

Școala doctorală în domeniul Științe medicale

Cu titlu de manuscris

C.Z.U: [343.6+343.54+340.6](043.2)

GLAVAN Petru

**IDENTIFICAREA MEDICO-LEGALĂ
A VIOLENȚEI DOMESTICE FIZICE LA ADULȚI**

351.01 – MEDICINA LEGALĂ

Teză de doctor în științe medicale

Chișinău, 2025

Teza a fost elaborată în cadrul Catedrei de medicină legală a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova

Conducător

Pădure Andrei,
dr.hab. șt. med, conferențiar universitar

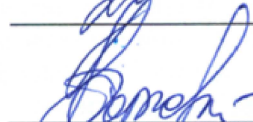


Membrii comisiei de îndrumare:

Spinei Larisa,
dr.hab. șt. med, profesor universitar



Cazacu Doina,
dr. în drept, conferențiar universitar



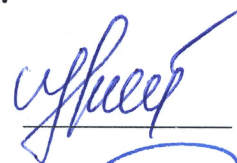
Bondarev Anatolii,
dr. șt. med, conferențiar universitar



Susținerea va avea loc la 28.01.2026, ora 14:00, în incinta USMF ”Nicolae Testemițanu”, bd. Ștefan cel Mare și Sfânt, 165, biroul 204, în ședința Comisiei de susținere publică a tezei de doctorat, aprobată prin decizia Consiliului Științific al Consorțiului din 12.11.2025 (*proces verbal nr. 75*).

Componența Comisiei de susținere publică a tezei de doctorat:

Gramma Rodica,
dr.hab. șt. med, conferențiar universitar, **președinte**



Pădure Andrei,
dr.hab. șt. med, conferențiar universitar, conducător de doctorat



Scripcaru Călin,
dr. șt. med, profesor universitar, referent



Bodrug-Lungu Valentina,
dr. hab. în pedagogie, profesor universitar, referent



Bondarev Anatolii,
dr. șt. med, conferențiar universitar, referent



Autor
Glavan Petru



CUPRINS

LISTA ABREVIERILOR	5
LISTA TABELELOR	6
LISTA FIGURILOR	7
INTRODUCERE	9
1. CONCEPTUL VIOLENȚEI DOMESTICE. ASPECTE SOCIALE ȘI MEDICALE.	15
1.1. Definirea, formele și subiecții violenței în familie	15
1.2. Amploarea și tendințele violenței în familie	31
1.3. Consecințele violenței domestice	33
1.4. Miturile și stereotipurile legate de violența domestică și rolurile de gen	36
1.5. Rolul sistemului sănătății în prevenirea și combaterea violenței domestice. Algoritmul de intervenție a personalului medical.	38
1.6. Principiile de identificare a victimelor. Examinarea medico-legală a victimelor	49
2. MATERIALE ȘI METODE DE CERCETARE	57
2.1. Caracteristica generală a studiului	57
2.2. Caracteristicile eșantioanelor de studiu	58
2.2.1. <i>Rapoartele anuale ale Centrului de Medicină Legală</i>	58
2.2.2. <i>Medicii practicieni, medici rezidenți și mediciniștii din Republica Moldova</i>	59
2.2.3. <i>Rapoartele medico-legale privind victimele adulte ale violenței domestice fizice neletale</i>	63
2.3. Procesarea matematico-statistică a rezultatelor studiului	66
3. AMPLOAREA FENOMENULUI VIOLENȚEI ÎN FAMILIE PRIN PRISMA DATELOR MEDICO-LEGALE	67
3.1. Caracteristicile rapoartelor anuale statistice analizate	67
3.2. Amplorarea, tendințele și dinamica fenomenului violenței în familie	69
3.3. Distribuția teritorial-zonală și dinamica cazurilor de violență domestică	71
4. CUNOȘTINȚELE ȘI PERCEPȚIILE MEDICILOR ȘI MEDICINIȘTILOR ÎN DOMENIUL VIOLENȚEI DOMESTICE	75
4.1. Datele sociodemografice ale participanților la cercetare	75
4.2. Cunoștințele medicilor și mediciniștilor în domeniul violenței domestice	82
4.3. Percepțiile medicilor și mediciniștilor în domeniul violenței domestice	93
4.4. Atitudinile medicilor și mediciniștilor referitoare la cursul <i>Violența în familie și în bază de gen</i>	103
5. PROFILUL SOCIAL AL VICTIMEI ADULTE ȘI PATTERN-UL LEZIONAL AL VIOLENȚEI ÎN FAMILIE	106
5.1. Caracteristicile obiectului de cercetare	106
5.2. Profilul social al victimei adulte a violenței în familie	108

5.3. Condițiile agresiunii în mediul familial	112
5.4. Pattern-ul lezional al violenței în familie la adulți	116
CONCLUZII GENERALE	126
RECOMANDĂRI PRACTICE	128
BIBLIOGRAFIE	129
ANEXE	144
1. Chestionarul de evaluare a necesităților de instruire a medicilor și mediciniștilor în domeniul violenței în familie	144
2. Chestionarul de evaluare a profilului victimelor violenței în familie și de identificare a pattern-ului lezional	149
3. Certificat de inovator și act de implimentare a inovației „Utilizarea chestionarului de evaluare a necesităților de instruire a medicilor și mediciniștilor în domeniul violenței în familie”	151
4. Certificat de inovator și act de implimentare a inovației „Utilizarea chestionarului de evaluare a profilului victimelor violenței în familie și de identificare a pattern-ului lezional”	152
5. Distincții obținute la foruri științifice	153
INFORMAȚII PRIVIND VALORIFICAREA REZULTATELOR CERCETĂRII	155
DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII	159
CURRICULUM VITAE AL AUTORULUI	160
ADNOTARE	164
ANNOTATION	165

LISTA ABREVIERILOR

AMU	Asistența Medicală de Urgență
CEDAW	The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (Convenția privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor)
CML	Centrul de Medicină Legală
CtEDO	Curtea Europeană a Drepturilor Omului
FRA	Fundamental Rights Agency (Agenția Uniunii Europene pentru Drepturi Fundamentale)
GREVIO	Group of Experts on Action against Violence against Women and Domestic Violence (Grupul de experți al Consiliului Europei pentru acțiunea împotriva violenței împotriva femeilor și a violenței în familie)
HG	Hotărâre de Guvern
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Virusul imunodeficienței umane)
IC	Intervalul de încredere
IEEG	Institutul European pentru Egalitate de Gen
IMSP	Instituție Medico-Sanitară Publică
ITS	Infecții cu transmitere sexuală
MAI	Ministerul Afacerilor Interne
MAIE	Ministerul Afacerilor Externe și Integrării Europene
Me	Media
MMPS	Ministerul Muncii și Protecției Sociale
Mn	Mediana
MS	Ministerul Sănătății
MSMPS	Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale
OHCHR	Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (Oficiul Înaltului Comisar al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului)
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
ONU	Organizația Națiunilor Unite
OSCE	Organizația pentru Securitate și Cooperare în Europa
UE	Uniunea Europeană
UNFPA	The United Nations Population Fund (Fondul Națiunilor Unite pentru Populație)
UNICEF	The United Nations Children's Fund (Fondul Națiunilor Unite pentru Copii)
UNODC	Oficiul Națiunilor Unite pentru Droguri și Criminalitate
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
WAVE	Women Against Violence Europe (Femeile împotriva Violenței din Europa)

LISTA TABELELOR

- Tabelul 1.** Caracteristica loturilor de studiu
- Tabelul 2.** Opinia respondenților privind rolul sistemului sănătății în abordarea violenței în familie (c.a., %, X)
- Tabelul 3.** Opinia medicilor și medicilor rezidenți cu privire la unele elemente de bază a asistenței medicale acordate victimelor violenței domestice (c.a., %, X)
- Tabelul 4.** Opinia respondenților privind unele stereotipuri legate de gen (c.a., %, X)
- Tabelul 5.** Opinia respondenților privind unele mituri legate de viol (c.a., %, X)

LISTA FIGURILOR

- Figura 1.** Distribuția anuală a cazurilor de violență domestică examinate medico-legal în cadrul Centrului de Medicină Legală (2017–2024), c.a.
- Figura 2.** Dinamica adresărilor referitoare la conflictele în cadrul relațiilor familiale, pe parcursul anilor 2013 – 2024 (MAI RM), c.a.
- Figura 3.** Distribuția teritorial-zonală a cazurilor de violență domestică examinate medico-legal (perioada anilor 2017-2024), %
- Figura 4.** Dinamica examinărilor medico-legale a victimelor violenței domestice în subdiviziunile CML după principiul teritorial zonal (2017-2024), c.a.
- Figura 5.** Numărul mediu al examinărilor medico-legale privind victimele violenței domestice în subdiviziunile CML (perioada 2017-2024), c.a.
- Figura 6.** Structura respondenților în funcție de statutul lor profesional, %
- Figura 7.** Structura respondenților în funcție de mediul de reședință al instituțiilor în care studiază/activează, %
- Figura 8.** Structura respondenților în funcție de sex, %
- Figura 9.** Distribuția respondenților în funcție de grupul de vârstă, %
- Figura 10.** Statutul marital al respondenților incluși în studiu, %
- Figura 11.** Rata părinților în rândul respondenților, %
- Figura 12.** Experiența profesională a respondenților, %
- Figura 13.** Interacțiunea respondenților cu pacienți victime ale violenței domestice, %
- Figura 14.** Nivelul de cunoaștere a fenomenului violenței în familie și a principiilor răspunsului sistemului sănătății dezagregat conform statutului profesional, %
- Figura 15.** Nivelul de conștientizare a rolului sistemului sănătății în combaterea violenței în familie dezagregat în funcție de statutul profesional, %
- Figura 16.** Distribuția răspunsurilor privind influența prejudecăților medicului asupra asistenței medicale acordate victimelor dezagregat în funcție de statutul profesional, %
- Figura 17.** Opinia respondenților privind unele realități referitoare la violența în familie, %
- Figura 18.** Opinia respondenților privind unele mituri referitoare la violența în familie, %
- Figura 19.** Opinia respondenților privind unele mituri referitoare la violența față de copii, %
- Figura 20.** Opinia respondenților referitoare la unele posibile experiențe de viață asociate violenței domestice, %
- Figura 21.** Răspunsul respondenților la întrebarea *Cunoașteți despre existența cursului „Violența în familie și în bază de gen”?*, %
- Figura 22.** Structura rapoartelor în funcție de obiectul cercetat, %
- Figura 23.** Structura rapoartelor în funcție de tipul acestora, %
- Figura 24.** Structura victimelor în funcție de sex, %
- Figura 25.** Structura victimelor în funcție de mediul de reședință, %
- Figura 26.** Corelația dintre mediul de reședință și sexul persoanei
- Figura 27.** Analiza dezagregată a vârstei victimelor în funcție de sexul acestora
- Figura 28.** Structura victimelor în funcție de statutul social, %
- Figura 29.** Rata de adresare a victimelor pentru asistență medicală, %

- Figura 30** Structura cazurilor de violență domestică în funcție de locul agresării, %
- Figura 31** Structura agresorilor violenței în familie, %
- Figura 32** Distribuția cazurilor de violență domestică în funcție de luna agresării, %
- Figura 33** Structura cazurilor de violență în familie în funcție de ziua agresării, %
- Figura 34** Distribuția cazurilor în funcție de ora agresării
- Figura 35** Corelația dintre locul agresării și perioada postagresiune
- Figura 36** Tipul corpului contondent utilizat de agresor, %
- Figura 37** Corelația dintre gravitatea vătămării integrității corporale sau a sănătății și vârsta victimei
- Figura 38** Tipul leziunilor corporale constatate, %
- Figura 39** Reprezentarea grafică a distribuției leziunilor pe corpul victimei adulte a violenței în familie
- Figura 40** Structura leziunilor corporale după gravitatea vătămării integrității corporale sau a sănătății, %
- Figura 41** Corelația dintre gravitatea vătămării integrității corporale sau a sănătății și vârsta victimei
- Figura 42** Corelația dintre gravitatea vătămării integrității corporale sau a sănătății și numărul leziunilor
- Figura 43** Corelația dintre gravitatea vătămării integrității corporale sau a sănătății și sexul persoanei
- Figura 44** Corelația dintre gravitatea vătămării integrității corporale sau a sănătății și consumul de alcool
- Figura 45** Corelația dintre gravitatea vătămării integrității corporale sau a sănătății și perioada postagresiune

INTRODUCERE

Violența în familie reprezintă una dintre cele mai grave și răspândite probleme de sănătate publică cu care se confruntă societatea contemporană, lezând drepturile și demnitatea umană a membrilor acesteia, cu consecințe grave în plan fizic, emoțional, financiar și social asupra victimelor, familiilor și societății în întregime [162, 208]. Violența pune în pericol stabilitatea familiei și are un impact negativ asupra tuturor membrilor ei, inclusiv copii, care ajung victime și martori ai violenței ce cresc într-un mediu conflictual, nefericit. Aceasta este asociată cu asumarea de comportamente de risc, care se pot manifesta odată cu înaintarea în vârstă [80]. Deși violența domestică a fost recunoscută ca o problemă socială de mai multe decenii, ea rămâne o infracțiune subraportată și implicit subevaluată, iar amploarea sa continuă să fie de o relevanță majoră și astăzi. Conform statisticelor globale, violența domestică este cea mai comună și răspândită formă de victimizare a femeilor, fapt explicat de persistența stereotipurilor și convingerilor privind rolurile tradiționale patriarhale de gen în familii și societate [260]. Astfel, în conformitate cu datele statistice ale OMS [248], la nivel global, 35% dintre femei au fost supuse violenței fizice sau sexuale din partea partenerului de viață cel puțin o dată. Datele statistice oferite de Consiliului Europei [233] reflectă că 45% dintre femei au suferit de vreo formă de violență pe parcursul vieții, iar între 12% și 15% de femei din Europa, cu vârsta de peste 16 ani, sunt victime ale violenței în familie. La nivel național, 73% de femei au fost supuse cel puțin unei forme de violență din partea partenerului intim la un moment dat în viață, violența fizică fiind atestată în 33% de cazuri, ceea ce este mult peste media UE [155]. Potrivit Ministerului Afacerilor Interne al Republicii Moldova, doar în anul 2024 au fost constatate 2471 cazuri de violență în familie, dintre care 81,3% de victime au fost femei. Amploarea fenomenului violenței în familie poate fi reflectată și de dinamica adresărilor victimelor la organele de poliție. Conform datelor MAI [146], anual se atestă o creștere constantă a raportării cazurilor de la 6706 în anul 2013 la 15.976 în anul 2024. Este de atenționat și faptul că, în fiecare an, în Republica Moldova sunt înregistrate circa 30 de omucideri generate de violența în familie și 5 cazuri de suicid determinate de aceasta. Conform datelor Centrului de Medicină Legală, anual sunt efectuate în jur de 4430 expertize și constatări medico-legale privind victimele violenței în familie.

În ultimii ani, Republica Moldova a realizat mai multe acțiuni orientate spre reducerea incidenței violenței în familie și împotriva femeilor, unele dintre cele mai importante fiind adoptarea Legii nr. 45/2007 cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie [127] și ratificarea (14.10.2021) Convenției Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice (2011), cunoscută și sub denumirea de Convenția de la Istanbul [50]. În ciuda progreselor înregistrate în acest domeniu, în Planul de acțiuni al Consiliului Europei pentru Republica Moldova 2021-2024 [174] se subliniază îngrijorările

Comitetului ONU pentru Eliminarea Discriminării împotriva Femeilor cu privire la prevalența violenței domestice și capacitatea redusă a sectorului sănătății de identificare a leziunilor caracteristice violenței domestice, în special a actelor de violență repetată. În această privință, algoritmul din standardele internaționale [104, 208] și cele naționale [77, 150, 153] privind intervenția instituțiilor medico-sanitare și medico-legale la cazurile de violență în familie prevede identificarea victimelor violenței domestice în calitate de prim pas în oferirea unui răspuns adecvat. Întru realizarea acestui deziderat, profesioniștii din domeniul sănătății trebuie să cunoască semnele specifice sugestive violenței în familie, inclusiv particularitățile leziunilor corporale. În acest sens, serviciul de medicină legală dispune de un fond informațional important referitor la particularitățile leziunilor depistate la victimele violenței domestice, care poate fi științific analizat în vederea constatării unui pattern al acestor leziuni și a profilului victimei. Oferirea către profesioniști a acestor instrumente facilitează procesul de identificare a victimelor chiar și atunci când asemenea cazuri nu sunt reclamate.

Sectorul sănătății joacă un rol crucial în prevenirea violenței domestice prin contribuire la identificarea timpurie a abuzurilor, oferirea tratamentului necesar și referirea victimelor către alte servicii de suport. Organizațiile internaționale, inclusiv Organizația Mondială a Sănătății, recomandă instruirea continuă a personalului medical pentru a aborda corespunzător violența împotriva femeilor [250]. Un obiectiv specific al *Programului național privind prevenirea și combaterea violenței față de femei și a violenței în familie pentru anii 2023-2027* [181] prevede integrarea subiectelor cu privire la violența față de femei și violența în familie în curriculumul de instruire inițială și continuă a tuturor profesioniștilor cu atribuții în domeniul prevenirii și combaterii violenței în familie, inclusiv a medicilor. Aceleași prevederi se regăsesc și în art. 15 al Convenției de la Istanbul (2011) [50], ce presupune că părțile ce semnează Convenția vor furniza sau consolida formarea adecvată pentru profesioniștii relevanți. Cunoașterea aspectelor violenței domestice, inclusiv a factorilor de risc, a efectelor asupra sănătății și modalităților eficiente de intervenție este fundamentală pentru furnizarea unui răspuns adecvat în domeniul sănătății. În absența unei abordări corespunzătoare, victimele violenței în familie și în bază de gen își pierd încrederea în sistemul de sănătate, pot ezita să se adreseze medicilor sau, chiar dacă o fac, pot fi retraumatizate și private de o intervenție adecvată, ceea ce le poate împiedica să-și exercite drepturile constituționale la sănătate, integritate corporală, viață și justiție echitabilă.

Scopul lucrării: Evaluarea necesităților de educație medicală și dezvoltarea instrumentelor de identificare a victimei adulte pentru consolidarea răspunsului sistemului sănătății la violența domestică fizică.

Pentru realizarea scopului propus au fost trasate următoarele obiective:

1. Determinarea incidenței violenței în familie după date medico-legale la nivel național;
2. Evaluarea gradului de conștientizare, percepțiilor și necesităților de formare a actualilor și viitorilor medici în domeniul violenței domestice;
3. Constatarea profilului social al victimei adulte a violenței domestice fizice neletale și a pattern-ului lezional;
4. Înaintarea recomandărilor practice susținute științific pentru facilitarea identificării victimelor adulte ale violenței domestice fizice în baza profilului social și a pattern-ului lezional.

Metodologia generală a cercetării.

Cercetarea științifică a fost realizată în cadrul Catedrei de medicină legală a USMF „Nicolae Testemițanu”. În scopul atingerii obiectivelor propuse a fost realizat un *studiu descriptiv*, care conform volumului eșantioanelor va fi *integral* și *selectiv*. Cercetarea a cuprins perioada anilor 2017-2024 și va fi axată pe analiza datelor statistice din rapoartele anuale ale Centrului de Medicină Legală, rapoartele medico-legală a victimelor violenței domestice din arhiva CML și rezultatelor chestionării studenților medici ai USMF „Nicolae Testemițanu” și medicilor din instituțiile medico-sanitare din Republica Moldova. Studiul integral a fost reprezentat de un eșantion ce a inclus informații statistice extrase din rapoartele anuale ale Centrului de Medicină Legală pentru perioada anilor 2017-2024 și a permis stabilirea amplitudinii, trendului și aspectelor demografice ale fenomenului violenței domestice în Republica Moldova în baza datelor medico-legale. Studiul selectiv a inclus 2 eșantioane. Eșantionul ce a cuprins *rapoartele medico-legale ce vizează victimele adulte ale violenței domestice* a fost planificat cu scopul obținerii următoarelor informații referitoare la victimele violenței domestice: caracteristicile demografice, aspectele sociale ale victimei, circumstanțele incidentului traumatic, caracterul morfologic și severitatea leziunilor. Eșantionul format din *actualii și viitorii medici din instituțiile medico-sanitare din Republica Moldova* a vizat evaluarea gradului de conștientizare, percepțiilor și necesităților de formare a mediciniștilor și medicilor în domeniul violenței domestice realizată prin chestionarea acestora. Datele obținute în cadrul cercetării au fost supuse analizei statistice, iar rezultatele acestora au stat la baza formulării concluziilor. Metodele de cercetare folosite au fost: istorică, matematică, comparativă, de expertiză, statistică, analitică, sociologică.

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

Noutatea și originalitatea științifică a rezultatelor obținute.

La nivel național până în prezent nu au fost realizate studii fundamentale axate pe problema violenței domestice din perspectivă medico-legală. De asemenea, nu a fost efectuată o analiză detaliată a necesităților de instruire a cadrelor medicale pentru a identifica și gestiona eficient cazurile de violență domestică. În urma studiului, în premieră, a fost constatat profilul social al victimei adulte a violenței domestice fizice neletale și pattern-ul lezional oferit în calitate de instrument medicilor legiști și clinicieni. În baza acestora, a fost elaborat un set de recomandări practice privind examinarea medicală și medico-legală a acestui grup de victime menit să sporească capacitatea profesională de identificare a cazurilor violenței domestice fizice neletale (în special atunci când victimele nu reclamă acte de violență în familie), acțiune decisivă în prevenirea, combaterea și diminuarea riscurilor pe plan social induse de violența în familie. Totodată, au fost relevate necesitățile de formare a actualilor și viitorilor medici din instituțiile medico-sanitare din Republica Moldova în domeniul violenței domestice. O asemenea cercetare este esențială pentru dezvoltarea unui cadru teoretic solid menit să sprijine implementarea de politici și măsuri concrete în domeniul prevenirii și combaterii violenței domestice.

Importanța teoretică și valoarea aplicativă.

Pattern-ul lezional stabilit în cadrul studiului va spori capacitatea medicilor, inclusiv legiști în identificarea victimelor adulte ale violenței domestice și va asigura furnizarea probelor medicale și medico-legale pentru actul de justiție. Această acțiune va permite demonstrarea violenței în familie, încadrarea juridică a faptelor agresorului, tragerea acestuia la răspundere și asigurarea dreptului victimelor la o justiție echitabilă. Rezultatele cercetării au fost utilizate și pentru ajustarea conținutului cursului *Violența în familie și în bază de gen* desfășurat la Catedra de medicină legală a USMF „Nicolae Testemițanu” cu mediciniștii și medicii practicieni în cadrul educației medicale continui. Studiul asigură, la fel, punerea în aplicare a *Programului național privind prevenirea și combaterea violenței față de femei și a violenței în familie pentru anii 2023-2027* aprobate de Guvernul Republicii Moldova și a *Convenției Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice* aprobate de Parlamentul țării.

Aprobarea rezultatelor studiului.

Rezultatele cercetării au fost raportate și discutate în cadrul forumurilor științifice naționale și internaționale: Conferința științifică internațională „Prevenirea și combaterea violenței în familie” (Chișinău, Republica Moldova, 2022); 15th European Exhibition of Creativity and Innovation (EUROINVENT) (Iași, România, 2023); Conferința internațională științifico-practică „Familia contemporană între tradiție și lege” (Chișinău, Republica Moldova, 2023); The International Conference of Forensic Medicine – 3rd edition (Cluj-Napoca, România, 2023); Conferința științifică anuală „Cercetarea în biomedicină și sănătate: calitate, excelență și

performanță” (Chișinău, Republica Moldova, 2023); XXI. International Balkan and Near Eastern Congresses Series on Economics, Business and Management (Plovdiv, Bulgaria, 2024); Al V-lea Congres al Medicilor de Familie din Republica Moldova cu participare internațională (Chișinău, Republica Moldova, 2024); 10th International Symposium of the Osteuropaverein Rechtsmedizin E.V. „Domestic and Gender-Based Violence” (Chișinău, Republica Moldova, 2024); 16th European Exhibition of Creativity and Innovation (EUROINVENT) (Iași, România, 2024); 103. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin (Postdam, Germania, 2024); A 3-a ediție a Expoziție Internațională de Inovație și Transfer Tehnologic (EXCELLENT IDEA) 2024 (Chișinău, Republica Moldova, 2024); 15-th Annual Scientific Meeting of the Balkan Academy of Forensic Sciences (Iași, România, 2024).

Rezultatele studiului au fost discutate și aprobate la ședința Catedrei de medicină legală a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” (proces verbal nr. 2 din 08.09.2025), Seminarul științific de profil 311. Anatomie și morfologie; 351. Medicină interdisciplinară (proces verbal nr. 3 din 16.10.2025).

Publicații la tema tezei.

La tema tezei au fost publicate 20 lucrări științifice, dintre care: articole în reviste internaționale indexate ISI – 1, articole în reviste din Registrul Național al revistelor de profil – 5, materiale/teze la conferințe internaționale – 4, materiale/teze la conferințe naționale – 8. Rezultatele cercetării au fost valorificate inclusiv în 2 cărți de specialitate intitulate „*Cunoștințele și percepțiile medicilor și mediciniștilor cu privire la violența în familie (2023)*” și „*Identificarea victimei adulte a violenței în familie în baza profilului social și pattern-ului lezional (2024)*”.

Sumarul compartimentelor tezei.

Teza cuprinde lista abrevierilor, lista tabelelor, lista figurilor, introducere, 5 capitole, concluzii generale, recomandări practice. Lucrarea este completată de lista referințelor bibliografice cu 260 surse, 5 anexe, declarația privind asumarea răspunderii, CV-ul autorului. Partea introductivă a lucrării reflectă actualitatea și importanța științifico-practică a problemei abordate în teză, scopul, obiectivele, metodologia generală a lucrării, noutatea și originalitatea științifică a rezultatelor obținute, importanța teoretică și valoarea aplicativă a lucrării, aprobarea rezultatelor studiului, publicații la tema tezei, sumarul compartimentelor tezei, cuvinte-cheie.

Capitolul 1. Conceptul violenței domestice. Aspecte sociale și medicale. Capitolul reprezintă revista literaturii științifice dedicate diferitelor aspecte ce țin de conceptul violenței domestice și de implicațiile sale sociale și medicale. Se definește noțiunea de violență în familie prin prisma actelor legislative naționale și internaționale, amploarea și tendințele acestui fenomen formele, subiecții și consecințele violenței domestice. Sunt analizate miturile și stereotipurile legate de violența domestică și rolurile de gen care influențează percepția și gestionarea acestui

fenomen. Capitolul examinează rolul sistemului de sănătate în prevenirea și combaterea violenței, inclusiv algoritmul de intervenție al personalului medical și principiile de identificare a victimelor.

Capitolul 2. Materiale și metode de cercetare. În capitolul respectiv este prezentată metodologia și designul cercetării, explicând abordările utilizate pentru colectarea și analiza datelor. Se oferă o descriere detaliată a eșantioanelor implicate în studiu, inclusiv criteriile de includere și excludere, dimensiunea și structura acestora, precum și modul în care acestea reflectă populația țintă. Sunt reflectate metodele de procesare matematico-statistică a rezultatelor obținute. Această secțiune asigură o transparență completă în ceea ce privește procesul de cercetare și validează relevanța rezultatelor obținute.

Capitolul 3. Amploarea fenomenului violenței în familie prin prisma datelor medico-legale. În prezentul capitol sunt reflectate rezultatele cercetării axate pe analiza rapoartelor statistice anuale ale subdiviziunilor teritoriale ale Centrului de Medicină Legală. Sunt prezentate date privind amploarea violenței în familie în Republica Moldova pe baza rapoartelor medico-legale, evidențiind tendințele, distribuția regională și dinamica evolutivă a cazurilor înregistrate în ultimii ani. Analiza scoate în evidență variațiile teritoriale și temporale ale fenomenului.

Capitolul 4. Cunoștințele și percepțiile medicilor și mediciniștilor în domeniul violenței domestice. Sunt prezentate rezultatele studiului sociologic asupra cunoștințelor și percepțiilor actualilor și viitorilor medici în domeniul violenței domestice. Sunt analizate datele sociodemografice ale participanților la cercetare, oferind contextul necesar pentru interpretarea ulterioară a rezultatelor. Studiul evaluează nivelul de cunoștințe al medicilor și mediciniștilor privind violența domestică, inclusiv aspectele definitorii, formele și consecințele acesteia. De asemenea, sunt relevate percepțiile acestora în legătură cu violența domestică, inclusiv atitudinile și convingerile personale care pot influența abordarea și gestionarea cazurilor de violență. Capitolul include, de asemenea, o analiză a atitudinilor medicilor și mediciniștilor față de cursurile de formare dedicate violenței în familie și bazate pe gen.

Capitolul 5. Profilul social al victimei adulte și pattern-ul lezional al violenței în familie. În prezentul capitol sunt reflectate rezultatele cercetării axate pe analiza științifică a rapoartelor medico-legale privind victimele adulte ale violenței domestice fizice neletale. O atenție deosebită este acordată profilului social al victimei adulte a violenței domestice fizice neletale, și pe pattern-ul lezional, ce detaliază tipologiile de leziuni și traume observate, precum și modul în care acestea variază în funcție de natura și intensitatea violenței. Au fost expuse de asemenea condițiile în care au loc agresările în mediul familial, identificând factorii contextuali și circumstanțiali care influențează frecvența și gravitatea violenței.

Cuvinte-cheie: violența domestică, medici, mediciniști, cunoștințe, percepții, victimă, examinare medico-legală, identificare, profil social, pattern lezional.

1. CONCEPTUL VIOLENȚEI DOMESTICE.

ASPECTE SOCIALE ȘI MEDICALE

1.1. Definirea, formele și subiecții violenței în familie

Existența umană poate fi greu percepută în afara unor relații sociale. În cadrul procesului evolutiv al societății, familia a reprezentat nucleul și, totodată, forma de comunitate umană cea mai trainică, fiind una dintre cele mai vechi modalități de organizare socială cunoscută în istoria umanității [89]. Familia, ca sistem deschis, este constant influențată de evenimentele interne și externe datorită interacțiunii strânse cu mediul înconjurător [48]. O astfel de influență este exercitată de tendința de creștere a agresivității în societate, violența în familie fiind considerată produsul unei violențe generalizate la scară socială [218]. O analiză a evoluției societății ne arată cât de profund sunt înrădăcinate formele de violență în familie. Aceste manifestări de violență pot fi observate încă din perioada romană, au continuat în timpul Evului Mediu și au evoluat până în epocile moderne și contemporane [89]. În Roma antică, *bătaia soției*, ca o formă de disciplinare, era considerată o parte acceptabilă a unei relații maritale. Acest obicei a generat versiunile timpurii ale *Regulii degetului mare*, regulă ce permitea ca un soț să își lovească soția cu un anumit obiect, atâta timp cât acesta nu este mai mare decât circumferința degetului mare drept. Practica dată a fost preluată și de alte societăți. Astfel, în secolul al XIX-lea, legea britanică permitea oricărui bărbat să își lovească soția cu un obiect ce întrunea aceleași caracteristici [13, 131, 194]. O asemenea abordare subliniază violența domestică drept o manifestare a relațiilor de putere dintre femei și bărbați istoric inegale, care au condus la dominarea și discriminarea femeilor de către bărbați și la împiedicarea avansării depline a femeilor [29].

Declarația Universală a Drepturilor Omului [55], adoptată la 10 decembrie 1948 constituie un punct de referință crucial în domeniul protecției drepturilor omului. Declarația stabilește principiile fundamentale ale drepturilor și libertăților fundamentale ale tuturor indivizilor, fără nicio distincție de rasă, culoare, sex, limbă, religie, opinie politică sau de altă natură, origine socială sau de altă natură, iar printre drepturile recunoscute de aceasta se numără dreptul la viață, libertate și securitate, dreptul la egalitate în fața legii, dreptul la libertatea de gândire, conștiință și religie, dreptul la muncă și la educație, dreptul la participare la guvernare, precum și protecția împotriva torturii și tratamentelor inumane sau degradante.

Abordarea violenței domestice ca fenomen cu impact internațional, capătă amploare abia la începutul anilor '70 [165], perioadă remarcată de proclamarea Anului internațional al Femeii (1975), Deceniului Femeii (1976 – 1985) și desfășurarea a trei conferințe internaționale sub egida ONU, sub motto-ul *egalitate, dezvoltare și pace* [103]. Adoptarea în anul 1979 a *Convenției ONU asupra eliminării tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor*, reprezintă un moment istoric de o importanță majoră, devenind un pilon al tuturor progreselor ulterioare în reglementarea

violentei în familie, cu accent deosebit pe prevenirea și combaterea acesteia [44]. În timpul celei de-a treia Conferințe Mondiale privind Condiția Femeilor (Kenya, Nairobi, 1987), guvernele participante și-au exprimat angajamentul de a pune în practică liniile directoare cuprinse în Strategiile viitoare de acțiune pentru promovarea femeilor. Un alt moment istoric determinant, vizează Conferința Internațională a ONU cu privire la Condiția Femeilor, organizată la Beijing, în 1995, care s-a soldat cu elaborarea unei Platforme pentru Acțiune, unde se subliniază faptul că: *Egalitatea dintre femei și bărbați reprezintă o problemă ce ține de domeniul drepturilor omului și o condiție eminentă pentru justiție socială, constituind, de asemenea, și o pre-condiție fundamentală pentru egalitate, dezvoltare și pace.*

Violența domestică a fost subiectul de cercetare a mai multor autori, fiind evidențiată *bătaia soției, abuzul soției, agresiunea soției* [22], *sindromul copilului bătut* (H. Kempe, 1962)[254], *sindromul femeii bătute* (L.E. Walker, 1984) [237], *sindromul soțului bătut* (S.K. Steinmetz, 1977) [206], *sindromul vârstnicului bătut* (R.M Block, D.J. Sinnott, 1979) [19] și *abuzul vârstnicilor* [107]. Unificarea terminologiei în domeniul violentei în familie a avut loc prin intermediul standardelor internaționale, preponderent elaborate și adoptate de ONU. În prezent, aceste standarde operează cu termenii de *violență domestică, violență în familie, abuz domestic, violență între parteneri intimi, violență împotriva femeilor, violență în bază de gen* [44, 160, 212, 225, 249].

