvente în cadrul discuțiilor. Unele participante au menționat evoluția

percepțiilor: în trecut, mesajele erau mai permissive, în prezent, sunt percepute ca mai clare și mai restrictive. Cu toate acestea, participantele au recunoscut că situații de consum de alcool în sarcină există în comunitate, motivate prin stres, oboseală, lipsa sprijinului social sau convingerea că: „*un pahar mic nu face nimic*”. Subiectul consumului de alcool în sarcină a fost descris ca abordat inegal în comunitate: în unele contexte se discută deschis, în altele este considerat un subiect delicat, „*despre care se știe că nu e bine, dar nu se vorbește*”. Reticența a fost asociată cu tradițiile, rușinea și teama de judecată socială.

Experiența cu serviciile medicale

Experiențele cu personalul medical au fost descrise eterogen. Unele participante au relatat primirea unor informații clare și consistente – „*medicul mi-a spus clar că nu este voie deloc*”, iar altele au menționat că subiectul nu a fost abordat explicit sau a fost tratat superficial. Modalitatea principală de informare a fost discuția verbală directă cu personalul medical; pliantele și materialele scrise au fost menționate rar – „*nu am primit nimic scris, doar ce am auzit de la medic*”

Factori sociali și emoționali

Participantele au identificat mai mulți factori care pot influența consumul de alcool în sarcină: stresul, lipsa sprijinului partenerului sau familiei, consumul normalizat în mediul proximal și presiunea socială în contexte festive – „*la sărbători e greu să refuzi*”. Lipsa sprijinului a fost descrisă ca factor major de vulnerabilitate: „*când ești singură, e mult mai greu*”. Grupurile de mame, consilierea și sprijinul emoțional au fost identificate ca resurse cu potențial preventiv important.

Stigmatizare și bariere în comunicare

Stigmatizarea femeilor care consumă alcool în sarcină a fost identificată ca barieră semnificativă în comunicarea deschisă cu profesioniștii. „*Lumea judecă repede*” și „*mai bine taci decât să fii arătată cu degetul*” sunt expresii care sintetizează această dinamică. Participantele au subliniat că abordarea empatică a personalului medical – „*dacă medicul vorbește calm și fără să certe, femeia spune mai multe*”.

În concluzie, focus-grupul realizat cu mămici a oferit o imagine detaliată asupra percepțiilor, experiențelor și nevoilor acestora în raport cu consumul de alcool în timpul sarcinii, interacțiunea cu serviciile medicale și contextul social în care sunt luate deciziile legate de sănătate. Discuțiile au evidențiat că participantele sunt, în general, conștiente de riscurile asociate consumului de alcool pentru sănătatea copilului, însă nivelul de informare, modul de abordare a subiectului și experiența cu sistemul medical diferă. Comunicarea despre consumul de alcool rămâne, în multe contexte, un subiect sensibil, influențat de norme sociale, stigmatizare și teama de judecată. Participanții au subliniat importanța unei comunicări empatică, clare și consecvente, precum și a accesului la informații adaptate și ușor de înțeles.

Focus-grupul cu asistenții sociali

Complexitatea situațiilor sociale ale femeilor gravide vulnerabile

Asistenții sociali au descris un tablou al vulnerabilității multiple în care consumul de alcool coexistă cu sărăcia, instabilitatea locativă, violența domestică, lipsa actelor de identitate și izolarea socială. Această perspectivă este sintetizată sugestiv de un participant: *„nu este doar alcoolul, este tot pachetul – „sărăcie, conflicte, lipsă de sprijin, violență”*. Consumul de alcool a fost descris atât ca răspuns la stresul social, cât și ca factor agravant al marginalizării: *„alcoolul mai întâi le ajută să uite, apoi le distruge și ce mai aveau”*. A fost discutat în detaliu rolul modelelor familiale și al transmiterii între generații a comportamentului de consum: *„mama a băut, bunica a băut – nu vede nimic greșit”*. Acest fenomen reprezintă o provocare specifică pentru intervențiile preventive, care trebuie să abordeze nu doar comportamentul individual, ci și sistemul de valori și norme din care acesta derivă.

Identificarea și abordarea femeilor gravide cu risc

Identificarea consumului de alcool a fost descrisă ca un proces gradual, bazat pe observație comportamentală și semnale indirecte – comportament instabil, absențe repetate, igienă deficitară, incoerență în comunicare – mai degrabă decât pe declarații directe. Comunitatea joacă un rol important în acest proces: *„vecinii ne spun”, „educatoarea de la grădiniță ne anunță”*. Teama de sancțiuni și de pierderea custodiei copilului generează evitare activă: *„dispare, nu mai răspunde la telefon, nu o mai găsești”*. Construirea relației de încredere cu beneficiara a fost descrisă ca premisă esențială și ca proces de durată: *„când văd că o vizitezi nu doar o singură dată și gata, atunci încep să vorbească”*. Abordarea empatică și non-judecătore, consecvența și prezența constantă au fost identificate drept elementele-cheie ale unei relații terapeutice funcționale cu femeile vulnerabile.

Tipuri de intervenții și limite

Intervențiile descrise includ vizite la domiciliu, consiliere socială, orientare către servicii medicale și psihologice, sprijin material direcționat și colaborare cu autoritățile locale. Cu toate acestea, participanții au subliniat limitele intrinseci ale intervenției sociale în absența motivației interne a beneficiarei: *„poți să faci planuri, să explici, dar dacă ea nu vrea, nu se schimbă nimic”*. Sprijinul financiar direct a fost privit cu rezerve – *„banii nu rezolvă problema, uneori o agravează”* – în timp ce sprijinul emoțional și monitorizarea constantă au fost evaluate ca esențiale.

Colaborarea interinstituțională și nevoile de formare

Colaborarea cu medicii, poliția, școala și alte instituții a fost descrisă ca necesară, dar fragmentată și birocratică: *„fiecare face bucată lui”, „ne plimbăm hârtiile de la unul la altul”*. Lipsa pârghiilor legale eficiente și suprasolicitarea profesională – *„suntem puțini, iar cazurile sunt multe”* – limitează suplimentar capacitatea de intervenție. Nevoile de suport exprimate vizează instruirii aplicative, clarificarea rolurilor instituționale și consolidarea echipelor multidisciplinare: *„avem nevoie de instrumente concrete, nu doar teorie”*.

În concluzie, discuțiile desfășurate în cadrul focus-grupului cu asistenți sociali au evidențiat complexitatea dimensiunii sociale asociate consumului de alcool în sarcină, precum și rolul central al acestora în identificarea și sprijinirea femeilor gravide aflate în

situații de vulnerabilitate. Participanții au menționat că identificarea consumului de alcool în sarcină este un proces gradual, bazat pe observație, relația de încredere cu beneficiara și semnalele provenite din comunitate, mai degrabă decât pe declarații directe. Relația cu femeia însărcinată a fost descrisă ca fiind esențială, dar fragilă, influențată de teama de stigmatizare, de sancțiuni sau de pierderea copilului, ceea ce impune o abordare empatică și consecventă. Intervențiile sociale prezentate de participanți au inclus sprijin emoțional, consiliere, orientare către servicii medicale și psihologice, precum și colaborarea cu alte instituții. Totodată, au fost subliniate limitele intervenției sociale, în special în lipsa motivației beneficiarei, a sprijinului familial sau a unor mecanisme interinstituționale clar definite. Colaborarea existentă între instituții a fost descrisă ca necesară, dar adesea fragmentată și constrânsă de factori structurali și birocratici.

Focus-grupul cu asistenți sociali a oferit o imagine realistă asupra rolului asistenților sociali ca actori-cheie în prevenirea consumului de alcool în sarcină, evidențiind atât contribuția lor esențială în sprijinirea femeilor vulnerabile, cât și nevoia de consolidare a capacităților profesionale, a colaborării interdisciplinare și a mecanismelor de suport instituțional pentru prevenirea tulburărilor alcoolice fetale.

Focus-grupul cu lucrătorii medicali

Percepția problemei și nivelul de conștientizare populațională

Lucrătorii medicali au confirmat că mesajul privind riscurile consumului de alcool în sarcină este bine cunoscut la nivel profesional, dar minimalizat de o parte din gravide. Participanții au menționat frecvent persistența ideii că: *„vinul roșu face sânge”* sau că *„un pahar mic nu contează”* – percepții culturale înrădăcinate care subminează eficiența mesajelor preventive generale. Presiunea socială în contexte festive sau familiale a fost descrisă ca un factor important care influențează comportamentul gravidelor: *„la sărbători e greu să refuzi, mai ales când toată lumea insistă”*.

Practici curente de abordare clinică

Abordarea consumului de alcool se realizează predominant prin discuții verbale directe, integrate în anamneza prenatală. Participanții au semnalat că discuția este mai facilă atunci când există o relație de durată cu pacienta – *„cu pacientele pe care le cunosc de ani de zile pot vorbi deschis”* – și mai dificilă la prima consultație. Reacțiile gravidelor sunt variate: unele deschise și cooperante, altele marcate de negare sau minimalizare: *„spun că nu consumă deloc, dar ulterior aflu de la familie altceva”*. Abordarea empatică și non-judecătorească a fost subliniată ca esențială pentru menținerea relației terapeutice: *„dacă simte că o judeci, nu mai vine la consultații”*.

Screeningul și documentarea cazurilor

Participanții au recunoscut că screeningul standardizat (AUDIT) nu este utilizat sistematic. Aprecierea riscului se bazează pe observație clinică și semnale indirecte – *„ne orientăm după comportament, după cum răspunde la întrebări”*, *„uneori familia spune mai multe decât pacienta”*. Documentarea cazurilor de risc este limitată de lipsa timpului, absența protocoalelor clare și teama de stigmatizare: *„nu avem un protocol clar, fiecare face cum poate”*, *„nu vrei să pui o etichetă care să o sperie”*.

Resurse și formare profesională

Nevoia de formare în comunicare motivațională și screening prenatal a fost exprimată ca prioritară: *„avem cunoștințe medicale, dar nu întotdeauna știm cum să abordăm discuția”*. Absența materialelor educaționale standardizate și adaptate contextului local este resimțită în toate subcategoriile – *„ar fi foarte utile pliante clare, afișe, materiale video”*. *„Timpul consultațiilor e limitat la 10–15 minute, dar trebuie să facă foarte multe”* rămâne o constrângere structurală majoră.

Perspective specifice pe categorii profesionale

Medicii de familie și-au subliniat rolul central în prevenția primară, expresia nevoii lor de instrumente simple și ușor de integrat în programul de lucru zilnic. Obstetricienii-ginecologi au evidențiat negarea consumului ca barieră principală și au solicitat protocoale comune la nivel instituțional și echipe interdisciplinare funcționale. Asistenții medicali au descris rolul lor în transmiterea mesajelor preventive în contexte informale și repetate, subliniind nevoia de mesaje standardizate și instruiri care să le consolideze rolul consultativ. Moașele au evidențiat potențialul lor de intervenție prin cursuri prenatale și contact direct în perioada postpartum, cu condiția existenței formării specifice și a resurselor adecvate. Mesajul central formulat în mod repetat de toți participanții a fost: *„nu există cantitate sigură de alcool în timpul sarcinii”*, completat de afirmația că *„dacă intervenim la timp și cu empatie, putem preveni multe situații grave”* – subliniind potențialul preventiv al sistemului medical, condiționat de eliminarea barierelor structurale identificate.

În concluzie, discuțiile desfășurate în cadrul focus-grupului cu lucrătorii medicali au evidențiat rolul lor central în prevenția primară a consumului de alcool în sarcină, au subliniat că timpul insuficient pentru consultații și absența unor protocoale clare limitează abordarea sistematică a screening-ului. Utilizarea instrumentelor standardizate, este redusă și nestructurată, fiind înlocuită adesea de evaluarea subiectivă și observația clinică. Medicii de familie au exprimat nevoia de instrumente simple, ușor de integrat în practica zilnică, materiale educaționale standardizate și formare în comunicare motivațională. Colaborarea cu ginecologii și asistenții sociali este recunoscută ca necesară, dar insuficient formalizată.

Analiză tematică transversală

Analiza comparativă a datelor din cele patru focus-grupuri relevă cinci teme transversale care traversează toate categoriile de participanți și definesc arhitectura barierelor și oportunităților în prevenirea STAF în Republica Moldova.

1. Decalajul dintre conștientizare și acțiune sistematică

Conștientizarea riscurilor consumului de alcool în sarcină se menține la un nivel ridicat în toate categoriile profesionale: 90,2% consideră efectele grave; 83,7% acceptă absența oricărei cantități sigure. Paradoxal, abordarea subiectului în practică rămâne sporadică, dependentă de context și de inițiativa individuală. Lipsa protocoalelor standardizate, a materialelor educaționale și a unei culturi organizaționale centrate pe prevenire explică acest decalaj dintre cunoaștere și acțiune sistematică.

2. Stigmatizarea ca barieră structurală

Stigmatizarea femeilor care consumă alcool în sarcină a fost identificată ca barieră majoră de toate categoriile – mame, psihologi, asistenți sociali și lucrători medicali. Teama de judecată socială, de sancțiuni și de pierderea custodiei asupra copilului generează subraportare sistematică și evitarea contactului cu serviciile de sănătate și sociale. Abordarea empatică, non-judecătorească este recunoscută unanim ca premisă a oricărei intervenții eficiente.

3. Fragmentarea colaborării intersectoriale

Colaborarea între sistemele medicale, sociale, educaționale și psihologice este descrisă consistent ca necesară, dar insuficient structurată – „*fiecare face bucată lui*”. Traseele de referire lipsesc, protocoalele comune sunt inexistente, feedbackul POST-intervenție rămâne un deziderat, iar întâlnirile interdisciplinare regulate – o excepție. Continuitatea și coerența intervențiilor se deteriorează sub presiunea suprasolicitării profesionale și a birocrăției excesive.

4. Deficit sistemic de formare și resurse

Absența materialelor educaționale standardizate, a ghidurilor naționale, a instrumentelor de screening accesibile și a formării profesionale specifice în domeniul STAF a fost menționată convergent de toate categoriile. Doar 7,0% din participanți au beneficiat de formare specifică, în timp ce interesul pentru instruire este ridicat (34,9% nu au participat, dar și-ar dori). Profesioniștii manifestă deschidere pentru învățare – premise favorabile unei intervenții sistemice.

5. Rolul contextului social și al normelor culturale

Consumul de alcool în sarcină nu este un comportament izolat, ci este integrat în rețele complexe de norme sociale, tradiții familiale și presiuni comunitare. Transmiterea între generații, normalizarea consumului în contexte festive și percepția culturală permisivă față de vin sunt factori care operează dincolo de sfera individuală și nu pot fi abordați exclusiv prin consiliere clinică. Intervențiile eficiente trebuie să vizeze și dimensiunea comunitară și normativă a comportamentului.

IMPACTUL ACTIVITĂȚILOR DE INSTRUIRE A PRESTATORILOR DE SERVICII PRIVIND REDUCEREA CONSUMULUI DE ALCOOL ÎN TIMPUL SARCINII

Analiza opiniilor femeilor gravide luate în evidența antenatală înainte și după instruirea specialiștilor (personal medical, asistenți sociali și psihologi)

Obiectivele studiului

Studiul și-a propus să răspundă următoarelor obiective specifice:

- Evaluarea nivelului de cunoaștere a riscurilor consumului de alcool în sarcină în rândul gravidelor.
- Evaluarea practicilor de screening și consiliere prenatală aplicate de personalul medical din sectorul Rîșcani.
- Identificarea barierelor în calea accesului la informație și a utilizării instrumentelor de screening.
- Compararea tuturor indicatorilor înainte și după instruirea personalului medical, asistenților sociali și psihologilor.
- Formularea de recomandări pentru îmbunătățirea politicilor și practicilor în domeniu.

Metodologie

Designul studiului

Studiul a utilizat un design de tip pre-post, care permite evaluarea impactului unei intervenții prin compararea datelor colectate anterior și ulterior implementării acesteia. Această abordare, deși mai puțin riguroasă decât un studiu randomizat controlat, oferă dovezi valoroase privind eficacitatea practică a programelor de formare în contextul serviciilor de sănătate.

Instrumentul de colectare a datelor a fost un chestionar structurat, aplicat individual gravidelor în cadrul consultațiilor prenatale. Chestionarul a cuprins 22 de întrebări principale, organizate pe mai multe domenii: date sociodemografice, cunoștințe privind efectele alcoolului în sarcină, comportamente legate de consum, experiența interacțiunii cu personalul medical și utilizarea testului AUDIT.

Participanții la studiu

Criteriile de includere în studiu au vizat gravidele cu vârsta de 18 ani și peste, aflate în evidența instituțiilor medicale din sectorul Rîșcani al municipiului Chișinău, care au acceptat voluntar să participe. Nu au fost stabilite criterii de excludere bazate pe vârstă gestațională, paritate sau alte caracteristici demografice, cu scopul de a asigura reprezentativitatea eșantionului.

Eșantionul total a cuprins 146 de respondente, distribuite în două grupuri de comparație:

- Grupul PRE-instruire: 52 de gravide chestionate anterior programului de formare a personalului (în continuare – grupul PRE).
- Grupul POST-instruire: 94 de gravide chestionate ulterior finalizării programului de formare (în continuare – grupul POST).

Caracteristicile lotului de studiu

Analiza caracteristicilor demografice demonstrează că grupul PRE și grupul POST sunt similare în privința vârstei, stării civile și nivelului de educație, ceea ce conferă robustețe interpretărilor prezentate în raport.

Tabelul 12. Caracteristicile demografice ale eșantionului.

Caracteristică demografică	PRE-instruire (n = 52)		POST-instruire (n = 94)	
	n	%	n	%
Vârsta				
18–24 ani	9	17,3%	12	12,8%
25–34 ani	30	57,7%	59	62,8%
35–44 ani	13	25,0%	23	24,5%
Starea civilă				
Căsătorită	43	82,7%	79	84,0%
În cuplu (necăsătorită)	5	9,6%	13	13,8%
Divorțată / Necăsătorită	4	7,7%	2	2,1%
Nivelul de studii				
Studii superioare	32	61,5%	63	67,0%
Școală profesională / liceu / colegiu	8	15,4%	20	21,3%
Studii medii incomplete	8	15,4%	8	8,5%
Fără studii / studii primare	4	7,7%	3	3,2%
Termenul sarcinii				
Trimestrul I (< 13 săpt.)	0	0%	28	29,8%
Trimestrul II (13–28 săpt.)	9	17,3%	37	39,4%
Trimestrul III (> 28 săpt.)	43	82,7%	29	30,9%

Vârsta medie este identică în cele două grupuri (30,2 ani în grupul PRE față de 30,7 ani în grupul POST), cu o valoare medie similară pe grupe de vârstă. Cea mai numeroasă categorie este cea de 25–34 de ani, care cuprinde aproximativ 60% din respondente în ambele grupuri. Starea civilă predominantă este cea de femeie căsătorită (82,7% în grupul PRE și 84,0% în grupul POST), urmată de cuplurile necăsătorite.

Din perspectiva nivelului de educație, studiile superioare predomină în ambele grupuri (61,5% PRE față de 67,0% POST), urmate de studiile medii de specialitate. Ponderea femeilor cu studii primare sau fără studii este redusă, dar prezentă în ambele grupuri, ceea ce subliniază importanța unei comunicări adaptate la diverse niveluri de alfabetizare sanitară.

O diferență importantă este cea legată de termenul sarcinii: grupul PRE include preponderent gravide în trimestrul III (82,7%), în timp ce grupul POST este mai echilibrat, cu o pondere semnificativă și în trimestrele I și II. Această diferență reflectă modificările în practica de screening odată cu instruirea personalului, care a condus la chestionarea mai timpurie a gravidelor.

Surse de informare ale gravidelor privind sănătatea în sarcină

Înțelegerea surselor de informare la care apelează gravidele este esențială pentru proiectarea unor campanii eficiente de comunicare și educare în sănătate. Datele colectate relevă că medicul obstetrician-ginecolog și medicul de familie rămân principalele surse de informare pentru gravidele din sectorul Rîșcani, atât în grupul PRE, cât și în grupul POST.

Internetul ocupă locul al treilea ca sursă de informare, cu o frecvență mai mare în grupul PRE (55,8%) față de grupul POST (45,7%), posibil ca reflecție a unei implicări mai active a personalului medical în furnizarea de informații după instruire, ceea ce reduce necesitatea căutării independente de informații online. Familia și prietenii constituie o sursă semnificativă, menționată de aproape 40% dintre respondentele din grupul PRE și de circa 25% din grupul POST.

Creșterea rolului medicului de familie și al obstetrician-ginecolog ca surse de informare în grupul POST (de la 76,9% la 78,7%, respectiv de la 80,8% la 87,2%) confirmă impactul pozitiv al instruirii personalului medical în consolidarea rolului său de furnizor de informații medicale de încredere.

Tabelul 13. Sursele de informare ale gravidelor privind sănătatea în sarcină.