Considerăm că definiția ***violență în familie***, în calitate de formă a violentei interpersonale, nu poate fi privită separat de noțiunea de *violență* dată de Organizația Mondială a Sănătății ce presupune *folosirea intenționată a forței sau puterii, reală sau sub formă de amenințări, împotriva propriei persoane, împotriva unei alte persoane sau împotriva unui grup sau unei comunități care rezultă sau are o probabilitate ridicată de a rezulta în rănirea, moartea, afectarea psihologică, afectarea dezvoltării sau deprivare* [249]. La fel, OMS (2013) introduce un nou concept de ***violența partenerului intim*** ce presupune *comportamentul unui partener intim care cauzează prejudicii fizice, sexuale sau psihologice, inclusiv acte de agresiune fizică, constrângere sexuală, abuz psihologic și forme de control. Aceasta cuprinde violența cauzată atât de actualul sau fostul soț, cât și de oricare alt partener intim (de ex. concubin)* [249]. Acest concept pune accentul pe relația dintre victimă și agresor în calitate de parteneri de viață și nu pe spațiul ce îl împart sau alte relații de rudenie. Același concept (***violența partenerului intim***) este recunoscut și de Organizația Națiunilor Unite, ce îl definește în calitate de un *model de comportament abuziv care este folosit pentru a obține sau a menține puterea și controlul asupra unui partener intim. Abuzul este reprezentat de acțiuni fizice, sexuale, emoționale, economice sau psihologice. Aceasta include orice comportamente care sperie, intimidează, terorizează, manipulează, jignesc, umilesc, blamează sau lezează pe cineva* [241]. Totodată, ONU consideră violența partenerului intim în

calitate de manifestare a violenței domestice și o formă de violență bazată pe gen, care este trăită cu precădere de femei și săvârșită de bărbați [225]. Dat fiind faptul că cele mai multe victime ale violenței domestice sunt femeile, organizațiile internaționale operează și cu alte noțiuni, precum *violența în bază de gen* și *violența împotriva femeilor*, fiind astfel subliniată violența din partea bărbaților orientată împotriva femeilor ca parte a relațiilor inegale de putere [212].

Convenția Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice (Convenția de la Istanbul, 2011) reglementează ***violența în familie*** mult mai larg, înțelegându-se *totalitatea acțiunilor de violență fizică, sexuală, psihologică sau economică care survin în familie sau în unitatea domestică sau între foștii sau actualii soți sau parteneri, indiferent dacă agresorul împarte sau a împărțit același domiciliu cu victima* [212, art. 3]. Prin urmare, considerăm că noțiunea dată de Convenția de la Istanbul (2011), comparativ cu standardele internaționale amintite supra, include nu doar violența dintre partenerii de viață (actuali și foști), ci și dintre alți membri ai familiei. Convenția de la Istanbul definește, de asemenea, noțiunea de ***violență împotriva femeilor***, care este înțeleasă drept *o încălcare a drepturilor omului și o formă de discriminare împotriva femeilor și înseamnă toate acțiunile de violență de gen care rezultă în, sau care sunt probabile a rezulta în, vătămarea sau suferința fizică, sexuală, psihologică sau economică cauzată femeilor, inclusiv amenințările cu asemenea acțiuni, coerciția sau deprivarea arbitrară de libertate, indiferent dacă survine în public sau în viața privată* [212, art. 3].

În Republica Moldova, ***violența în familie*** este definită de Legea specială nr. 45/2007 cu privire la prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței în familie în calitate de *acte de violență fizică, sexuală, psihologică, spirituală sau economică, cu excepția acțiunilor de autoapărare sau de apărare ale altei persoane, inclusiv amenințarea cu asemenea acte, comise de către un membru de familie în privința altui membru al aceleiași familii, prin care s-a cauzat victimei prejudiciu material sau moral* [127, art. 2].

Actele de violență în familie sunt sancționate în funcție de pericolul social al faptei, atât de Codul Contravențional, cât și de Codul Penal al Republicii Moldova. Astfel, din anul 2010 [121] Codul Penal a fost completat cu art. 201¹, care pentru prima dată incriminează faptele de violență în familie. Legea penală nu doar stabilește pedepsele pentru actele de violență în familie, ci și definește ***violența în familie*** în calitate de *acțiune sau inacțiune intenționată comisă de un membru al familiei în privința altui membru al familiei, manifestată prin: a) maltratare, alte acțiuni violente, soldate cu vătămare ușoară a integrității corporale sau a sănătății; b) izolare, intimidare în scop de impunere a voinței sau a controlului personal asupra victimei; c) privarea de mijloace economice, inclusiv lipsirea de mijloace de existență primară, neglijare, dacă au provocat victimei vătămare ușoară a integrității corporale sau a sănătății* [40, art. 201¹]. Întru ajustarea Codului

Contravențional, acesta a fost completat în anul 2016 [122] cu un articol nou – 78¹, care sancționează maltratarea sau alte acțiuni violente, comise de un membru al familiei în privința altui membru al familiei, care au provocat vătămare neînsemnată a integrității corporale. După cum putem constata, legislația națională definește violența în familie mai larg și în calitate de un fenomen ce vizează mai mulți membri ai unei familii, dar și prevede forme particulare de violență (spirituală și economică) ce nu se regăsesc expres în standardele internaționale. Analiza evoluției sancționării violenței în familie în legislația din Republica Moldova arată că între 2010 și 2016 actele de violență domestică soldate cu vătămare corporală neînsemnată nu erau sancționate penal, ci doar contravențional, potrivit art. 78 – vătămarea intenționată ușoară a integrității corporale, fără a se lua în calcul subiectul special – membru de familie.

În România, termenul de *violență domestică* este definit de Legea nr. 217/2003 pentru prevenirea și combaterea violenței domestice drept *orice inacțiune sau acțiune intenționată de violență fizică, sexuală, psihologică, economică, socială, spirituală sau cibernetică, care se produce în mediul familial sau domestic ori între soți sau foști soți, precum și între actuali sau foști parteneri, indiferent dacă agresorul locuiește sau a locuit împreună cu victima* [130, art. 3].

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

Studiul literaturii a relevat că, unii cercetători români percep conceptul fenomenului de *violență în familie* și *violență domestică* în calitate de două entități diferite. Astfel, M.N. Turlic și coautorii (2009) sunt de părerea că violența domestică este inclusă în fenomenul mai amplu al violenței în familie sau al violenței intra-familiale. Aceiași autori opinează că noțiunea de violență domestică se referă, cel mai adesea, la actele de violență fizică, psihologică, sexuală dintre partenerii intimi stabili. Astfel, în viziunea acestora, *violența domestică reprezintă o serie de comportamente sistematic repetate, de atac fizic, agresivitate verbală și psihologică, sexuală și economică, pe care un partener le manifestă asupra celuilalt în cadrul oficializat al familiei sau în relația de conviețuire în același spațiu*. Autorii accentuează că violența domestică se manifestă întotdeauna în relațiile intime, cel mai frecvent în spațiul restrâns și privat [218, p. 12]. Aceeași opinie este susținută și de O.M. Isăilă (2022), care consideră sintagma *violență în familie* mai potrivită nu doar din considerente de prioritate istorică, dar totodată și pentru caracterul mai larg pe care termenul de *familie* îl conferă acestui tip de violență în interacțiunile sale socio-culturale, antropologice, psiho-patologice, economice și juridice [106].

Autorii A. Allan și M. Allan (2014) definesc violența domestică drept *un model nedorit,*

intenționat și susținut de comportament neadecvat din punct de vedere cultural al unor persoane care dăunează altor persoane vulnerabile cu care au o relație de încredere și care are loc în special la locul lor de reședință [4]. În același timp S. Meyer și A. Frost (2019) definesc violența domestică drept *comportamente menite să constrângă, să manipuleze sau să controleze o victimă în cadrul unei foste sau actuale relații actuale cu partenerul intim, relațiile de familie extinsă și relațiile părinte-copil adult* [138]. S. Michalska (2016) este de părere că acest fenomen reprezintă *un model de comportament care implică violență sau alte tipuri de abuzuri din partea unei persoane asupra altei persoane într-un cadru domestic, cum ar fi căsătoria sau coabitarea, de asemenea implică violența împotriva copiilor din familie* [139]. J.L. Postmus (2014) consideră violența domestică drept *un tipar de comportament în care agresorul încearcă în mod intenționat să facă rău fizic, sexual, psihologic, emoțional sau economic victimei cu care există în o relație intimă* [178]. De aceeași idee este K. Rao și coaut. (2017), care afirmă că *violența domestică este intimidarea, agresiunea fizică, bătaia, agresiunea sexuală și/sau alte comportamente abuzive ca parte a unui model sistematic de putere și control săvârșit de un partener intim împotriva altuia, care are loc în cadrul unei locuințe sau între membrii unei familii* [185]. În opinia lui N. Hudson (2019), violența domestică se referă la *violența săvârșită în cadrul relațiilor și mediilor intime, familiale și domestice, care cauzează prejudicii semnificative persoanelor care sunt ținte sau martori ai abuzurilor* [99]. Potrivit lui E. Katz (2016), violența domestică poate fi definită ca o *violență sistemică într-o relație folosită pentru a obține și menține controlul și puterea asupra unei alte persoane* [112]. Analiza detaliată a opiniilor exprimate de acești autori atestă lipsa unui consens cu referire la violența domestică. Astfel, unii autori [112, 178] limitează violența domestică doar la acele acte de violență consumate dintre partenerii intimi, iar alții [4, 138, 139, 185], dimpotrivă, extind acțiunile violente și includ și alți membri ai familiei.

Potrivit Institutului Australian de Sănătate și Bunăstare (Australian Institute of Health and Welfare), violența domestică este *un set de comportamente violente sau intimidante comise de obicei între actuali sau foști parteneri intimi, prin care un partener își propune să exercite putere și control asupra celuilalt, prin frică, pe când violența în familie – drept comportamente violente sau intimidante împotriva unei persoane, comise de un membru al familiei, inclusiv de un soț sau partener de familie anterior* [7]. Prin urmare, în accepțiunea australiană, termenul *violența în familie* este mai amplu și cuprinde o gamă mai variată de legături de rudenie, incluzând și violența domestică.

Un studiu recent [239], menit să exploreze modul prin care este definită violența domestică prin prisma literaturii de specialitate publicate în perioada 2011-2021, a relevat o varietate de interpretări ale acestui fenomen, ceea ce demonstrează, încă o dată, lipsa unui consens în ceea ce privește definiția unanim acceptată a violenței domestice în rândul cercetătorilor. Studiul

subliniază complexitatea și amploarea problemei, fiind reflectată pluralitatea de perspective și abordări în analiza și înțelegerea violenței domestice. Cu toate acestea, autorii au reușit să identifice elementele comune ale acestor definiții, rezumând că violența domestică *poate fi definită, în sens larg, ca orice incident sau model de incidente violente, care include atât acțiuni, cât și inacțiuni, săvârșite de un membru al familiei sau de un partener intim, care cauzează sau are potențialul de a cauza prejudicii fizice și/sau emoționale victimei.*

În pofida opiniilor sus-enumerate, atât legislația României, cât și cea a Republicii Moldova percepe aceste noțiuni ca fiind echivalente. Astfel, cadrul normativ al Republicii Moldova până la ratificarea în anul 2021 a Convenției de la Istanbul [120], se referea exclusiv la termenul de *violență în familie*. Guvernul României a optat să completeze Legea nr. 217/2003 pentru prevenirea și combaterea violenței în familie [130], înlocuind sintagma de *violență în familie* din versiunea precedentă a cadrului normativ cu *violența domestică* [129]. Cu toate acestea, art. 199 al Codului Penal al României [41] încă mai păstrează sintagma de *violență în familie* ceea ce enunță o echivalență terminologică dintre aceste sintagme.

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

Sintetizând cele expuse anterior și analizând varietatea de opinii privind definirea conceptului de violență domestică, distingem mai multe elemente definitorii ale acestui fenomen, precum: controlul sau coerciția care se poate manifesta prin exercitarea puterii, influenței și dominării unui membru al familiei sau a partenerului intim asupra altor membri ai familiei; varietatea formelor de manifestare prin prejudicii fizice, emoționale, psihologice și sociale victimelor, afectându-le sănătatea, inclusiv cea sexuală, și bunăstarea generală; impactul devastator asupra victimelor, afectându-le sănătatea fizică și mentală; caracter repetitiv și continuu, care poate evolua și escalada în timp.

După cum am subliniat anterior, conceptul de violență este unul deosebit de amplu și complex. Indiferent de perspectiva abordată, este deosebit de important să recunoaștem că violența exercită efecte devastatoare și să conștientizăm consecințele și impactul violenței la nivel individual și social, dincolo de definiri și conceptualizări. Legea nr. 45/2007 cu privire la prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței în familie [127], enumeră următoarele forme de violență în familie: fizică, sexuală, psihologică, spirituală și economică. Cu toate că legislația Republicii Moldova definește termenul de violență în familie, explică formele și manifestările ei, aceasta (legislația) nu acoperă toate formele de violență domestică evidențiate în literatura de specialitate și cadrul normativ internațional și național al altor state.

Una dintre formele de violență domestică prezentate în literatura de specialitate, dar care nu este prevăzută de cadrul legislativ al Republicii Moldova, se referă la conceptul de *violența legată de onoare*. Acest termen este utilizat pentru a descrie o gamă extinsă de comportamente violente îndreptate împotriva victimei, cu precădere asupra femeilor, deși nu exclusiv, din care cea mai gravă manifestare este considerată uciderea din motive legate de *onoare* [91, 162, 209]. Deși nu există o definiție unanim acceptată a violenței legate de onoare, din punctul de vedere al autorului S. Strid și coaut. (2021) aceasta presupune orice formă de violență, opresiunea și amenințările exercitate pentru a proteja, apăra sau restabili credințele culturale sau onoarea familiei și/sau a comunității [209]. În această privință, M. Prpic (2015) consideră motivația agresorului drept punct comun al acestor tipuri de acțiuni orientate spre *redresarea unei pierderi de onoare* percepute ca fiind cauzată de comportamentul victimei [182]. Autorul subliniază că, de obicei, agresorii provin din familia victimei sau din comunitatea din care ea face parte, iar atacurile violente asupra victimei au la bază unele noțiuni determinate cultural despre ceea ce reprezintă un comportament acceptabil în astfel de situații. În opinia lui A.K. Gill (2014), violența legată de onoare include, dar nu se limitează la abuzuri fizice (lovire); abuz psihologic (urmărire, umilire, amenințări); violență sexuală (viol sau hărțuire sexuală); căsătorii forțate și convenite; abandon (lăsarea unei persoane în țara de origine sau trimiterea acesteia înapoi în țara de origine); decese (determinarea la sinucidere, omoruri) și alte practici dăunătoare (mutilarea genitală) [78].

O altă formă distinctă de manifestare a violenței domestice abordată de cele mai importante organizații în domeniul drepturilor omului (ONU [227], OMS [252], UNICEF și UNFPA [221]) în calitate de un model extrem al discriminării de gen, este practica mutilării genitale feminine. Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății (2020), dar și Fondului Internațional pentru Urgențe ale Copiilor al Națiunilor Unite (2023), mutilarea genitală feminină cuprinde *toate procedurile care implică îndepărtarea parțială sau totală a organelor genitale feminine externe sau alte leziuni ale organelor genitale feminine, în scopuri non-medicale* [222, 252]. Aceleași surse recunosc practica respectivă drept o gravă încălcare a drepturilor fetelor și femeilor cauzată de o inegalitate adânc înrădăcinată între sexe. OMS subliniază că intervenția *nu aduce beneficii pentru starea de sănătate a fetelor și femeilor*, efectul ei fiind contrar, cu daune profunde de ordin medical, fiziologic și psihologice atât imediate (hemoragie, durere severă, șoc, deces), cât și tardive (tulburări ale sistemului urinar, patologii inflamatorii, infertilitate, complicații în timpul nașterii, risc crescut al mortalității neonatale, depresie, anxietate etc.) [252].

Statisticile referitoare la prevalența mutilării genitale feminine sunt destul de îngrijorătoare. Astfel, conform datelor UNICEF (2023), cel puțin 200 milioane de femei și fete din întreaga lume au fost supuse acestei practici, dintre care estimativ 600.000 trăiesc în Europa [223]. Națiunile Unite (2023) evaluează că numai în 2023, 4.32 milioane de fete din întreaga lume riscă să fie

supuse mutilării genitale feminine, dintre care 190.000 se regăsesc în 17 țări europene [227]. Cu toate acestea, conform UNICEF, se constată o tendință generală de scădere a incidenței mutilării genitale feminine în ultimele trei decenii, chiar dacă nu toate statele înregistrează progrese egale în această direcție [223].

Sectorul sănătății joacă un rol cheie în eradicarea și prevenirea mutilării genitale feminine, având în vedere influența sa în cadrul comunităților, capacitatea de a gestiona complicațiile legate de această practică și responsabilitatea sa de a respecta principiile etice *de a nu dauna*. Cu toate acestea, există dovezi [223, 229] cu privire la implicarea lucrătorilor din domeniul sănătății în această practică dăunătoare ce reprezintă o gravă încălcare a drepturilor omului și a principiilor eticii medicale. Astfel, conform unei recente analize a UNICEF (2023) [223], aproximativ 1 din 4 fete și femei, care au suferit mutilare genitală feminină (52 de milioane de supraviețuitoare din întreaga lume), au fost supuse intervenției de către personalul medical.

În 2023, Guvernul Republicii Moldova a aprobat Hotărârea nr. 223/2023 cu privire la aprobarea Metodologiei de lucru a echipei de intervenție în cazurile de violență sexuală și a Instrucțiunii de lucru a echipei de intervenție în cazurile de violență sexuală [96]. Potrivit acesteia, violența sexuală poate adopta forme diferite, fără a se limita doar la actele de contact sexual neconsimțite, care pot include o gamă largă de comportamente sexuale, inclusiv încercări de a obține un act sexual, hărțuire sexuală, umilire, șantaj, constrângere, exploatare sexuală și mutilare genitală feminină. Anexa la Instrucțiunea de lucru a echipei de intervenție în cazurile de violență sexuală conține o *Fișă de evaluare a riscurilor victimei în caz de violență sexuală*, care urmează a fi completată de către profesioniștii care răspund la cazurile de violență sexuală. Astfel că, la p. 5 – *Modalitatea în care a fost săvârșită violența sexuală*, sunt reglementate acțiunile de mutilare genitală, constând în: extirparea, infibularea sau efectuarea oricărei alte mutilări, totale sau parțiale, a labia majora, labia minora sau a clitorisului unei femei. În prezent, în Republica Moldova, acțiunile de mutilarea genitală pot fi încadrate în prevederile de la art. 151 sau art. 152 Cod penal, fără a fi indicat subiectul special – membru de familie.

O altă practică nocivă cu încălcarea gravă a drepturilor fundamentale ale fetelor și femeilor este căsătoria forțată. Cu toate că aceasta mai este încă înregistrată în unele comunități minoritare din Republica Moldova, în special în rândul copiilor [220], ea nu este reglementată de legislația națională în calitate de manifestare a violenței domestice. La moment, căsătoria forțată, este incriminată la art. 167 Cod Penal (Sclavia și condiții similare sclaviei) – *punerea sau ținerea unei persoane în condiții în care o altă persoană exercită stăpânire asupra acesteia sau determinarea ei, prin utilizarea înșelăciunii, constrângerii, violenței sau amenințării cu violență, să se angajeze sau să rămână în raport de concubinaj sau căsătorie* [40, art. 167].

După datele Consiliului Europei (2018) [51], fiecare zi, în întreaga lume, aproximativ 39.000

de fete tinere sunt căsătorite forțat înainte de a atinge vârsta majoratului. Conform Convenției de la Istanbul (2011), statele semnatare au datoria de a criminaliza atât mutilarea genitală feminină, cât și căsătoria forțată [212], întrucât aceste practici sunt considerate încălcări grave ale drepturilor omului.

O altă formă de violență domestică recunoscută de cadrul normativ internațional, precum Parlamentul Europei [134] și Consiliul Europei [212], regăsită și în Legea României 217/2003 pentru prevenirea și combaterea violenței domestice [130, art. 4], este violența cibernetică, care semnifică *hărțuire online, mesaje online instigatoare la ură pe bază de gen, urmărire online, amenințări online, publicarea nonconsensuală de informații și conținut grafic intim, accesul ilegal de interceptare a comunicațiilor și datelor private și orice altă formă de utilizare abuzivă a tehnologiei informației și a comunicațiilor prin intermediul calculatoarelor, telefoanelor mobile inteligente sau altor dispozitive similare care folosesc telecomunicațiile sau se pot conecta la internet și pot transmite și utiliza platformele sociale sau de e-mail, cu scopul de a face de rușine, umili, speria, amenința, reduce la tăcere victima*. În această privință, Consiliul Europei [212] definește mai multe forme de violență cibernetică, precum: bullying-ul cibernetic, pornografie de răzbunare, crima cibernetică, stalking-ul cibernetic, violența sexuală online împotriva copiilor.

De remarcat că modificările legislației penale din 2023 sunt foarte importante, în special la capitolul infracțiuni privind viața sexuală [125]. În acest context, articolul 177 din Codul Penal al Republicii Moldova fost completat cu alineatul (3), având următorul cuprins: *„Răspândirea informației cu caracter sexual, incluzând imagini și înregistrări cu conținut sexual, inclusiv prin intermediul tehnologiilor informaționale, în scop de răzbunare, ură, înjosire sau lezare a onoarei și demnității persoanei”* [125, art. 177]. Legiuitorul nu a prevăzut, însă, o calitate specială a subiectului infracțiunii – membru de familie.

Violența sexuală asupra copiilor prin intermediul rețelelor de comunicații electronice este incriminată la art. 175¹ Cod Penal – Ademenirea minorului în scopuri sexuale: *propunerea, convingerea, manipularea, amenințarea, promisiunea de a oferi avantaje sub orice formă, efectuate inclusiv prin intermediul tehnologiilor informaționale sau comunicațiilor electronice, în vederea stabilirii unei întâlniri cu un minor, inclusiv prin intermediul rețelelor de comunicații electronice, cu scopul săvârșirii împotriva acestuia a oricărei infracțiuni privind viața sexuală, dacă aceste acțiuni au fost urmate de fapte materiale care conduc la o astfel de întâlnire* [125, art. 175¹].

Legea României nr. 217/2003 [130, art. 4] evidențiază drept o entitate aparte violența socială, ce semnifică *impunerea izolării persoanei de familie, de comunitate și de prieteni, interzicerea frecventării instituției de învățământ sau a locului de muncă, interzicerea/limitarea realizării profesionale, impunerea izolării, inclusiv în locuința comună, privarea de acces în spațiul de*

locuit, depozitarea de acte de identitate, privare intenționată de acces la informație, precum și alte acțiuni cu efect similar.

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

Modificările realizate la Codul Penal și la Legea cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie sunt salutate de către Comitetul GREVIO, în raportul pe țară, realizat recent [82].

Este important să menționăm că baza normativă și politicile sociale se modifică în timp odată cu evoluția legislației privind drepturile omului, fapt ce dictează necesitatea de ajustare a cadrului legal național la standardele internaționale. După ratificarea Convenției de la Istanbul (2011) în anul 2021, Republica Moldova a inițiat deja procesul de aliniere a legislației naționale la acest instrument internațional important, unele dintre primele modificări importante vizând infracțiunile privind viața sexuală [125] reglementate de Codul Penal. Suntem siguri că acest proces va continua până la includerea tuturor formelor existente de violență, astfel încât membrii fiecărei familii să fie protejați de toate formele de violență domestică recunoscute.

Sub aspect criminologic violența în familie, este o formă de violență asupra partenerului, asupra copilului sau asupra vârstnicului neputincios. Violența este un model de comportament care se caracterizează printr-un exercițiu de control și un abuz de putere de către o persoană asupra unei alte persoane în contextul unei relații intime, are un caracter repetitiv, iar impactul traumei face ca victimei să-i fie foarte dificil să-și părăsească partenerul [47].

În actul comiterii violenței în familie se presupune existența unui subiect activ (făptuitorul) și a unui pasiv (victima), membri ai unei familii. Atât Legea 45/2007 cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie [127], cât și articolul 133¹ din Codul Penal al Republicii Moldova, [40] definesc noțiunea de membru de familie în funcție dacă aceștia locuiesc sau nu în același domiciliu, după cum urmează: în condiția de conlocuire (persoanele aflate în căsătorie, în divorț, persoanele în privința cărora a fost instituită o măsură de ocrotire judiciară, rudele, afiniile lor, soții rudelor, persoanele aflate în relații asemănătoare celor dintre soți (concubinaj) sau dintre părinți și copii) și în condiția de locuire separată (persoanele aflate în căsătorie, în divorț, rudele, finii lor, copiii adoptivi, persoanele în privința cărora a fost instituită o măsură de ocrotire judiciară, persoanele care se află ori s-au aflat în relații asemănătoare celor dintre soți).

Prin urmare, analiza prevederilor normelor legislative menționate anterior reflectă că, violența în familie poate exista și în afara structurii familiale tradiționale. Aceasta poate include orice formă de abuz sau violență care are loc între membrii unei unități de familie, indiferent de relațiile lor legale sau de configurația lor familială. Aspectul dat subliniază complexitatea fenomenului, sugerând că violența în familie nu cunoaște limite și poate afecta pe oricine, indiferent de unele caracteristici individuale.

În conformitate cu pct.19 al Directivei 2012/29/UE a Parlamentului European și a Consiliului din 25 octombrie 2012 [57], o persoană ar trebui să fie considerată victimă indiferent dacă autorul infracțiunii a fost identificat, arestat, urmărit în justiție sau condamnat și indiferent de legătura familială dintre aceștia. În contextul violenței în familie există unele grupe distincte de persoane cu o vulnerabilitate amplificată nu doar de statutul de victimă, ci și de barierele suplimentare pe care acestea le pot întâlni în accesarea diferitor servicii de suport și protecție, precum și de riscurile mai mari la care sunt expuse din cauza vârstei, statutului socio-economic, stării civile, statutului de migrant sau refugiat, stării de sănătate (handicap, statut HIV), orientării sexuale sau din cauza stereotipurilor și normelor sociale legate de gen [146]. Profesioniștii din domeniul sănătății ar trebui să fie conștienți de influența acestor factori și să înțeleagă riscurile și/sau nevoile specifice ale persoanelor ce aparțin unuia sau mai multor grupuri marginalizate. Recunoașterea acestora este esențială pentru oferirea serviciilor de suport fără discriminare, cât și pentru dezvoltarea și implementarea unor strategii de intervenție și suport eficiente. Aceste grupe includ:

a. femeile, în special cele fără o educație profesională

„Unul dintre principalii factori de risc de a deveni victimă a agresiunii sexuale și/sau a violenței domestice este a fi femeie”[213]. Această afirmație este larg acceptată în literatura de specialitate și rapoartele organizațiilor internaționale preocupate de drepturile femeilor și de prevenirea violenței, fiind subliniat impactul disproporționat al violenței domestice și sexuale asupra femeilor comparativ cu bărbații. Cercetătorii H.P. Siltala (2020) [203], L.K. Hamberger (2015) [83] și R.K. Yau și coautorii (2013) [257], au constatat că femeile sunt mai predispuse să se confrunte cu violența în familie și să solicite tratament pentru consecințele medicale ale violenței în familie, pe când bărbații sunt mai predispuși să se confrunte cu alte tipuri de violență și să solicite tratament medical pentru leziuni rezultate din violența non-familială. În societățile patriarhale, normele și rolurile de gen sunt adesea structurate într-un mod care favorizează bărbații (atribuie poziții de autoritate, putere și control) și limitează femeile la anumite roluri subordonatoare și responsabilități (precum îngrijirea copiilor și a gospodăriei), ceea ce poate alimenta violența domestică [46, 133]. Studiile au arătat că femeile și copiii sunt expuși unui risc mai mare de violență decât bărbații [26, 200, 241, 249, 255]. Acest fapt este confirmat și în

Convenția de la Istanbul (2011)[50], care recunoaște faptul că femeile și fetele sunt expuse unui risc mai mare de violență de gen decât bărbații [162]. Organizația Mondială a Sănătății constată că femeile victime ale violenței domestice (în comparație cu victimele de sex masculin) se confruntă cu traume mai grave și mult mai frecvente. Această constatare este susținută și de S. Walby și coautorii săi (2016) [236], care subliniază că femeile sunt mult mai expuse riscului de abuzuri repetate [88]. Pe plan național, studiul *Violența față de femei în familie* realizat în 2011 de către Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova, a evidențiat că cele mai afectate de fenomenul violenței domestice sunt femeile din mediul rural, femeile cu un nivel scăzut de studii, șomerele sau cele angajate în activități agricole pe cont propriu [16, 162]. Observații similare privitoare la acești factori de risc au fost constatate și de cercetările unor autori precum P.P. Oliveira (2015) [149] și A.R. Yakubovich (2018) [256]. Vulnerabilitatea femeilor este confirmată și de datele Ministerului Afacerilor Interne al Republicii Moldova, potrivit cărora în peste 82,2% de cazuri victime ale violenței domestice au fost femei (Figura 1) [147].

b. femeile gravide

Violența domestică în timpul sarcinii este asociată unor consecințe severe și negative asupra sănătății gravidei și fătului [3]. Un studiu realizat de Biroul de Statistică Australian [6] a relevat că 1 din 5 femei însărcinate sunt expuse violenței domestice în perioada gravidității. L. Parsons și coautorii [164] estimează că până la 20% dintre femeile însărcinate se confruntă cu violență în timpul sarcinii, ceea ce face ca aceasta să fie mai frecventă decât diabetul gestațional sau preeclampsia, afecțiuni depistate în mod obișnuit de către medici la femeile însărcinate [144]. L.E. Saltzman și coautorii [197] afirmă că un procent semnificativ (50-75%) dintre femeile abuzate înainte de sarcină sunt abuzate și în timpul sarcinii [144], subliniind astfel gravitatea și riscul ridicat de persistență a violenței domestice într-o perioadă extrem de vulnerabilă pentru femei.

În cadrul unui studiu realizat în 2013, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a evidențiat că femeile însărcinate care au fost expuse la violența din partea partenerului intim au avut cu 16% mai multe șanse de a experimenta un avort spontan și cu 41% mai multe șanse de a avea o naștere prematură [245].

În multe relații abuzive, accesul sexual este obținut prin utilizarea de amenințări și chiar a forței fizice. Poate fi de asemenea controlată de către partenerul abuziv și măsura în care femeia are sau nu acces la servicii de planificare familială [23], ceea ce poate duce la apariția unei sarcini nedorite. Mai multe studii au identificat o asociere între violența domestică și o sarcină nedorită sau neplanificată [42].

Turliuc M. și coautorii (2022) în lucrarea „*Violența în familie. Teorii, particularități și intervenții specifice*” [218] analizează mai multe studii care reflectă două aspecte importante ce vizează statutul victimei în perioada sarcinii. Pe de o parte, femeile abuzate pot fi împiedicate în a

căuta servicii medicale de specialitate de către partenerii lor abuzatori ceea ce poate duce la întârzierea oferirii de îngrijiri specializate sau la întâlniri ratate, iar pe de altă parte anume datorită controalelor periodice, devine mai dificil ca violența să fie ținută secretă sau să fie explicată, altfel, o serie de leziuni. Totodată, se atestă o creștere a geloziei și posesivității partenerului, or un copil nenăscut poate fi perceput ca o amenințare directă la adresa bărbatului, un rival la atenția, grija și capacitatea de a lucra a femeii. Frica de a anunța partenerul despre sarcină sau decizia de a întrerupe sarcina fără a comunica partenerului, la fel, pot fi consecințe ale violenței față de femei. Un aspect important, ce ține de independența de a lua decizii, de a fi *stăpână asupra propriului corp* se referă la intervalul dintre sarcini, arătând că în rândul femeilor victime ale abuzului de către partener se întâlnește fenomenul de *sarcini rapid repetate*, ceea ce implică un grad înalt de risc asupra sănătății femeii și viitorului bebeluș [218]. Sarcina generează o dependență mai mare pentru femei față de partenerii lor din punct de vedere fizic, emoțional și financiar, crescând astfel vulnerabilitatea acestora. Sarcina, de asemenea, poate fi percepută de către agresor ca un mijloc de a-și impune controlul asupra victimei, de a împiedica femeia să-și continue activitățile profesionale sau educaționale. Printre consecințele imediate se enumeră reacțiile fiziologice generate de stres, leziunile corporale survenite în urma actelor de violență, infecții ale tractului urinar și sistemului renal, hipertensiune arterială, tulburări mintale, naștere prematură sau avort spontan, greutate mică a fătului la naștere sau deces fetal [249], precum și diete nesănătoase, depresie postpartum severă, dificultăți în alăptare [161, 218].

c. persoanele cu copii

Persoanele cu copii se confruntă cu o vulnerabilitate crescută față de violența domestică dintr-o serie de motive complexe, care implică factori sociali, emoționali, economici și psihologici. J. Petersson și S. Thunberg (2022) [171] subliniază că femeile cu copii, în special mamele singure, prezintă un risc mai mare de a se confrunța cu violența domestică. Printre factorii care pot determina victima de a rămâne într-o relația abuzivă se numără lipsa resurselor financiare independente, altele decât cele ale agresorului, frica că copiii pot deveni însuși victime ale agresorului, frica de izolare, sărăcie și lipsa unui adăpost [199]. Unii autori [20, 110] preferă utilizarea în acest context a noțiunii de *dependență maritală*, care subliniază modul în care constrângerile economice și emoționale pot lega victima de agresor, ceea ce face dificilă părăsirea relației abuzive. Această dependență este adesea amplificată de sistemele sociale și culturale care valorizează unitatea familială peste bunăstarea individuală, încurajând victimele să „tolereze” indiferent de prejudiciul adus. În plus, stigma socială asociată cu divorțul poate descuraja victimele cu copii să caute ajutor sau să părăsească relația, având teamă de judecata publică, fiind intensificat sentimentul de neputință și captivitate.

d. copii și adolescenții

„Cele mai mari victime ale violenței domestice sunt cele mai mici” [28]. Copiii sunt victime ale violenței domestice atât direct, cât și indirect în calitate de martori [162, 198]. Expunerea unui copil la violența domestică, indiferent de vârstă, poate avea consecințe grave din punct de vedere psihologic, comportamental și fizic. Acestea includ depresie, anxietate, simptome asociate traumei, agresivitate crescută, comportament antisocial, probleme de temperament și de dispoziție, probleme de învățare și de performanță școlară, stima de sine scăzută, persistența fricii și a conflictelor interpersonale, sentimentul de singurătate, susceptibilitate crescută la abuzul de alcool sau substanțe, precum și expunerea la riscul de șomaj și lipsa de adăpost [90, 145, 210]. Consecințele pe termen lung pot fi ireversibile, atât pentru starea fizică, cât și cea psihico-emoțională. Victimele violenței în familie dezvoltă un comportament secretos, tăcut, până la incapacitatea de a povesti ce i se întâmplă, ceea ce este de asemenea o consecință a inhibițiilor constante impuse sau autoimpuse specifice unei relații de teroare în care copilul „învață” că este spre binele său și al semenilor să vorbească cât mai puțin despre ceea ce se petrece în sânul familiei [218].

e. persoanele în vârstă

Cea mai comună definiție a abuzului asupra persoanelor în vârstă este cea adoptată de Organizația Mondială a Sănătății (OMS): *un act unic sau repetat, sau absența unei acțiuni adecvate, care apare în cadrul oricărei relații bazate pe încredere și care provoacă prejudicii sau suferințe unei persoane în vârstă* [251]. Deși abuzul asupra vârstnicilor este adesea intergenerațional, acesta poate fi comis de orice membru al familiei persoanei în vârstă sau de alte relații de încredere [108, 145]. Un review al literaturii realizat în anul 2017, care a examinat 52 de studii din 28 de țări din diverse regiuni, a estimat că în medie 1 din 6 persoane (15,7%) cu vârstă de peste 60 de ani este supusă unei forme de abuz [251, 258]. K. Pillmer și coautorii (2016) [173] constată că abuzul asupra persoanelor în vârstă poate avea consecințe grave asupra stării financiare și sociale, sănătății fizice și mentale, inclusiv leziuni fizice, mortalitate prematură, depresie, declin cognitiv, pagube materiale și plasament în aziluri de bătrâni. Totodată, de menționat că în cazul persoanelor senile, consecințele abuzului pot fi deosebit de grave, iar recuperarea poate dura mai mult timp comparativ cu alte grupe de vârstă [251].

f. persoanele cu dizabilități fizice sau psihice

Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități (2006) [226] include protecția împotriva exploatării, violenței și abuzului din perspectivă de gen, pentru persoanele cu dizabilități ca un dezavantaj suplimentar și promovează egalitatea efectivă a femeilor și fetelor cu dizabilități. Ele pot întâmpina piedici în accesarea serviciilor de suport din cauza unui mediu care nu este ajustat pentru a răspunde nevoilor lor [145].

După părerea lui P. Frawley și coautorii (2015) [68], femeile cu dizabilități fizice sau psihice

se confruntă cu un risc mai mare de a deveni victime ale violenței domestice comparativ cu alte femei, asemenea acte manifestându-se mult mai frecvent, căpătând forme specifice și fiind de o durată mai lungă. Complexitatea problemei derivă din faptul că multe femei cu dizabilități sunt deosebit de vulnerabile în cazul în care agresorul lor este și un îngrijitor. Vulnerabilitatea acestei categorii distincte de persoane de a fi expuse unui risc mai mare de violență domestică, în viziunea lui A. George și B. Harris (2014) [75], este cauzată de dependența lor de asistență și îngrijire zilnică din partea partenerilor și membrilor familiei, care, în majoritatea situațiilor, sunt identificați ca agresori. În plus, atunci când devin victime ale violenței, persoanele cu anumite dizabilități ar putea să nu posede suficiente cunoștințe necesare pentru recunoașterea abuzului și raportarea acestuia, sau să nu fie pe deplin conștiente de drepturile lor și de măsurile de protecție legală disponibile. De aceea, în legislația dedicată din unele țări [130], noțiunea de membru al familiei include și reprezentantul legal sau o altă persoană care îngrijește persoana cu boală psihică, dizabilitate intelectuală ori handicap fizic, cu excepția celor care îndeplinesc aceste atribuții în exercitarea sarcinilor profesionale.

Există multe femei care au dobândit o formă de dizabilitate ca urmare a violenței în bază de gen. Femeile au un risc crescut de a deveni persoane cu dizabilități în timpul vieții din cauza *neglijării în îngrijirea sănătății, condițiilor precare ale forței de muncă și/sau din cauza violenței bazate pe gen* [62]. Abuzul în familie poate determina ca o femeie să obțină o formă de dizabilitate: *violența din partea partenerului intim este una dintre cele mai frecvente cauze ale prejudiciului integrității fizice a femeilor* [231]. Poate provoca leziuni fizice la nivelul capului/gâtului/feței, precum și probleme ginecologice, rezultat al sexului forțat. De asemenea, poate provoca probleme psihologice, inclusiv leziuni cerebrale traumatice cauzate de strangulare [231]. În plus, partenerii au mai multe șanse să-și părăsească soția dacă aceasta devine o persoană cu dizabilitate după căsătorie [161, 234].

Nu mai puțin important este faptul că, la nivel global, femeile și fetele cu dizabilități sunt mai puțin probabil să frecventeze și să finalizeze școala decât omologii lor de sex masculin și fără dizabilitate. Puțin sub 42% dintre fetele cu dizabilități termină școala primară, comparativ cu 51% băieți cu dizabilități și 53% fete fără dizabilități [228]. Ca urmare, ele pot avea perspective economice și sociale mai scăzute, fapt ce le crește dependența economică față de îngrijitori și potențialii agresori.

g. persoanele care trăiesc în comunități rurale și îndepărtate

Persoanele care locuiesc în comunități rurale și îndepărtate pot fi expuse unui risc mai mare de a se confrunta cu violența domestică [259]. C. Peek-Asa și autorii (2011) [167], studiind prevalența violenței domestice în mediul rural al Statelor Unite ale Americii, a remarcat că 22,5% dintre femeile din zonele rurale mici și izolate au raportat că au fost abuzate de partenerul intim,

comparativ cu 15,5% pentru femeile din mediul urban. Mai mult, același studiu a constatat că femeile din zonele rurale experimentează un nivel semnificativ mai ridicat de gravitate a abuzului fizic comparativ cu cele din zonele urbane. Există, de asemenea, o recunoaștere a vulnerabilității crescute față de efectele violenței domestice și a barierelor întâmpinate în calea accesării asistenței de suport. Acest lucru se datorează unei varietăți de factori, cum ar fi cei geografici, economici, culturali și sociali, care sunt mai des întâlniți în comunitățile mai mici în comparație cu zonele urbane mai mari [145, 161, 240].

h. persoanele care fac abuz de alcool sau substanțe psihoactive

Consumul abuziv de alcool sau de alte substanțe psihoactive de către agresori sau victimele violenței domestice poate fi un indicator al unui risc crescut în ceea ce privește frecvența și gravitatea violenței [119]. Aceeași părere este împărtășită și de R. Mayshak și coautorii (2022) [137] care, realizând un studiu în Australia, au constatat că actele de violență domestică asociate cu consumul de alcool au de două ori mai multe șanse să capete o formă fizică, inclusiv există riscul de a fi asociate cu leziuni ce pot amenința viața persoanei [205]. Un studiu realizat în Marea Britanie subliniază faptul că două treimi din episoadele de violență domestică raportate poliției au avut loc *sub influența alcoolului* [205]. Gravitatea problemei este accentuată și de o probabilitate sporită ca o victimă consumatoare de alcool sau substanțe psihoactive să aibă un partener intim care face abuz de aceste substanțe [145]. Mai mult, considerăm că unii agresori se pot folosi de starea victimei pentru a justifica și intensifica actele de violență. Studiile [81, 188] au arătat că bărbații tind să comită acte de violență mai severe după ce au consumat alcool, pe când femeile care consumă alcool în exces sunt mai susceptibile de a fi abuzate de partenerii lor de viață [205]. Cu toate acestea, literatura de specialitate accentuează faptul că un consum de alcool este mai degrabă asociat cu o severitate mai mare a violenței domestice decât de apariția acesteia [81] și se agravează odată cu creșterea cantității de alcool consumată [64].

i. persoanele LGBTQI+

Studiile [136, 238] indică faptul că persoanele LGBTQI+ sunt mai vulnerabile de a deveni victime și raportează rate semnificativ mai mari de violență din partea partenerilor intimi comparativ cu persoanele heterosexuale. Astfel, 43,8% din femeile lesbiene și 61,1% din femeile bisexuale au experimentat violență sexuală, violență fizică și/sau stalking din partea unui partener intim la un moment dat în viața lor, comparativ cu 35% dintre femeile heterosexuale. De asemenea, 26% din bărbații homosexuali și 37,3% din bărbații bisexuali au avut experiențe similare. Vulnerabilitatea persoanelor LGBTQI+ poate fi argumentată prin reticența acestora de a raporta actele de violență domestică pe care le suferă, din teama ostracizării și discriminării, a unui posibil răspuns negativ din partea autorităților sau sistemului judiciar, a intensificării violenței, a expunerii publice, a lipsei de încredere sau a judecării sociale [145].

Urmează a fi luată în calcul și situația care determină neacceptarea de către alți membri ai familiei a orientării sexuale a altora, fapt care generează conflicte între copii și părinți sau alți membri de familie.

j. persoanele cu nivel scăzut de alfabetizare

Persoanele cu nivel scăzut de alfabetizare se pot confrunta cu riscuri crescute în ceea ce privește violența domestică din cauza mai multor factori interconectați care agravează vulnerabilitatea și limitează accesul la resurse și servicii de suport [54]. Mai mult, persoanele cu un nivel scăzut de alfabetizare se pot confrunta cu bariere lingvistice, de citire și scriere, ceea ce poate limita accesul lor la informații și servicii de suport [145].

k. persoanele din diferite culturi și limbi (familii mixte)

Persoanele membre ale unor grupuri diverse din punct de vedere cultural și lingvistic se pot confrunta cu o izolare socială accentuată din cauza diferențelor culturale, religioase, barierelor lingvistice, dar și dependenței financiare de agresor [145]. Acestea pot fi și motivul pentru care femeile tind să fie reticente în a solicita ajutor în cazurile de violență domestică [66]. Problema este agravată inclusiv de necunoașterea sistemului legal, precum și de absența accesului la servicii adaptate nevoilor lor, cum ar fi disponibilitatea traducătorilor. În comunitățile restrânse, interacțiunea personală cu interpretul poate crește temerile legate de confidențialitate și intimitate, complicând astfel eforturile de a obține ajutorul necesar [75].

1.2. Amploarea și tendințele violenței în familie

Violența domestică este o problemă globală care afectează toate țările lumii, deseori fiind bine camuflată și ascunsă în spatele unor concepții greșite despre rolurile tradiționale ale bărbaților și femeilor în familie și societate. Aceasta rămâne în continuare una dintre cele mai grave și larg răspândite infracțiuni cu care se confruntă toate societățile contemporane, lezând drepturile și demnitatea umană a membrilor acestora, cu consecințe grave în plan fizic, emoțional, financiar și social asupra victimelor, familiilor și societății în întregime [162]. Violența pune în pericol stabilitatea familiei și are un impact negativ asupra tuturor membrilor ei, inclusiv copii, care ajung victime și martori ai violenței ce cresc într-un mediu conflictual, nefericit. Aceasta este asociată cu asumarea de comportamente de risc, care se pot manifesta odată cu înaintarea în vârstă [80]. Deși violența domestică a fost recunoscută ca o problemă socială de mai multe decenii, ea rămâne o infracțiune subraportată și implicit subevaluată, iar amploarea sa continuă să fie de o relevanță majoră și astăzi. Conform statisticelor globale, violența domestică este cea mai comună și răspândită formă de victimizare a femeilor, fapt explicat de persistența stereotipurilor și convingerilor privind rolurile tradiționale patriarhale de gen în familii și societate [260]. Această formă de violență este considerată drept o *crimă nevăzută* sau produsă în *spatele cortinei* prin

urmare, este dificil, sau chiar imposibil, să se realizeze statistici exacte privind adevărata sa prevalență, deoarece numărul de cazuri raportate este substanțial mai mic decât numărul cazurilor care au loc în realitate. Cu toate acestea, în conformitate cu datele statistice ale Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), la nivel global, aproape o treime dintre femei au fost supuse violenței fizice sau sexuale din partea partenerului de viață cel puțin o dată [248]. Aceeași sursă reflectă că femeile tinere sunt cele mai vulnerabile, deoarece 27% dintre femeile cu vârste cuprinse între 15 și 49 de ani din întreaga lume au fost supuse violenței fizice și/sau sexuale din partea partenerului [248]. Prevalența violenței domestice diferă de la o țară la alta, fiind determinată de o serie de factori, cum ar fi diferențele culturale, sociale, economice și de altă natură. În unele regiuni ale lumii, rata femeilor supuse violenței din partea partenerului intim atinge cifre semnificativ de înalte, precum 40,6% în America Latină, 41,8% în Africa Subsahariană de Vest, 41,7% în Asia de Sud și 65,6% în Africa Centrală Subsahariană [189].

În cadrul unui studiu global privind omuciderea (2022), Oficiul Națiunilor Unite pentru Droguri și Criminalitate (UNODC) a estimat că, în medie, peste cinci femei sau fete sunt ucise în fiecare oră de o persoană din propria familie. Aceeași sursă relatează că 45.000 de femei (56%) au decedat în anul 2021 în urma acțiunilor unei persoane apropiate. Studiul dezvăluie că rata femeilor ucise de partenerul de viață sau de un alt membru al familiei la 100.000 de populație pe glob reprezintă 1,1, cel mai mic indicator fiind înregistrat pe continentul european (0,6), iar cel mai înalt – pe cel african (2,5) [232]. Potrivit studiului *Violența față de femei în Uniunea Europeană* (2015), menit să evalueze amploarea violenței față de femei în Uniunea Europeană, se estimează că anual sunt înregistrate circa 3500 de decese asociate cu violența domestică, cu 9 victime înregistrate zilnic, majoritatea dintre ele fiind femei (7 din 9) [233]. Statistica Consiliului Europei reflectă că 45% dintre femei au suferit de vreo formă de violență pe parcursul vieții, iar între 12% și 15% de femei din Europa, cu vârsta de peste 16 ani, sunt victime ale violenței în familie [160, 233]. Potrivit studiului *Bunăstarea și siguranța femeilor* realizat de Organizația pentru Securitate și Cooperare în Europa (OSCE) (2019), în Republica Moldova, 73% de femei au fost supuse cel puțin unei forme de violență din partea partenerului intim la un moment dat în viață, indicator ce semnificativ depășește media din Uniunea Europeană. Violența psihologică rămâne în continuare cea mai răspândită formă, afectând 71% dintre femei, în timp ce violenței fizice îi revin 33% [155]. Ministerul Afacerilor Interne al Republicii Moldova expune în raportul său anual că doar în anul 2022 au fost constatate 2471 cazuri de violență în familie, dintre care 81,3% de victime au fost femei. Amploarea fenomenului violenței în familie poate fi reflectată și de dinamica adresărilor victimelor la organele de poliție. Conform datelor MAI [147], anual se atestă o creștere constantă a raportării cazurilor de la 6706 în anul 2013 la 15976 în anul 2024. Este de atenționat și faptul că, în fiecare an, în Republica Moldova sunt înregistrate circa 30 de omucideri generate de violența în

familie și 5 cazuri de suicid determinate de aceasta.

Raportul de analiză a cazurilor examinate de Comisia de monitorizare și analiză a cazurilor de violență în familie soldate cu deces sau cu vătămare gravă a integrității corporale a victimelor în anul 2022 a analizat 24 de cazuri în care femeile și-au pierdut viața în urma actelor de violență în familie [140].

Datele statistice sunt foarte importante pentru a înțelege complexitatea fenomenului și pentru a identifica punctele forte și cele slabe în răspunsul la cazurile de violență în familie. În Raportul de evaluare a Republicii Moldova, Comitetul GREVIO încurajează ferm autoritățile din Republica Moldova să asigure colectarea de date de către furnizorii de servicii medicale cu privire la contactul acestora cu femeile în legătură cu experiențele de violență în bază de gen. Astfel de date ar trebui să fie dezagregate, cel puțin, după sex și vârstă atât a victimei, cât și a făptuitorului, relația dintre acestea, tipul de violență și localizarea geografică [82].

1.3. Consecințele violenței domestice

Violența domestică este un fenomen complex și devastator, iar consecințele sale afectează atât subiecții implicați, cât și societatea per ansamblu. Cu toate că violența în familie exercită un impact profund asupra tuturor persoanelor afectate, aceasta are consecințe mai severe asupra femeilor și a copiilor [253]. Potrivit unui raport recent al OMS (2021), violența din partea partenerului intim cauzează probleme grave de sănătate fizică, mentală, sexuală și reproductivă pe termen scurt și lung pentru femei. În același timp, violența domestică afectează sănătatea și bunăstarea copiilor lor [249]. Carneiro și coaut. (2017) evidențiază în calitate de consecințe de ordin fizic, sexual și psihologic leziunile traumatice de diferit grad (inclusiv letale), sarcinile nedorite, intervențiile de avort, bolile cu transmitere sexuală, complicațiile legate de sarcină în contextul agresiunilor în timpul perioadei de gestație, depresia, tulburările de stres posttraumatic, frica, anxietatea, izolarea socială și tulburările de somn [26]. Această listă de consecințe este completată de M. Polychronopoulou (2016), D.E. Stewart și coaut. (2020), K. Alejo (2014), A. Kumar și coaut. (2013) și WHO (2021) cu tulburări gastro-intestinale, tulburări de alimentație, dureri cronice, mobilitate redusă, tentative de suicid, dependență de substanțe de abuz și stare de sănătate precară [2, 118, 175, 207, 249].

Ca orice alt fenomen social negativ, violența în familie are implicații semnificative asupra aspectelor morale, sociale și economice ale societății, unele dintre care au fost enunțate în Strategia națională *de prevenire și combatere a violenței față de femei și violenței în familie pe anii 2018-2023* [98], care ulterior au servit în calitate de suport la elaborarea Programului național *privind prevenirea și combaterea violenței față de femei și a violenței în familie pentru anii 2023-2027* [181]. Printre efectele nocive social-economice ale violenței domestice enunțate de strategie, se

enumeră: creșterea mortalității; creșterea numărului concediilor medicale; scăderea productivității muncii, irosirea timpului de lucru; sporirea cheltuielilor pentru asigurări; cheltuieli inutile în diverse domenii (păstrarea ordinii publice, justiție, medicină ș. a.); întreținerea copiilor rămași fără îngrijire părintească; perpetuarea violenței din generație în generație; înrădăcinarea ideii despre așa-zisa superioritate a bărbatului. Aceeași sursă indică și existența unor costuri de natură morală, printre care: impactul asupra relațiilor dintre parteneri; destrămarea familiilor; dezorganizarea relațiilor părinți-copii; creșterea criminalității în societate; deprecierea valorilor general-umane [98].

Organizația Mondială a Sănătății [249] clasifică consecințele violenței domestice drept imediate (acute) și de lungă durată (cronice), totodată accentuând că intensitatea actului de violență este direct proporțională cu gravitatea impactului asupra sănătății femeii. OMS subliniază, de asemenea, că expunerea unei persoane la mai multe forme de violență (cum ar fi violența fizică și sexuală) și/sau la multiple acte de violență poate conduce la consecințe mai serioase în timp pentru sănătatea acesteia [249].

Violenta domestică poate duce atât la femicid, cât și la suicid, fie în rezultatul direct al actelor de agresiune, fie în urma efectelor adverse pe termen lung asupra sănătății, inclusiv a traumelor psihice. Cea mai cuprinzătoare clasificare a consecințelor actelor de violență în familie asupra sănătății femeii a fost propusă de L. Heise și coaut. (1999) [87], care le-a divizat în fatale și non-fatale. Potrivit UNODC (2022), femicidul familial reprezintă punctul final al unui continuum de forme de violență de gen multiple, suprapuse și interconectate [232]. Aceeași sursă relevă că, în 2021 aproximativ 45.000 de femei și fete din întreaga lume au fost ucise de partenerii lor intimi sau de alți membri ai familiei (inclusiv tați, mame, unchi și frați). Actualii și foștii parteneri intimi sunt ferm cei mai probabili autori ai femicidului, reprezentând în medie 65% din toate crimele comise de partenerii intimi și de familie.

Un alt aspect important al consecințelor violenței în familie este reprezentat de impactul financiar al acestui fenomen. Violență domestică poate determina costuri imense pentru femei, familiile acestora și societăți. Cercetătorii K. Showalter (2016) și C. Peterson et al. (2018) [202] sunt de părerea că violența domestică este una dintre cele mai costisitoare probleme de sănătate cu care se confruntă societatea contemporană [170]. Repercusiunile de natură economică au un impact atât asupra persoanelor afectate, cât și asupra economiilor naționale, per ansamblu. Potrivit Institutului European pentru Egalitate de Gen (IEEG), costurile violenței în bază de gen în Uniunea Europeană constituie 366 mlrd. de euro anual, 79% dintre aceste costuri fiind suportate pentru violența față de femei [74]. Aceeași sursă menționează că cele mai mari costuri provin din impactul fizic și emoțional (56%), urmat de serviciile de justiție penală (21%) și pierderea producției economice (14%), dar și alte costuri, cum ar fi: serviciile de justiție civilă (ex.: pentru divorțuri și

procedurile de custodie a copiilor), ajutorul acordat pentru locuință și protecția copilului.

Conform unui studiu realizat în Marea Britanie în anul 2019 [190], s-a estimat că în perioada anilor 2016-2017 violența domestică a generat costuri totale de peste 66 miliarde de lire sterline. Acestea au inclus cheltuieli legate de daunele fizice și psihologice suferite de victime ca urmare a abuzurilor, precum și pierderi de productivitate și alte efecte asociate. Canada cheltuie anual 7.4 miliarde de dolari canadieni pentru a face față doar consecințelor violenței partenerului intim [5]. Sunt remarcate și eforturile Statelor Unite ale Americii în combaterea acestui fenomen, astfel încât, conform unui studiu [63], costurile anuale estimate în anul 2018 au constituit 55 mlrd. de dolari americani pentru a face față doar efectelor expunerii copiilor la violența domestică. Un studiu asemănător [211] realizat în Australia a estimat că în perioada anilor 2015-2016 victimele au suportat pierderi în valoare de 11.3 mlrd. de dolari australieni, sumă ce constituie circa 52% din toate cheltuielile.

În anul 2016, în Republica Moldova a fost realizat studiul *Raportul de estimare a costurilor violenței în familie și violenței împotriva femeilor* [186], conform căruia cheltuielile înregistrate în anul 2014 în domeniile protecției sociale, medicină și justiție au fost estimate la o valoare totală de aproximativ 36 de milioane de lei. Potrivit aceluiași studiu, Republica Moldova a fost obligată de Curtea Europeană pentru Drepturile Omului (CtEDO) să achite despăgubiri victimelor în valoare de aproximativ 1.550.970 de lei în doar patru ani. În privința acestor costuri, Strategia națională de prevenire și combatere a violenței față de femei și violenței în familie pe anii 2018-2023 [98] a evidențiat că o proporție semnificativă din aceste cheltuieli (cca. 15.845.000 lei) a fost suportată în principal de către victime și nu de către stat, întrucât accentul principal al mecanismului de intervenție al autorităților statului s-a axat pe gestionarea consecințelor violenței și nu pe prevenire. Mai mult ca atât, studiul indicat a relevat că și cheltuielile în domeniul justiției (aproximativ 14.990.000 lei) au reprezentat costurile asistenței acordate victimelor în cadrul proceselor judiciare suportate, la fel, în mare măsură de către acestea. Republica Moldova nu este singura țară în care mai mult de jumătate din costurile violenței domestice sunt suportate de către victime. Comitetul GREVIO, remarcă faptul că examinările medico-legale sunt asigurate de Centrul de Medicină Legală, care are un centru principal în Chișinău și unități teritoriale în toată țara. GREVIO observă că aceste unități sunt adesea situate mai departe de zonele rurale, ceea ce înseamnă că victimele suportă costurile și povara călătoriei pentru a se supune examinărilor, ceea ce prezintă obstacole în calea accesului femeilor la justiție [82]. Referindu-se la costuri, GREVIO de asemenea menționează că, majoritatea serviciilor destinate victimelor violenței în familie sunt asigurate de către ONG-uri, astfel că încurajează cu tărie autoritățile din Republica Moldova să instituie o procedură publică dedicată, transparentă și responsabilă în cadrul căreia toate ONG-urile, care oferă servicii specializate de sprijin victimelor tuturor formelor de violență împotriva

femeilor și copiilor acestora, să poată solicita finanțare.

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

Prezența în societate a miturilor și stereotipurilor referitoare la rolurile femeilor și bărbaților în familie și societate reprezintă, în opinia mai multor cercetători [11, 116, 184, 193], unul dintre factorii aflați la originea violenței domestice. Astfel, J. Peters (2008), C. Rollero și N. De Piccoli (2020), J.C. Fleming și C.A. Franklin (2021) consideră miturile violenței domestice în calitate de *convingeri care sunt în general false, dar susținute pe scară largă și servesc la minimizarea, negarea sau justificarea agresiunii fizice împotriva partenerilor intimi* [67, 169, 193]. Aceeași autori consideră că la baza existenței miturilor referitoare la violența domestică sunt două teorii principale: teoria feministă și atribuirii defensivei. Conform abordării feministe, violența în familie își are rădăcinile în patriarhat, fiind o consecință a inegalității de gen, iar miturile sunt instrumentele ce justifică violența și susțin abuzul patriarhal împotriva femeilor. Teoria atribuirii defensive susține că societatea tinde să găsească motive sau justificări pentru comportamentul abuzator, adesea transferând vina sau responsabilitatea de la agresor la victimă. Miturile generate de această teorie sunt extrem de dăunătoare, întrucât atribuie vinovăția victimelor pentru actele de violență, în detrimentul responsabilizării agresorilor pentru propriile acțiuni.

Potrivit Organizației *Femeile împotriva Violenței din Europa* (WAVE) [208], lipsa unui substrat obiectiv este trăsătura de bază a miturilor legate de violența domestică și rolurile de gen, acestea oferă o informație eronată cu referire la fenomen și cauzele lui, modelează percepția și răspunsul societății la cazurile de violență. Miturile pot provoca daune suplimentare victimelor și pot constitui un obstacol pentru profesioniștii din domeniul sănătății în oferirea unei asistențe medicale adecvate. Prin urmare, este esențial ca profesioniștii din domeniul sănătății să înțeleagă diferența dintre mit și realitate, pentru a înțelege starea și nevoile victimei și pentru a menține o atitudine profesională și imparțială, evitând astfel o potențială revictimizare a supraviețuitoarei [77, 160, 208].

Societățile contemporane sunt afectate de multiple mituri legate de violența în familie și rolurile de gen. Analiza mai multor surse [67, 69, 77, 162, 169, 208, 219] ne-a permis să identificăm cele mai răspândite mituri ce macină diferite comunități, printre care: violența domestică nu este atât de extinsă sau gravă; violența în familie are loc doar în cazul unui anumit grup de persoane (păturile sărace ale societății și în mediul persoanelor fără educație); soluționarea cazurilor de violență intrafamilială trebuie făcută în cadrul familiei deoarece este o chestiune privată; consumul de alcool este cauza violenței familiale; femeia provoacă partenerul de viață la violență; nu există viol între soț și soție; dacă femeia nu opune rezistență actului sexual, acesta nu este viol; conflictele și neînțelegerile constituie o parte normală a oricărei relații; sarcina de

educare a copiilor în familie îi revine doar mamei; femeile trebuie să tolereze violența pentru a păstra familia; victimele acceptă agresiunea; dacă violența ar fi atât de gravă femeia ar rupe relația cu partenerul ei; bătaia survine într-un moment de pierdere a cumpătului; agresorii suferă frecvent de tulburări psihice; bărbații violenți nu se pot controla; numai femeile sunt victime ale violenței în familie.

În prezentul studiu am propus respondenților să își expună opinia asupra primelor șapte mituri, considerându-le unele dintre cele mai răspândite și dăunătoare. De asemenea, am considerat că este imperativ ca profesioniștii din domeniul medical să fie familiarizați cu ele pentru a fi capabili să distingă concepțiile greșite de adevăr, din următoarele motive: miturile și stereotipurile despre violența în familie modelează percepțiile profesioniștilor față de fenomen și răspunsul lor la cazurile de violență; miturile pot împiedica medicii să identifice un episod de violență în familie și să ofere asistența necesară; miturile sunt dăunătoare deoarece vinovăția pentru violența în familie este, de obicei, transferată asupra victimelor; personalul medical trebuie să facă diferența dintre mit și realitate pentru a înțelege situația și necesitățile victimei, menținând în același timp o atitudine profesionistă și imparțială; personalul medical afectat de mituri re-traumatizează victima violenței domestice în procesul comunicării cu aceasta [77, 208].

Miturile despre violența în familie sunt considerate o expresie a stereotipurilor de gen, ce reprezintă, potrivit Oficiului Înaltului Comisar al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului (OHCHR) (2014) [148], viziuni generalizate sau idei preconcepute despre atributele, caracteristicile și rolurile pe care le are sau ar trebui să le aibă femeile și bărbații în societate. Convenția privind eliminarea discriminării împotriva femeilor (CEDAW) [45] subliniază că statele au obligația de a lua măsuri pentru a *modifica modelele sociale și culturale de comportament ale bărbaților și femeilor, în vederea eliminării stereotipurilor și prejudecăților bazate pe ideea de inferioritate sau superioritate a unuia dintre sexe*. În observațiile Finale ale CEDAW [30] pentru Republica Moldova, Comitetul și-a exprimat îngrijorarea privitor la persistența atitudinilor patriarhale și stereotipurilor adânc înrădăcinate, atunci când facem referire la rolurile și responsabilitățile femeilor și bărbaților în familie și în societate.

Potrivit datelor Centrului de Parteneriat pentru Dezvoltare, *Indexul egalității de gen 2023. Tendințe privind nivelul egalității între femeile și bărbații din Moldova, în 2023*, scorul egalității a scăzut pentru domeniile: politică, acces la resurse, sănătate și percepții și stereotipuri. Astfel, nivelul mediu al egalității dintre femei și bărbați, calculat pentru șase arii strategice evaluate, a fost estimat la 61 de puncte, fiind cu 1 puncte în regres față de anul precedent [60]. La nivel național, până în prezent, a fost realizat un singur studiu [33] menit să evalueze percepțiile și stereotipurile legate de gen. Autorii consideră că cercetarea a oferit o perspectivă cuprinzătoare asupra vieții bărbaților și femeilor, analizând atitudinile și comportamentele acestora în ceea ce privește

egalitatea de gen, dinamica relațiilor de familie, implicarea și rolul bărbaților în sfera familială etc. Studiul a constatat persistența în rândul membrilor comunității a atitudinilor și stereotipurilor legate de rolurile și responsabilitățile de gen, acestea fiind strâns legate de tradițiile ce subliniază dominația masculină în societate. Din aceste raționamente, considerăm că asemenea studii necesită a fi periodic realizate pentru a se constata evoluția în dinamică a percepțiilor și stereotipurilor, mai ales a profesioniștilor implicați în prevenirea și combaterea violenței în familie și a violenței în bază de gen. Suntem ferm convinși că politicile și planurile de acțiuni privind prevenirea și combaterea violenței domestice și față de femei trebuie să țină cont neapărat de starea de lucruri în societate, în caz contrar eficiența lor devine îndoielnică.

1.5. Rolul sistemului sănătății în prevenirea și combaterea violenței domestice.

Algoritmul de intervenție a personalului medical.

Violența domestică contribuie în mod semnificativ la starea de sănătate precară a societății și este asociată cu numeroase probleme și afecțiuni fizice și psihice pe termen scurt și lung [250]. De aceea, sectorul sănătății joacă un rol vital în combaterea violenței domestice, contribuind la identificarea timpurie a abuzurilor, oferind victimelor tratamentul necesar și referindu-le către serviciile de suport [208]. Organizația Mondială a Sănătății [245, 250] subliniază rolul crucial al unui sistem de sănătate eficient în reducerea consecințelor, în special în cazul copiilor, și accentuează că serviciile de sănătate trebuie să fie locul în care victimele să se simtă în siguranță, să fie tratate cu respect, să nu fie stigmatizate și unde pot primi suportul necesar de calitate. Aceleași idei sunt enunțate și de către unii cercetători [59, 70, 73, 79, 85, 142, 215, 250], care consideră asistența medicală în calitate de serviciu-cheie în abordarea problemelor legate de violența domestică și violența de gen. Este nevoie de un răspuns cuprinzător al sectorului sănătății la această problemă, în special pentru a aborda reticența victimelor de a solicita ajutor [71]. Pentru multe victime, vizita la un medic este primul și, adesea, singurul pas pentru a avea acces la asistența medicală necesară. Studiul *Violența împotriva femeilor: un sondaj la nivelul UE* [233] indică asupra faptului că femeile au încredere, în cea mai mare parte, în furnizorii de servicii medicale și consideră că este acceptabil ca medicii să întrebe despre acte de violență dacă suspectează sau găsesc leziuni pe corpul pacienților. În acest sens, profesioniștii din domeniul medical sunt poziționați în mod unic pentru a interveni în situații critice pentru femeile și copiii supuși în mod constant la acte de violență [208].