Sursa de informații despre sănătatea	PRE-instruire (n = 52)		POST-instruire (n = 94)	
	n	%	n	%
Medicul de familie	40	76,9%	74	78,7%
Medicul obstetrician-ginecolog	42	80,8%	82	87,2%
Internet	29	55,8%	43	45,7%
Familie / Prietenii	21	40,4%	23	24,5%
Alte surse (cărți, mass-media)	4	7,7%	3	3,2%

Cunoștințele gravidelor privind riscurile consumului de alcool în sarcină

Percepția siguranței consumului de alcool

Un indicator fundamental al nivelului de cunoaștere este răspunsul la întrebarea privind siguranța consumului de alcool în sarcină. Convingerile eronate, cum ar fi cea că un pahar de vin ocazional nu prezintă riscuri, reprezintă una dintre principalele bariere în calea abstinentei totale recomandate de OMS.

Datele arată că 80,8% dintre gravidele din grupul PRE considerau că nicio cantitate de alcool nu este sigură în sarcină. Deși aceasta este o proporție relativ ridicată, ea înseamnă că aproape 1 din 5 gravide (19,2%) dețineau opinia că un consum moderat este acceptabil. După instruirea personalului medical, proporția celor cu răspuns corect a crescut la 93,6%, reducând semnificativ ponderea celor cu cunoștințe incomplete.

Similar, recunoașterea faptului că alcoolul poate afecta fătul a crescut de la 84,6% la 96,8%. Aceste rezultate sugerează că dialogul sistematic inițiat de personalul instruit a avut un impact direct și măsurabil asupra corectării concepțiilor eronate.

Cunoștințe despre sindromul alcoolic fetal

Cunoștințele specifice despre sindromul alcoolic fetal reprezintă un indicator mai sensibil al nivelului de informare, deoarece SAF este o condiție mai puțin mediatizată decât efectele generale ale alcoolului. În grupul PRE, 28,8% dintre gravide nu au auzit deloc despre SAF, proporție care a scăzut la 17,0% în grupul POST – o reducere de aproape 12 puncte procentuale.

Aceste date sugerează că instruirea personalului a extins accesul la informații de bază, urmând ca aprofundarea cunoștințelor să necesite eforturi suplimentare de educație pentru sănătate.

Comportamentul gravidelor privind consumul de alcool

Consumul de alcool după confirmarea sarcinii

Indicatorul comportamental cel mai relevant pentru evaluarea impactului proiectului este consumul de alcool după confirmarea sarcinii actuale. Din perspectiva prevenirii STAF, aceasta reprezintă perioada în care intervenția personalului medical poate influența direct comportamentul gravidei.

Rezultatele sunt optimiste: dacă în grupul PRE 11,5% dintre gravide (6 respondente) declarau că au consumat alcool ocazional după ce au aflat că sunt gravide, în grupul POST nicio gravidă nu a raportat consum de alcool după confirmarea sarcinii. Această reducere la zero reprezintă cel mai puternic indicator al impactului instruirii personalului medical, demonstrând că o consiliere adecvată și sistematică poate conduce la schimbări comportamentale concrete.

Consumul de alcool anterior sarcinii actuale

Privind consumul de alcool înainte de sarcina actuală, datele indică că aproximativ 59,6% dintre gravidele din grupul PRE declaraseră consum ocazional anterior sarcinii, față de 54,3% în grupul POST.

Practica clinică — screening și consiliere prenatală

Discuția despre consumul de alcool la prima vizită

Ghidurile internaționale recomandă ca, la prima vizită prenatală personalul medical să discute cu gravida despre consumul de alcool și să ofere informații clare privind riscurile asociate. Datele din studiu relevă o transformare importantă a acestei practici după instruire.

Anterior instruirii lucrătorilor medicali, doar 44,2% dintre gravide raportau că personalul medical a abordat subiectul consumului de alcool la prima vizită prenatală, mai puțin de jumătate dintre cazuri. Mai alarmant, 53,8% declarau că această discuție nu a avut loc deloc. Ulterior instruirii, proporția gravidelor consiliate a crescut la 84,0%, iar cea a celor neconsultate a scăzut dramatic la 11,7%.

Această creștere de 39,8 puncte procentuale la indicatorul de consiliere directă reprezintă cel mai semnificativ progres înregistrat în domeniul practicii clinice și reflectă direct schimbarea de comportament a personalului medical ca urmare a participării la programul de formare.

Un alt indicator important al calității screeningului prenatal este întrebarea directă adresată gravidei dacă a consumat alcool în ultimele 3 luni de sarcină. Această practică,

simplă ca implementare, permite identificarea gravidelor cu risc și orientarea consilierii. Datele arată o creștere semnificativă a acestei practici: de la 28,8% în grupul PRE-instruire la 70,2% în grupul POST-instruire – o creștere de 41,4 puncte procentuale. Simultan, proporția gravidelor care nu au fost întrebată a scăzut de la 63,5% la 21,3%. Aceste rezultate confirmă că instruirea personalului a condus la integrarea sistematică a screeningului comportamental în consultația prenatală.

Utilizarea testului AUDIT în practica prenatală

Rata de completare a testului AUDIT

Testul AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) este un instrument de screening validat internațional, recomandat de OMS pentru identificarea sistematică a consumului problematic de alcool. Aplicarea sa la prima vizită prenatală permite identificarea timpurie a gravidelor cu risc și oferă o bază obiectivă pentru consiliere personalizată.

Datele studiului indică o creștere substanțială a ratei de completare a testului AUDIT în cadrul consultațiilor prenatale din sectorul Rîșcani: de la 26,9% în grupul PRE la 67,0% în grupul POST – o creștere de 40,1 puncte procentuale. Simultan, proporția gravidelor care nu au completat testul a scăzut de la 53,8% la 20,2%, iar ponderea celor nesigure asupra statutului lor față de AUDIT a scăzut de la 15,4% la 11,7%. Instruirea a permis personalului medical să înțeleagă importanța și utilitatea practică a testului, depășind reticențele inițiale legate de sensibilitatea subiectului sau de timpul limitat al consultațiilor.

Calitatea aplicării testului AUDIT

Completarea formală a testului AUDIT nu garantează, prin sine, un screening eficient. Calitatea aplicării, explicarea semnificației testului, comunicarea și interpretarea rezultatelor sunt la fel de importante ca rata de completare.

Datele POST-instruire arată că dintre gravidele care au completat testul AUDIT, 95,2% au primit explicații despre semnificația și scopul testului (față de 85,7% anterior instruirii), iar 88,9% au primit explicații privind interpretarea rezultatelor (față de 78,6%). Întrebările testului au fost apreciate ca adecvate și clare de 92,1% dintre respondentele grupului POST-instruire care l-au completat, față de 85,7% din femeile grupului PRE-instruire.

Aceste date indică faptul că personalul medical a internalizat nu numai procedura de aplicare a testului, ci și importanța comunicării empatică și a explicării rezultatelor într-un limbaj accesibil gravidei.

CONCLUZII

Studiul furnizează dovezi clare că instruirea personalului medical, a asistenților sociali și a psihologilor din sectorul Rîșcani a produs schimbări pozitive și măsurabile în practica clinică de prevenire a STAF și în cunoștințele gravidelor. Principalele concluzii sunt:

Cunoștințe și atitudini

- Proporția gravidelor care consideră că nicio cantitate de alcool nu este sigură în sarcină a crescut de la 80,8% la 93,6%, reducând cu două treimi ponderea celor cu cunoștințe incomplete.
- Recunoașterea riscului de afectare fetală prin consum de alcool a crescut de la 84,6% la 96,8%.
- Proporția gravidelor care nu au auzit deloc despre sindromul alcoolic fetal a scăzut cu 11,8 puncte procentuale (de la 28,8% la 17,0%).

Comportament

- Consumul de alcool după confirmarea sarcinii a scăzut de la 11,5% la 0% – indicatorul comportamental al studiului cu impactul cel mai important.
- Nevoia declarată de informații suplimentare despre efectele alcoolului s-a redus de la 23,1% la 8,5%, reflectând că gravidele se simt mai bine informate după instruirea personalului.

Practica clinică

- Proporția gravidelor consiliate privind consumul de alcool la prima vizită prenatală a crescut cu 39,8 puncte procentuale (44,2% la 84,0%).
- Chestionarea sistematică despre consumul de alcool în ultimele 3 luni a crescut cu 41,4 puncte procentuale (28,8% la 70,2%).
- Utilizarea testului AUDIT a crescut cu 40,1 puncte procentuale (26,9% la 67,0%).

În ansamblu, datele confirmă că intervenția la nivelul formării profesionale a specialiștilor reprezintă o strategie eficientă pentru îmbunătățirea calității îngrijirii prenatale și pentru reducerea riscurilor asociate expunerii fetale la alcool. Impactul este evident atât la nivelul practicilor clinice, cât și la nivelul cunoștințelor și comportamentelor gravidelor.

CONSIDERAȚII FINALE

Dimensiunea generală

1. STAF: O problemă prezentă, dar invizibilă instituțional. Deși manifestările compatibile cu tulburările din spectrul alcoolic fetal sunt frecvent întâlnite în practica psihologilor, medicilor și lucrătorilor sociali, nu există un sistem coerent de identificare, diagnosticare, referire și management interdisciplinar. Absența infrastructurii metodologice și clinice dedicate generează subdiagnosticare, întârzieri în intervenție și dispersarea responsabilităților între servicii.

Dimensiunea prevenirii și sănătății publice

2. Prevenirea STAF este abordată fragmentar și nesistematic. Activitățile preventive depind de inițiativa individuală a profesioniștilor, nu de mecanisme instituționalizate. Lipsesc standarde uniforme de consiliere, algoritmi de screening, trasee clare de intervenție, materiale educaționale standardizate și indicatori de monitorizare. Prevenirea STAF nu funcționează ca un program integrat, ci ca o sumă de intervenții dispersate.

3. Îngrijirea prenatală rămâne centrată pe dimensiunea biomedicală. Deși accesul la servicii prenatale este relativ bun, consultațiile abordează insuficient consumul de alcool, sănătatea mintală, stresul, violența domestică, vulnerabilitatea socială și suportul familial. Este necesară tranziția către un model medico-psiho-social integrat de îngrijire maternă.

4. Screeningul consumului de alcool în sarcină nu este sistematizat. Instrumentele validate (AUDIT și altele) nu sunt utilizate standardizat, ceea ce conduce la identificare tardivă, subraportare și variații majore între profesioniști și instituții. Principalele obstacole sunt: timpul limitat, lipsa instruirii, teama de stigmatizare și absența protocoalelor operaționale.

5. Prevenirea STAF trebuie extinsă în etapa preconcepțională. Multe comportamente de risc preced sarcina și sunt legate de sarcini neplanificate, consum regulat de alcool înainte de concepție și adresabilitate redusă la consultații preconcepționale. Serviciile de planificare familială trebuie să integreze explicit sănătatea preconcepțională, reducerea consumului de alcool, consilierea reproductivă și implicarea partenerului.