Organizația Mondială a Sănătății (2022) recomandă, de asemenea, formarea cadrelor medicale pentru a răspunde în mod adecvat la violența împotriva femeilor [250]. Nivelul de cunoaștere a fenomenului violenței domestice joacă un rol crucial în abordarea și gestionarea corespunzătoare a acestei probleme sociale grave. Cunoașterea aspectelor violenței domestice,

inclusiv a factorilor de risc, efectelor asupra sănătății și modalităților eficiente de intervenție, este fundamentală pentru furnizarea unui răspuns adecvat în domeniul sănătății [77]. Sistemul de sănătate trebuie să fie bine pregătit și să dispună de resursele necesare pentru a recunoaște și aborda cazurile de violență domestică [208]. Prin furnizarea unui spectru de servicii medicale, centrate pe victimă, practicienii din domeniul sănătății cu o pregătire adecvată pot contribui la atenuarea consecințelor violenței asupra sănătății și la reducerea recurenței violenței. Aceste acțiuni pot avea un impact semnificativ asupra sănătății și bunăstării victimelor violenței domestice, pot spori accesul acestora la asistență medicală de înaltă calitate și adaptată nevoilor pacientului și pot asigura protecția drepturilor acestora [77].

Organizația *Femeile împotriva Violenței din Europa*, afirmă că pentru a asigura o durabilitate și eficacitate, răspunsul sistemului sănătății la cazurile de violență în familie trebuie oferit la diferite niveluri: nivelul administrației publice, nivelul conducerii instituțiilor medico-sanitare, nivelul personalului medical [208].

Nivelul administrației publice.

Nivelul administrației publice centrale și locale are atribuții privind elaborarea cadrului conceptual privind răspunsul instituțiilor publice la violența în familie, asigurarea difuzării informațiilor și instruirii profesioniștilor cu atribuții în domeniul prevenirii și combaterii acestui fenomen social. Organizația *Femeile împotriva Violenței din Europa* subliniază că în lipsa unor politici și strategii naționale, eforturile nivelurilor locale vor avea un impact limitat [208]. Urmând exemplul altor state, în anul 2018, în Republica Moldova a fost elaborată prima politică națională referitoare la violența domestică sub forma unei Strategii naționale de prevenire și combatere a violenței față de femei și violenței în familie pe anii 2018-2023 și în Planului de acțiuni pentru anii 2018-2020 privind implementarea acesteia [98]. Potrivit A. Țurcanu și D. Cazacu (2022) [217], scopul Strategiei a constat în asigurarea unei abordări sistemice a fenomenelor violenței față de femei și violenței în familie în vederea diminuării acestor fenomene și asigurării unui răspuns eficient al organelor de resort în cazurile de violență. Atât structura, cât și obiectivele generale ale Strategiei s-au concentrat pe cele patru principii fundamentale ale Convenției Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice. După expirarea Strategiei, Guvernul Republicii Moldova a continuat eforturile politico-administrative orientate spre prevenirea și combaterea violenței domestice și a adoptat Programul național *privind prevenirea și combaterea Violenței față de femei și a violenței în familie pentru anii 2023-2027* [181]. Programul național este un document de politici publice în domeniul prevenirii și combaterii violenței față de femei și a violenței în familie, care derivă din rigorile regionale și internaționale relevante, precum Convenția ONU privind eliminarea tuturor formelor de discriminare față de

femei, Convenția Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței față de femei și a violenței domestice, Programul de Asociere dintre Republica Moldova și Uniunea Europeană pentru anii 2021-2027, Recomandarea GREVIO nr.1 privind violența pe dimensiune digitală, Recomandarea 2030 (2013) a Adunării Parlamentare a Consiliului Europei privind violența împotriva femeilor [181]. Programul național include 4 obiective generale: prevenire, protecție, urmărirea în justiție și politici integrate. În vederea atingerii obiectivelor propuse, Programul prevede instruirea profesioniștilor care să asigure într-o manieră sistemică dezvoltarea cunoștințelor și competențelor de prevenire și răspuns adecvat la cazurile de violență față de femei și violență în familie.

De asemenea, de responsabilitatea autorităților publice ține și pregătirea personalului medical pentru punerea în practică a acestor politici, moment esențial pentru asigurarea că acestea sunt implementate corespunzător și au un impact pozitiv asupra societății. Acest lucru implică furnizarea de cunoștințe și abilități relevante pentru a se asigura că personalul este în măsură să aplice politicile într-un mod coerent și eficient.

Nivelul conducerii instituțiilor medico-sanitare.

Unul dintre mecanismele de bază prin care instituțiile medico-sanitare contribuie la combaterea violenței în familie este elaborarea și implementarea protocoalelor standard și procedurilor operaționale interne [208]. Potrivit studiului OMS (2002), utilizarea protocoalelor standard și a ghidurilor de bune practici poate îmbunătăți în mod semnificativ calitatea tratamentului și suportul psihologic acordat victimelor, precum și a dovezilor colectate [242]. Mai mult, politicile sau protocoalele care descriu procesul de management al cazurilor pot ajuta personalul medical să înțeleagă ce se așteaptă de la el în activitatea de zi cu zi [104].

Sistemul sănătății din Republica Moldova dispune de proceduri ce reglementează răspunsul sistemic la cazurile de violență în familie și a violenței în bază de gen, inclusiv a formelor reflectate asupra copiilor. Astfel, în anul 2012, Ministerul Sănătății a aprobat prima *Instrucțiune privind intervenția instituțiilor medicale în cazurile de violență în familie* [151], succedată de *Instrucțiunea privind intervenția instituțiilor medico-sanitare în cazurile de violență în familie* [153] aprobată în anul 2019. Totodată, la dispoziția profesioniștilor din domeniul sănătății a fost pus și *Ghidul pentru specialiștii din sistemul de sănătate privind intervenția eficientă în cazurile de violență împotriva femeilor* [77]. Răspunsul sistemului sănătății la cazul copiilor-victime este reglementat de *Instrucțiunea metodică privind intervenția instituțiilor medicale în identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea cazurilor de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului* [154]. Până în anul 2021, în Republica Moldova, nu exista nici un protocol menit să reglementeze principiile și etapele intervenției sistemului sănătății în cazurile de violență

sexuală, fiind una dintre formele violenței domestice. În anul 2021, cu suportul Fondului Națiunilor Unite pentru Populație (UNFPA) Moldova, în cadrul parteneriatului dintre Ministerul Sănătății și Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, a fost elaborat și aprobat primul Protocol Clinic Standardizat *Managementul clinic al cazurilor de viol* [152]. Protocolul a fost elaborat în conformitate cu standardele internaționale actuale ale OMS [37, 243] și se adresează medicilor de familie, medicilor ginecologi-obstetricieni, medicilor pediatri și medicilor legiști din toată țara. Protocolul conține descrierea celor mai bune practici ale gestionării clinice pentru persoanele care au fost violate, pentru a fi aplicate de către personalul medical din diferite instituții medico-sanitare, indiferent de apartenență și forma juridică de organizare, la nivel de asistență medicală primară, urgentă, specializată și spitalicească, în context obișnuit cotidian, pe timp de pace, dar și în situații de criza umanitară, situații excepționale sau urgențe de sănătate publică.

O importantă sursă de probe judiciare în toate infracțiunile îndreptate împotriva sănătății, integrității corporale și inviolabilității sexuale, inclusiv cele consumate în mediul familial, este expertiza medico-legală. Urmărind scopul de a garanta o abordare uniformă și eficientă, Centrul de Medicină Legală a standardizat la nivel instituțional răspunsul medicilor pentru cele mai vulnerabile categorii, precum femeile și copiii. Astfel, din anul 2021 intervenția medico-legală pentru victimele violenței domestice este reglementată de *Instrucțiunea privind răspunsul Centrului de Medicină Legală la cazurile de violență în familie, inclusiv ca formă de violență împotriva femeilor* [150]. Copiii-victime sunt deosebit de vulnerabili și trebuie abordați într-o manieră deosebită, motiv pentru care intervenția medico-legală în cazul lor a fost reglementată prin intermediul procedurii operaționale - *Examinarea medico-legală a copilului-victimă a violenței fizice și sexuale*, utilizată și în calitate de ghid metodic și didactic în scopuri educaționale [158].

În calitate de alte mijloace de intervenție instituțională, Organizația *Femeile împotriva Violenței din Europa* (2014) [208] recomandă următoarele acțiuni:

- furnizarea asistenței de către autoritățile administrativ-teritoriale, inclusiv suport financiar;
- asigurarea unei infrastructuri corespunzătoare pentru a garanta intimitatea, securitatea și confortul pacientului (cum ar fi oferirea unui spațiu privat pentru consultații în absența partenerului);
- oferirea pacienților și personalului materiale informative referitoare la procesul de intervenție și la resursele disponibile (postere, pliante, flyere, etc.);
- dezvoltarea parteneriatelor inter-organizaționale, atât din sectorul medical, cât și din afara acestuia, care sunt implicate în combaterea violenței în familie
- sensibilizarea întregului personal și consolidarea abilităților acestuia cu privire la modul

- de recunoaștere și răspuns la violența în familie prin organizarea de instruiți;
- implementarea unui sistem de monitorizare și evaluare pentru aprecierea impactului intervențiilor întreprinse în vederea îmbunătățirii răspunsului personalului medical la cazurile de violență în familie.

Nivelul personalului medical.

În anul 2014, Agenția pentru Drepturi Fundamentale a Uniunii Europene (FRA) a efectuat un studiu [233] cu privire la violența împotriva femeilor în Uniunea Europeană (UE), în cadrul căruia s-a constatat că doar una din trei femei victime ale violenței fizice și/sau sexuale din partea partenerului intim, au apelat la servicii sau organizații specializate pentru a primi asistență, dintre care cel mai frecvent la instituțiile medicale și organele de drept. Aceste constatări subliniază importanța furnizorilor de servicii medicale și a tuturor profesioniștilor din domeniul sănătății în oferirea de asistență imediată victimelor violenței, chiar și în situațiile în care acestea nu au dezvăluit explicit actul de violență. În această privință, OMS atenționează că una dintre cauzele ce ar determina victima să nu raporteze cazurile de violență în familie este lipsa experienței și competențelor necesare în rândul profesioniștilor din domeniul sănătății [245]. De aceea, pentru a încuraja victima să aibă încredere în personalul medical și a-i oferi un răspuns adecvat, medicii trebuie să posede un set complex de cunoștințe și abilități, printre care: să înțeleagă esența, dinamica, manifestarea și consecințele violenței în familie; să informeze pacienții despre violența în familie și consecințele acesteia asupra sănătății; să adreseze întrebări despre violența în familie dacă sunt prezente simptomele clinice specifice; să creeze un mediu empatic și confidențial; să acorde asistență medicală de susținere (medicală/psihologică); să documenteze consecințele violenței în familie asupra sănătății; să acorde victimei asistență în elaborarea planului de siguranță; să refere victimele către alte servicii; să ofere monitorizare și îngrijiri ulterioare [208].

Pentru asigurarea acestui deziderat și implementarea Planului de acțiuni pentru anii 2018-2020 din Strategia națională *de prevenire și combatere a violenței față de femei și violenței în familie pe anii 2018-2023* [98], începând cu anul de studii 2018-2019, în cadrul Catedrei de medicină legală a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” a fost lansat în premieră națională un curs intitulat *Violența în familie și în bază de gen* [53] destinat atât mediciniștilor, cât și medicilor practicieni în cadrul ciclurilor de educație medicală continuă. Scopul cursului a constat în a familiariza audienții cu fenomenul violenței în familie și în bază de gen, cât și privind răspunsul sistemului sănătății la aceste cazuri. De menționat că acest curs a fost elaborat în corespundere cu standardele internaționale privind răspunsul sistemului sănătății la cazurile de violență în familie și în bază de gen [18, 176, 208]. Cu toate acestea, spre regret, pentru cursul opțional a optat un număr redus de studenți, iar cel de educație medicală continuă nu a fost

solicitat de nici un medic practician.

Rolul primordial al serviciilor de sănătate în abordarea violenței în familie este recunoscut în mod direct și de Convenția de la Istanbul [94]. Astfel, art. 20 al Convenției prevede că *părțile iau măsurile legislative sau de altă natură necesare pentru a se asigura că victimele au acces la serviciile de sănătate și la serviciile sociale, că serviciile dispun de resurse adecvate și că profesioniștii sunt instruiți pentru a asista victimele și a le îndruma către serviciile adecvate* [212]. Astfel, Statele Părți, la care se atribuie și Republica Moldova, se obligă să garanteze oferirea unui sistem de sănătate complet accesibil, care nu numai că răspunde nevoilor victimelor, dar și promovează prevenirea violenței prin educație, sensibilizare și intervenții timpurii. Acest angajament implică și dezvoltarea de programe de formare continuă pentru profesioniștii din domeniul sănătății, astfel încât să fie capabili să recunoască semnele violenței domestice și să răspundă într-un mod empatic și informat, contribuind astfel la un mediu de suport sigur și încurajator pentru toate victimele.

Fiind o problemă de sănătate publică, este esențial ca profesioniștii din domeniul medical să preia inițiativa în identificarea, abordarea și tratarea cazurilor de violență în familie [101]. Unii autori [100, 101, 115, 132] opinează că, având în vedere răspândirea largă a acestui fenomen în societate, este cel mai probabil că profesioniștii din domeniul sănătății vor fi nevoiți la un moment dat în parcursul profesional să identifice și să ofere tratament, fie unei victime, fie unui agresor implicat în acte de violență domestică. Un studiu [196] realizat în Marea Britanie arată că aproape o jumătate de milion de victime ale violenței domestice se adresează la medic anual pentru a beneficia de asistență medicală. Aceeași sursă subliniază faptul că doar o victimă din cinci apelează la poliție, fiind în așa mod evidențiată importanța accesului supraviețuitorilor/supraviețuitoarelor la opțiuni de suport care nu implică sisteme ancorate justiției pentru a primi asistența necesară [102]. Organizația Mondială a Sănătății [246] recunoaște că femeile abuzate apelează la serviciile de asistență medicală mai frecvent decât femeile neabuzate. De asemenea, OMS identifică furnizorii de servicii medicale ca fiind profesioniștii în care ar avea cea mai mare încredere în ceea ce privește dezvăluirea abuzului [246]. S. Othman și coautorii (2014) [156] afirmă că din toate serviciile ce abordează violența domestică, serviciul de sănătate reprezintă adesea primul sau chiar singurul punct de contact pentru multe victime [88]. Unele cercetări [192] au arătat că 45% dintre victimele violenței domestice care au fost ucise de partenerii lor abuzivi s-au prezentat la un spital cu 2 ani înainte de deces [88]. Unii autorii consideră că, consultarea unui profesionist din domeniul sănătății poate fi adesea singura opțiune în care victima poate dezvălui abuzul în lipsa agresorului [102]. Totuși, este necesar a lua în considerare că, chiar dacă victimele violenței în familie sunt mai predispuse decât populația generală de a utiliza serviciile de sănătate, ele adesea sunt mai reticente în a discuta despre aceste incidente cu profesioniștii din sănătate [101,

208]. Studiile [166] arată că aproximativ 92% dintre femeile abuzate fizic nu dezvăluie acest lucru din propria inițiativă medicilor, iar 57% nu dezvăluie abuzul la nici o etapă de intervenție a oricărui specialist. Cu toate acestea, cercetările constată că majoritatea pacienților ar dezvălui violența domestică dacă ar fi întrebat direct despre aceasta [10].

Ghidurile internaționale [70, 244, 246] subliniază rolul profesioniștilor din domeniul sănătății și recomandă ferm acestora să intervină imediat în cazul în care femeile dezvăluie orice formă de violență din partea partenerului intim. Pentru asigurarea unui răspuns eficient al personalului medical, conform algoritmului din standardele internaționale [208, 244, 246, 250] și cele naționale [77, 150, 153] privind intervenția instituțiilor medico-sanitare la cazurile de violență domestică, asistența medicală acordată victimelor trebuie să includă următoarele elemente de bază:

a. identificarea victimelor

Profesioniștii din domeniul medical au un rol important în identificarea precoce a abuzurilor și în prevenirea escaladării violenței domestice, ceea ce previne apariția unor consecințe mai grave [101]. Identificarea victimelor supuse violenței este o condiție premergătoare obligatorie a unei intervenții medicale corespunzătoare [142] și poate fi realizată la nivelul asistenței medicale de urgență prespitalicească, asistenței medicale primare, asistenței medicale specializate de ambulator și asistenței medicale spitalicești [162]. *Ghidul pentru specialiștii din sistemul de sănătate privind intervenția eficientă în cazurile de violență împotriva femeilor* [77], destinat medicilor din Republica Moldova, subliniază că identificarea victimelor violenței în familie se efectuează de către lucrătorul medical prin examinare clinică și/sau observații comportamentale. Acest proces poate avea loc în timpul examinărilor medicale profilactice, prin vizite programate la domiciliul pacientului efectuate de medicul de familie sau asistentul medical, când victima se adresează direct instituției medicale, sau în contextul solicitării asistenței medicale de urgență prespitalicești pentru urgențe medico-chirurgicale [77, 162]. Identificarea este crucială ca primă etapă pentru că permite victimelor violenței să primească asistență medicală și îngrijiri adaptate specific nevoilor lor. Fără aceasta, victimele ar fi tratate după un protocol general, lipsindu-le accesul la servicii specializate. Recunoașterea pacienților/pacienților ca victime ale violenței domestice ajută personalul medical să interpreteze corect simptome neclare, îmbunătățind calitatea vieții acestora și optimizând utilizarea resurselor sistemului de sănătate [162].

Existența unui profil social și a unui pattern lezional specific victimelor violenței în familie poate facilita considerabil procesul lor de identificare și poate servi drept un instrument cu utilitate practică pentru profesioniștii din domeniul medical ce ar asigura o intervenție promptă și eficientă, sporind șansele de recuperare a victimelor și contribuind la prevenirea continuării abuzului.

b. acordarea ajutorului primar

Intervenția medicală în cazul victimelor violenței în familie și în bază de gen include

examinarea medicală a victimei în condiții private și sigure [162]. Acest fapt este reiterat și de OMS [245, 250] care accentuează că serviciile de sănătate trebuie să fie locul în care victimele să se simtă în siguranță, să fie tratate cu respect, să nu fie stigmatizate și unde pot primi suportul necesar de calitate. În abordarea cazurilor de violență în familie este esențial ca personalul medical, inclusiv cel medico-legal, să ofere victimei suport primar adaptat nevoilor proprii. Acesta nu presupune doar intervenția medicală propriu-zisă, dar mai include și unele tehnici necesare pentru oferi victimelor încredere și siguranță, și includ ascultarea atentă, precizarea necesităților și îngrijorărilor, validarea sentimentelor, asigurarea suportului necesar [113, 162, 208]. R.M. Ghandour și coautorii (2015) [76] sunt de părerea că medicii au obligația de a sprijini victima în procesul de luare a propriilor decizii, de a oferi informații relevante și acces la sprijin și servicii sociale, acțiuni ce ar minimaliza reticența acestora în accesarea serviciilor de suport.

c. îngrijirea leziunilor și oferirea tratamentului medical urgent

Un drept fundamental al pacientului, garantat și de legislația națională [123, 126], este dreptul la autodeterminare (autonomie), care constituie pilonul relației de comunicare dintre medic și pacient. În conformitate cu *Legea ocrotirii sănătății* [126] și cu *Legea privind drepturile și responsabilitățile pacientului* [123], consimțământul pacientului este o condiție obligatorie premergătoare actului medical, indiferent de scopul acestuia (profilactic, diagnostic, terapeutic și recuperator) [77]. În acest context, *Legea privind exercitarea profesiei de medic* [124] obligă medicul să obțină consimțământul pacientului pentru orice intervenție medicală [77]. Aceleași prevederi se referă și la oricare intervenție medicală adresată victimelor violenței în familie, însă medicii trebuie să ia în considerare starea lor de vulnerabilitate, posibila presiune din partea agresorului, dar și nevoile speciale de confidențialitate și siguranță. *Ghidul pentru specialiștii din sistemul de sănătate privind intervenția eficientă în cazurile de violență împotriva femeilor* [77] subliniază că pacienții cu afecțiuni severe care amenință viața trebuie să fie imediat trimiși la un tratament de urgență. Prioritizarea tratamentului urgențelor medicale în algoritmul de intervenție a personalului medical este enunțată și de Ghidurile internaționale [208, 246, 247] și naționale [77], dar și de unii cercetători cum ar fi A. Boyle (2004) [21], J.B. Carneiro și coautorii (2022) [27], K. Costello și coautorii (2022) [49].

d. examinarea semnelor abuzului sexual și oferirea ajutorului medical

În procesul acordării asistenței victimelor violenței sexuale, o prioritate absolută constituie sănătatea și bunăstarea lor, iar serviciile medico-legale au o importanță secundară față de cele medicale comprehensive [243]. Organizația Mondială a Sănătății [37] clasifică efectuarea unei examinări medico-legale fără a aborda nevoile medicale ale pacienților ca fiind o formă de neglijență. În mod ideal, serviciile medicale și cele medico-legale ar trebui să fie furnizate în același timp, loc și de către aceeași persoană.

Organizația Mondială a Sănătății îndeamnă țările-membre să elaboreze protocoale naționale întrucât în cazul violenței sexuale, acestea pot ajuta sistemele naționale de sănătate să îmbunătățească calitatea tratamentului și sprijinului oferit victimelor, pot ghida procesul de colectare a probelor medico-legale și pot fi un instrument educațional util pentru profesioniștii din domeniul sănătății [243]. Mai mult, politicile sau protocoalele care descriu procesul de management al cazurilor pot ajuta personalul medical să înțeleagă ce se așteaptă de la el în activitatea de caz de zi cu zi [104]. La nivel național, activitatea personalului medical în cazurile de violență sexuală este ghidată de Protocolul Clinic Standardizat *Managementul clinic al cazurilor de viol* [152]. Protocolul conține descrierea celor mai bune practici ale gestionării clinice pentru persoanele care au fost violate, pentru a fi aplicate de către personalul medical din diferite instituții medico-sanitare, indiferent de apartenență și formă juridică de organizare, la nivel de asistență medicală primară, urgentă, specializată și spitalicească, în context obișnuit cotidian, pe timp de pace, dar și în situații de criza umanitară, situații excepționale sau urgențe de sănătate publică. Acest instrument transpune principiile OMS în activitatea medicală națională și stipulează că în procesul acordării asistenței medicale victimelor violenței sexuale, prioritate întotdeauna constituie bunăstarea și sănătatea persoanei; asistența medicală de urgență (stoparea hemoragiei, prelucrarea leziunilor) se va acorda primordial; furnizarea serviciilor medico-legale are o importanță secundară în raport cu serviciile de sănătate comprehensive (contracepția de urgență, profilaxia post-expunere HIV, profilaxia ITS, test de sarcină, la necesitate, vaccinare anti Hepatita B, tetanos); în mod ideal, serviciile de sănătate victimelor/supraviețuitoarelor trebuie să fie furnizate concomitent cu serviciile medico-legale, în același loc, cu respectarea drepturilor omului.

Tratamentul consecințelor violenței sexuale necesită atenție continuă și nu se limitează doar la faza acută, fiind esențială continuarea acestuia și în perioada post-acăută. În această etapă, o atenție deosebită trebuie acordată recuperării fizice și psihologice a victimelor, inclusiv monitorizarea potențialelor complicații medicale și asigurarea unui suport psihologic pentru gestionarea traumei. Studiile [24, 72, 117] arată că femeile care au fost supuse violenței sexuale se confruntă cu rate mai mari de probleme ginecologice decât alte femei, inclusiv infecții vaginale, dureri în timpul actului sexual, dureri pelviene cronice și infecții ale tractului urinar.

e. evaluarea sănătății mintale și oferirea asistenței necesare

Pe lângă traumatismele acute, cercetările au demonstrat că violența în familie are diverse efecte adverse de lungă durată, cum ar fi: starea de sănătate precară, simptome psihosomatice, complicații obstetricale și ginecologice, tulburări de somn, inapetență, pierderi de memorie, amețeli, dureri de spate, dureri de stomac, cefalee [26, 27, 203, 245]. Cele mai frecvente probleme de sănătate mintală, legate de violența în familie, sunt depresia, anxietatea și stresul post-traumatic. H.P. Siltala (2020) [203], S. Bazargan-Hejazi (2014) [12], G. Dillon (2013) [56], K.L. Hegarty

(2013) [86] adaugă că tulburările psihice cauzate de actele de violență domestică sunt exprimate prin sentimente de teamă, dezgust, tristețe profundă, stimă de sine scăzută și alte simptome depresive. Mai mult, studiile arată că victimele violenței domestice sunt expuse unui risc crescut de boli fizice și psihice cronice, dependență de droguri, criză economică, excluziune socială și victimizare ulterioară [183, 204]. Violența în familie poate fi considerată în calitate de factor determinant al suicidului și a consumului de substanțe interzise. Acest fapt este confirmat și de unele studii ce reiterează că rata de suicid și de abuz de substanțe interzise este mai mare în rândul victimelor violenței în familie decât în populația generală [15, 56, 203, 245]. Potrivit unui studiu realizat în Carolina de Nord [109], condus de cercetători de la UNC Gillings School of Global Public Health și Injury Prevention Research Center (IPRC), violența împotriva partenerului intim reprezintă un precursor pentru 6,1% din toate cazurile de suicid. Conform datelor MAI [146], anual, în Republica Moldova sunt înregistrate circa 5 cazuri de suicid determinate de violența în familie.

În abordarea pacienților cu afecțiuni psihice determinate de actele de violență în familie, un aspect important reprezintă referirea corectă a acestora. Specialiștii primari din domeniul sănătății trebuie să îndrume victimele cu tulburări psihice diagnosticate anterior sau legate de acte de violență din partea partenerului intim către prestatorii de servicii de sănătate pentru a beneficia de intervenții medicale psihologice/mintale [77].

f. documentarea actului medical și referirea

Documentarea actului medical reprezintă una dintre componentele esențiale ale actului medical, iar medicii au obligația profesională să înregistreze toate elementele intervenției medicale. Documentația medicală este unica sursă de informații obiective cu privire la pacient, cursul procesului diagnostic-curativ, particularitățile manifestării și evoluției procesului patologic sau traumatic [157]. Rezultatele examinării victimei se înscriu într-un document medical (*Fișa medicală a bolnavului de ambulatoriu (Formular nr. 025/e)*, *Fișa medicală a bolnavului de staționar (Formular nr. 003/e)*, *Fișa de solicitare AMU (Formular nr.110/e) etc.*), în funcție de etapa și tipul ajutorului medical acordat [161, 162].

Pentru persoanele victime ale diverselor forme de agresiune, inclusiv cele produse în cadrul familiei, documentele medicale sunt adesea unicele surse ce conțin informații despre consecințele violenței și au o valoare probatorie înaltă pentru incriminarea acțiunilor făptuitorului. Cu toate acestea, în *Programul național privind prevenirea și combaterea violenței față de femei și a violenței în familie pentru anii 2023-2027* [181] este subliniat că sistemul de sănătate nu posedă suficiente capacități de documentare și referire a cazurilor de violență față de femei și violență în familie. În cazurile expertizelor medico-legale efectuate în baza documentelor medicale o deosebită importanță o are descrierea corectă și deplină a caracterului morfologic al leziunilor

corporale și argumentarea diagnosticului prin date obiective clinice și paraclinice concludente. Descrierea incompletă a caracterului morfologic al leziunilor corporale nu va permite medicului legist soluționarea obiectivelor expertizei medico-legale privind condițiile apariției traumei (timpul, mecanismul, obiectul vulnerant etc.), fapt ce va face imposibilă confirmarea prin probe obiective a circumstanțelor invocate de către victimă [152].

Documentația medicală include toată informația despre victimă, inclusiv informația demografică (de ex., nume, prenume, vârstă, sex), consimțământul informat obținut, anamneza vieții, condițiile traumatizării, acuzele, rezultatele examenului fizic, leziunile corporale, investigațiile efectuate și rezultatele acestora, diagnosticul maladiei/traumei, evoluția procesului patologic, tactica de tratament, medicamentele oferite sau prescrise, informațiile oferite victimei și referirea ei către alte servicii [162].

Descrierea leziunilor externe prevede indicarea obligatorie a următoarelor caracteristici: localizarea exactă a leziunii (se fixează regiunea anatomică și suprafața ei, coraportul cu punctele anatomice de reper); tipul leziunii (echimoză, excoriație, plagă etc.); forma leziunii (se compară cu figurile geometrice, dacă forma nu poate fi comparată se indică că este de formă neregulată); orientarea leziunii față de linia mediană a corpului (organului, osului); dimensiunile leziunii (lungimea, lățimea și separat profunzimea) în centimetri; culoarea leziunii și a regiunilor adiacente; caracterul suprafeței leziunii (relieful, culoarea, prezența și nivelul crustei excoriației în raport cu tegumentele intacte); caracterul marginilor, capetelor, pereților și fundului plăgilor; prezența sau absența hemoragiei și gradul acesteia, a semnelor de regenerare a leziunilor; prezența depunerilor sau impurităților eterogene (funingine, lubrifianti, rugină, fragmente de stofă, cioburi de sticlă ș.a.) pe suprafața leziunii sau în profunzimea ei; starea țesuturilor adiacente (edemațiate, hiperemiate, impurificate etc.). Totodată, în scopul identificării agentului traumatic se vor indica acele semne și particularități morfologice care reflectă forma, caracterul suprafeței și alte proprietăți importante ale obiectului vulnerant. La descrierea leziunilor nu se admite înlocuirea caracteristicilor lor morfologice prin expresii generale sau diagnostice (de ex., contuzie a țesuturilor moi, plagă tăiată/contuză etc.) [162].

Persoanele care au fost expuse actelor de violență domestică au necesități multiple și complexe, precum îngrijiri medicale, consiliere psihologică, asistență socială, protecție din partea organelor de drept, suport juridic și acomodare în condiții sigure. Personalul medical este de cele mai multe ori punctul de intrare al victimelor în sfera serviciilor sociale din care cauză acești specialiști au o poziție strategică pentru identificarea cazurilor. Însă, este imposibil ca victima să beneficieze de întreg spectrul de servicii de care are nevoie într-o singură instituție medico-sanitară. De aceea, pentru un răspuns profesional eficient și asigurarea tuturor nevoilor victimelor violenței în familie, este necesară o cooperare intersectorială și dezvoltarea unui sistem de referire

a victimelor către diferite instituții și autorități. Referirea reprezintă un pas important în gestionarea cazului de violență în familie. Sistemul de referire a victimelor violenței în familie cuprinde un spectru larg de diferite autorități, instituții și servicii guvernamentale și neguvernamentale cu atribuții de prevenire și combatere a violenței în familie, cum sunt serviciile generale de asistență (medicală și socială), centrele și adăposturile pentru femei, centrele de asistență pentru cazurile de agresiune sexuală, liniile de asistență telefonică pentru femei, poliția și sistemul judiciar [161, 162].

Conform prevederilor legislației naționale [97, 127], personalul medical este obligat să raporteze cazul la organele teritoriale ale poliției în următoarele situații: copii-victime ale oricăror forme de violență - fără acordul acestora; acte de violență în familie care pun în pericol viața sau sănătatea victimei ori existența pericolului iminent de a se produce asemenea acte de violență - fără acordul victimei; persoane cu leziuni corporale medii sau grave provocate ca urmare a unei infracțiuni asupra lor - fără acordul victimei; la cererea expresă a victimei.

1.6. Principiile de identificare a victimelor. Examinarea medico-legală a victimelor

O provocare majoră în identificarea cazurilor de violență domestică este determinată de caracterul său distinct față de alte tipuri de agresiuni din perspectiva nivelului de vizibilitate. De obicei, familia menține o aparență de normalitate în societate, iar agresiunile se petrec *în spatele cortinei*, cu acordul tacit al tuturor. Mai mult, uneori însuși victima nu admite nici față de propria persoană că este supusă unui abuz, mai ales dacă acesta este de natură psihologică [159]. Acest aspect al caracterului umbrat al violenței în familie poate explica de ce instituțiile și profesioniștii întâmpină dificultăți în identificarea și intervenția promptă la asemenea cazuri.

Un instrument esențial pentru facilitarea identificării victimelor violenței în familie este studierea și dezvoltarea unui profil social. Înțelegerea profilului social al victimelor violenței în familie presupune analiza aspectelor precum starea civilă, situația economică, nivelul educațional, accesul la resurse sociale și de sprijin, apartenența etnică sau culturală, vârsta și genul. Profilul socio-demografic al victimelor violenței în familie poate varia în funcție de mai mulți factori, inclusiv regiunea geografică, cultura, nivelul socio-economic și alți factori locali. Cu toate acestea, există anumite tendințe generale și caracteristici care pot fi identificate în ceea ce privește victimele violenței domestice.

Astfel, studiind profilul victimei, H.P. Siltala și coautorii (2020) [203] concluzionează că victimele violenței în familie sunt cel mai probabil femei și sunt semnificativ mai în vârstă decât alte grupuri de victime. Acest fapt este confirmat și de O. Isăilă și coautorii (2022) [105], care realizând o analiză comparativă a vârstei victimelor violenței domestice și non-domestice, a constatat o diferență de vârstă în favoarea femeilor abuzate în mediul familial ($40,9 \pm 15,4$ vs $37,3$

$\pm 14,8$ ani, respectiv). Vârsta de 18-49 ani în calitate de factor de risc este confirmată și de F.O. Benebo și coautorii (2018) [14], M. Cárdenas-Castro și coautorii (2023) [25] și N. Kalra cu coautorii săi (2021) [111].

Predominarea absolută a femeilor în calitate de victime este confirmată și de D. Afandi și coautorii (2017) [1], fiind specificat și intervalul de vârstă de 21-40 ani, cu o mediană de 31 ani. Aceiași autori subliniază că majoritatea victimelor sunt casnice, neangajate în câmpul muncii. Un studiu similar realizat de S.A. Mussabekova și coautorii (2024) [143], bazat pe studiul rapoartelor medico-legale privind persoanele ce au suferit în urma violenței în familie, subliniază că victima este o femeie de vârstă mijlocie (30-49 de ani), aptă de muncă, preponderent din mediul urban. Aceiași autori constată că victimele violenței domestice sunt în mare parte femei cu un nivel scăzut de educație, șomere, având unul sau mai mulți copii, dependente economic de soțul lor, cu o stimă de sine scăzută și lipsite de cunoștințe juridice. Cu toate acestea, potrivit lui M. Hameed și coautorii (2020) [84], amploarea violenței domestice în zonele rurale este adesea disproporționat de mare, fiind considerată parte integrantă a relațiilor familiale și conjugale.

Referitor la adresarea pentru asistență medicală, A. Boyle (2004) [21] a observat o diferență semnificativă în ceea ce privește partea zilei în care femeile s-au prezentat pentru a fi tratate în urma unei agresiuni în comparație cu cele ce s-au adresat cu leziuni produse în alte circumstanțe, femeile agresate fiind mai predispuse să se prezinte după ora 18:00 și înainte de ora 6:00 [161].

O altă cale eficientă de identificare a cazului de violență în familie este analiza minuțioasă a indicilor comportamentali și/sau semnelor și simptomelor ce indică asupra posibilei violențe în familie, și care includ:

1) observații comportamentale ale victimei

Observațiile comportamentale sunt repercusiunile violenței psihologice, frecvent întâlnită atât ca formă individuală, cât și în asociere cu celelalte forme de violență. Studiile [8, 172, 216, 249] sugerează că violența, în special cea cu caracter cronic, poate determina modificarea trăsăturilor psihologice de personalitate, cum ar fi creșterea agresivității, depresia, neîncrederea, tendința de retragere și izolare, integrarea socială deficitară. Printre simptomele violenței psihologice se enumeră și tulburări instinctiv-subiective (sentimente de neliniște, neputință, irascibilitate, descurajare, lipsă de calm, de bucuria vieții, cefalee, surmenaj, insomnie, frică, frustrare), simptome de inhibiție și tristețe (anxietate, greutate sufletească, elemente de auto-agresiune cu gânduri suicidale, depresie marcată, dereglări emoționale sub formă de râs, plâns, gândire încetinită, lentă, mimică încordată, frunte încrețită) și simptome de protecție (victima simte nevoia de protecție, de sprijin, de înțelegere; caută susținere din partea rudelor, ajutor medical; nu poate singură să-și stăpânească suferința, să fie activă, puternică) [150, 153, 161, 162, 208].

Pe lângă simptomele clinice ale violenței psihologice, profesioniștii din domeniul sănătății

ar trebui să fie conștienți și de anumite tipuri de comportamente observate la pacientele de sex feminin asociate violenței în familie. Acestea includ programări frecvente la medic pentru simptome vagi; leziuni corporale inconsistente cu explicațiile victimei; ascunderea leziunilor și minimalizarea lor; divergențele dintre originea leziunilor și explicațiile victimei; reticența de comunicare în prezența partenerului; frica victimei față de partenerul sau adultul ce o însoțește; nerespectarea tratamentului prescris; ratarea frecventă a programărilor la medic; părăsirea prematură a staționarului în care este internată [162, 208].

2) observații comportamentale ale agresorului

Comportamentul partenerului sau al agresorului poate indica, de asemenea, că victima este supusă violenței din partea lui. Posibilele manifestări comportamentale ale partenerului/agresorului includ: este agresiv sau dominant, vorbește în locul femeii, refuză să părăsească încăperea la cerința medicilor, se prezintă în mod inutil împreună cu victima; deseori neagă sau minimizează leziunile aplicate; manifestă o gelozie sau pasivitate exagerată [162, 208].

În vederea identificării mai facile a abuzatorului, autorii E. Esbec și E. Echeburua (2010) [61] au identificat și au propus portretul psihosocial al agresorului familial. Astfel, după părerea acestora, partenerul intim violent este un bărbat sub 35 de ani, o persoană introvertă și distantă, cu un număr mic de prieteni, deseori e singur, pedant și timid, posedă o experiență de câteva relații heterosexuale, ușor excitabil, preferă să fie singur, pseudointelectual, atras de arme și literatură violentă, bine educat, posedă maniere, aparent e calm, organizat, foarte rar consumă băuturi alcoolice sau fumează, egocentric, narcisic, hipohondric, preferă să umilească pe cineva în prezența altor persoane, îi place să-i pedepsească pe subalterni, primește plăcere și se amuză de la suferința fizică și psihică a altor persoane.

3) consecințe medicale ale violenței în familie

Pe lângă semnele violenței psihologice, identificarea posibilei victime a violenței în familie poate avea loc inclusiv în baza traumelor și unor stări clinice, precum: consecințele medicale specifice fiecărei forme de violență; simptomele maladiilor cronice ale tractului gastro-intestinal (sindromul colonului iritat), uro-genital (urinare frecventă, infecții renale cronice); tulburările sistemului reproductiv (sarcini nedorite frecvente, adresare tardivă, complicații postpartum, sângerări vaginale, ITS, dureri pelviene inexplicabile, disfuncții sexuale); probleme la nivelul sistemului nervos central (cefalee persistentă, probleme cognitive, diminuarea auzului) [161, 162, 208].

Unul dintre rolurile primordiale ale sistemului de sănătate în general, și al medicinei legale în particular, constă în obiectivarea abuzului fizic prin examinarea leziunilor traumatice prezentate de victimă. Aceste leziuni pot reprezenta semne traumatice ale oricărei agresiuni fizice și nu oferă medicului indicii specifice pentru a confirma circumstanțele violenței în familie. Studiile efectuate

în timp pentru identificarea aspectelor traumatice ce ar putea sugera producerea acestora în contextul violenței în familie au dus la rezultate cu o sugestivitate relativă a fenomenului. Mai mult, U.J. Reijnders și M. Ceelen (2014) [187] și R.K. Yau și coautorii (2013) [257] demonstrează că leziunile fizice rezultate în urma violenței în familie nu sunt semnificativ diferite de cele suferite în alte condiții [203].

Cu toate acestea, în încercarea de a identifica un posibil tipar topografic cu o frecvență mai mare, există studii [1, 21, 52, 105, 143, 187] care susțin predominanța acestor leziuni la nivelul capului, feței, gâtului și membrilor superioare, și consideră această localizare drept un pattern lezional al violenței domestice.

Cercetarea efectuată de I. Contreras și coautorii (2019) [43] în rândul femeilor victime ale violenței domestice fizice a relevat o localizare predominantă a leziunilor la nivelul feței (55.4%), fiind reprezentate preponderent de echimoze. Rezultate asemănătoare au fost obținute și de D. Afandi și coautorii săi (2017) [1], ce au constatat dominarea leziunilor țesuturilor moi (echimoze, excoriații) localizate în peste 60% la nivelul feței. De aceeași părere este C. Park și coautorii săi (2018) [163], ale căror rezultate confirmă din nou predominarea localizării leziunilor țesuturilor moi la nivelul feței.

Cu toate acestea, analiza literaturii de specialitate a evidențiat și păreri diferite în acest sens printre cercetători. Astfel, O.M. Isăilă și coautorii (2022) [105] au realizat un studiu comparativ al leziunilor cauzate în circumstanțele violenței în familie și în alte heteroagresiuni, rezultatele cărora au evidențiat că localizarea leziunilor la nivelul extremității cefalice este mai frecventă în cazul actelor de violență întâlnite în alte contexte decât cele ale violenței domestice. Același studiu a constatat predominanța leziunilor traumatice consecințe ale violenței domestice la nivelul membrilor superioare, interpretate în calitate de leziuni de auto-apărare, apărute în urma tentativei victimei de a-și proteja fața cu mâinile și antebrațele. Cercetătorii S. Chattopadhyay și B. Sukul [32] au recunoscut, de asemenea, o astfel de localizare topografică a leziunilor ca un tipar al autoapărării în cazurile de agresiune interumană.

În calitate de indicatori ai violenței în familie, R. Thomas și coautorii (2021) [214], au considerat leziunile mâinii propriu-zise, fiind afectată în special partea medială și degetele acesteia, cu o preponderență semnificativă a fracturilor osoase în aceste zone. Aceeași ordine de idei este susținută și de B. Khurana și coautorii săi (2022) [114], ce au studiat probabilitatea apariției fracturilor în diverse heteroagresiuni și în circumstanțele violenței în familie, și au confirmat că probabilitatea de a cauzare a fracturilor degetelor mâinii și humerusului este mai mare în contextul traumelor asociate violenței domestice. Studiul corelației dintre existența fracturilor și abuzul domestic fizic, realizat de A. Porter și coautorii (2019) [177], a evidențiat că fracturile oaselor faciale au fost mai des întâlnite în rândul populației tinere (18-39 ani), în timp ce fracturile costale

sau femurale au fost mai frecvente la persoanele cu vârsta peste 60 de ani. Totodată, este important să menționăm că violența domestică este, adesea, asociată cu lezarea nu doar a structurilor externe ale corpului, ci și cu afectarea organelor interne, ce pot determina consecințe grave asupra sănătății fizice și psihice a victimelor. Astfel, un studiu realizat G. Zieman și coautorii (2016) [261] a subliniat că trauma cranio-cerebrală este o consecință frecventă a violenței în familie, deseori subraportată, neinvestigată și nediagnosticată de către personalul medical, care în timp poate fi asociată cu consecințe grave pe termen lung, inclusiv repercusiuni fizice, comportamentale și cognitive.

Un element crucial în probarea violenței în familie îl reprezintă obiectivarea leziunilor corporale suferite de victimă. Leziunile corporale pot fi obiectivate clinic, prin examinare medico-legală sau medicală de rutină, fiind consemnat detaliat tabloul lezional de pe suprafața corpului persoanei, cu caracteristicile morfologice și topografice. Chiar dacă victimele violenței în familie sunt adesea reticente în a dezvălui adevăratele circumstanțe ale producerii traumatismului, profesioniștii din domeniul medical trebuie să fie familiarizați cu acele caracteristici morfologice și topografice asociate abuzului domestic, contribuind astfel la identificarea și abordarea precoce a cazurilor de violență domestică.

O importantă sursă de probe judiciare în toate infracțiunile îndreptate împotriva sănătății, integrității corporale, inviolabilității sexuale și vieții, inclusiv cele consumate în mediul familial, este expertiza medico-legală. Urmărind scopul de a garanta o abordare uniformă și eficientă, Centrul de Medicină Legală a standardizat la nivel instituțional răspunsul medicilor pentru cele mai vulnerabile categorii, precum femeile și copiii. Astfel, din anul 2021 intervenția medico-legală pentru victimele violenței domestice este reglementată de *Instrucțiunea privind răspunsul Centrului de Medicină Legală la cazurile de violență în familie, inclusiv ca formă de violență împotriva femeilor* [150]. Copiii-victime sunt deosebit de vulnerabili și trebuie abordați într-o manieră deosebită, motiv pentru care intervenția medico-legală în cazul lor a fost reglementată prin intermediul procedurii operaționale - *Examinarea medico-legală a copilului-victimă a violenței fizice și sexuale*, utilizată și în calitate de ghid metodic și didactic în scopuri educaționale [158].

Serviciile medico-legale sunt prestate de Centrul de Medicină Legală în cadrul subdiviziunilor sale teritoriale amplasate în centrele raionale și municipii. Fiecare subdiviziune este pusă în serviciul inspectoratelor de poliție, procuraturilor, instanțelor de judecată și populației din unitatea teritorial-administrativă respectivă. Scopul cercetărilor medico-legale este documentarea consecințelor actelor violente și colectarea dovezilor biologice ce vor fi utilizate în calitate de probe care ar putea dovedi sau infirma o legătură între persoane și/sau între persoane și locuri sau obiecte și, în așa mod, vor permite incriminarea acțiunilor făptuitorului. Competența

cercetărilor medico-legale se rezumă la explicarea fenomenelor de natură medicală și biologică pentru scopuri judiciare. Conform Codului de Procedură Penală al Republicii Moldova [39] o expertiză medico-legală judiciară este dispusă de către organele de urmărire penală (ofițer de urmărire penală, procuror) sau instanțele de judecată în cadrul unui proces judiciar (penal, contravențional, civil). Totodată, orice persoană fizică poate solicita în baza cererii proprii și a unui act oficial de identitate (certificat de naștere (pentru copii), buletin de identitate, pașaport, permis de conducere) o expertiză medico-legală extrajudiciară [128]. O expertiza medico-legală se desfășoară în baza examenului persoanei, cât și în baza studiului documentației medicale. În cazurile expertizelor medico-legale efectuate în baza documentelor medicale o importanță deosebită o are descrierea corectă și deplină a caracterului morfologic al leziunilor corporale și argumentarea diagnosticului prin date obiective clinice și paraclinice concludente, sarcini ce revin personalului medical [94]. Descrierea incompletă a caracterului morfologic al leziunilor corporale nu-i va permite medicului legist să atingă obiectivele expertizei medico-legale privind condițiile apariției traumei (timpul, mecanismul, obiectul vulnerant ș.a.), fapt ce va face imposibilă confirmarea prin probe obiective și cu suficient substrat științific a circumstanțelor invocate de către victimă. De menționat că diagnosticele clinice vizând traumele neconfirmate prin date obiective nu sunt supuse calificării medico-legale în calitate de leziuni, din care cauză agresorii nu pot fi trași la răspundere juridică pentru prejudiciile cauzate. În ambele situații organele de drept și instanțele de judecată ajung în imposibilitatea întreprinderii măsurilor împotriva autorilor agresiunii și realizării dreptului victimei la o justiție echitabilă. Examinarea medico-legală se efectuează, de regulă, în incinta secțiilor medico-legale teritoriale în cadrul programului de activitate al acestora și trebuie să se desfășoare cât mai curând posibil după traumatizare, pentru a nu pierde probele, mai cu seamă în cazurile violenței sexuale. Din această cauză, la solicitarea scrisă a ordonatorului, examinarea medico-legală a persoanei poate avea loc și în locul aflării acesteia (instituția medico-sanitară, instituțiile de detenție, instanța de judecată, domiciliul persoanei (ca excepție)). Examenul medico-legal al persoanelor poate fi efectuat și în afara programului de activitate al secției medico-legale în cazurile de agresiuni cu caracter sexual (în termen de cel mult 7 zile de la incident), precum și în alte cazuri când există pericolul de dispariție a unor mijloace de probă sau de schimbare a unor situații de fapt. Intervenția medico-legală în cazurile de violență în familie are la bază aceleași principii directorii ca și răspunsul sistemului sănătății și include aceleași elemente de bază:

1. identificarea victimei violenței în familie;
2. acordarea primului ajutor medical (la necesitate);
3. efectuarea examenului medico-legal, inclusiv documentarea;
4. evaluarea riscurilor;

5. raportarea cazului la organele poliției și referirea victimei [150].

Convenția de la Istanbul (2011) [212] solicită statelor-părți să asigure sprijin pentru victimele violenței în familie, în special al violenței sexuale (art. 25), prin înființarea centrelor specializate în care victimele să beneficieze de examinare medicală și medico-legală, asistență post-traumatică și consiliere. În această privință, Guvernul Republicii Moldova a aprobat în anul 2019 *Regulamentul-cadru cu privire la organizarea și funcționarea Centrului regional de asistență integrată a copiilor victime/martori ai infracțiunilor* [95] în baza căruia în anul 2022 și-a început activitatea primul centru specializat regional de tip Barnahus în orașul Bălți, menit să acopere prin serviciile sale regiunile din nordul țării. Scopul urmărit prin fondarea Centrului a fost de a oferi copilului asistență specializată, care să asigure prevenirea revictimizării și/sau retraumatizării acestuia în procesul de colectare a probelor în cauzele penale. În cadrul acestui Centru copiii beneficiază de asistență pentru asigurarea protecției copilului în situație de risc, asistență psihologică în criză, audiere în condiții speciale, examinare medicală și medico-legală și asistență juridică. De asemenea, relativ recent, în anul 2023 Guvernul a aprobat *Regulamentul cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului integrat regional pentru victimele violenței sexuale* [93]. Serviciul este de tip regional, a fost fondat cu suportul UN Women Moldova în mun. Ungheni, este destinat victimelor adulte și acoperă prin serviciile sale 6 unități administrativ-teritoriale din regiunea nord-vest a țării. În cadrul instituției se acordă servicii ce cuprind examinarea medicală specializată, examinarea medico-legală, prelevarea de probe biologice, colectarea materialului necesar pentru diagnosticul bolilor cu transmisie sexuală, eventual sarcină sau prescrierea contracepției de urgență, asistență juridică, asistență psihoemoțională de urgență, asistență socială, consiliere psihologică, audiere și alte acțiuni procesuale. În același an, a fost aprobat *Regulamentul-cadru cu privire la activitatea Centrului de Justiție Familială al Poliției* [92]. Centrul este destinat să asigure un răspuns intersectorial prompt la cazurile de violență față de victimele adulte, centrat pe necesitățile acestora, prin oferirea serviciilor de asistență specializată (medicală, medico-legală, socială), protecție și accesul la justiție prin prestarea serviciilor integrate sub același acoperiș [161]. Centrul de Medicină Legală are încheiate acorduri de colaborare cu toate aceste servicii, iar examenul medico-legal de rând cu cel medical se desfășoară în incinta acestora.

Concluzii la capitolul 1:

1. Violența în familie rămâne o problemă majoră, subraportată și insuficient evaluată, în ciuda eforturilor de conștientizare și prevenire;
2. Impactul violenței domestice asupra sănătății fizice și psihice a victimelor este profund și complex, manifestându-se pe termen scurt, mediu și lung, cu efecte asupra stării generale de

sănătate a societății și generând costuri economice semnificative.;

3. Definiția unitară și abordarea clară a violenței în familie s-au conturat odată cu dezvoltarea instituțiilor internaționale pentru protecția drepturilor omului, însă legislația din Republica Moldova, deși incriminează violența domestică ca infracțiune și contravenție, nu acoperă toate formele grave, necesitând adaptare și completare urgentă;
4. Consecințele violenței sunt deosebit de severe pentru femei și copii, grupurile cele mai vulnerabile, iar sectorul sănătății joacă un rol crucial în identificarea timpurie, acordarea îngrijirii adecvate și orientarea victimelor către servicii specializate, cu sprijinul organizațiilor internaționale;
5. Miturile și stereotipurile legate de rolurile de gen, prezente în societate și în rândul personalului medical, subliniază necesitatea instruirii și conștientizării profesioniștilor din sănătate pentru o gestionare imparțială și corectă a cazurilor de violență în familie.

2. MATERIALE ȘI METODE DE CERCETARE

2.1. Caracteristica generală a studiului

Cercetarea științifică a fost realizată în cadrul Catedrei de medicină legală a USMF “Nicolae Testemițanu” și s-a bazat pe analiza datelor statistice din rapoartele anuale ale Centrului de Medicină Legală, rapoartelor medico-legale a victimelor violenței domestice fizice neletale din arhiva CML și rezultatelor chestionării studenților medici ai USMF „Nicolae Testemițanu” și medicilor din instituțiile medico-sanitare din Republica Moldova. Perioada cercetării este cuprinsă între anii 2017 și 2024.

Investigațiile au fost realizate respectându-se următoarele etape ale cercetării statistice: elaborarea planului cercetării și determinarea eșantionului; efectuarea cercetării cu acumularea informației; prelucrarea informației obținute; analiza rezultatelor, elaborarea concluziilor și recomandărilor.

După caracter studiul este de tip *observațional, descriptiv, transversal*, iar conform volumului de date analizate – *integral și selectiv*.

Studiul integral a cuprins toate rapoartele anuale ale Centrului de Medicină Legală pentru perioada anilor 2017-2024. Acest studiu a permis stabilirea amplitudinii, trendului și aspectelor demografice ale fenomenului violenței domestice în Republica Moldova în baza datelor medico-legale.

Studiul selectiv a inclus 2 eșantioane:

- 1) actualii și viitorii medici din instituțiile medico-sanitare din Republica Moldova
- 2) rapoartele de constatare și expertiză medico-legală judiciară și extrajudiciară (denumite în continuare rapoarte medico-legale) ce vizează victimele adulte ale violenței domestice.

Tabelul 1. Caracteristica loturilor de studiu

Obiectele cercetării	<i>Rapoarte de activitate anuale ale CML</i>	<i>Studenți și medici</i>	<i>Rapoarte medico-legale</i>
Originea informației	CML	USMF, IMSP	arhiva CML
Perioada de timp analizată	2017-2024	2023	2018-2023
Colectivitatea statistică generală	8	16330	21200
Volumul eșantionului reprezentativ	8	Studenți: 209 Medici: 616	754

Metode de cercetare	istorică, matematică, comparativă, statistică	matematică, comparativă, sociologică, statistică	istorică, matematică, comparativă, de expertiză, statistică
----------------------------	--	---	---

Întru realizarea scopului și a sarcinilor trasate în studiu, au fost aplicate următoarele metode de cercetare:

- 1. Istorică** – studierea evoluției în timp a fenomenului cercetat;
- 2. Matematică** – prelucrarea matematică a datelor primare, calcularea ratelor, proporțiilor, raportului și altor indicatori statistici;
- 3. Serie cronologică** – calcularea valorilor omogene comparabile, care caracterizează modificările unui anumit fenomen într-o perioadă de timp;
- 4. Comparativă** – analiza proprietăților (particularităților) unui fenomen în raport cu altul, cunoașterea modificărilor intervenite la nivel de dezvoltare sau structură;
- 5. De expertiză** – analiza unui fenomen în scopul elucidării devierilor de la modelul standard;
- 6. Sociologică** – chestionarea, sondajul de opinii;
- 7. Statistică** – analiza cantitativă și calitativă a datelor obținute în cadrul studiului, inclusiv **statistică variațională** (calcularea mediilor (de grupă, glisantă));
- 8. Eșantionare stratificată** – respectarea structurii fenomenului prin stratificarea (divizarea) eșantionului, formarea eșantionului proporțional fenomenului.

2.2. Caracteristicile eșantioanelor de studiu

2.2.1. Rapoartele anuale ale Centrului de Medicină Legală

Studiul rapoartelor statistice anuale ale Centrului de Medicină Legală a oferit posibilitatea de a evalua în mod obiectiv dimensiunea fenomenului violenței domestice în Republica Moldova din perspectiva medico-legală. În baza acestor date, a fost posibilă nu doar cuantificarea numărului total de cazuri documentate, ci și identificarea tendințelor temporale și a particularităților legate de distribuția geografică.

Perioada de timp cercetată. Studiului au fost supuse datele din rapoartele anuale ale Centrului de Medicină Legală din perioada anilor 2017-2024.

Volumul integral. Cercetarea a cuprins 8 rapoarte anuale de activitate ale CML, corespunzătoare perioadei analizate.

Sfera de cuprindere. Din rapoartele anuale ale CML au fost extrase datele referitoare la numărul de expertize și constatări medico-legale ce au vizat victimele violenței în familie, inclusiv

cele cu sfârșit letal. Analiza a inclus și o abordare teritorial-zonală, realizată atât la nivelul fiecărei subdiviziuni medico-legale teritoriale, cât și prin clasificarea acestora în patru regiuni: Nord, Centru, Sud și municipiul Chișinău (incluzând raionul Ialoveni). Această repartizare regională a fost fundamentată pe structura regiunilor de dezvoltare stabilite prin Legea nr. 438/2006 privind dezvoltarea regională în Republica Moldova. Utilizarea acestei tipologii administrative este justificată prin relevanța sa în contextul formulării și implementării politicilor publice, asigurând astfel un cadru coerent și comparabil pentru evaluarea teritorială a fenomenului violenței în familie. În conformitate cu structura regiunilor de dezvoltare, Regiunea Nord cuprinde raioanele Briceni, Edineț, Ocnița, Dondușeni, Soroca, Drochia, Râșcani, Glodeni, Fălești, Sângerei, Florești, Șoldănești și municipiul Bălți. Regiunea Centru este alcătuită din raioanele Ungheni, Telenești, Rezina, Orhei, Călărași, Nisporeni, Strășeni, Criuleni, Dubăsari, Anenii Noi și Hâncești. Regiunea Sud include raioanele Leova, Cimișlia, Basarabeasca, Căușeni, Ștefan Vodă, Cantemir, Taraclia, Cahul și UTA Găgăuzia. În ceea ce privește Regiunea Chișinău, aceasta integrează atât municipiul Chișinău și suburbiile sale, cât și raionul Ialoveni, pentru care serviciile medico-legale sunt furnizate de structurile municipale.

Instrumentul de cercetare. Datele extrase au fost colectate și prelucrate cu ajutorul aplicației MS Excel 2016 din pachetul Microsoft Office. Acest instrument a facilitat organizarea, sistematizarea și analiza datelor, permițând totodată elaborarea materialelor ilustrative, precum grafice și diagrame, utilizate în prezentarea vizuală a rezultatelor.

Metodele de cercetare. Pentru procesarea și interpretarea datelor din eșantion, au fost aplicate metode de cercetare diverse: observarea, istorică, serie cronologică, matematică, statistică, comparativă. Metoda observării a permis examinarea dimensiunii fenomenului violenței domestice pe baza datelor extrase din rapoartele medico-legale. Corelată cu metoda istorică, aceasta a facilitat identificarea tendințelor de evoluție a fenomenului în timp. Metodele matematică și statistică au fost utilizate pentru calcularea mediei aritmetice simple și a ponderilor, rezultatele fiind ulterior reprezentate grafic. Metoda comparativă a contribuit la evidențierea variațiilor teritoriale ale fenomenului, prin analizarea distribuției cazurilor în diferite regiuni ale țării.

2.2.2. Medicii practicieni, medici rezidenți și mediciniștii din Republica Moldova

Eșantionul dat a fost analizat în scopul evaluării cunoștințelor și percepțiilor actualilor și viitorilor medici în domeniul violenței în familie pentru a înțelege necesitățile lor de formare și a ajusta programele de instruire în baza unor dovezi. Pentru realizarea dezideratului indicat, în calitate de sarcină s-a trasat elucidarea gradului de cunoaștere a fenomenului și constatarea percepțiilor respondenților cu privire la violența domestică și egalitatea de gen.

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

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

Așadar, a fost planificat un eșantion stratificat, probabilistic.

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

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

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

Pentru obținerea volumului definitiv al eșantionului, ajustat cu rata non-răspunsurilor, volumul eșantionului (**n**) obținut a fost înmulțit la coeficientul de calcul al ratei de non-răspuns (**q**). În baza acestui calcul ($750 \times 1,1$), a fost obținut volumul eșantionului în mărime de 825 de respondenți.

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

Perioada de timp cercetată. Chestionarea respondenților a fost realizată în perioada 20.05 – 30.06.2023.

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

Criterii de includere:

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

Criterii de excludere:

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

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

Instrumentul de cercetare. Pentru realizarea obiectivului înaintat în cadrul studiului, a fost elaborat un instrument pentru colectarea informațiilor sub forma unui chestionar anonim și confidențial denumit *Chestionarul de evaluare a necesităților de instruire a medicilor și mediciniștilor în domeniul violenței în familie*, focusat pe următoarele elemente: nivelul de cunoaștere de către respondenți a fenomenului violenței în familie și elementele distincte ale răspunsului sistemului sănătății la aceste cazuri; percepțiile lor privind normele sociale legate de rolul bărbaților și femeilor în societate și familie; atitudinea acestora privind cursul Violența în familie și în bază de gen. Chestionarul a fost proiectat așa încât durata de completare să nu fie prea lungă – de circa 15 minute. Având în vedere riscul de disponibilitate redusă a grupurilor-țintă pentru participare la anchetele online, mai ales atunci când participarea nu este obligatorie, o atenție deosebită a fost acordată modului de formulare și redactare a întrebărilor și opțiunilor de răspuns, pentru a evita interpretarea dificilă și perceperea eronată a subiectelor înaintate.

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

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

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

Următorul compartiment al chestionarului a avut drept scop de a evalua nivelul de cunoaștere și înțelegere a fenomenului violenței în familie și de a identifica posibilele lacune în această direcție. Acesta este compus din întrebări de tip închis și deschis structurate în jurul următoarelor

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

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

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

În scopul evaluării gradului de înțelegere și interpretare a datelor, versiunea inițială a chestionarului a fost testată în cadrul studiului pilot pe un eșantion de 30 studenți și medici, acțiune ce a permis definitivarea conținutului chestionarului, completarea răspunsurilor, corectarea întrebărilor interpretate ambiguu sau neînțelese de către respondenți și elaborarea versiunii finale a chestionarului.

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

Metodele de cercetare. Datele colectate au fost analizate prin intermediul următoarelor metode: sondaj; eșantionare stratificată; matematică; comparativă; statistică; analitică.

Sondajul a permis obținerea unor rezultate cantitative privind cunoștințele și percepțiile respondenților. Prin eșantionare stratificată a fost stabilită structura totalității statistice generale și

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

Au fost respectate etapele cercetării sociologice [35, 65, 195] care includ:

- definirea și delimitarea problemei cercetate;
- documentarea în literatura de specialitate;
- formularea ipotezei;
- stabilirea eșantionului (lotului) cercetat;
- stabilirea tehnicilor și metodelor de cercetare;
- colectarea datelor;
- prezentarea grafică a datelor;
- interpretarea datelor cercetării;
- tragerea concluziilor;
- evaluarea utilității investigației.

2.2.3. Rapoartele medico-legale privind victimele adulte ale violenței domestice fizice neletale

Eșantionul dat a fost analizat în scopul obținerii unei imagini depline asupra profilului victimei adulte și pattern-ului lezional al violenței domestice fizice neletale pentru oferirea acestor date în calitate de instrumente menite să consolideze capacitatea medicilor clinicieni și legiști de identificare a victimelor adulte.

Volumul eșantionului. Drept colectivitate statistică generală (N) au fost considerate 21200 de victime ale violenței domestice fizice examinate în cadrul subdiviziunilor teritoriale ale Centrului de Medicină Legală în perioada anilor 2018-2023 (Rapoartele anuale de activitate ale Centrului de Medicină Legală). Caracteristicile eșantionului au fost calculate ținându-se cont de faptul că acesta trebuie să reproducă la scară redusă structura totalității statistice.

Lotul de cercetare reprezentativ a fost calculat în Programul EpiInfo 7.2.3.1, compartimentul „StatCalc – Sample Size and Power” în baza următorilor parametri: intervalul de încredere pentru 95,0% de semnificație a rezultatelor, totalitatea statistică – 21200 de victime ale violenței domestice fizice, probabilitatea de apariție a fenomenului 50,0%. Mărimea lotului reprezentativ a

constituit în urma calculului 754 de rapoarte medico-legale.

Ținând cont de faptul că rapoartele medico-legale sunt examinate nemijlocit de către autorii studiului, probabilitatea de non-răspuns a fost exclusă. În scopul micșorării valorii erorii standard și creșterii exactității studiului, eșantionul dat a fost format din 801 de rapoarte medico-legale.

Respectarea structurii colectivității statistice generale a fost asigurată prin stratificarea eșantionului după obiectul de cercetare al rapoartelor medico-legale (persoană sau documente medicale). În cadrul colectivității statistice generale calculate ponderea rapoartelor medico-legale privind persoanele a fost de 75,8%, iar în baza documentelor medicale – 24,2%. Astfel, numărul acestor categorii de rapoarte în eșantionul reprezentativ a fost estimat de cel puțin: rapoarte medico-legale privind persoanele – 572 și în baza documentelor medicale – 183.

Perioada de timp cercetată. Studiului au fost supuse rapoartele medico-legale efectuate în perioada anilor 2018-2023.

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

Criterii de includere:

- Rapoartele medico-legale privind victimele adulte ale violenței domestice fizice neletale.

Criterii de excludere:

- Rapoartele medico-legale privind cadavrele victimelor violenței domestice fizice;
- Rapoartele medico-legale privind victimele minore ale violenței domestice fizice neletale;
- Rapoartele medico-legale a persoanei traumatizate în circumstanțe accidentale;
- Rapoartele medico-legale a persoanei victimă a violenței în alte circumstanțe decât cea domestică;
- Rapoartele medico-legale a persoanei victimă a violenței sexuale și privind stările sexuale contestabile;
- Rapoartele medico-legale suplimentare și repetate efectuate în baza documentelor medicale.

Organizarea cercetării: Identificarea rapoartelor medico-legale privind victimele adulte ale violenței domestice fizice neletale din arhiva Centrului de Medicină Legală a fost realizată prin analiza prealabilă a registrelor expertizelor (constatărilor) medico-legale referitoare la persoane. Selecția rapoartelor s-a efectuat printr-o eșantionare probabilistică stratificată proporțională, având ca unitate de eșantionare raportul medico-legal, iar ca strat – obiectul cercetării raportului (examinarea directă a persoanei sau pe baza documentelor medicale aferente acesteia), în

conformitate cu ponderea acestora în colectivitatea statistică generală (75,8% rapoarte privind persoanele și 24,2% rapoarte bazate pe documente medicale). După aplicarea criteriilor de includere și excludere stabilite în protocolul cercetării, au fost eliminate cazurile care nu corespundeau profilului de interes. Expertizele repetate sau suplimentare, dispuse în cadrul acelorași procese sau cauze penale, nu au fost considerate ca unități de observație distincte, evitând astfel dublarea informațiilor. Informațiile suplimentare obținute din aceste expertize au fost însă integrate în chestionarul inițial, bazat pe expertiza primară. Selectarea propriu-zisă a rapoartelor s-a realizat prin alegere aleatorie sistematică, prin care, după numerotarea tuturor cazurilor eligibile, s-au extras rapoartele la intervale regulate, corespunzătoare dimensiunii fiecărei categorii.