6. Oportunitățile de prevenire a STAF sunt insuficient valorificate. Chiar și acolo unde accesul la îngrijire prenatală există, prevenirea consumului de alcool nu este abordată sistematic. Contextul psihosocial (consum de alcool, sănătate mintală, stres, violență domestică, suport social) rămâne tratat superficial și inconsistent.

7. Sarcina neplanificată – factor major de vulnerabilitate. Femeile cu sarcini neplanificate prezintă o prevalență mai mare a consumului de alcool și a fumatului, o implicare mai redusă a partenerului și atitudini mai permissive față de alcool. Prevenirea STAF trebuie integrată într-o abordare mai largă de sănătate reproductivă.

Dimensiunea comportamentală și culturală

8. Conștientizarea riscurilor consumului de alcool în timpul sarcinii este înaltă, dar persistă percepții eronate. Majoritatea femeilor recunosc că alcoolul dăunează fătului, însă persistă credința în existența unor cantități „sigure”, mai ales în cazul consumului ocazional, al vinului roșu sau al consumului preconcepțional. Cunoașterea informațiilor despre sindromul alcoolic fetal și a caracterului ireversibil al afectărilor rămâne redusă.

9. Există un decalaj semnificativ între cunoaștere și comportament. Numeroase femei care recunosc nocivitatea alcoolului declară totuși consum în perioada preconcepțională sau gestațională. Simpla informare nu este suficientă. Factorii motivaționali, sociali, emoționali și culturali influențează decisiv comportamentul, ceea ce impune trecerea de la modele informaționale la abordări complexe de schimbare comportamentală.

10. Cultura „consumului acceptabil” de alcool în sarcină persistă. Reprezentările permissive privind consumul ocazional, cantitățile mici sau consumul în contexte festive sunt alimentate de tradiții culturale și norme sociale privind consumul de alcool. În Republica Moldova, intervențiile preventive trebuie adaptate specificului cultural local.

11. Normele sociale și presiunea comunitară influențează comportamentul reproductiv. Refuzul alcoolului în contexte sociale și familiale este dificil pentru multe femei. Decizia individuală este puternic influențată de suportul partenerului și tradițiile în familie și comunitate. Prevenirea STAF nu poate fi redusă la responsabilitatea individuală; trebuie abordată la nivel familial și comunitar.

12. Stigmatizarea – barieră majoră. Teama de judecată morală, de sancțiuni sociale, de etichetare sau de pierderea custodiei asupra copilului determină faptul că femeia să nu recunoască că a consumat băuturi alcoolice fiind gravidă. Stigmatizarea reduce sinceritatea raportării, afectează relația terapeutică și amplifică izolarea socială. Este necesară o abordare preventivă bazată pe empatie, siguranță psihologică și comunicare non-punitivă.

13. Partenerii și familia sunt factori insuficient valorificați. Atitudinile partenerilor influențează semnificativ consumul de alcool, deciziile reproductive și capacitatea femeii de a adopta comportamente protective. Intervențiile actuale nu valorifică suficient această resursă. Sunt necesare abordări orientate explicit spre cuplu și responsabilitate reproductivă partajată.

14. Vulnerabilitatea socială amplifică riscul și limitează eficiența intervențiilor izolate. Consumul de alcool în sarcină coexistă frecvent cu sărăcia, violența domestică, instabilitatea locativă, izolarea socială și problemele de sănătate mintală.

Dimensiunea serviciilor și a resurselor umane

15. Instruirea profesioniștilor produce rezultate rapide și măsurabile. Intervenția-pilot din sectorul Rîșcani a demonstrat că formarea lucrătorilor medicali, asistenților sociali și psihologilor generează schimbări semnificative: creșterea numărului femeilor consiliate prenatal privind alcoolul, utilizarea mai frecventă a screeningului AUDIT, îmbunătățirea cunoștințelor gravidelor și reducerea consumului de alcool după confirmarea sarcinii. Principala vulnerabilitate nu era lipsa receptivității populației, ci integrarea

insuficientă a prevenirii STAF în practica curentă. Îmbunătățirea competențelor poate genera efecte directe asupra comportamentelor reproductive.

16. Motivație ridicată a profesioniștilor, suport insuficient. Profesioniștii manifestă interes și deschidere pentru problematica STAF, însă funcționează în absența ghidurilor operaționale, instrumentelor practice, timpului suficient și mecanismelor de coordonare. Vulnerabilitatea principală este sistemică și organizațională, nu de atitudine profesională. Motivația personală pentru formare există – lipsesc cadrul și resursele.

17. Comunicarea despre consumul de alcool necesită competențe specializate. Abordarea subiectelor sensibile, gestionarea negării și menținerea alianței terapeutice reprezintă dificultăți reale pentru profesioniști. Toate categoriile profesionale indică nevoia de dezvoltare a competențelor de comunicare motivațională, consiliere empatică și intervenții de suport specifice.

Dimensiunea intersectorială

18. Fragmentarea — vulnerabilitate centrală a colaborării interinstituționale. Colaborarea intersectorială este insuficient formalizată, lipsită de continuitate și depinde de relații personale. Nu există trasee standardizate de referire, protocoale comune, management integrat de caz sau întâlniri multidisciplinare regulate. Fragmentarea afectează cel mai grav cazurile complexe și vulnerabile.

19. Femeile vulnerabile necesită intervenții integrate medico-psiho-sociale. Expunerea prenatală la alcool este frecvent asociată cu sărăcie, violență domestică, traumă psihologică și izolare socială. Aceste situații nu pot fi abordate exclusiv prin consiliere medicală, necesită echipe multidisciplinare, management integrat de caz și suport psihosocial continuu.

Dimensiunea intervenției timpurii

20. Capacitate limitată de identificare timpurie a copiilor afectați. Copiii cu dificultăți cognitive, probleme de atenție, tulburări de comportament și dificultăți de reglare emoțională sunt frecvent întâlniți în practică, însă fără trasee clare de diagnostic, instrumente standardizate sau acces facil la evaluare multidisciplinară. Frecvent, diferențierea dintre FASD, ADHD și alte tulburări psihoneurologice este dificilă din cauza absenței documentării istoricului prenatal.

21. Intervenția timpurie este limitată de absența documentării expunerii prenatale. Subraportarea consumului matern și lipsa documentării sistematice a expunerii prenatale reduc semnificativ posibilitatea identificării precoce, a intervenției terapeutice la timp și a planificării suportului educațional și psihologic.

Dimensiunea politicilor publice

22. Există o bază solidă de acceptabilitate socială pentru măsuri preventive mai ferme. Populația generală și profesioniștii susțin în proporții înalte etichetarea produselor alcoolice, avertismentele publice, campaniile media și educația populațională. Această acceptabilitate reprezintă o oportunitate strategică pentru implementarea unor măsuri normative mai vizibile.

23. Este necesară o strategie națională integrată de prevenire a STAF. Datele obținute justifică dezvoltarea unei politici integrate care să acopere: prevenția primară și preconcepțională, screeningul sistematic, consilierea motivațională, formarea profesională multidisciplinară, serviciile medico-psiho-sociale integrate, intervenția timpurie, campaniile publice, reducerea stigmatizării, colaborarea intersectorială și mecanismele de monitorizare. Problematica STAF trebuie integrată explicit în politicile de sănătate reproductivă, sănătate mintală, protecția copilului, educație timpurie și strategiile privind consumul de alcool. Datele confirmă că prevenirea STAF poate deveni o componentă realistă și eficientă a serviciilor existente, cu condiția dezvoltării unui cadru strategic și operațional coerent.

RECOMANDĂRI PENTRU PREVENIREA STAF ÎN MUNICIPIUL CHIȘINĂU ȘI REPUBLICA MOLDOVA

1. Consolidarea cadrului normativ și strategic

1.1. Elaborarea unui Program/Plan național privind prevenirea STAF

Se recomandă elaborarea și aprobarea unui document strategic național dedicat prevenirii tulburărilor alcoolice fetale, integrat în politicile de sănătate maternă și sănătate mintală, care să includă:

- obiective clare de prevenție primară, secundară și terțiară;
- responsabilități instituționale definite;
- indicatori de monitorizare;
- mecanisme de coordonare intersectorială;
- componente de formare profesională și comunicare publică.

1.2. Integrarea prevenirii STAF în documentele existente

Problematica consumului de alcool în sarcină și prevenirea STAF trebuie integrate explicit în:

- protocoalele naționale de supraveghere a sarcinii;
- standardele de îngrijire prenatală;
- programele de sănătate reproductivă;
- politicile de sănătate mintală;
- strategiile privind prevenirea consumului nociv de alcool.

1.3. Standardizarea abordării clinice

Se recomandă elaborarea:

- unui protocol clinic standardizat privind screeningul, intervenția scurtă și referirea gravidelor cu risc;
- algoritmilor de intervenție interdisciplinară;
- traseelor de referire între servicii medicale, psihologice și sociale.

2. Consolidarea prevenției primare și a sănătății reproductive

2.1. Dezvoltarea serviciilor de consiliere preconcepțională

Rezultatele studiului confirmă că prevenția trebuie realizată mai devreme decât în perioada prenatală. Se recomandă:

- instituționalizarea consultației preconcepționale;
- includerea obligatorie a subiectului consumului de alcool, tutun și droguri;
- promovarea activă a planificării reproducerii;
- dezvoltarea serviciilor de consiliere pentru cuplu.

2.2. Promovarea conceptului de „sarcină planificată”

Având în vedere asocierea clară dintre sarcinile neplanificate și comportamentele de risc, se recomandă:

- dezvoltarea programelor educaționale privind planificarea reproductivă;
- consolidarea accesului la contracepție modernă;

- includerea partenerilor în consilierea reproductivă;
- promovarea responsabilității reproductive comune.

2.3. Intervenții adresate partenerilor/bărbaților

Luând în considerare rolul important al partenerului în comportamentul femeii gravide, se recomandă:

- dezvoltarea programelor educaționale pentru bărbați;
- includerea partenerilor în consultațiile prenatale și preconceptionale;
- elaborarea mesajelor preventive dedicate taților;
- promovarea sprijinului familial și abținentei în cuplu privind consumul de alcool în timpul sarcinii.

3. Îmbunătățirea practicilor clinice și a intervenției prenatale

3.1. Introducerea screeningului universal și standardizat

Se recomandă:

- introducerea screeningului sistematic privind consumul de alcool la toate gravidele;
- utilizarea standardizată a instrumentelor validate (AUDIT-C/T-ACE/TWEAK);
- repetarea screeningului pe parcursul sarcinii;
- documentarea standardizată în fișa medicală.