Studiul se limitează la colectarea și analiza datelor obținute prin metodologia de cercetare și se referă la constatarea profilului social al victimei adulte a violenței domestice fizice neletale și pattern-ului lezional. Colectarea datelor s-a realizat nemijlocit de către autorul studiului, prin cercetarea rapoartelor medico-legale privind victimele adulte ale violenței în familie din arhiva Centrului de Medicină Legală. Studiului au fost supuse expertizele și constatările efectuate în perioada anilor 2018-2023 în toate subdiviziunile Centrului de Medicină Legală. Colectarea mai facilă a datelor a fost asigurată prin utilizarea *Chestionarului de evaluare a profilului victimelor violenței în familie și de identificare a pattern-ului lezional*, elaborat și administrat în sistemului de gestiune a bazelor de date EpiInfo 7.2.3.1.

Instrumentul de cercetare. Pentru realizarea obiectivului înaintat în cadrul studiului, prin intermediul sistemului de gestiune a bazelor de date EpiInfo 7.2.3.1, a fost elaborat un instrument de colectare a informațiilor denumit *Chestionar de evaluare a profilului victimelor violenței în familie și de identificare a pattern-ului lezional*.

Chestionarul de introducere a datelor a fost structurat în următoarele compartimente de bază: I) date de identificare a observației; II) date privind profilul social al victimei; III) date referitoare la circumstanțele agresării; IV) date privind factorii traumatici și V) date privind morfologia și localizarea leziunilor.

În compartimentul „*date de identificare a observației*” au fost incluși indicatori care fac posibilă identificarea observației pentru confirmarea veridicității datelor: numărul raportului de expertiză/constatare medico-legală, tipul raportului medico-legal (expertiză judiciară, expertiză extrajudiciară, constatare), data examinării. Compartimentul „*date privind profilul social al victimei*” include informații privind sexul persoanei examinate, vârsta, statul social, mediul de reședință și grupul de risc din care face parte – date utilizate pentru a elucida aspectul social al profilului victimei. Rubrica „*date referitoare la circumstanțele agresării*” include informații privind statutul agresorului în raportul de relație cu victima, data și ora agresării, locul agresării,

faptul adresării pentru asistență medicală și al spitalizării, atestarea violenței cronice. Compartimentul „*date privind factorii traumatici*” conține informații privind numărul leziunilor traumatiche, tipul agresiunii, tipul factorului traumatic, inclusiv agentul vulnerant concret. Ultimul compartiment al chestionarului „*date privind morfologia și localizarea leziunilor*” presupune includerea informațiilor referitoare la tipul leziunilor constatate, localizarea și simetria acestora, vechimea leziunilor, existența unui pattern lezional și gradul de gravitate al vătămării corporale. Fiecare element al chestionarului a permis acumularea întregii informații la caz necesare pentru analiza și procesarea statistico-matematică ulterioară a datelor. Elementele chestionarului au fost analizate în calitate de criterii atât fiecare în parte, cât și comparativ între ele, fiind astfel posibilă demonstrarea existenței relațiilor de dependență dintre variabilele utilizate.

Metodele de cercetare. Datele colectate au fost analizate prin intermediul următoarelor metode: eșantionare stratificată, matematică, comparativă, statistică, analitică.

Prin eșantionare stratificată a fost stabilită structura totalității statistice generale și obținută structura eșantionului (rapoarte medico-legale privind persoanele și în baza documentelor medicale), astfel încât acesta să o reflecte cât mai fidel pe cea a colectivității generale. Cu ajutorul metodei matematice au fost calculați indicatorii statistici necesari pentru analiza eșantionului dat precum rata, proporția, eroarea standard și media. Prin intermediul analizei comparative s-a efectuat o evaluare ce a inclus atât compararea datelor interne, cât și contrastarea acestora cu informațiile obținute în alte cercetări. Metoda statistică a fost utilizată întru analiza calitativă și cantitativă a indicatorilor eșantionului. Metoda analitică a permis cercetarea fenomenului prin descompunerea acestuia în părțile sale componente pentru o cercetare detaliată, sistematică și critică a datelor obținute și informațiilor disponibile întru înțelegerea și interpretarea mai profundă a subiectului de studiu.

2.3. Procesarea matematico-statistică a rezultatelor studiului

Cercetarea a fost precedată de prelucrarea datelor obținute, incluzând analiza distribuției, identificarea și interpretarea valorilor lipsă, precum și normalizarea datelor la necesitate. Statisticile descriptive pentru datele continue au inclus estimarea indicatorilor tendinței centrale (media sau mediana), iar pentru datele ordinale sau nominale/dihotomice au fost prezentate frecvențele absolute și proporțiile. În toate cazurile a fost estimat intervalul de încredere (IC) de 95%, oferind informații suplimentare despre datele obținute.

Pentru colectarea și gestionarea datelor a fost folosit chestionarele administrat online prin Google Forms și sistemul EpiInfo 7.2.3.1. Datele obținute au fost centralizate în Microsoft Excel 2019 pentru prelucrare și apoi analizate statistic și reprezentate grafic utilizând instrumentele de programare cu cod deschis RStudio (<https://www.rstudio.com/>) și Python (<https://www.python.org/>), ambele asigurând reproductibilitatea analizei statistice efectuate.

3. AMPLOAREA FENOMENULUI VIOLENȚEI ÎN FAMILIE PRIN PRISMA DATELOR MEDICO-LEGALE

Fenomenul violenței în familie constituie o problemă majoră de sănătate publică și o încălcare gravă a drepturilor omului, ale cărei dimensiuni reale sunt dificil de cuantificat. Evaluarea amplitudinii violenței în familie presupune accesul la surse de date credibile și obiective. În acest sens, rapoartele medico-legale reprezintă o sursă importantă pentru evaluarea numărului de cazuri oficial înregistrate. Datele obținute din aceste surse permit nu doar monitorizarea numărului de cazuri, ci și analiza distribuției lor în timp și spațiu, contribuind la conturarea unei perspective de ansamblu asupra prevalenței fenomenului în societate. Aceste informații oferă o imagine clară atât asupra consecințelor fizice imediate ale violenței asupra victimelor, precum și gradul de accesare a serviciilor medico-legale. Totodată, ele evidențiază zonele geografice cu o incidență crescută, ceea ce poate orienta politicile publice și intervențiile instituționale. Acest capitol își propune să analizeze amploarea violenței în familie în Republica Moldova pe baza rapoartelor medico-legale, evidențiind tendințele, distribuția regională și dinamica evolutivă a cazurilor înregistrate în ultimii ani.

3.1. Caracteristicile rapoartelor anuale statistice analizate

Expertiza medico-legală joacă un rol fundamental în documentarea și probarea actelor de violență ce vizează sănătatea, viața și demnitatea persoanei, fiind un instrument indispensabil în investigarea infracțiunilor și contravențiilor, inclusiv a celor petrecute în cadrul familial. Prin natura sa, expertiza medico-legală furnizează concluzii obiective și independente asupra consecințelor fizice ale violenței, elemente esențiale pentru încadrarea juridică a faptelor și tragerea la răspundere a agresorilor. Pe lângă valoarea sa judiciară imediată, expertiza medico-legală capătă o dimensiune strategică, oferind o perspectivă reală asupra dimensiunii și caracteristicilor acestui fenomen social. La nivel național, expertizele medico-legale din Republica Moldova sunt realizate exclusiv de Centrul de Medicină Legală (CML), singura instituție publică abilitată în acest domeniu. Subordonată Ministerului Sănătății, instituția dispune de o rețea de 19 subdiviziuni teritoriale, menite să asigure accesul egal al populației la serviciile specializate, indiferent de regiune. Funcționarea descentralizată a serviciului medico-legal contribuie decisiv la eficiența intervenției în cazurile urgente, în care promptitudinea documentării consecințelor violenței influențează direct valoarea probatorie a expertizei.

Violența în familie este deseori subraportată și insuficient documentată de sistemele administrative, ceea ce limitează înțelegerea reală a fenomenului. Colectarea anuală a datelor medico-legale reprezintă un element esențial pentru monitorizarea și evaluarea continuă a fenomenului violenței în familie. Această practică sistematică permite identificarea tendințelor,

variațiilor și zonelor cu risc sporit, facilitând astfel intervențiile prompte și adaptate contextului. Datele centralizate și analizate la nivel național devin astfel fundamentul unor strategii informate, contribuind la dezvoltarea unor politici publice eficiente și la alocarea resurselor necesare pentru prevenirea și combaterea violenței domestice. În acest context, anual, fiecare subdiviziune a Centrului de Medicină Legală întocmește și prezintă un raport detaliat al activității sale, care cuprinde inclusiv date privind numărul cazurilor de violență domestică înregistrate și examinate. Aceste rapoarte oferă o imagine obiectivă și actualizată a fenomenului la nivel regional, facilitând astfel monitorizarea și analiza evoluției acestuia în timp.

Chiar dacă colectarea datelor referitoare la violența în familie a fost implementată de mult timp, în observațiile Finale ale CEDAW [30] pentru Republica Moldova, Comitetul a subliniat că, în ceea ce privește violența bazată pe gen, datele statistice ale Republicii Moldova acoperă doar anumite forme de violență bazată pe gen și nu sunt dezagregate în funcție de sex, vârstă, etnie, regiune, condiția de dizabilitate și relația dintre făptuitor și victimă. În aceeași direcție, primul raport de evaluare GREVIO [82] pentru Republica Moldova a evidențiat că, deși Centrul de Medicină Legală colectează și raportează anual date referitoare la cazurile de violență domestică și sexuală, acestea nu includ dezagregarea esențială a datelor în funcție de relația dintre victimă și agresor. Pentru a se alinia cerințelor Convenției de la Istanbul [212], CEDAW [30] și recomandărilor GREVIO [82], în anul 2023, Centrul de Medicină Legală a modificat formularul statistic utilizat, integrând variabile noi care permit o culegere mai detaliată a informațiilor. Astfel, Centrul a devenit prima și singura instituție din sistemul de sănătate din Republica Moldova care colectează date statistice referitoare la violența în familie în format dezagregat, conform standardelor internaționale. Noua metodologie de raportare permite, pentru prima dată, obținerea unor date detaliate în funcție de sex, vârstă, regiune geografică, prezența dizabilității și relația dintre victimă și agresor. Ajustarea formularului statistic a permis colectarea pentru prima dată a datelor statistice privind violența în familie dezagregate în funcție de sexul, vârsta, locația geografică, dizabilitatea și relația victimelor cu agresorul. Mai mult, acest progres instituțional reprezintă nu doar o aliniere formală la standardele internaționale, ci și un pas concret spre consolidarea capacității Republicii Moldova de a înțelege și gestiona fenomenul violenței domestice. Prin prisma acestor date, autoritățile pot identifica zonele cu vulnerabilitate crescută, pot dezvolta programe de prevenire țintite și pot evalua eficiența politicilor deja implementate.

În acest capitol sunt analizate informațiile furnizate de rapoartele anuale ale subdiviziunilor Centrului de Medicină Legală, care acoperă numărul de cazuri de violență în familie examinate în perioada anilor 2017 și 2024.

3.2. Amplorarea, tendințele și dinamica fenomenului violenței domestice

Dimensiunea unui fenomen, indiferent de domeniul în care apare, servește drept indicator al relevanței sale și subliniază nevoia unei evaluări detaliate, cu atât mai mult când este examinată pe o durată extinsă. În cazul violenței în familie, o astfel de analiză pe termen lung este crucială pentru a identifica amploarea, tendințele și factorii care alimentează acest fenomen complex, permițând astfel elaborarea unor strategii eficiente de prevenire și intervenție.

Studiul rapoartelor anuale de activitate ale subdiviziunilor CML a arătat că în perioada anilor 2017-2024 au fost efectuate sumar 35441 de expertize și constatări medico-legale în care au fost examinate victimele violenței în familie, fiind atestată o variație semnificativă a cazurilor de violență domestică examinate în Republica Moldova în perioada 2017–2024, cu valori anuale cuprinse între 3635 și 6425 (Figura 1) și o medie de 4430 cazuri pe an.

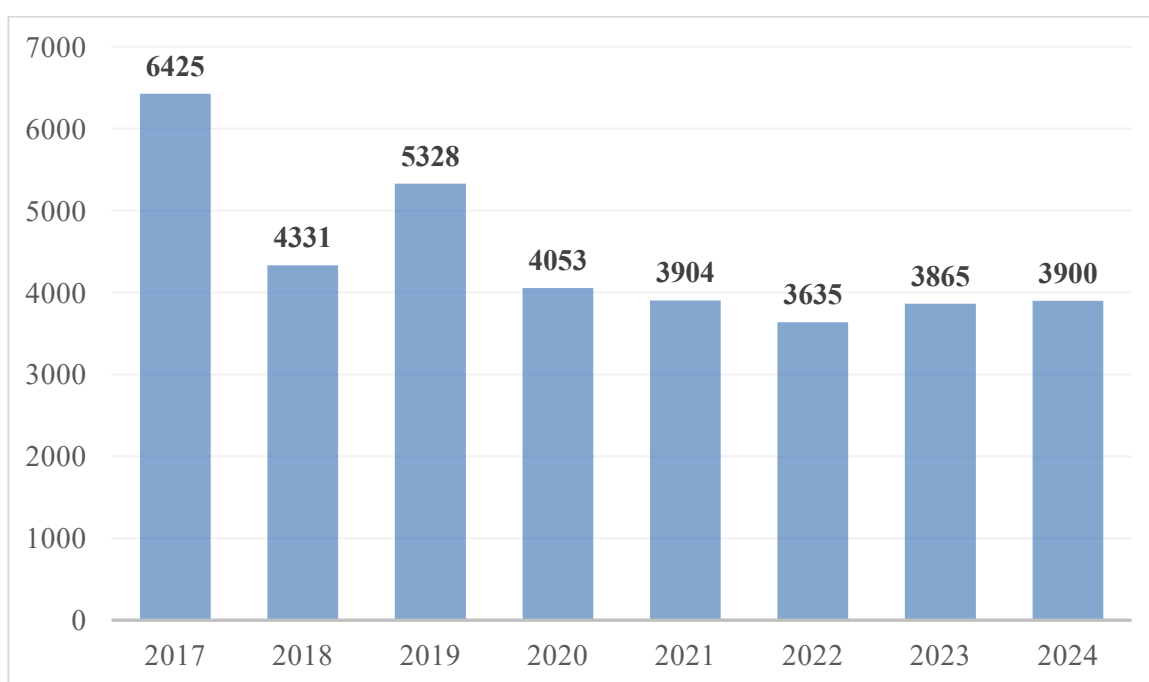


Figura 1. Distribuția anuală a cazurilor de violență domestică examinate medico-legal în cadrul Centrului de Medicină Legală (2017–2024), c.a.

Această evoluție sinuoasă evidențiază tendințe mixte de creștere, descreștere și relativă stagnare. Numărul maxim de cazuri a fost înregistrat în anul 2017 (6425 cazuri), urmat de o scădere bruscă la 4331 cazuri în 2018 și o creștere a numărului de cazuri în 2019 (5328 cazuri). Ulterior, în perioada 2020–2022 s-a constatat o reducere semnificativă a numărului de examinări medico-legale a victimelor violenței în familie, aceasta fiind legată, în mod evident, de impactul pandemiei COVID-19. Măsurile restrictive, izolarea socială și limitarea accesului la servicii medicale [79, 141, 230] au sunt circumstanțele care au reprezentat o barieră serioasă în calea victimelor să acceseze serviciile medico-legale, ceea ce a generat o subraportare a cazurilor. Este important de menționat că, deși numărul de examinări a scăzut, studiile [79, 141, 230] au arătat că violența domestică a continuat și chiar a crescut în această perioadă, ceea ce îi oferă un caracter „umbrelă”,

ascunsă în spatele restricțiilor și limitărilor accesului la servicii. După relaxarea măsurilor de restricție în 2023 și 2024, s-a observat o creștere ușoară a numărului de examinări medico-legale, cu toate acestea, dinamica observată nu a atins valorile înregistrate anterior perioadei restrictive (Figura 1). Această evoluție este susținută și de contextul socio-politic favorabil, în care Republica Moldova a făcut pași importanți în domeniul protecției victimelor violenței în familie, inclusiv prin ratificarea Convenției de la Istanbul și implementarea unor programe noi de sprijin și prevenție.

În acest context, devine relevantă compararea datelor obținute cu cele furnizate de Ministerul Afacerilor Interne al Republicii Moldova, reflectate în rapoartele sale anuale privind fenomenul violenței în familie. Acestea indică o creștere constantă a numărului de cazuri raportate, de la 6706 în anul 2013 până la 15.976 în anul 2024 (Figura 2).

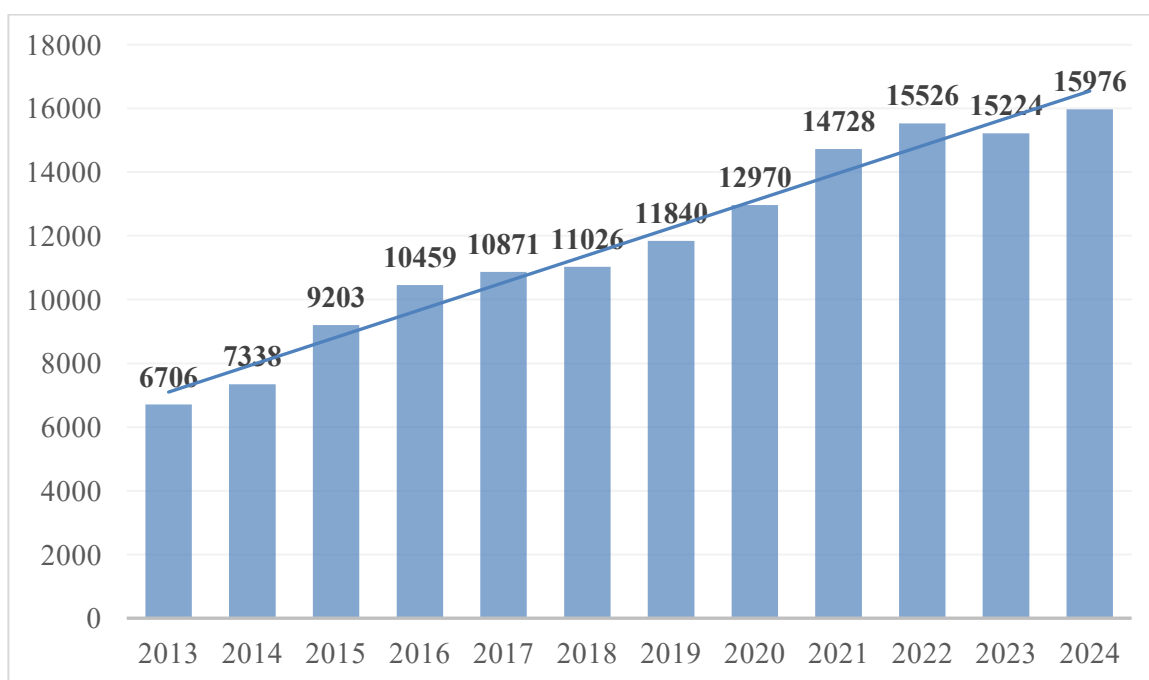


Figura 2. Dinamica adresărilor referitoare la conflictele în cadrul relațiilor familiale, pe parcursul anilor 2013 – 2024 (MAI RM), c.a.

Această creștere a numărului de cazuri raportate poate fi interpretată în mod ambiguu. Pe de o parte, ar putea reflecta o creștere reală a incidenței violenței domestice în societate, ceea ce indică o agravare a fenomenului. Pe de altă parte, această tendință poate fi rezultatul unei conștientizări tot mai mari a populației cu privire la importanța raportării cazurilor de violență, datorită campaniilor de informare, educației publice și dezvoltării serviciilor de sprijin pentru victime. În acest sens, creșterea statisticilor poate semnala nu neapărat o deteriorare a situației, ci o îmbunătățire a accesului victimelor la servicii și o încredere mai mare în sistemul de justiție și protecție.

Discrepanța dintre datele raportate de subdiviziunile Centrului de Medicină Legală (CML) și cele furnizate de Ministerul Afacerilor Interne (MAI) [147] reprezintă un aspect semnificativ în

înțelegerea realității violenței domestice în Republica Moldova. Această diferență se explică atât prin metodele distincte de colectare și înregistrare a informațiilor, cât și prin specificul funcțional al fiecărei instituții. Pe de o parte, examinării medico-legale îi sunt supuse exclusiv cazurile de violență domestică care implică forma fizică sau sexuală, întrucât scopul acestei examinări este de a evalua leziunile corporale din perspectiva prezenței acestora și aprecierea gradului de vătămare corporală. Astfel, doar victimele care raportează violența fizică sau sexuală ajung să fie examinate și, respective, înregistrate în rapoartele Centrului de Medicină Legală. În contrast, datele furnizate de Ministerul Afacerilor Interne reflectă totalitatea cazurilor de violență domestică raportate, indiferent de natura acestora – violență fizică, sexuală, psihologică, economică sau spirituală. Acest lucru explică faptul că numărul cazurilor înregistrate de MAI este, de regulă, mai mare, deoarece include și situațiile în care victimele au sesizat forme de abuz non-fizic, care nu implică o examinare medico-legală. Prin urmare, diferența dintre cifrele raportate de CML și cele de MAI este justificată prin faptul că acestea surprind aspecte diferite ale violenței domestice. Totodată, această discrepanță poate fi explicată și printr-o posibilă evoluție a manifestărilor violenței domestice, în sensul unei creșteri a formelor non-fizice de abuz. Această tendință reflectă o schimbare importantă în dinamica violenței domestice, care devine tot mai subtilă și mai diversificată, impunând necesitatea unor răspunsuri multidisciplinare adaptate acestor forme de abuz.

3.3. Distribuția teritorial-zonală și dinamica cazurilor de violență domestică

Analiza statistică a indicatorilor medii la nivel național în Republica Moldova oferă o imagine generală asupra situației violenței domestice, însă este necesară o analiză detaliată, care să evalueze evoluția acestora în funcție de repartizarea teritorială și zonală. O astfel de abordare permite să identificăm regiunile cu o adresabilitate mai ridicată și să înțelegem mai bine distribuția geografică a fenomenului.

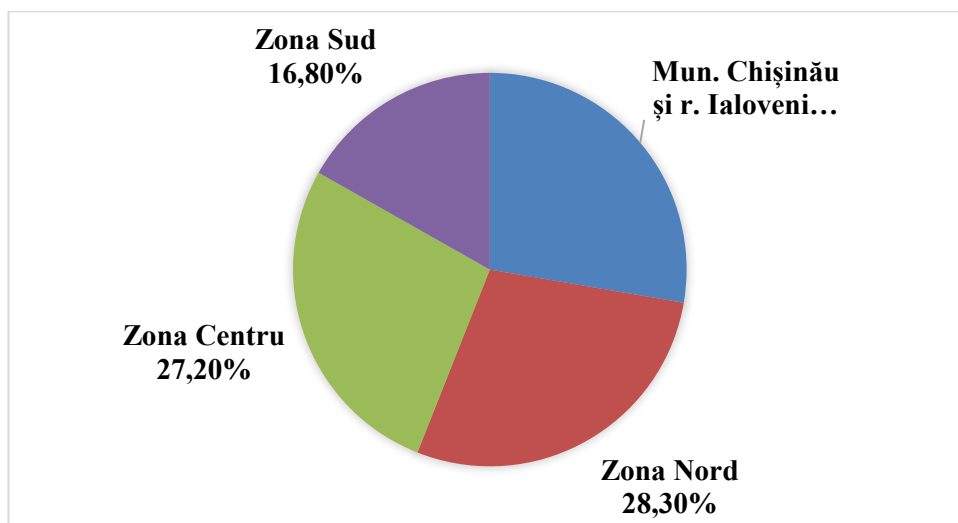


Figura 3. Distribuția teritorial-zonală a cazurilor de violență domestică examinate medico-legal (perioada anilor 2017-2024), %

După cum rezultă din Figura 3, se atestă un număr aproximativ egal al examinărilor medico-legale în privința victimelor violenței în familie în subdiviziunile teritoriale ale CML din zona Nord (1254, 28,3%), mun. Chișinău și raionul Ialoveni (1227, 27,7%) și zona Centru (1205, 27,2%). În zona Sud, anual sunt examinate în mediu 743 de cazuri de violență în familie, ceea ce constituie 16,8% din număr mediu total pe plan național. Totodată, este important de menționat, că toate aceste zone sunt deservite de mai multe secții medico-legale, cu excepția zonei mun. Chișinău și raionului Ialoveni, unde victimele sunt examinate în secția Clinica medico-legală Chișinău sau Tanatologie medico-legală Chișinău (în cazurile letale), atestând astfel o concentrare a examinărilor cazurilor în aceste secții (Figura 3). Decalajul identificat în direcția capitalei se explică prin cea mai mare concentrație a populației în această unitate administrativ-teritorială.

Distribuția medie constatată anterior se observă și în cadrul analizei dinamicii anuale a ratei de examinare a persoanelor victime ale violenței domestice: numărul examinărilor efectuat după repartitia teritorial-zonală este aproximativ egal, cu excepția anului 2017, unde în secția Clinică și Tanatologie medico-legală Chișinău este de circa două ori mai mare decât în zona Nord și Centru, și de patru ori față de zona Sud. Totodată, din Figura 4 observăm tendința generală de scădere a numărului examinărilor în zona Nord și Centru în perioada evaluată, și o ușoară creștere a cazurilor în zon mun. Chișinău și Sud. O scădere bruscă și pronunțată a fost înregistrată în municipiul Chișinău în perioada 2017–2018, fiind de aproape trei ori mai mică comparativ cu valorile anterioare. Aceeași tendință a fost observată și în alte zone ale țării, însă cu o amplitudine considerabil mai redusă. Perioada anilor 2018-2019 s-a caracterizat prin o ușoară ascensiune a cazurilor pe întreg Republicii Moldova, urmată mai apoi de o descreștere generală lină a cazurilor examinate.

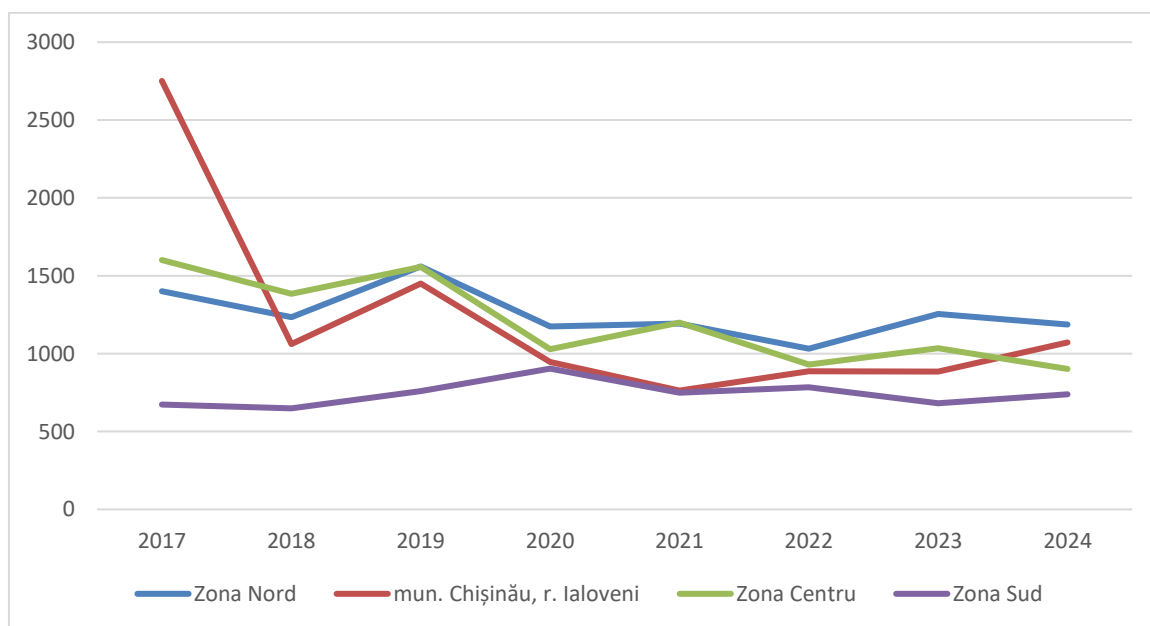


Figura 4. Dinamica examinărilor medico-legale a victimelor violenței domestice în subdiviziunile CML după principiul teritorial zonal (2017-2024), c.a.

Curbele ce reflectă situația în zonele teritoriale nu oscilează atât de semnificativ, indicând lent o descreștere: pentru zona de nord media examinărilor a victimelor violenței domestice în primii 4 ani a constituit 1342, iar pentru ultimii – 1167; pentru mun. Chișinău și r. Ialoveni – 1552 și 902 respectiv; pentru zona centrală – 1393 și 1017 respectiv, iar la sudul țării – 747 și 739.

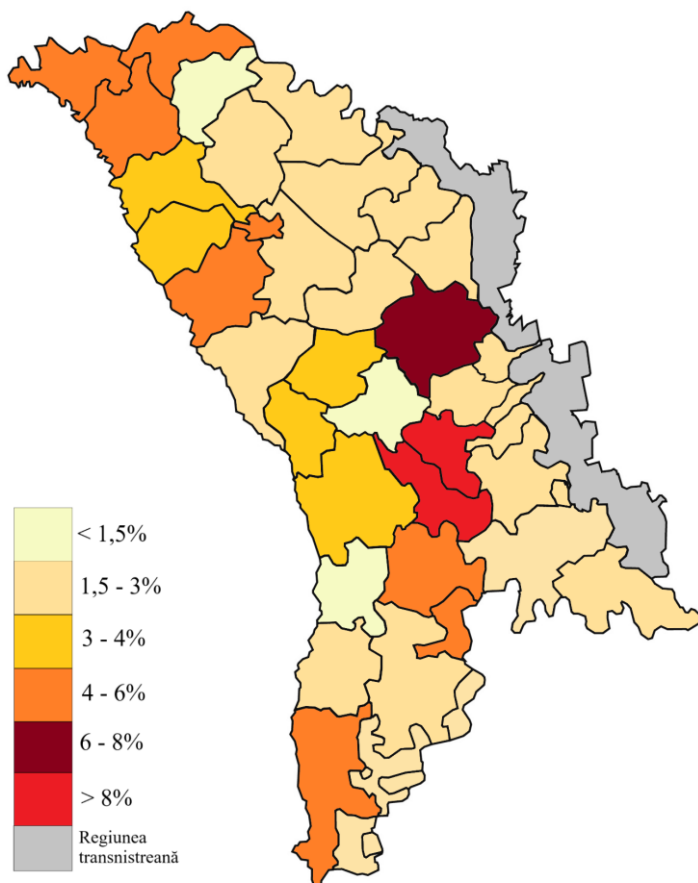


Figura 5. Numărul mediu al examinărilor medico-legale privind victimele violenței domestice în subdiviziunile CML (perioada 2017-2024), c.a.

O diferență semnificativă a medii cazurilor examinate în perioada 2017-2024 se observă la analiza acestora conform subdiviziunilor în care au fost efectuate, astfel cel mai mare număr se atestă în secțiile din mun. Chișinău – 1227 (27,69%), urmată de Secția medico-legală Orhei – 347 (7,83%), Bălți – 228 (5,14%), Cahul – 214 (4,83%), Edineț – 210 (4,74%), Fălești – 204 (4,6%), Cimișlia – 202 (4,55%) (Figura 5). Totodată, la analiza acestor date trebuie luat în calcul și modificările administrative la CML ce viziază aria de deservire a populației de către subdiviziunile instituției: în perioada 2017-2019 a fost sistată activitatea secției medico-legale Glodeni, reluată abia în 2020; Telenești din anul 2019 până în prezent; Ungheni în perioada 2019-2022, reluată în 2023; Leova în perioada 2020-2021; Anenii-Noi în anul 2021, reluată în 2022; Criuleni în anul 2022 și din 2024 până în prezent; Călărași, Comrat, Strășeni și Fălești din anul 2024 până în prezent; Dondușeni din anul 2023 până în prezent; Sîngerei în perioada 2022-2024. Fluxul de de

persoane ce au necesitat de a fi examinate medico-legal după sistare activității în secțiile respective a fost redirecționat către secțiile din raioanele învecinate. Considerăm că acest fapt nu a influențat semnificativ datele statistice analizate, întrucât toate examinările din raioanele respective au fost efectuate în secțiile medico-legale din unitățile administrativ-teritoriale adiacente din aceeași zonă administrativ-teritorială.

Concluzii la capitolul 3:

1. Analiza datelor naționale privind violența în familie în perioada 2017–2024, oferite de Centrul de Medicină Legală, a permis identificarea tendințelor temporale și geografice ale fenomenului, contribuind la o înțelegere mai profundă a implicațiilor sale sistemice.
2. În perioada analizată, au fost înregistrate 35.441 examinări și constatări medico-legale privind victimele violenței domestice, corespunzând unei medii anuale de aproximativ 4430 de cazuri, cu variații între 3635 și 6425 cazuri, reflectând o dinamică oscilantă și influențată de pandemia COVID-19.
3. Analiza zonală a evidențiat scăderi în numărul de examinări în regiunile Nord și Centru și o relativă stabilitate sau creștere ușoară în zona Sud și în municipiul Chișinău, sugerând variații în accesibilitatea serviciilor, intensitatea raportării și eficiența intervențiilor instituționale locale.
4. Datele MAI indică o creștere constantă a sesizărilor de violență domestică, de la 6706 cazuri în 2013 la 15.976 cazuri în 2024, sugerând fie o agravare reală a fenomenului, fie o creștere a conștientizării și încrederii populației în instituțiile abilitate.
5. Discrepanțele dintre datele MAI și CML sunt explicabile prin diferențele metodologice: CML înregistrează doar cazurile de violență fizică sau sexuală care necesită expertiză medico-legală, în timp ce MAI documentează toate formele de violență domestică, inclusiv cele psihologice, economice sau spirituale.
6. Tendințele descoperite reflectă necesitatea monitorizării continue și consolidării intervențiilor locale și naționale pentru o gestionare mai eficientă a fenomenului violenței domestice.