3.2. Dezvoltarea intervențiilor motivaționale

Este necesară:

- instruirea personalului medical în comunicare motivațională;
- utilizarea tehnicilor de comunicare non-judecătore;
- abordarea centrată pe sprijin și reducerea stigmatizării.

3.3. Integrarea dimensiunii psihosociale în îngrijirea prenatală

Se recomandă abordarea sistematică în cadrul vizitelor prenatale a:

- screeningului depresiei și anxietății perinatale;
- evaluării violenței domestice;
- evaluării suportului social și familial;
- evaluării vulnerabilităților sociale.

3.4. Consolidarea rolului moașelor și asistenților medicali

Se recomandă:

- valorificarea contactului repetat al moașelor și asistenților medicali cu gravidele;
- dezvoltarea rolului lor educațional și consultativ;
- implicarea acestora în intervențiile preventive comunitare și postpartum.

4. Dezvoltarea capacităților profesionale

4.1. Instituționalizarea formării în domeniul STAF

Datele studiului demonstrează impactul major al instruirii profesionale.

Se recomandă:

- introducerea modulelor STAF în curricula universitară și postuniversitară;
- dezvoltarea programelor de educație medicală continuă;

- instruirea interdisciplinară comună a medicilor, psihologilor, asistenților sociali și cadrelor didactice.

4.2. Dezvoltarea competențelor de comunicare

Prioritare sunt formarea în:

- comunicare empatică;
- consiliere motivațională;
- abordarea stigmatizării;
- comunicarea riscului;
- managementul situațiilor dificile și al rezistenței.

4.3. Elaborarea resurselor metodologice

Se recomandă elaborarea ghidurilor practice, algoritmilor de screening și intervenție, materialelor educaționale standardizate și suporturilor vizuale și digitale pentru profesioniști.

5. Consolidarea colaborării intersectoriale

5.1. Crearea echipelor multidisciplinare funcționale

Se recomandă:

- instituirea mecanismelor locale de colaborare între domeniile: sănătate, asistență socială, educație și sănătate mintală;
- organizarea întâlnirilor sistematice în managementul de caz;
- clarificarea rolurilor și responsabilităților instituționale.

5.2. Dezvoltarea traseelor de referire

Este necesară:

- elaborarea traseelor clare de referire;
- definirea criteriilor de risc și eligibilitate;
- asigurarea continuității intervențiilor;
- introducerea feedbackului interinstituțional.

5.3. Dezvoltarea mecanismelor comunitare de sprijin

Se recomandă:

- consolidarea grupurilor de suport pentru gravide și familii;
- implicarea mediatorilor comunitari;
- colaborarea cu ONG-urile și serviciile comunitare;
- dezvoltarea intervențiilor comunitare pentru grupurile vulnerabile.

6. Combaterea stigmatizării și schimbarea normelor sociale

6.1. Campanii publice de comunicare

Se recomandă dezvoltarea unor campanii bazate pe dovezi, non-stigmatizante, cultural adaptate, repetitive și multicanale. Mesajul central recomandat: „Nu există o cantitate sigură de alcool în timpul sarcinii.”

6.2. Combaterea miturilor culturale

Campaniile trebuie să vizeze explicit:

- mitul „paharului sigur”;

- percepția pozitivă a vinului;
- consumul de alcool la sărbători.

6.3. Promovarea abordării empatice

Mesajele publice și instituționale trebuie să evite: culpabilizarea; rușinarea; etichetarea femeilor.

Accentul trebuie pus pe: sprijin; prevenție; responsabilitate comună; acces la ajutor.

7. Dezvoltarea sistemului de monitorizare și cercetare

7.1. Îmbunătățirea colectării datelor

Se recomandă:

- includerea indicatorilor privind consumul de alcool în sistemele informaționale medicale;
- monitorizarea screeningului prenatal;
- dezvoltarea supravegherii STAF.

7.2. Dezvoltarea cercetării aplicate

Sunt necesare:

- studii de prevalență;
- evaluări ale eficienței intervențiilor;
- cercetări privind determinanții culturali și sociali;
- evaluarea costurilor socio-economice ale STAF.

7.3. Evaluarea periodică a intervențiilor

Se recomandă:

- monitorizarea impactului programelor de instruire;
- evaluarea campaniilor publice;
- audituri periodice ale practicilor clinice; evaluarea satisfacției beneficiarilor.

8. Priorități pentru municipiul Chișinău

Pentru municipiul Chișinău se recomandă pilotarea unui model integrat de prevenire STAF care să includă:

- screening prenatal standardizat în toate instituțiile de asistență medicală primară;
- echipe multidisciplinare teritoriale;
- programe de instruire continuă;
- campanii municipale de comunicare;
- servicii de consiliere pentru gravide vulnerabile;
- servicii de recuperare pentru persoanele cu STAF;
- suport pentru familiile în care cresc copii cu STAF;
- mecanisme de monitorizare și evaluare;
- evaluarea vulnerabilităților sociale.

ANEXE

Anexa 1. Instrumentul pentru evaluarea Cunoștințelor, Atitudinilor și Practicilor privind consumul de alcool în timpul sarcinii

(Chestionarul pentru femei)

Stimată Doamnă,

Apreciem mult faptul că ați acceptat să participați în sondajul realizat în cadrul proiectului UNICEF „Oportunități în profilaxia tulburărilor alcoolice fetale în municipiul Chișinău” (STAF) implementat de Asociația Obștească „Progres prin Alternativă”.

Obiectivul sondajului constă în identificarea problemelor medicale, psihologice și sociale care pot influența consumul de alcool de către femei la etapa preconcepțională și în timpul sarcinii.

Foarte puține femei au fost selectate pentru sondajul STAF, astfel că participarea Dvs. este deosebit de importantă.

Răspunsurile Dvs. urmează a fi utilizate doar în scopuri de analiză și sunt confidențiale.

Vă mulțumim pentru deschidere și colaborare!

Important! Toate întrebările se referă la ultima Dvs. sarcină.

IDENTIFICARE

Introduceți codul individual de identificare furnizat în mesajul SMS recepționat

Secțiunea DG. DATE GENERALE

DG01 Care este anul de naștere al Dvs.?

DG02 Unde sunteți domiciliată?

- ☐ Sectorul Centru, mun. Chișinău
- ☐ Sectorul Ciocana, mun. Chișinău
- ☐ Sectorul Botanica, mun. Chișinău
- ☐ Sectorul Buiucani, mun. Chișinău
- ☐ Sectorul Rîșcani, mun. Chișinău
- ☐ Suburbie, mun. Chișinău
- ☐ Alte localități ale republicii

DG03 Care este starea Dvs. civilă?

- ☐ Căsătorită
- ☐ În cuplu
- ☐ Divorțată
- ☐ Văduvă
- ☐ Necăsătorită

DG04 Care este nivelul cel mai înalt de studii al Dvs.?

- ☐ Fără studii
- ☐ Gimnaziu
- ☐ Liceu
- ☐ Școală profesională / Colegiu
- ☐ Studii superioare

Secțiunea CAP. CUNOȘTINȚE ȘI ATITUDINI	
CAP01	În opinia Dvs., ce poate face o femeie însărcinată pentru a crește șansele de a avea un copil sănătos? Clasați după nivelul de importanță următoarele afirmații:
CAP01.a	Să viziteze un medic de familie sau un alt lucrător medical în mod regulat ☐ Foarte important ☐ Important ☐ Puțin important ☐ Deloc important ☐ Nu știu ☐ Nu vreau să răspund
CAP01.b	Să reducă sau să renunțe la fumat ☐ Foarte important ☐ Important ☐ Puțin important ☐ Deloc important ☐ Nu știu ☐ Nu vreau să răspund
CAP01.c	Să evite fumatul pasiv ☐ Foarte important ☐ Important ☐ Puțin important ☐ Deloc important ☐ Nu știu ☐ Nu vreau să răspund
CAP01.d	Să reducă sau să oprească consumul de alcool ☐ Foarte important ☐ Important ☐ Puțin important ☐ Deloc important ☐ Nu știu ☐ Nu vreau să răspund
CAP01.e	Să nu consume droguri ☐ Foarte important ☐ Important ☐ Puțin important ☐ Deloc important ☐ Nu știu ☐ Nu vreau să răspund
CAP01.f	Să evite situațiile stresante ☐ Foarte important ☐ Important ☐ Puțin important ☐ Deloc important ☐ Nu știu ☐ Nu vreau să răspund
CAP02	Credeți că femeile însărcinate pot consuma alcool atât timp cât nu fac abuz? ☐ Acord total ☐ Acord ☐ Nici de acord, nici dezacord ☐ Dezacord ☐ Dezacord total

CAP03	Credeți că femeile însărcinate pot uneori consuma puțin alcool? ☐ Acord total ☐ Acord ☐ Nici de acord, nici dezacord ☐ Dezacord ☐ Dezacord total
CAP04	Credeți că femeile însărcinate ar trebui să se abțină complet de la alcool? ☐ Acord total ☐ Acord ☐ Nici de acord, nici dezacord ☐ Dezacord ☐ Dezacord total
CAP05	Considerați că consumul moderat al următoarelor băuturi alcoolice în timpul sarcinii poate fi benefic sau dăunător copilului?
CAP05.1	Bere ☐ Poate beneficia semnificativ ☐ Poate beneficia puțin ☐ Nici rău, nici beneficiu ☐ Poate dăuna puțin ☐ Poate dăuna semnificativ
CAP05.2	Vin roșu (inclusiv cel de casă) ☐ Poate beneficia semnificativ ☐ Poate beneficia puțin ☐ Nici rău, nici beneficiu ☐ Poate dăuna puțin ☐ Poate dăuna semnificativ
CAP05.3	Vodcă sau altă tărie ☐ Poate beneficia semnificativ ☐ Poate beneficia puțin ☐ Nici rău, nici beneficiu ☐ Poate dăuna puțin ☐ Poate dăuna semnificativ
CAP05.4	Cocteiluri cu conținut de alcool ☐ Poate beneficia semnificativ ☐ Poate beneficia puțin ☐ Nici rău, nici beneficiu ☐ Poate dăuna puțin ☐ Poate dăuna semnificativ
CAP06	Ce părere aveți despre consumul de alcool în timpul sarcinii și efectul său asupra bebelușului? <i>Evaluati următoarele afirmații:</i>
CAP06.1	O cantitate mică de alcool în timpul sarcinii este sigură. ☐ Acord total ☐ Acord ☐ Nici de acord, nici dezacord ☐ Dezacord ☐ Dezacord total