4. CUNOȘTINȚELE ȘI PERCEPȚIILE MEDICILOR ȘI MEDICINIȘTILOR ÎN DOMENIUL VIOLENȚEI DOMESTICE

Fenomenele și procesele sociale, precum și transformările continue produse în societatea contemporană necesită o abordare științifică complexă, fundamentată pe o concepție teoretică clar delimitată și prin aplicarea metodelor de cercetare științifică. Deținerea unor date fiabile poate servi drept suport în dezvoltarea de politici și strategii de intervenții bazate pe dovezi, în eficientizarea funcționării instituțiilor și organizațiilor, precum și în anticiparea unor schimbări. În acest context, cercetarea sociologică vine să răspundă la nevoile instituțiilor sociale, devenind un deziderat al comunităților prospere și orientate spre rezultat [34].

Pornind de la acest concept, întru dezvoltarea nivelului de cunoaștere și percepție a fenomenului violenței domestice în rândul actualilor și viitorilor medici, a fost realizată chestionarea anonimă a 832 de medici și studenți medici. Momentul esențial în alegerea eșantionului respectiv a constituit faptul că violența în familie reprezintă o problemă de sănătate publică și, prin urmare, este crucial ca medicii să posede cunoștințe și abilități specifice în vederea asigurării unui răspuns adecvat și prevenirii fenomenului. Însă, pentru realizarea obiectivului enunțat, medicii trebuie să înțeleagă ce presupune această formă distinctă de violență și să cunoască componentele răspunsului profesional corect [162].

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

4.1. Datele sociodemografice ale participanților la cercetare

Eșantionul studiat a fost reprezentat de medici, reprezentanți ai diferitor specialități – 62,76% (95% IC 59,3, 66,5) (522), medici rezidenți – 11,51% (95% IC 9,4, 13,8) (96) și medicinisti – 25,73% (95% IC 22,8, 28,8) (214) (Figura 6).

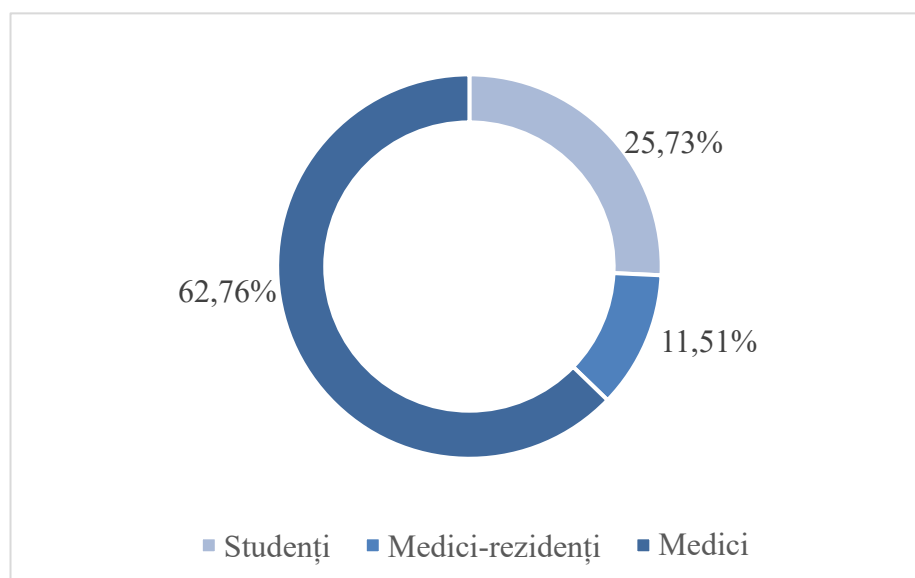


Figura 6. Structura respondenților în funcție de statutul lor profesional, %

În analiza efectuată, s-a remarcat un număr impunător de participanți (682 – 82,0%, 95% IC 79,4, 84,5) implicați în activități de studiu sau profesionale în cadrul unei comunități urbane. Predominarea respondenților reprezentanți ai mediului urban poate fi justificată prin localizarea specifică a instituțiilor de învățământ, dar și probabil printr-un nivel mai sporit de implicare în completarea chestionarului voluntar de către cei ce își desfășoară activitatea în mediul dat. Cu toate acestea, a fost atestată și participarea a 150 (18,0%, 95% IC 15,5, 20,6) respondenți – reprezentanți ai mediului rural (Figura 7).

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

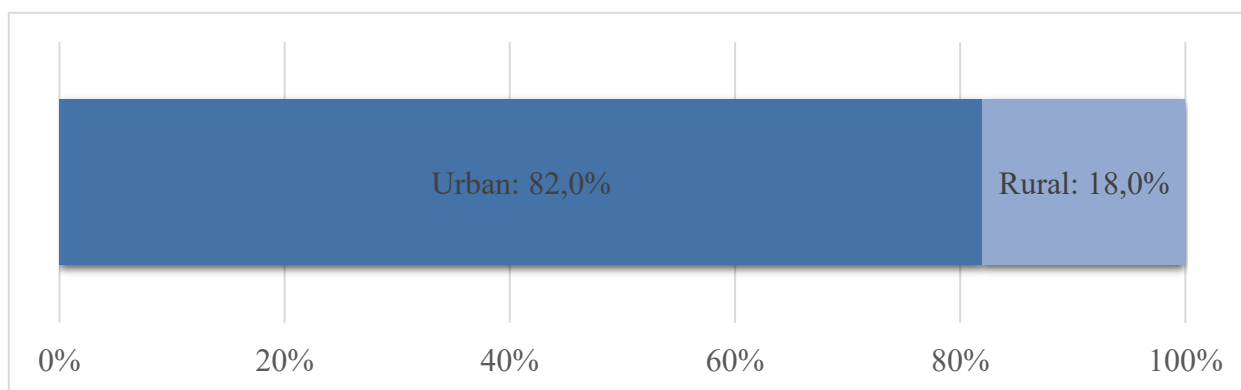


Figura 7. Structura respondenților în funcție de mediul de reședință al instituțiilor în care studiază/activează, %

Din perspectiva genului, respondenții au avut libertatea de a selecta opțiunea ce le corespunde: genul masculin, feminin și altul. S-a constatat că în studiu au participat preponderent persoane de gen feminin – 651 (78,2%, 95% IC 75,1, 80,9) și mai rar cele de gen masculin – 179 (21,5%, 95% IC 18,8, 24,5), iar 2 (0,2%, 95% IC 0, 0,6) respondenți/te s-au identificat ca fiind de alt gen (Figura 8). Această observație poate fi explicată prin predominarea numerică a femeilor în comunitatea medicală și universitară, fapt ilustrat și de Anuarul statistic al Republicii Moldova, ediția 2022 [17]. O altă explicație ar putea consta în rata mai mare de victimizare a femeilor în mediul familial în Republica Moldova [16, 146, 155], fapt ce le-a sporit interesul de participare la prezentul studiu.

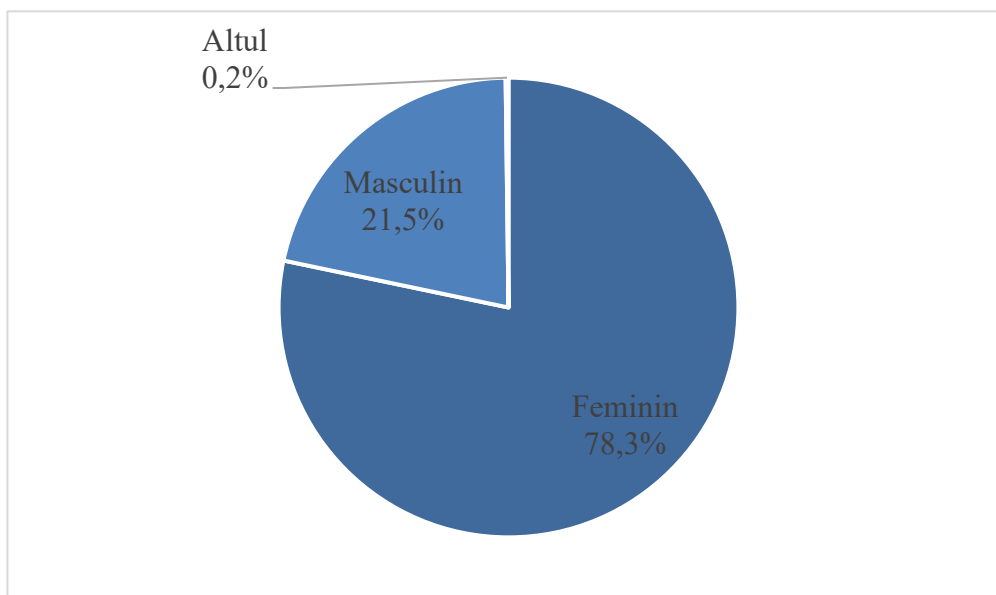


Figura 8. Structura respondenților în funcție de sex, %

În cadrul cercetării, respondenții au fost repartizați în trei grupe de vârstă: categoria persoanelor cu vârsta de până la 35 de ani, care a inclus studenți, medicii rezidenți și specialiști aflați la început de carieră; categoria specialiștilor cu vârsta de 36–55 de ani, considerați profesional deja formați; și categoria specialiștilor cu vârsta de peste 56 de ani, corespunzătoare vârstei prepensionare și pensionare. Am considerat că aceste trei categorii de vârstă acoperă o gamă largă de experiențe și viziuni, ceea ce ne-a permis să obținem o perspectivă cuprinzătoare asupra opțiunilor diferitor generații. Totodată, o asemenea stratificare a fost necesară pentru a examina și compara variabilele și tendințele specifice diferitelor categorii de vârstă, cu scopul de a evidenția și analiza eventuale diferențe în cunoștințele și percepțiile referitoare la fenomenul violenței domestice. Analiza lotului de studiu din punctul de vedere al vârstei respondenților a arătat o participare mai largă (386 – 46,4%, 95% IC 42,9 49,6) a persoanelor cu vârsta sub 35 de ani, cea mai mare parte dintre ei fiind studenții (208) și medicii rezidenți (79). Totodată, s-a observat că odată cu creșterea vârstei respondenților a scăzut evident rata lor de participare la studiu. Așadar, 32,9% (95% IC 29,8, 36,1) (274) dintre respondenți s-au încadrat în intervalul de vârstă 36-55 de ani, în timp ce 20,7% (95% IC 17,9, 23,6) (172) au avut peste 56 de ani (Figura 9).

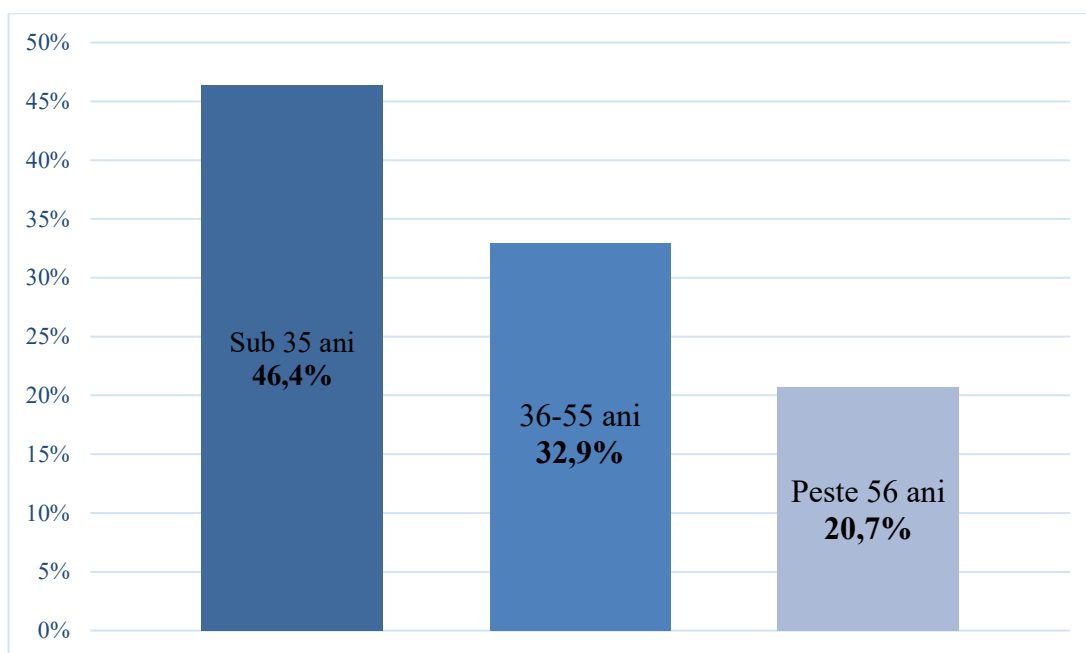


Figura 9. Distribuția respondenților în funcție de grupul de vârstă, %

Studiul *Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova* [31, 33] realizat în scopul cunoașterii percepțiilor populației referitoare la egalitatea de gen și violență a arătat existența unei corelații dintre opinii și statutul marital al respondenților. Din aceste raționamente, prezentul studiu s-a axat pe identificarea acestei corelații în comunitatea medicală, iar pentru realizarea acestei sarcini participanții au fost îndemnați să indice statutul lor marital prin selectarea uneia dintre următoarele opțiuni *căsătorit/ă*, *necăsătorit/ă*, *divorțat/ă*, *văduv/ă*. Totodată, ținând cont de caracterul personal al întrebării, respondenților le-a fost oferită și posibilitatea de a se abține de la răspuns prin soluția *prefer să nu răspund*. Din această perspectivă, majoritatea participanților (68,5%, 95% IC 65,3, 71,5) la studiu erau căsătoriți, iar circa fiecare a patra persoană (23,7%, 95% IC 20,8, 26,6) nu se afla într-o relație la momentul participării la studiu. Doar 4,0% (95% IC 2,8, 5,3) dintre respondenți erau divorțați, iar 2,0% (95% IC 1,1, 3,0) – văduvi. În 1,8% (95% IC 1,0, 2,8) de cazuri respondenții au preferat să nu răspundă la această întrebare (Figura 10).

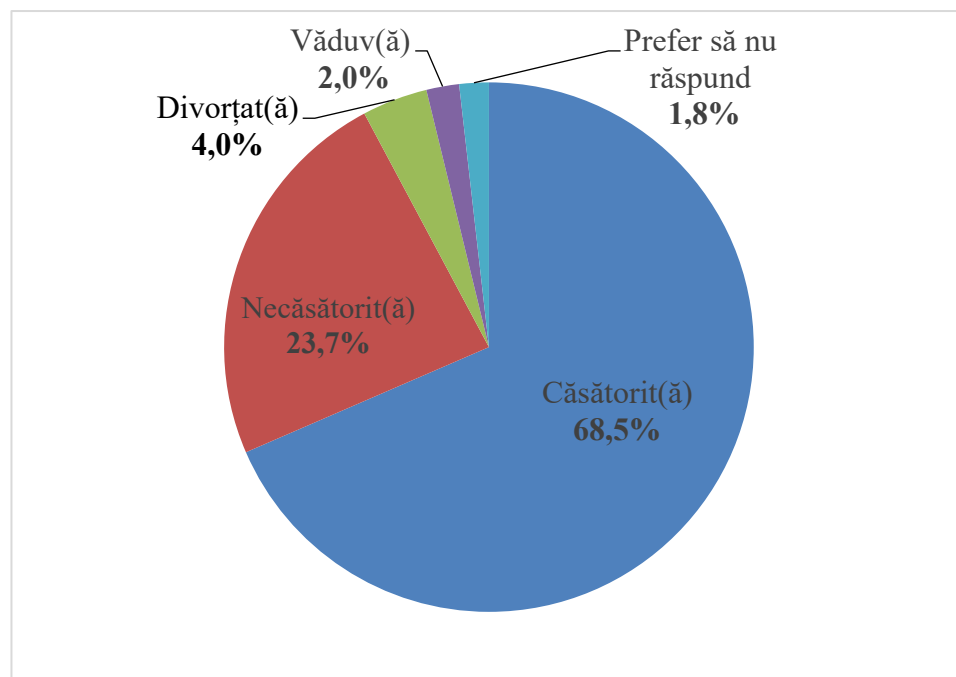


Figura 10. Statutul marital al respondenților incluși în studiu, %

Încă în 2011, perioada în care conceptul de violență în familie era insuficient de perceput, s-a recunoscut că copiii sunt cei mai vulnerabili față de acțiunile violente, fie în calitate de martori, fie de victime. Consecințele suportate de aceștia sunt cele de mai lungă durată și le modelează percepțiile, abordările și comportamentele în viața adultă [16]. De aceea, suntem de părere că statutul de părinte poate intensifica conștientizarea și preocuparea față de violența domestică, oferind un stimul puternic pentru adoptarea de comportamente și luarea de decizii menite să garanteze un mediu familial sigur și lipsit de violență pentru toți membrii familiei, în special copii. Din această cauză, respondenții din cadrul studiului nostru au fost solicitați să indice statutul lor parental. În această privință s-a constatat că o proporție semnificativă a participanților la studiu (68,1%, 95% IC 65,1, 71,6) erau părinți ce educă cel puțin un copil, în timp ce 1,2% (95% IC 0,5, 2,0) dintre respondenți au preferat să nu răspundă la această întrebare (Figura 11).

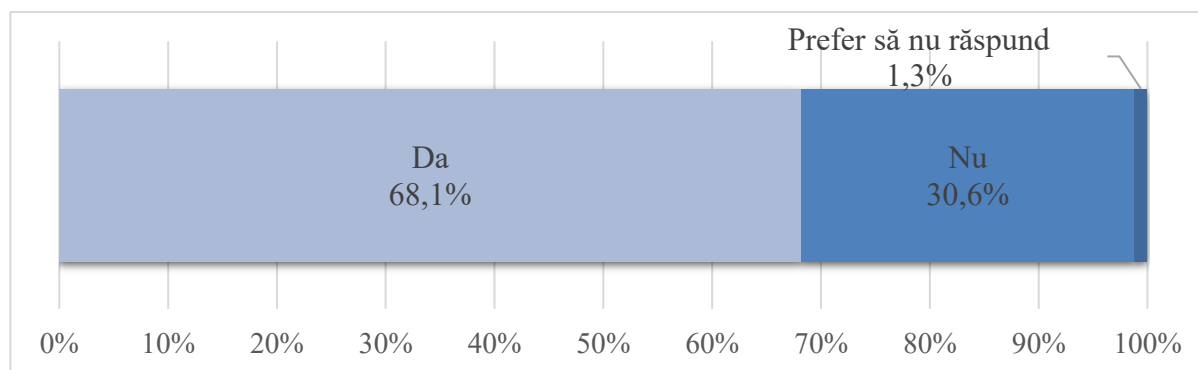


Figura 11. Rata părinților în rândul respondenților, %

Experiența de muncă joacă un rol important în conștientizarea aspectelor profesionale și sociale ale personalului medical, a abordărilor lor și în calitatea răspunsului oferit pacienților,

inclusiv victime ale violenței domestice. Studiul a arătat că majoritatea respondenților posedă experiență profesională. Astfel, din Figura 12 putem observa că majoritatea (80,6%, 95% IC 76,9, 84,7) dintre participanți a avut un anumit stagiul de muncă, în timp ce doar 1 din 5 a afirmat că este *fără stagiul*. Din categoria respondenților cu experiență de muncă, 34,9% (95% IC 33,3, 36,7) au avut un stagiul profesional de 21-40 de ani, 30,4% (95% IC 29,0, 31,2) – 6-20 de ani, 25,0% (95% IC 23,8, 26,3) – mai puțin de 5 ani, iar 9,7% (95% IC 9,2, 10,2) – mai mult de 40 de ani. Predominarea respondenților cu experiență profesională poate fi atribuită, în principal, faptului că majoritatea participanților la acest studiu au fost medici. Din această perspectivă, putem considera rezultatele studiului ca fiind relevante, întrucât preponderent profesioniștii cu experiență contactează în activitatea lor de rutină cu pacienții cărora le extrapolează viziunile și percepțiile proprii.

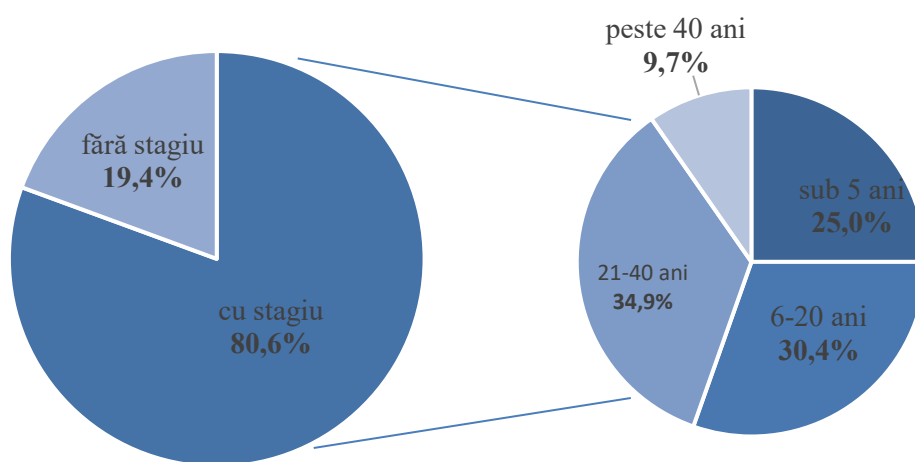


Figura 12. Experiența profesională a respondenților, %

Un aspect important explorat în cadrul studiului a fost evaluarea frecvenței interacțiunii respondenților cu pacienții ce se confruntă cu violența domestică. Ca urmare, mai mult de jumătate dintre respondenți (64,4%, 95% IC 61,1, 67,7) au declarat că interacționează ocazional cu pacienții-victime ale violenței domestice, alți 13,2% (95% IC 10,9, 15,5) – frecvent, și doar 1,4% (95% IC 0,7, 2,3) – zilnic. Acest rezultat indică o prezență semnificativă a interacțiunilor sporadice sau frecvente cu pacienți afectați de violența domestică în rândul respondenților, subliniind astfel importanța pregătirii adecvate a personalului medical în oferirea unui răspuns prompt și coordonat pentru a asigura sprijinul și referirea corectă a victimelor, contribuind, în așa mod, la ameliorarea acestui grav fenomen social. Din această perspectivă opinăm că, riscul unei abordări necorespunzătoare este considerabil mai mare în cazul specialiștilor care se confruntă cu fenomenul violenței domestice relativ mai rar, deoarece, din punct de vedere practic, mult mai facil sunt gestionate situațiile de rutină, iar în cazurile ce prezintă o excepție probabilitatea necunoașterii algoritmului de acțiuni crește exponențial. Este de menționat că 20,9% (95% IC 18,0,

23,7) dintre respondenți nu au interacționat niciodată cu victime ale violenței domestice pe parcursul vieții lor profesionale, observație explicabilă prin faptul că majoritatea dintre aceștia erau studenți (Figura 13).

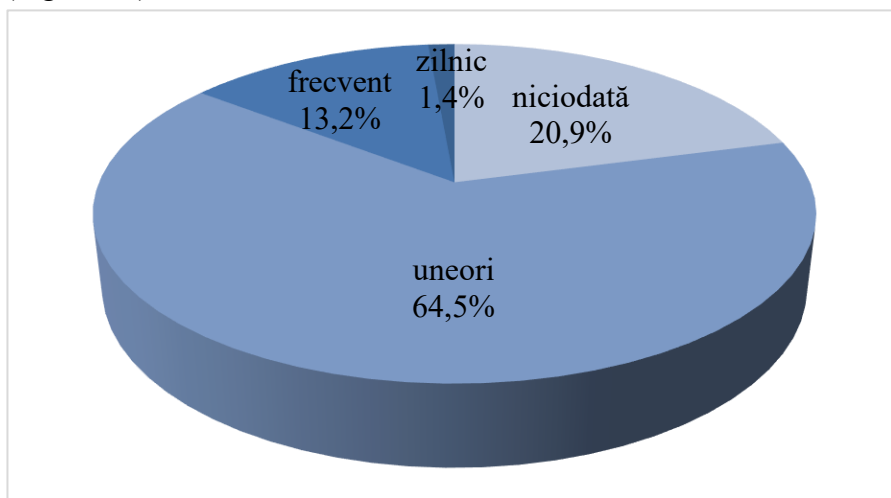


Figura 13 Interacțiunea respondenților cu pacienți victime ale violenței domestice, %

Autoevaluarea cunoștințelor reprezintă un element valoros în contextul unei cercetări, oferind o perspectivă detaliată asupra nivelului de înțelegere și competențelor deținute de respondenți. Astfel, în cadrul chestionarului, autorii au permis participanților să-și evalueze propriul nivel de cunoaștere a fenomenului violenței în familie, folosind o scală de la 1 la 5, unde 1 reprezintă un nivel minim de cunoaștere, iar 5 – maxim. Rezultatele au evidențiat că 59,3% (95% IC 56,6, 62,3) dintre participanții care activează deja în domeniul medical (medici și medici rezidenți), precum și 64,4% (95% IC 61,4, 67,7) dintre viitorii medici, și-au autoevaluat nivelul de cunoștințe între 1 și 3 (Figura 14), ceea ce ilustrează că marea majoritate a acestora sunt conștienți despre necesitatea dezvoltării și aprofundării cunoștințelor lor în acest domeniu.

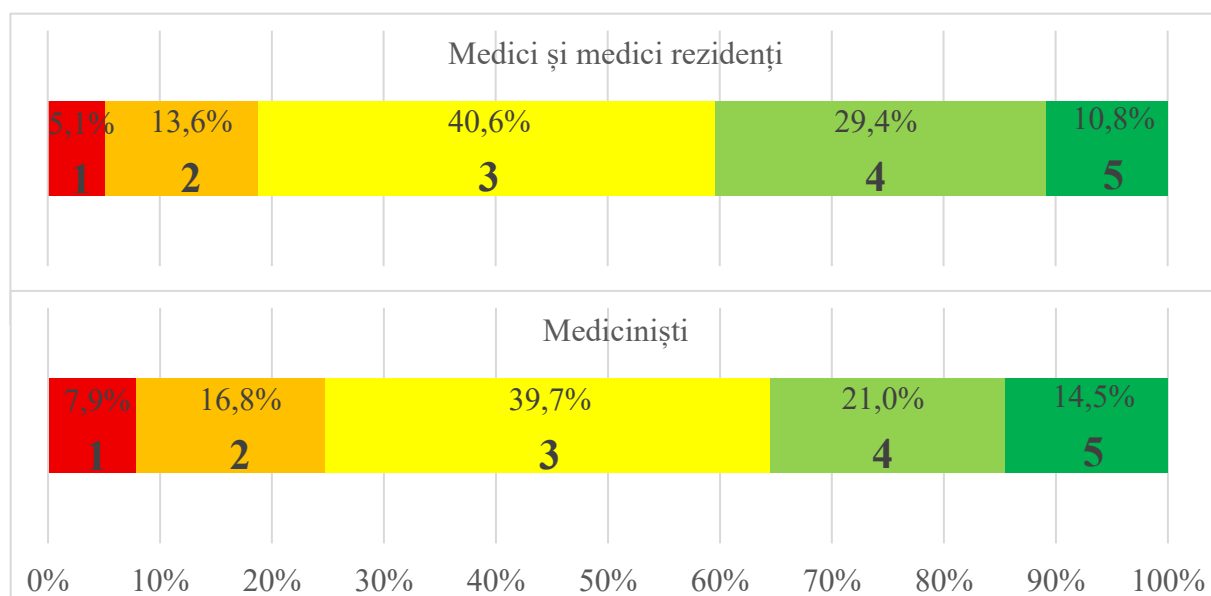


Figura 14. Nivelul de cunoaștere a fenomenului violenței în familie și a principiilor răspunsului sistemului sănătății dezagregat conform statutului profesional, %

Instruirile inițiale și continue în domeniul violenței domestice reprezintă un pilon esențial în eforturile de prevenire, intervenție și eradicare a problemei date. Acestea constituie o resursă valoroasă pentru profesioniștii din domeniul sănătății, furnizându-le un cadru informațional crucial și sprijinind dezvoltarea abilităților și competențelor specializate necesare pentru a gestiona complexitatea cazurilor de violență domestică. Prin intermediul instruirilor, specialiștii devin familiarizați cu diversitatea formelor de violență domestică, cu factorii ce contribuie la persistența acesteia și cu impactul asupra victimelor și comunității. Cunoștințele acumulate permit schimbarea abordărilor și realizarea intervențiilor mai eficiente, dar și adaptate la specificul fiecărui caz de violență domestică. Este îmbucurător faptul că această ordine de idei este susținută și de participanții studiului. Astfel, 70,0% (95% IC 66,9, 73,0) (583) dintre respondenți recunosc că au nevoie de instruiți suplimentare în domeniul violenței domestice, cu atât mai mult cu cât 60,8% (95% IC 57,5, 64,1) (506) au declarat că nu au beneficiat anterior de asemenea instruiți. Analiza detaliată pe categorii profesionale evidențiază că lipsa instruirilor anterioare este mai frecvent raportată în rândul medicilor și medicilor rezidenți (65,5%, 95% IC 62,5, 68,8), comparativ cu studenții (47,2%, 95% IC 45, 49,6), fapt ce subliniază necesitatea consolidării și promovării programelor de formare continuă pentru personalul medical deja integrat în sistemul de sănătate.

4.2. Cunoștințele medicilor și mediciniștilor în domeniul violenței domestice

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

Violența domestică este considerată o infracțiune ce încalcă drepturile omului, originea căreia rezidă în dezechilibrul de putere dintre bărbați și femei. Pornind de la ideea că identificarea și soluționarea unei probleme implică o înțelegere corespunzătoare a esenței și caracterului acesteia, respondenții au fost chestionați în cadrul întrebării închise ***Ce reprezintă violența în familie?*** de tip complement multiplu, acestora fiindu-le puse la dispoziție următoarele opțiuni: *infracțiune; metodă de disciplinare a membrilor familiei; dezechilibru de putere; încălcare a drepturilor omului; manieră de comunicare acceptabilă în familie*. Doar 21,5% (95% IC 18,9, 24,4) dintre respondenți au putut identifica toate caracteristicile violenței în familie și au definit-o

drept o infracțiune ce încalcă drepturile omului, rezultat al unui dezechilibru de putere. Alții (34,3%, 95% IC 32,7, 36), au considerat violența domestică în calitate de *infracțiune ce încalcă drepturile omului*, însă nu au cunoscut că aceasta este urmarea unui *dezechilibru de putere*. Este de atras atenția asupra faptului că fiecare al cincilea (19,9%, 95% IC 19, 20,9) participant are o părere absolut greșită despre violența în mediul familial și o privește drept *metodă de disciplinare a membrilor familiei* și o *manieră de comunicare acceptabilă în familie*. Analiza dezagregată a răspunsurilor în funcție de statutul profesional al respondenților (medici practicieni, rezidenți și studenți) nu a relevat diferențe de opinie statistic semnificative între grupuri. Aceste constatări grave evidențiază un nivel extrem de limitat de cunoaștere a esenței violenței în familie și prezența unor concepții totalmente greșite referitoare la natura violenței domestice. O astfel de abordare a fenomenului de către un cadru medical este pe cât de inadmisibilă, pe atât de periculoasă, deoarece compromite, din capul locului, capacitatea de identificare a victimei violenței în familie în persoana pacientului/ei ce solicită asistență medicală, poate contribui la subestimarea gravității și impactului acestui fenomen asupra victimei și societății, în ansamblu, la retraumatizarea victimei în procesul comunicării cu aceasta și la minimizarea consecințelor actelor violente sau chiar la justificarea comportamentelor abuzive din cadrul relațiilor de familie. Totodată, ponderea respondenților ce au exprimat asemenea viziuni corelează cu cea dintre ei (20,5%, 95% IC 19,6, 21,5) ce s-au autoevaluat cu un nivel scăzut (1-2) de cunoaștere a fenomenului, ceea ce subliniază importanța instruirilor în această direcție.

Prin prisma Legii 45/2007 [127, art. 2], sunt reglementate cinci forme distincte ale violenței în familie: fizică, sexuală, psihologică, spirituală și economică. Cunoașterea acestora este esențială pentru specialiștii din sectorul sănătății pentru oferirea unei asistențe complexe și corespunzătoare victimelor, acoperind toate dimensiunile și consecințele violenței domestice. În cadrul studiului, respondenților le-a fost oferită posibilitatea de a-și exprima cunoștințele referitoare la formele violenței domestice prin intermediul întrebării de tip deschis ***Care credeți sunt formele violenței în familie?***. Autorii au preferat utilizarea tipului deschis de întrebare pentru a evita posibilitatea unor sugestii de răspuns și a recepționa informații reale vis-a-vis de cunoașterea de către respondenți a formelor de violență domestică. Astfel, rezultatele au arătat că cea mai recunoscută formă de violență în familie este cea fizică, fiind atestată în circa 95% din răspunsuri, urmată de violența psihologică (39,1%, 95% IC 37,3, 41,1) și sexuală (25,3%, 95% IC 24,1, 26,6). Violența spirituală și cea economică au fost recunoscute de către un număr limitat (7,4%, 95% IC 7,1, 7,8) de participanți, ceea ce sugerează o lacună imensă privind cunoașterea tuturor formelor de abuz în familie. Deoarece analiza dezagregată a răspunsurilor după statutul profesional al respondenților nu a evidențiat diferențe semnificative, nu a fost considerată necesară o prezentare detaliată a rezultatelor pe aceste categorii. În privința acestor observații este de atenționat că, un medic ce nu

cunoaște manifestările violenței în familie nu este capabil să le identifice la pacienții-victime și să le acorde asistența medicală necesară focusată pe nevoile acestora.