CAP06.2	Cu cât o femeie însărcinată bea mai mult alcool, cu atât riscul pentru copil de a fi afectat este mai mare. ☐ Acord total ☐ Acord ☐ Nici de acord, nici dezacord ☐ Dezacord ☐ Dezacord total
CAP06.3	Consum moderat de alcool în timpul sarcinii este sigur pentru copil. ☐ Acord total ☐ Acord ☐ Nici de acord, nici dezacord ☐ Dezacord ☐ Dezacord total
CAP06.4	Orice consum de alcool în timpul sarcinii poate dăuna copilului. ☐ Acord total ☐ Acord ☐ Nici de acord, nici dezacord ☐ Dezacord ☐ Dezacord total
CAP06.5	Consumul de alcool înainte de sarcină poate dăuna copilului, chiar dacă femeia încetează să bea în timpul sarcinii. ☐ Acord total ☐ Acord ☐ Nici de acord, nici dezacord ☐ Dezacord ☐ Dezacord total
CAP06.6	O cantitate mică de alcool în timpul sarcinii nu ar duce niciodată la daune copilului. ☐ Acord total ☐ Acord ☐ Nici de acord, nici dezacord ☐ Dezacord ☐ Dezacord total
CAP07	Clasați de la cel mai dăunător la mai puțin dăunător pentru dezvoltarea copilului, următorii factori: ☐ Fumatul ☐ Fumatul pasiv ☐ Consumul moderat de alcool ☐ Consumul ocazional de droguri ☐ Consumul de cafea
CAP08	După părerea Dvs., în ceea ce privește efectul alcoolului asupra bebelușului, ce cantități de alcool pot fi considerate sigure pentru o femeie însărcinată? <i>Clasați după nivelul de siguranță următoarele afirmații:</i> <i>O băutură este 1 pahar de vin de masă (170 ml), o sticlă de bere (330 ml), sau 40 ml de coniac, vodcă sau altă băutură tare</i>
CAP08.1	O băutură alcoolică zilnic în timpul sarcinii? ☐ Foarte sigură ☐ Oarecum sigură ☐ Nu foarte sigur ☐ Deloc sigur ☐ Nu știu ☐ Nu vreau să răspund

CAP08.2	O băutură alcoolică ocazional în timpul sarcinii? ☐ Foarte sigură ☐ Oarecum sigură ☐ Nu foarte sigur ☐ Deloc sigur ☐ Nu știu ☐ Nu vreau să răspund
CAP08.3	Una-două băuturi alcoolice pe întreaga perioada a sarcinii? ☐ Foarte sigură ☐ Oarecum sigură ☐ Nu foarte sigur ☐ Deloc sigur ☐ Nu știu ☐ Nu vreau să răspund
CAP09	Ați văzut vreo informație despre efectele consumului de alcool în sarcină asupra unui copil? ☐ Da ☐ Nu ☐ Nu știu ☐ Nu vreau să răspund
CAP09.1	Dacă da, din ce surse? <i>(bifați toate opțiunile aplicabile)</i> ☐ Broșură/cărți ☐ Articole media în ziare/reviste ☐ Publicitate televizată/ Publicitate în revistă ☐ Grupuri/clase de îngrijire a sugarilor ☐ Poster ☐ Lucrător medical ☐ Radio/televiziune ☐ Școală/lecții speciale, cum ar fi modul sănătos de viață ☐ Experiența personală/de familie ☐ Sticle de alcool/vânzători de alcool ☐ Locul de muncă ☐ Prezentare/seminar ☐ Internet ☐ Altele, specificați ☐ Nu știu ☐ Nu vreau să răspund
CAP10	Cunoașteți care pot fi efectele alcoolului asupra fătului? ☐ Da ☐ Nu ☐ Nu știu ☐ Nu vreau să răspund

CAP10.1	Dacă da, puteți să-numiți efectele posibile ale consumului de alcool asupra fătului? <i>(bifați toate opțiunile aplicabile)</i> ☐ Tulburări fizice (malformații ale membrelor sau organelor interne) ☐ Bebelușul dependent de alcool/ semne de sevraj ☐ Dizabilități de învățare sau de atenție ☐ Leziuni cerebrale ☐ Întârziere în dezvoltarea fizică sau psihică ☐ Afectare intelectuală/ IQ scăzut ☐ Deformări cranio-faciale (forma anormală a capului sau feței) ☐ Tulburări emoționale ☐ Tulburări comportamentale ☐ Greutate mică la naștere ☐ Tulburare sau deficit de atenție/hiperactivitate ☐ Probleme psihologice (anxietate/depresie) ☐ Malformații congenitale ☐ Probleme de creștere după naștere ☐ Nașterea prematură ☐ Altele, specificați ☐ Nu știu ☐ Nu vreau să răspund
----------------	---

CAP11	Ați auzit vreodată despre sindromul alcoolic fetal (SAF)? ☐ Da ☐ Nu ☐ Nu știu ☐ Nu vreau să răspund
--------------	--

CAP11.1	După părerea Dvs., cât timp durează efectele sindromului alcoolic fetal? ☐ Zile ☐ Săptămâni ☐ Luni ☐ Ani ☐ viață întreagă ☐ Nu știu ☐ Nu vreau să răspund
----------------	--

CAP11.2	După părerea Dvs., un copil poate avea sindromul alcoolic fetal dacă: <i>(bifați toate opțiunile aplicabile)</i> ☐ Tatăl a făcut abuz de alcool înaintea sarcinii ☐ Mama a făcut abuz de alcool înaintea sarcinii ☐ Tatăl era beat în momentul concepției ☐ Mama era beată în momentul concepției ☐ Mama consumă alcool în timpul sarcinii
----------------	--

CAP12	Soțul/partenerul Dvs. a consumat alcool până la sarcina Dvs.? ☐ Da ☐ Nu ☐ Nu știu ☐ Nu vreau să răspund
--------------	--

CAP13	Soțul/partenerul Dvs. a consumat alcool în timpul sarcinii Dvs.? ☐ Da ☐ Nu ☐ Nu știu ☐ Nu vreau să răspund
--------------	---

CAP14	În fiecare dintre situațiile următoare, cât de probabil ar fi să consumați alcool: <i>Evaluati următoarele afirmații</i>
CAP14.1	Dacă soțul/partenerul a continuat să bea alcool în timpul sarcinii Dvs.? ☐ Foarte probabil ☐ Probabil ☐ Nici o diferență ☐ Puțin probabil ☐ Exclus
CAP14.2	Dacă soțul/partenerul v-a încurajat să renunțați sau să reduceți consumul de alcool în timpul sarcinii? ☐ Foarte probabil ☐ Probabil ☐ Nici o diferență ☐ Puțin probabil ☐ Exclus
CAP14.4	Dacă soțul/partenerul v-ar oferi alcool în timpul sarcinii? ☐ Foarte probabil ☐ Probabil ☐ Nici o diferență ☐ Puțin probabil ☐ Exclus
CAP14.4	Dacă soțul/partenerul ar înceta să mai bea alcool în timpul sarcinii? ☐ Foarte probabil ☐ Probabil ☐ Nici o diferență ☐ Puțin probabil ☐ Exclus
CAP15	Care surse de informații despre sindromul alcoolic fetal și despre efectele consumului de alcool în sarcină ar fi cele mai utile pentru Dvs.? <i>(bifați toate opțiunile aplicabile)</i> ☐ Cabinetul medicului ☐ Clasă de instruire prenatală ☐ Locul de muncă/ Locul de studiu ☐ Prieteni/familie ☐ Cărți/reviste/ziare ☐ Pliante și broșuri ☐ Programe TV/reclame ☐ Surse internet ☐ Altele, specificați ☐ Nu știu ☐ Nu vreau să răspund
CAP16	Ce atitudine aveți Dvs. referitor la următoarele afirmații:
CAP16.1	Susțineți introducerea etichetelor de avertizare pe produsele alcoolice privind riscurile consumului de alcool în timpul sarcinii? ☐ Aprob ferm ☐ Aprob ☐ Neutral ☐ Dezaprobat ☐ Dezaprobat ferm

CAP16.2	Susțineți afișarea de avertismente în restaurante, baruri și cluburi despre riscurile consumului de alcool în timpul sarcinii? ☐ Aprob ferm ☐ Aprob ☐ Neutral ☐ Dezaproab ☐ Dezaproab ferm
CAP16.3	Susțineți publicitate socială (campanii media) care avertizează asupra riscurilor consumului de alcool în timpul sarcinii? ☐ Aprob ferm ☐ Aprob ☐ Neutral ☐ Dezaproab ☐ Dezaproab ferm

Secțiunea A1. **INTENȚIA DE SARCINĂ**

A01	Aveți un plan reproductiv personal sau de cuplu? <i>(Adică știți câți copii vă doriți și la ce vârstă doriți să-i aveți?)</i> ☐ Da ☐ Nu
A02	Ultima Dvs. sarcină a fost planificată? ☐ Da ☐ Nu
A03	Dacă sarcina nu a fost planificată, copilul a fost dorit? ☐ Da, a fost dorit ☐ Inițial nu a fost dorit, apoi l-am dorit ☐ Nu a fost dorit până la naștere ☐ Nu este dorit ☐ Nu pot să mă expun

Secțiunea A2. **PREGĂTIRE PRECONCEPȚIONALĂ**

A04	Considerați că ați făcut o pregătire preconcepțională (pregătire către sarcină)? ☐ Da ☐ Nu
A05	Înainte de a deveni însărcinată ați făcut o vizită la un lucrător medical pentru a discuta despre planurile Dvs. de a deveni gravidă? ☐ Da ☐ Nu, dar știți că ar fi bine să faceți o asemenea vizită ☐ Nu, nu știți că ar fi bine să faceți o asemenea vizită
A06	Specialistul la care v-ați adresat pentru pregătirea preconcepțională a discutat cu Dvs. despre următoarele? <i>Vă rugăm să menționați doar discuțiile, nu și citirea materialelor sau vizionarea videoclipurilor. (Bifați toate variantele de răspuns aplicabile)</i> ☐ Cum să aveți o stare cât mai bună de sănătate înainte de deveni gravidă ☐ Cum fumatul în timpul sarcinii poate afecta sănătatea viitorului copil ☐ Modul în care consumul de alcool în timpul sarcinii poate afecta un copil ☐ Modul în care consumul de droguri în timpul sarcinii poate afecta un copil ☐ Importanța utilizării acidului folic și polivitaminelor ☐ Importanța declarării precoce a sarcinii la medicul de familie / medicul ginecolog pentru a iniția îngrijirea perinatală ☐ Nici una din opțiunile menționate

A07	Pe parcursul ultimii luni înainte de a rămâne însărcinată, de câte ori pe săptămână ați consumat multivitamine sau preparate care conțin acid folic? (Bifați doar o variantă de răspuns) ☐ Nu ați consumat ☐ De 1 până la 3 ori pe săptămână ☐ De 4 până la 6 ori pe săptămână ☐ Zilnic
A08	Care au fost motivele pentru care nu ați luat acid folic sau multivitamine cu 3 luni înainte de a rămâne însărcinată? (Bifați toate variantele de răspuns potrivite) ☐ Nu ați planificat să rămâneți însărcinată ☐ Nu ați știuți că trebuie să utilizați acid folic sau multivitamine ☐ Acidul folic sau multivitaminele erau prea scumpe ☐ Vitaminele v-au dat efecte secundare (cum ar fi greață sau constipație) ☐ Nu ați vrut să consumați acid folic sau multivitamine ☐ Alte motive, specificați
A09	Considerați că soțul / partenerul Dvs. a făcut o pregătire pentru viitoarea sarcină (de a concepe un copil)? ☐ Da ☐ Nu ☐ Nu vă puteți expune
A10	Cu 3 luni înainte de a deveni gravidă, câte băuturi alcoolice ați consumat în mediu pe săptămână? <i>O băutură este 1 pahar de vin de masă (170 ml), sau o sticlă de bere (330 ml), sau 40 ml de coniac, vodcă ori o altă băutură tare</i> ☐ 8 sau mai multe băuturi ☐ 4 până la 7 băuturi ☐ 1 până la 3 băuturi ☐ Mai puțin de 1 băutură ☐ Nu ați consumat alcool
A11	Ați fumat tutun în ultimele 3 luni înainte de a deveni gravidă? ☐ Da ☐ Nu

Secțiunea B. PERIOADA SARCINII

B01	Când ați efectuat prima vizită prenatală la medic? (Bifați doar o variantă de răspuns) ☐ Până la 12 săptămâni ☐ 13-22 săptămâni ☐ 23-32 săptămâni ☐ 33-40 săptămâni ☐ Nu ați beneficiat de asistență medicală în timpul sarcinii ☐ Nu cunoașteți
B02	În timpul vizitelor de îngrijire prenatală, lucrătorii medicali V-AU ÎNTREBAT despre subiectele enumerate mai jos? (Bifați toate variantele de răspuns aplicabile) ☐ Dacă fumați țigări ☐ Dacă consumați alcool ☐ Dacă folosiți droguri ☐ Dacă cineva v-a rănit emoțional sau fizic ☐ Dacă aveți frică sau sunteți deprimată ☐ Dacă planificați să utilizați o metodă de contracepție după naștere ☐ Nici una din opțiunile menționate

B03	În timpul I vizite de îngrijire prenatală, lucrătorii medicali V-AU VORBIT despre subiectele enumerate mai jos? <i>(Bifați toate variantele de răspuns aplicabile)</i> ☐ Cum consumul de alcool în timpul sarcinii ar putea afecta copilul ☐ Cum consumul de droguri ar putea afecta copilul ☐ Cum fumatul în timpul sarcinii influențează starea copilului ☐ Nici una din opțiunile menționate
B04	Pe parcursul sarcinii ați consumat băuturi care conțin alcool? ☐ Da ☐ Nu
B05	Câte băuturi alcoolice, în mediu, ați consumat într-o săptămână în PRIMELE 3 luni de sarcină? <i>O băutură este 1 pahar de vin de masă (170 ml), o sticlă de bere (330 ml), sau 40 ml de coniac, vodcă sau altă băutură tare</i> ☐ 8 sau mai multe ☐ 4 până la 7 ☐ 1 până la 3 ☐ Mai puțin de una ☐ Nu ați consumat alcool în primele 3 luni de sarcină
B06	Câte băuturi alcoolice, în mediu, ați consumat pe toată durata sarcinii? <i>O băutură este 1 pahar de vin de masă (170 ml), o sticlă de bere (330 ml), sau 40 ml de coniac, vodcă sau altă băutură tare</i> ☐ 8 sau mai multe ☐ 4 până la 7 ☐ 1 până la 3 ☐ Mai puțin de una ☐ Nu ați consumat alcool
B07	Ați fumat pe parcursul ultimei sarcini? ☐ Da ☐ Nu

OPINIA SOȚULUI/PARTENERULUI Dvs.

De asemenea, am dori să cunoaștem și opinia soțului/partenerului Dvs.

Vă rugăm respectuos să îl încurajați să participe, accesând link-ul [...] sau prin scanarea QR codului indicat.

Dacă nu aveți posibilitatea de a împărtăși imediat link-ul cu soțul/partenerul Dvs., puteți face o poza pentru a accesa chestionarul mai târziu.

Vă mulțumim pentru participare!

Anexa 2. Instrumentul pentru evaluarea Cunoștințelor, Atitudinilor și Practicilor privind consumul de alcool în timpul sarcinii (Chestionarul pentru soți/parteneri)

Stimate Domn,

Apreciem mult faptul că ați acceptat să participați în sondajul realizat în cadrul proiectului UNICEF „Oportunități în profilaxia tulburărilor alcoolice fetale în municipiul Chișinău” (STAF) implementat de Asociația Obștească „Progres prin Alternativă”.

Obiectivul sondajului constă în identificarea problemelor medicale, psihologice și sociale care pot influența consumul de alcool de către femei la etapa preconcepțională și în timpul sarcinii.

Foarte puține mame au fost selectate pentru sondajul STAF, astfel că participarea Dvs. ca partener/soț al persoanei selectate este deosebit de importantă.

Răspunsurile Dvs. urmează a fi utilizate doar în scopuri de analiză și sunt confidențiale.

Vă mulțumim pentru deschidere și colaborare!

Important! Toate întrebările se referă la ultima sarcină a partenerei/soției Dvs.

IDENTIFICARE

Introduceți codul individual de identificare furnizat în mesajul SMS recepționat

Secțiunea DG. DATE GENERALE

DG01 Care este anul de naștere al Dvs.?

DG06 Care este nivelul cel mai înalt de studii al Dvs.?

- ☐ Fără studii
- ☐ Medii incomplete
- ☐ Școală generală
- ☐ Școală profesională/Liceu/Colegiu
- ☐ Studii superioare

Secțiunea A. INTENȚIA DE A CONCEPE UN COPIL

A01 Aveți un plan reproductiv al cuplului Dvs. / al Dvs. personal?

(adică câți copii vă doriți și la ce vârstă planificați să îi aveți)

- ☐ Da
- ☐ Nu

A02 Ultima sarcină a fost una planificată?

- ☐ Da
- ☐ Nu

Secțiunea CAP. CUNOȘTINȚE ȘI ATITUDINI

CAP01 În opinia Dvs., ce poate face o femeie însărcinată pentru a crește șansele de a avea un copil sănătos? Clasați după nivelul de importanță următoarele afirmații:

CAP01.1 Să reducă sau să renunțe la fumat

- ☐ Foarte important
- ☐ Important
- ☐ Puțin important
- ☐ Deloc important
- ☐ Nu știu
- ☐ Nu vreau să răspund

CAP01.2	Să evite fumatul pasiv ☐ Foarte important ☐ Important ☐ Puțin important ☐ Deloc important ☐ Nu știu ☐ Nu vreau să răspund
CAP01.3	Să reducă sau să oprească consumul de alcool ☐ Foarte important ☐ Important ☐ Puțin important ☐ Deloc important ☐ Nu știu ☐ Nu vreau să răspund
CAP01.4	Să evite situațiile stresante ☐ Foarte important ☐ Important ☐ Puțin important ☐ Deloc important ☐ Nu știu ☐ Nu vreau să răspund
CAP01.5	Să viziteze un medic de familie sau un alt lucrător medical în mod regulat ☐ Foarte important ☐ Important ☐ Puțin important ☐ Deloc important ☐ Nu știu ☐ Nu vreau să răspund
CAP01.6	Să nu consume droguri ☐ Foarte important ☐ Important ☐ Puțin important ☐ Deloc important ☐ Nu știu ☐ Nu vreau să răspund
CAP02	Credeți că femeile însărcinate pot consuma alcool atât timp cât nu fac abuz? ☐ Acord total ☐ Acord ☐ Nici de acord, nici dezacord ☐ Dezacord ☐ Dezacord total
CAP03	Credeți că femeile însărcinate pot uneori consuma puțin alcool? ☐ Acord total ☐ Acord ☐ Nici de acord, nici dezacord ☐ Dezacord ☐ Dezacord total
CAP04	Credeți că femeile însărcinate ar trebui să se abțină complet de la alcool? ☐ Acord total ☐ Acord ☐ Nici de acord, nici dezacord ☐ Dezacord ☐ Dezacord total

CAP05	Credeți că consumul în timpul sarcinii a următoarelor băuturi alcoolice în cantități moderate poate fi benefic sau dăunător copilului?
CAP05.1	Bere ☐ Poate beneficia semnificativ ☐ Poate beneficia puțin ☐ Nici rău, nici beneficiu ☐ Poate dăuna puțin ☐ Poate dăuna semnificativ
CAP05.2	Vin roșu (inclusiv cel de casă) ☐ Poate beneficia semnificativ ☐ Poate beneficia puțin ☐ Nici rău, nici beneficiu ☐ Poate dăuna puțin ☐ Poate dăuna semnificativ
CAP05.3	Vodcă sau altă tărie ☐ Poate beneficia semnificativ ☐ Poate beneficia puțin ☐ Nici rău, nici beneficiu ☐ Poate dăuna puțin ☐ Poate dăuna semnificativ
CAP05.4	Cocteiluri cu conținut de alcool ☐ Poate beneficia semnificativ ☐ Poate beneficia puțin ☐ Nici rău, nici beneficiu ☐ Poate dăuna puțin ☐ Poate dăuna semnificativ
CAP06	Ce părere aveți despre consumul de alcool în timpul sarcinii și efectul său asupra bebelușului? <i>Evaluați următoarele afirmații:</i>
CAP06.1	O cantitate mică de alcool în timpul sarcinii este sigură. ☐ Acord total ☐ Acord ☐ Nici de acord, nici dezacord ☐ Dezacord ☐ Dezacord total
CAP06.2	Cu cât o femeie însărcinată bea mai mult alcool, cu atât riscul pentru copil de a fi afectat este mai mare. ☐ Acord total ☐ Acord ☐ Nici de acord, nici dezacord ☐ Dezacord ☐ Dezacord total
CAP06.3	Consum moderat de alcool în timpul sarcinii este sigur pentru copil. ☐ Acord total ☐ Acord ☐ Nici de acord, nici dezacord ☐ Dezacord ☐ Dezacord total
CAP06.4	Orice consum de alcool în timpul sarcinii poate dăuna copilului. ☐ Acord total ☐ Acord ☐ Nici de acord, nici dezacord ☐ Dezacord ☐ Dezacord total

CAP06.5	Consumul de alcool înainte de sarcină poate dăuna copilului, chiar dacă femeia încetează să bea în timpul sarcinii. ☐ Acord total ☐ Acord ☐ Nici de acord, nici dezacord ☐ Dezacord ☐ Dezacord total
CAP06.6	O cantitate mică de alcool în timpul sarcinii nu ar duce niciodată la daune copilului. ☐ Acord total ☐ Acord ☐ Nici de acord, nici dezacord ☐ Dezacord ☐ Dezacord total
CAP07	Clasați de la cel mai dăunător la mai puțin dăunător pentru dezvoltarea copilului, următorii factori (tip ranking) ☐ Fumatul ☐ Fumatul pasiv ☐ Consumul moderat de alcool ☐ Consumul ocazional de droguri ☐ Consumul de cafea
CAP08	După părerea Dvs., în ceea ce privește efectul alcoolului asupra bebelușului, ce cantități de alcool pot fi considerate sigure pentru o femeie însărcinată? <i>Clasați după nivelul de siguranță următoarele afirmații:</i> <i>O băutură este 1 pahar de vin de masă (170 ml), o sticlă de bere (330 ml), sau 40 ml de coniac, vodcă sau altă băutură tare</i>
CAP08.1	O băutură alcoolică zilnic în timpul sarcinii? ☐ Foarte sigură ☐ Oarecum sigură ☐ Nu foarte sigur ☐ Deloc sigur ☐ Nu știu ☐ Nu vreau să răspund
CAP08.2	O băutură alcoolică ocazional în timpul sarcinii? ☐ Foarte sigură ☐ Oarecum sigură ☐ Nu foarte sigur ☐ Deloc sigur ☐ Nu știu ☐ Nu vreau să răspund
CAP08.3	Una-două băuturi alcoolice pe întreaga perioadă a sarcinii? ☐ Foarte sigură ☐ Oarecum sigură ☐ Nu foarte sigur ☐ Deloc sigur ☐ Nu știu ☐ Nu vreau să răspund

CAP09	Vă amintiți dacă ați văzut vreo informație despre efectele consumului de alcool în sarcină asupra unui copil? ☐ Da ☐ Nu ☐ Nu știu ☐ Nu vreau să răspund
CAP09.1	Dacă da, din ce surse? <i>(bifați toate opțiunile aplicabile)</i> ☐ Broșură/cărți ☐ Articole media în ziare/reviste ☐ Publicitate televizată/ Publicitate în revistă ☐ Grupuri/clase de îngrijire a sugarilor ☐ Poster ☐ Lucrător medical ☐ Radio/televiziune ☐ Școală/lecții speciale, cum ar fi modul sănătos de viață ☐ Experiența personală/de familie ☐ Sticle de alcool/vânzători de alcool ☐ Locul de muncă ☐ Prezentare/seminar ☐ Internet ☐ Altele, specificați ☐ Nu știu ☐ Nu vreau să răspund
CAP10	Cunoașteți care pot fi efectele alcoolului asupra fătului? ☐ Da ☐ Nu ☐ Nu știu ☐ Nu vreau să răspund
CAP10.1	Dacă da, puteți să numiți efectele posibile ale consumului de alcool asupra fătului? <i>(bifați toate opțiunile aplicabile)</i> ☐ Tulburări fizice (malformații ale membrilor sau organelor interne) ☐ Bebelușul dependent de alcool/ semne de sevraj ☐ Dizabilități de învățare sau de atenție ☐ Leziuni cerebrale ☐ Întârziere în dezvoltarea fizică sau psihică ☐ Afectare intelectuală/ IQ scăzut ☐ Deformări cranio-faciale (forma anormală a capului sau feței) ☐ Tulburări emoționale ☐ Tulburări comportamentale ☐ Greutate mică la naștere ☐ Tulburare sau deficit de atenție/hiperactivitate ☐ Probleme psihologice (anxietate/depresie) ☐ Malformații congenitale ☐ Probleme de creștere după naștere ☐ Nașterea prematură ☐ Altele, specificați ☐ Nu știu ☐ Nu vreau să răspund

CAP11	Ați auzit vreodată despre sindromul alcoolic fetal (SAF)? ☐ Da ☐ Nu ☐ Nu știu ☐ Nu vreau să răspund
CAP11.1	După părerea Dvs., cât timp durează efectele sindromului alcoolic fetal? ☐ Zile ☐ Săptămâni ☐ Luni ☐ Ani ☐ O viață întreagă ☐ Nu știu ☐ Nu vreau să răspund
CAP11.2	După părerea Dvs., un copil poate avea sindromul alcoolic fetal dacă: <i>(bifați toate opțiunile aplicabile)</i> ☐ Tatăl a făcut abuz de alcool înaintea sarcinii ☐ Mama a făcut abuz de alcool înaintea sarcinii ☐ Mama consumă alcool în timpul sarcinii ☐ Mama era beată în momentul concepției ☐ Tatăl era beat în momentul concepției
CAP12	Soția/partenera Dvs. a consumat alcool până la sarcină? ☐ Da ☐ Nu ☐ Nu știu ☐ Nu vreau să răspund
CAP13	Soția/partenera Dvs. a consumat alcool în timpul sarcinii? ☐ Da ☐ Nu ☐ Nu știu ☐ Nu vreau să răspund
CAP14	În fiecare dintre situațiile următoare, cât de probabil ar fi ca Dvs. să consumați alcool:
CAP14.1	Dacă soția/partenera a continuat să bea alcool în timpul sarcinii? ☐ Foarte probabil ☐ Probabil ☐ Nici o diferență ☐ Puțin probabil ☐ Exclus
CAP14.2	Dacă soția/partenera v-a încurajat să renunțați sau să reduceți consumul de alcool? ☐ Foarte probabil ☐ Probabil ☐ Nici o diferență ☐ Puțin probabil ☐ Exclus
CAP14.4	Dacă soția/partenera v-ar oferi alcool? ☐ Foarte probabil ☐ Probabil ☐ Nici o diferență ☐ Puțin probabil ☐ Exclus

CAP14.4	Dacă soția/partenera ar înceta să mai bea alcool? ☐ Foarte probabil ☐ Probabil ☐ Nici o diferență ☐ Puțin probabil ☐ Exclus
CAP15	Pentru Dvs., care ar fi cea mai utile surse de informații despre sindromul alcoolic fetal și despre efectele consumului de alcool în sarcină? <i>(bifați toate opțiunile aplicabile)</i> ☐ Cabinetul medicului ☐ Clasă de instruire prenatală ☐ Locul de muncă/ Locul de studiu ☐ Prieteni/familie ☐ Cărți/reviste/ziare ☐ Pliante și broșuri ☐ Programe TV/reclame ☐ Surse internet ☐ Altele, specificați ☐ Nu știu ☐ Nu vreau să răspund
CAP16	Ce atitudine aveți Dvs. referitor la următoarele afirmații:
CAP16.1	Susțineți introducerea etichetelor de avertizare pe produsele alcoolice privind riscurile consumului de alcool în timpul sarcinii? ☐ Aprob ferm ☐ Aprob ☐ Neutral ☐ Dezaprobat ☐ Dezaprobat ferm
CAP16.2	Susțineți afișarea de avertismente în restaurante, baruri și cluburi despre riscurile consumului de alcool în timpul sarcinii? ☐ Aprob ferm ☐ Aprob ☐ Neutral ☐ Dezaprobat ☐ Dezaprobat ferm
CAP16.3	Susțineți publicitate socială (campanii media) care avertizează asupra riscurilor consumului de alcool în timpul sarcinii? ☐ Aprob ferm ☐ Aprob ☐ Neutral ☐ Dezaprobat ☐ Dezaprobat ferm

Secțiunea A. INTENȚIA DE A CONCEPE UN COPIL

A01	Aveți un plan reproductiv al cuplului Dvs. / al Dvs. personal? <i>(adică câți copii vă doriți și la ce vârstă planificați să îi aveți)</i> ☐ Da ☐ Nu
A02	Ultima sarcină a fost una planificată? ☐ Da ☐ Nu

A03	Daca sarcina nu a fost planificată, copilul a fost dorit? ☐ Da, a fost dorit ☐ Inițial nu a fost dorit, apoi l-am dorit ☐ Nu a fost dorit până la naștere ☐ Nu este dorit ☐ Nu pot să mă expun
Secțiunea A2. PREGĂTIRE PRECONCEPȚIONALĂ	
A04	Considerați că ați făcut o pregătire preconcepțională (pregătire către sarcină)? ☐ Da ☐ Nu
A05	Înainte ca partenera/soția Dvs. să devină însărcinată ați făcut o vizită la un lucrător medical pentru a discuta despre planurile de a concepe un copil? ☐ Da ☐ Nu, dar știți că ar fi bine să faceți o asemenea vizită ☐ Nu, nu știți că ar fi bine să faceți o asemenea vizită
A06	Considerați că partenera/soția Dvs. a făcut o pregătire pentru viitoarea sarcină (de a concepe un copil)? ☐ Da ☐ Nu ☐ Nu vă puteți expune
A07	Cu 3 luni înainte ca partenera/soția să devină gravidă, câte băuturi alcoolice ați consumat în mediu pe săptămână? <i>O băutură este 1 pahar de vin de masă (170 ml), sau o sticlă de bere (330 ml), sau 40 ml de coniac, vodcă ori o altă băutură tare</i> ☐ 8 sau mai multe băuturi ☐ 4 până la 7 băuturi ☐ 1 până la 3 băuturi ☐ Mai puțin de 1 băutură ☐ Nu ați consumat alcool
A08	Ați fumat tutun în ultimele 3 luni înainte ca partenera/soția să devină gravidă? ☐ Da ☐ Nu

**Analiza situațională realizată în cadrul proiectului
„Oportunități în profilaxia tulburărilor alcoolice fetale
în municipiul Chișinău” (*proiectul STAF*)**

RAPOARTE

https://dub.sh/STAF2026_raport





CEL MAI FRUMOS DAR PENTRU COPILUL TĂU: UN ÎNCEPUT SĂNĂTOS. **0% ALCOOL ÎN SARCINĂ!**

*Alegerea ta de azi influențează viața copilului
pentru totdeauna.*

- Alcoolul ajunge direct la făt.
- Chiar și o cantitate mică poate afecta creierul și dezvoltarea copilului.
- Sprijinul tatălui și al familiei contează enorm.



 Află mai multe



Distribuie acest mesaj:
**ÎMPREUNĂ PUTEM PREVENI
TULBURĂRILE ALCOOLICE FETALE!**

Materialul informativ a fost elaborat în cadrul proiectului UNICEF „Oportunități în profilaxia tulburărilor alcoolice fetale în municipiul Chișinău”, implementat de Asociația Obștească „Progres prin Alternativă” în colaborare cu IMSP Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi” și IMSP Asociația Medicală Teritorială Rîșcani.