Violența domestică, la fel ca orice altă formă de violență interpersonală, implică existența unor categorii de persoane recunoscute ca fiind într-o situație de vulnerabilitate sporită [162]. Aceste persoane se confruntă cu riscuri mai mari din cauza vârstei, statutului socioeconomic, stării de sănătate, stereotipurilor și normelor sociale asociate genului, precum și altor vulnerabilități. Considerăm că familiarizarea medicilor cu categoriile de persoane vulnerabile este esențială pentru identificarea, intervenția și acordarea de îngrijire specializată victimelor violenței domestice, având în vedere particularitățile și necesitățile individuale ale fiecărui pacient. Pentru a evalua capacitatea participanților de a identifica categoriile de persoane vulnerabile, acestora li s-a înaintat o întrebare închisă de tip complement multiplu (***Selectați categoriile de persoane vulnerabile față de violența în familie***), care a inclus patru grupuri distincte: *femeile gravide, persoanele în vârstă, persoanele cu dizabilități fizice sau psihice și persoanele care trăiesc în comunități rurale și îndepărtate*. Suplimentar, participanților li s-a oferit o opțiune greșită și anume că *toate persoanele sunt vulnerabile în egală măsură*. Rezultatele au arătat că majoritatea respondenților (63,9%, 95% IC 61, 67,1), fără diferențe notabile între studenți și medici, au considerat eronat că *toate persoanele sunt vulnerabile în egală măsură*, o percepție care indică o lipsă de înțelegere a diferențelor și specificul factorilor de vulnerabilitate în contextul violenței domestice. De asemenea, este de menționat că numai jumătate dintre participanți (49,6%, 95% IC 47,3, 52,1) au recunoscut corect *persoanele cu dizabilități fizice sau psihice* drept o categorie vulnerabilă, în virtutea stării lor de sănătate fizică și mentală. Un număr și mai mic dintre ei – 45,5% (95% IC 43,3, 47,8) și respectiv 39,5% (95% IC 37,7, 41,5), consideră *persoanele în vârstă* și *femeile gravide* în calitate de categorii care se confruntă cu un risc mai mare de a deveni victime ale violenței în cadrul relațiilor familiale. Aceeași situație s-a constatat în privința unei alte categorii vulnerabile precum *persoanele care trăiesc în comunități rurale și îndepărtate*, acestea fiind recunoscute de doar o treime dintre respondenți (35,6%, 95% IC 34, 37,4). Astfel, considerăm că răspunsurile și la această întrebare arată repetat că, atât actualii, cât și viitorii profesioniști din domeniul medical prezintă deficiențe în cunoașterea particularităților fenomenului violenței domestice, ceea ce sugerează că ei au nevoie de instruire.

Un alt aspect important ce ne-am propus să îl dezvoltăm în cadrul studiului a fost conștientizarea respondenților despre posibila existență a barierelor care ar putea împiedica femeile supraviețuitoare ale violenței în familie să acceseze serviciile de sănătate și să dezvăluie personalului medical actele de violență suferite. Am recurs la utilizarea unei întrebări deschise ***Care sunt, din punctul Dvs. de vedere, barierele întâmpinate de către victimele violenței în familie în accesarea serviciilor de sănătate?*** pentru a oferi participanților posibilitatea de a-și

exprima ideile și opiniile într-un mod liber și creativ, fără a fi restricționați de opțiuni predeterminate. Majoritatea respondenților au fost receptivi și au oferit cel puțin un răspuns la această întrebare, cu excepția unui mic grup (cca. 3%), care au ales să evite răspunsul sau nu percep existența unor astfel de bariere. Printre cele mai răspândite variante de răspuns au fost evidențiate următoarele: *frica, rușinea, stigmatizarea, necunoașterea cadrului legislativ, lipsa încrederii în sistemul de sănătate, dependența financiară de agresor, dezinformarea, necunoașterea drepturilor sale*. Este lăudabil faptul că medicii conștientizează adevăratele bariere descrise și în literatura de specialitate, deoarece aceasta i-ar ajuta să le anticipeze și gestioneze adecvat, încurajând astfel victimele să dezvăluie cazurile de violență domestică pentru a le fi oferit un răspuns eficient și nediscriminatoriu.

Victimele violenței în familie și în bază de gen au unele necesități distincte comparativ cu victimele altor evenimente traumatice, determinate de specificul respectivei forme de violență. Din aceste considerente, îngrijirile medicale trebuie să fie centrate pe necesitățile victimelor violenței în familie și să cuprindă o serie de elemente, precum: atitudini lipsite de prejudecată, de susținere și de validare a declarațiilor femeii; asigurarea unui sprijin și a îngrijirilor practice care să răspundă necesităților victimei; ascultarea cu atenție, fără a face presiuni asupra victimei să vorbească; păstrarea confidențialității; examinarea victimei în lipsa agresorului; etc. [162]. În cadrul chestionarului, respondenții au fost solicitați să precizeze aceste ***elemente particulare în acordarea ajutorului medical victimelor violenței în familie comparativ cu alți/te pacienți/te*** sub forma unei întrebări deschise. Analiza rezultatelor oferite a constatat o varietate mare de răspunsuri vagi care abordează în mod marginal aceste elemente specifice, iar 11,9% (95% IC 11,4, 12,5) dintre participanți, indiferent de statutul profesional, au declarat franc și categoric că nu le cunosc. Considerăm această situație profund îngrijorătoare, deoarece lipsa cunoștințelor legate de aceste elemente esențiale pune în pericol sănătatea și siguranța victimelor, medicii nefiind pregătiți să abordeze nevoile specifice ale acestei categorii de pacienți, ceea ce din nou evidențiază necesitatea acută a instruirii cadrelor medicale.

Instrumentele de instruire în domeniul violenței în familie subliniază importanța conștientizării de către cadrul medical a faptului că violența în familie este o problemă de sănătate publică [162, 208]. Lipsa acestei conștientizări afectează inevitabil calitatea răspunsului, reducând astfel eficacitatea asistenței medicale acordate victimelor. În absența unui răspuns adecvat, victimele violenței în familie pot pierde încrederea în sistemul de sănătate, evita contactul cu medicii sau, în cazul în care apelează la aceștia, ar putea să nu primească sprijinul și tratamentul necesar, compromițându-se drepturile constituționale ale acestora privind sănătatea, integritatea corporală, viața și accesul la o justiție echitabilă. Îmbucurător este faptul că la întrebarea ***De ce considerați că sistemul sănătății trebuie să răspundă adecvat la cazurile de violență în familie?***,

marea majoritate a participanților în studiu (85,7%, 95% IC 81,8, 90) a recunoscut că *violența în familie este o problemă de sănătate publică*, ceea ce ne face să credem că există totuși o deschidere și acceptare a faptului că intervenția și abordarea violenței în familie în cadrul sistemului de sănătate sunt esențiale pentru asigurarea unui răspuns corespunzător și eficient. Această constatare este argumentată și de faptul că 40,8% (95% IC 38,9, 42,9) dintre respondenți afirmă că *probabilitatea ca o femeie să solicite ajutor medical este mare*, ceea ce ne sugerează că, pe lângă recunoașterea importanței sistemului de sănătate în abordarea violenței domestice, ei sunt conștienți că femeile sunt afectate într-un mod deosebit de această problemă. Mai mult decât atât, 56,6% (95% IC 54, 59,5) dintre participanți consideră că *personalul medical posedă cunoștințe și abilități de reacționare la violență*, ceea ce denotă că aceștia cunosc responsabilitatea pe care o posedă în abordarea acestui fenomen. Totuși, în ciuda opiniilor exprimate mai devreme, am remarcat că doar 5,4% (95% IC 5,2, 5,7) dintre respondenți au oferit un răspuns complet, identificând adevăratele motive pentru care sistemul sănătății trebuie să răspundă adecvat la cazurile de violență în familie, și anume: *violența în familie este o problemă de sănătate publică; evidența statistică a cazurilor care primesc ajutor medical; probabilitatea ca o femeie să solicite ajutor medical este mare; personalul medical posedă cunoștințe și abilități de reacționare la violență*. Această constatare sugerează că, în pofida unei aparente conștientizări a importanței sistemului de sănătate în abordarea violenței domestice, există totuși o înțelegere parțială a scopurilor și priorităților sistemului de sănătate. Astfel, repetat este subliniată necesitatea instruirii cadrelor medicale cu privire la rolul de bază al sistemului de sănătate în gestionarea și abordarea cazurilor de violență domestică.

În vederea evaluării percepțiilor participanților privind rolul sistemului de sănătate în abordarea violenței domestice a fost utilizată scala Likert, ceea ce a permis măsurarea gradului de acord sau dezacord al respondenților față de afirmațiile propuse.

Chiar dacă marea majoritate a participanților anterior a recunoscut ferm că violența în familie este o problemă de sănătate publică și că personalul medical posedă cunoștințe și abilități de reacționare la violență, la afirmația ***Rolul sistemului sănătății în combaterea violenței în familie este nesemnificativ*** un număr îngrijorător de mare de respondenți (34,9%, 95% IC 33,3, 36,7) a declarat că sunt total sau parțial de acord cu aceasta (Tabelul 2). Existența unei asemenea opinii în rândul a peste o treime din cadrele medicale este un fapt alarmant, cu atât mai mult că aceasta contravine concepției generale privind importanța sistemului medical în abordarea violenței domestice. Este deosebit de îngrijorător că această viziune este împărtășită mai frecvent de medici și medici rezidenți (38,6%, 95% IC 36,8, 40,5), deja implicați în activitatea clinică, decât de studenți (34,9%, 95% IC 33,3, 36,7). Astfel, subestimarea acestui rol ar putea duce la furnizarea inadecvată de asistență victimelor violenței domestice și subminarea eforturilor de prevenire și

gestionare a acestui fenomen grav. Gravitatea situației este subliniată și de ponderea respondenților (13,9%, 95% IC 11,7, 16,1) care nu au putut lua o poziție clară și au optat pentru un răspuns neutru, această indecizie fiind mai frecventă în rândul medicilor (14,7%, 95% IC 12,4, 17) (Figura 15).

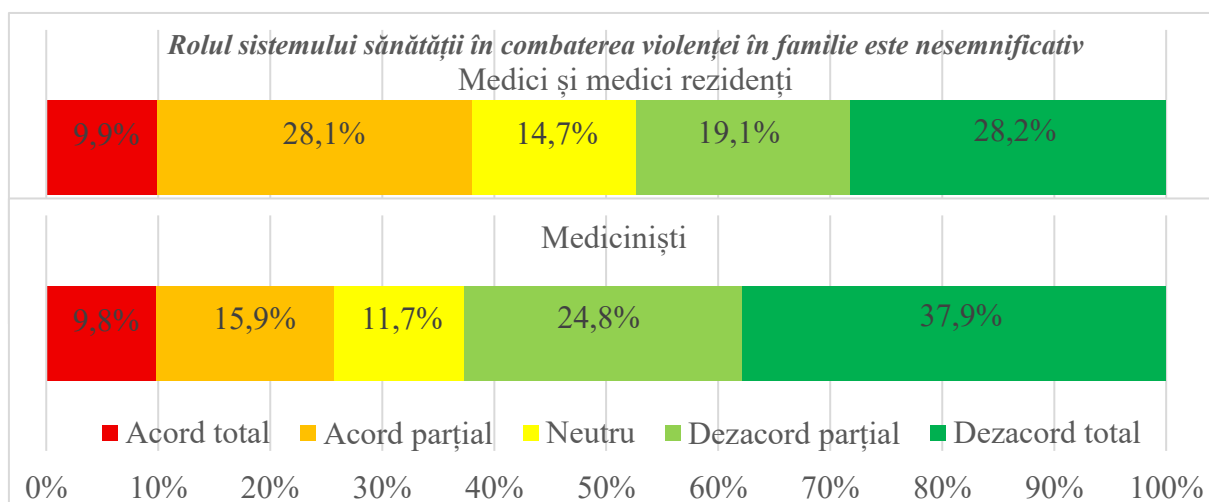


Figura 15. Nivelul de conștientizare a rolului sistemului sănătății în combaterea violenței în familie dezagregat în funcție de statutul profesional, %

Relația de încredere între medic și pacient reprezintă fundamentul unei asistențe medicale eficiente și calitative. Lipsa încrederii în prestatorii de servicii medicale poate deveni un important impediment pentru victimele violenței în familie în accesarea serviciilor medicale și respectiv de dezvăluire a cazurilor de abuz. Pentru a evalua dacă respondenții conștientizează că ei înșiși pot deveni o barieră în accesarea de către victima violenței în familie a serviciilor de sănătate, participanților li s-a cerut să se pronunțe asupra afirmației ***Lipsa încrederii în personalul medical constituie o barieră în accesarea de către victima violenței în familie a serviciilor de sănătate.*** Este promițător că 69,1% (95% IC 66,8, 71,4) dintre participanți au fost total sau parțial de acord cu ideea respectivă (media 3,8), care a reprezentat, de fapt, și unul dintre cele mai comune răspunsuri la întrebarea anterioară de tip deschis privind barierele întâmpinate de victime în accesarea serviciilor medicale (Tabelul 2). Cu toate acestea, aproximativ o treime dintre participanți au manifestat un dezacord față de această afirmație (16,7% (95% IC 14,4, 19); mai frecvent în rândul medicilor și rezidenților – 20,9% (95% IC 18,6, 23,2), decât în rândul studenților – 4,7% (95% IC 2,4, 7) sau au adoptat o poziție neutră în această privință (14,2%, 95% IC 11,9, 16,5). Această constatare ne induce ideea că nu toți respondenții consideră *încrederea* drept element central în relația medic – pacient, o abordare inadmisibilă în exercitarea profesiei de medic.

Este binecunoscut [162, 208] că prejudecățile sau concepțiile greșite ale medicului cu privire la victimele violenței în familie pot avea un impact semnificativ asupra calității asistenței medicale

acordate acestor persoane, afectând modul în care medicul înțelege și abordează nevoile specifice ale victimelor. În prezentul studiu, 52,6% (95% IC 50,3, 54,9) dintre respondenți au considerat corect prejudecățile în calitate de o eventuală barieră pentru victime în accesarea serviciilor de sănătate calitative (Tabelul 1), manifestându-și acordul total sau parțial la afirmația *Asistența medicală acordată victimei violenței în familie poate fi afectată de prejudecățile (concepțiile greșite) medicului*. Chiar dacă ar părea un rezultat promițător, aproape fiecare al patrulea participant (23,2%, 95% IC 20,9, 25,5) nu a fost de acord cu această opinie (preponderent medici practicieni – 26,5% (95% IC 24,2, 28,8), față de studenți – 13,6% (95% IC 11,3, 15,9), iar un alt sfert (24,3%, 95% IC 22, 26,6) dintre ei a manifestat o poziție neutră în acest sens (Figura 16). Astfel, constatăm că aproape jumătate dintre toți participanții, cu precădere medicii, nu conștientizează rolul major pe care îl are prezența concepțiilor greșite în abordarea corectă a victimei, ceea ce ne subliniază o dată în plus nevoia de instruire a cadrelor medicale în acest domeniu.

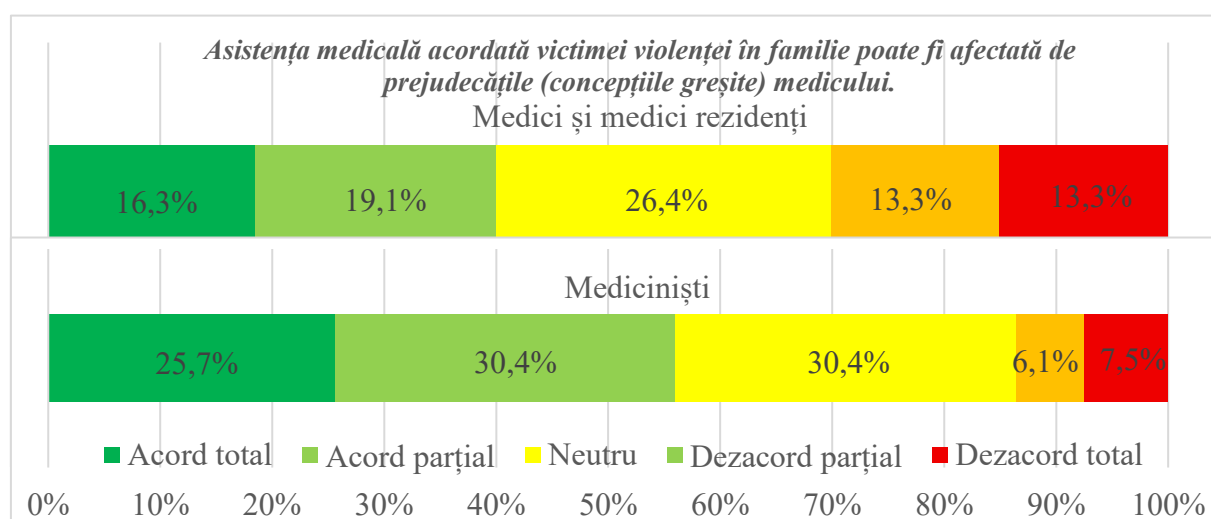


Figura 16. Distribuția răspunsurilor privind influența prejudecăților medicului asupra asistenței medicale acordate victimelor dezagregat în funcție de statutul profesional, %

Conform algoritmului din standardele internaționale [104, 208] și cele naționale [77, 150, 153] privind intervenția instituțiilor medico-sanitare la cazurile de violență domestică, identificarea victimelor este primul pas în oferirea unui răspuns adecvat. În cazul incapacității sistemului sănătății de a identifica victimele violenței în familie, acestea vor beneficia doar de acele servicii medicale ce vor fi necesare în funcție de starea lor clinică, fără a avea parte, însă, de serviciile specifice necesare acestor categorii de victime. Este îmbucurător faptul că aceeași opinie este susținută și de 70,9% (95% IC 68,6, 73,2) dintre respondenți (media 3,8), care au fost de acord că *incapacitatea medicului de a recunoaște victimele violenței în familie influențează calitatea asistenței medicale oferite acesteia*, recunoscând astfel rolul major pe care îl au în identificarea cazurilor și gestionarea lor adecvată (Tabelul 2).

Tabelul 2. Opinia respondenților privind rolul sistemului sănătății în abordarea violenței în familie (abs., %, X)

Afirmații:	Acord total	Acord parțial	Neutru	Dezacord parțial	Dezacord total	Media
Rolul sistemului sănătății în combaterea violenței în familie este nesemnificativ	9,9% (82) (95% IC 7,9, 12)	25,0% (208) (95% IC 22, 28)	13,9% (116) (95% IC 11,7, 16,1)	20,6% (171) (95% IC 17,9, 23,6)	30,6% (255) (95% IC 27,6, 34)	2,7
Lipsa încrederii în personalul medical constituie o barieră în accesarea de către victima violenței în familie a serviciilor de sănătate	27,6% (230) (95% IC 24,5, 30,8)	41,5% (345) (95% IC 38,1, 44,9)	14,2% (118) (95% IC 11,9, 16,5)	11,4% (95) (95% IC 9,1, 13,7)	5,3% (44) (95% IC 3,8, 7,0)	3,8
Asistența medicală acordată victimei violenței în familie poate fi afectată de prejudecățile (concepțiile greșite) medicului în acest sens	18,8% (156) (95% IC 16,2, 21,3)	33,8% (281) (95% IC 30,5, 37)	24,3% (202) (95% IC 21,5, 27,2)	11,4% (95) (95% IC 9,4, 13,6)	11,8% (98) (95% IC 9,6, 13,9)	3,3
Incapacitatea medicului de a recunoaște victimele violenței în familie influențează calitatea asistenței medicale oferite acestora	34,3% (285) (95% IC 31,1, 37,7)	36,8% (306) (95% IC 33,2, 40,1)	11,7% (97) (95% IC 9,4, 13,9)	9,0% (75) (95% IC 7,1, 11,2)	8,3% (69) (95% IC 6,4, 10,3)	3,8

Siguranța pacienților expuse violenței în familie trebuie să fie în centrul oricărei intervenții din partea profesioniștilor medicali. De aceea, în procesul intervenției, lucrătorul medical trebuie să evalueze riscul, prin chestionarea victimei referitor la acei factori de risc care generează violența în familie și/sau care pot favoriza escaladarea actelor de violență [162]. Aceste riscuri sunt evaluate prin utilizarea *Chestionarului pentru identificarea riscului pentru viața sau integritatea corporală a victimei* și Ghidului specialistului privind evaluarea riscurilor din cadrul *Instrucțiunii privind intervenția instituțiilor medico-sanitare în cazurile de violență în familie* aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr. 1167 din 15 octombrie 2019 [153]. Evaluarea riscurilor permite cadrelor medicale să asiste pacienții/pacientele în identificarea măsurilor necesare pentru creșterea siguranței lor și a membrilor familiilor sale, dar și să atenționeze victimele asupra riscurilor existente. Întrucât întrebarea are un caracter aplicativ/practic, rezultatele chestionarului au fost prelucrate statistic doar pentru medici și medici rezidenți. Cu toate că cei mai mulți respondenți nu au putut indica în cadrul întrebării deschise elementele intervenției medicale în cazurile de violență în familie, majoritatea dintre ei (62,2%, 95% IC 59,8, 64,7) a fost de acord că *evaluarea riscurilor de escaladare sau repetare a violenței este parte integrantă a răspunsului medicului la cazurile de violență în familie* (Tabelul 3).

O opinie asemănătoare a fost enunțată de către același grup de respondenți și în privința unui alt element important al răspunsului sistemului sănătății la cazurile de violență domestică – referirea. Astfel, 68,7% (95% IC 66,3, 71,2) dintre participanții studiului (media 3,5) au fost ferm de acord că *referirea victimelor violenței în familie este parte integrantă a răspunsului medicului la cazurile de violență în familie*, ceea ce reflectă că medicii privesc referirea ca pe un pas important în gestionarea cazului de violență în familie pentru asigurarea tuturor nevoilor victimelor prin intermediul cooperării intersectoriale dintre diferite instituții, autorități și specialiști (Tabelul 3).

Viziunile profesioniștilor din sectorul sănătății asupra acestor două elemente importante ale răspunsului medicului la cazurile de violență domestică denotă că aceștia își înțeleg rolul în abordarea violenței domestice, însă nu într-o manieră deplină. Cunoașterea incompletă a rolului lor este demonstrată și de faptul că în privința afirmației *documentarea leziunilor corporale este o sarcină exclusivă a medicului legist* marea majoritate (62,0%, 95% IC 59,6, 64,6) a medicilor a fost de acord (Tabelul 3). Această afirmație a inclus în sine un element obligatoriu al actului medical, cel de documentare, pe care cadrele medicale incluse în studiu, spre regret, nu l-au abordat corespunzător, atribuindu-l exclusiv medicului legist. Această observație denotă că medicii nu conștientizează rolul pe care îl au în realizarea actului justiției prin furnizarea de informații medicale, inclusiv referitoare la traumele descoperite pe corpurile pacienților. Caracterul empiric al unei documentări corecte și depline a consecințelor violenței în familie rezultă din faptul că pentru pacient, actele medicale au valoarea de probe judiciare care nemijlocit servesc pentru incriminarea acțiunilor făptuitorului, și totodată, surse importante pentru alți medici implicați în acordarea asistenței medicale complexe și adecvate.

Violența sexuală este una dintre formele de manifestare a violenței în familie. La momentul actual, răspunsul sistemului sănătății la cazurile de violență sexuală este reglementat de Protocolul Clinic Standardizat *Managementul clinic al cazurilor de viol* [152] și HG 223/2023 cu privire la aprobarea Metodologiei de lucru a echipei de intervenție în cazurile de violență sexuală și a Instrucțiunii de lucru a echipei de intervenție în cazurile de violență sexuală [96], care atribuie medicului ginecolog prelevarea probelor biologice în situațiile de urgență. Este promițător că 78,0% dintre medici (media 3,8) consideră corect că *Medicul ginecolog trebuie să colecteze probele biologice de la victimele violului în anumite situații*, înțelegând probabil prin aceste *anumite situații* cazurile de urgență. Cu toate acestea, fiecare al cincilea respondent (21,8%) nu a cunoscut această atribuție sau a fost confuz în privința ei. (Tabelul 3).

Tabelul 3. Opinia medicilor și medicilor rezidenți cu privire la unele elemente de bază a asistenței medicale acordate victimelor violenței domestice (abs., %, X)

Afirmații:	Acord total	Acord parțial	Neutru	Dezacord parțial	Dezacord total	Media
Evaluarea riscurilor de escaladare sau repetare a violenței este parte integrantă a răspunsului medicului la cazurile de violență în familie	28,7% (177) (95% IC 25,1, 32,3)	33,5% (207) (95% IC 29,8, 37,2)	24,9% (153) (95% IC 21,5, 28,3)	8,6% (53) (95% IC 6,4, 10,8)	4,3% (27) (95% IC 2,7, 5,9)	3,4
Referirea victimelor violenței în familie este parte integrantă a răspunsului medicului la cazurile de violență în familie	34,8% (215) (95% IC 31,1, 38,5)	33,9% (210) (95% IC 30,2, 37,6)	23,5% (145) (95% IC 20,2, 26,8)	4,2% (26) (95% IC 2,6, 5,8)	3,6% (24) (95% IC 2,1, 5,1)	3,5
Documentarea leziunilor corporale este o sarcină exclusivă a medicului legist	35,2% (217) (95% IC 31,4, 39)	26,8% (165) (95% IC 23,3, 30,3)	14,9% (92) (95% IC 12,1, 17,7)	11,7% (72) (95% IC 9,2, 14,2)	11,4% (70) (95% IC 8,9, 13,9)	3,3
Medicul ginecolog trebuie să colecteze probe biologice de la victimele violului în anumite situații	56,7% (351) (95% IC 54,4, 59)	21,3% (132) (95% IC 19, 23,6)	10,0% (62) (95% IC 7,7, 12,3)	4,5% (28) (95% IC 2,2, 6,8)	7,3% (45) (95% IC 5, 9,6)	3,8

Pentru siguranța și protecția victimei, lucrătorii medicali trebuie să informeze victima despre măsurile legale de protecție existente. În Republica Moldova, în calitate de instrumente de reacționare promptă în vederea protecției victimelor violenței sunt *ordonanța de protecție* și *ordinul de restricție de urgență* [127]. Pentru a evalua cunoștințele respondenților cu privire la măsurile de protecție juridică a victimelor violenței domestice, chestionarul a inclus întrebarea închisă ***Care sunt instrumentele juridice de protecție a victimei violenței în familie?***, care a oferit următoarele opțiuni de răspuns: *ordonanța de protecție*; *informarea asistentului social din localitate*; *ordinul de restricție de urgență*; *informarea primarului din localitate* și *în Republica Moldova nu există instrumente juridice de protecție a victimelor violenței în familie*. Ca urmare, s-a constatat un număr alarmant (89,1%, 95% IC 86,8, 91,4) de actuali și viitori medici ce nu cunosc măsurile de protecție juridică. Astfel, 88,5% (95% IC 86,2, 90,8) dintre ei consideră în mod eronat că *informarea asistentului social* și/sau a *primarului localității* este un instrument de protecție juridică, iar și mai grav, 11,5% (95% IC 9,2, 13,8) dintre ei afirmă că *în Republica Moldova nu există instrumente legale de protecție a victimelor violenței în familie*. Distribuția acestor răspunsuri a fost identică între studenți și medici, deși cei din urmă, prin natura activității lor clinice, ar trebui să fie bine informați despre existența și funcționarea acestor mecanisme. Suntem convinși că acest lucru se răsfrânge negativ asupra capacității victimelor de a accesa aceste

măsurii, reprezentând un pericol iminent pentru escaladarea actelor de violență cu consecințe devastatoare atât pentru victimă, cât și pentru întreaga sa familie, întrucât agresorul continuă să rămână în mediul familial.

Conform prevederilor legislației naționale [97, 127], personalul medical este obligat să raporteze cazul la organele teritoriale ale poliției în următoarele situații: copii-victime ale oricăror forme de violență - fără acordul acestora; acte de violență în familie care pun în pericol viața sau sănătatea victimei ori existența pericolului iminent de a se produce asemenea acte de violență - fără acordul victimei; persoane cu leziuni corporale medii sau grave provocate ca urmare a unei infracțiuni asupra lor - fără acordul victimei; la cererea expresă a victimei. Pentru a aprecia dacă respondenții cunosc obligativitatea lor în fața legii, chestionarul a inclus întrebarea închisă ***În privința căror victime și în ce condiții medicul trebuie să informeze poliția despre cazul de violență în familie?***. În calitate de potențiale răspunsuri, respondenții au avut următoarele opțiuni: *copii doar cu acordul lor; copii indiferent de acordul lor; adulți cu acordul lor; adulți fără acordul lor în caz de pericol pentru viață sau sănătate; în nici un caz poliția nu se informează din cauza confidențialității datelor medicale*. Analiza răspunsurilor oferite de către participanți, ne face să constatăm că există deficiențe semnificative referitoare și la acest aspect, întrucât doar 1 din 3 (33,8%, 95% IC 31,5, 36,1) actuali și viitori medici au fost capabili să recunoască cazurile când raportarea cazului la organele poliției este obligatorie. Această constatare evidențiază o lacună semnificativă în cunoștințele medicilor practicieni, doar 31,9% (95% IC 29,6, 34,2) dintre aceștia răspunzând corect, comparativ cu 39,3% dintre studenți, ceea ce sugerează că, în pofida experienței clinice, medicii manifestă un nivel chiar mai scăzut de cunoaștere a obligației legale. Această neglijență în practica medicală poate avea urmări deosebit de grave, inclusiv întârzierea inițierii procedurilor legale și riscul crescut de recidivă a violenței, reprezentând astfel un pericol iminent pentru viața victimei. Este de menționat și răspunderea juridică la care poate fi tras un cadru medical pentru nesesizarea organelor poliției, mai ales în cazul copiilor-victime [38].

În lumina analizei tuturor răspunsurilor oferite anterior, se pare că medicii și mediciniștii nu sunt întru-totul familiarizați cu rolul care le este atribuit în ceea ce privește abordarea corectă a cazurilor de violență în familie. Chiar dacă sistemul sănătății din Republica Moldova dispune de numeroase proceduri ce reglementează răspunsul sistemic la cazurile de violență în familie, considerăm că acestea nu sunt pe deplin oferite de către instituțiile în care activează sau studiază respondenții, ceea ce reprezintă o omisiune la nivel de conducere a instituțiilor medico-sanitare. Astfel, pentru a verifica această ipoteză, participanții au fost solicitați să precizeze ***Ce instrumente dintre cele indicate mai jos au fost oferite de instituția în care activează/studiază***, din următoarea listă propusă: Protocolul clinic standardizat *Managementul clinic al cazurilor de viol* (Ordin MS nr.908 din 30.09.2021); *Ghidul pentru specialiștii din sistemul de sănătate privind intervenția*

eficientă în cazurile de violență împotriva femeilor (Ordin MS nr.1083 din 30.12.2016); Instrucțiunea privind intervenția instituțiilor medico-sanitare în cazurile de violență în familie (Ordin MS nr.1167 din 15.10.2019); Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 270/2014 cu privire la aprobarea Instrucțiunilor privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului; Ordinul MSMPS nr. 445/2015 cu privire la aprobare Instrucțiunii metodice privind intervenția instituțiilor medicale în identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea cazurilor de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului; Ordinul comun al MMPS, ME, MS și MAI nr. 153/1043/1042/293 din 08.10.2014 cu privire la aprobarea Fișei de sesizare a cazului suspect de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului. Rezultatele obținute au fost conforme ipotezei și au indicat că fiecare al patrulea (24,6%, 95% IC 86,2, 90,8) medic și fiecare al doilea (50,5%, 95% IC 48,2, 52,8) student respondent nu a primit din partea instituției în care activează sau studiază nici unul dintre instrumentele înaintate de autori. Totodată, cel mai oferit instrument s-a dovedit a fi Protocolul clinic standardizat *Managementul clinic al cazurilor de viol* (Ordin MS nr.908 din 30.09.2021), fapt recunoscut de 56,0% (95% IC 53,7, 58,3) dintre respondenți. Ultima observație poate fi lesne explicată prin faptul că în cursul anilor 2022-2023 peste 1000 de medici din diferite domenii au fost instruiți în privința aplicării acestui protocol standardizat în cadrul unui vast atelier de informare organizat de UNFPA Moldova în parteneriat cu USMF „Nicolae Testemițanu” [179, 180]. Această experiență benefică subliniază importanța instruirilor, pe de o parte, și efectele lor, pe de altă parte întru asigurarea unei abordări corecte și unui răspuns adecvat.

Analiza răspunsurilor din acest compartiment al chestionarului a evidențiat lacune semnificative în cunoașterea fenomenului violența în familie în rândul profesioniștilor din sectorul medical. Această constatare subliniază necesitatea și importanța instruirilor în domeniul violenței domestice, menite să le consolideze capacitatea de răspuns adecvat la asemenea cazuri. Este crucial ca acești profesioniști să fie bine înarmați cu cunoștințele și abilitățile necesare pentru a gestiona și trata situațiile de violență în familie într-un mod sensibil și profesionist. Dat fiind faptul că, Programul național *privind prevenirea și combaterea violenței față de femei și a violenței în familie pentru anii 2023-2027* [181] solicită ca toți profesioniștii din domeniul sănătății să fie instruiți în privința violenței în familie și în bază de gen, în cadrul prezentului studiu nu am urmărit să analizăm nivelul de cunoaștere a acestui subiect dezagregat după statutul profesional al respondentului, student sau medic.

4.3. Percepțiile medicilor și mediciniștilor în domeniul violenței domestice

În lipsa unor instruirii, profesioniștii din domeniul medical, asemenea celorlalți membri ai societății, sunt expuși și influențați de miturile și stereotipurile privind violența în familie.

Prejudecățile și stereotipurile asociate violenței domestice pot influența modul în care cadrele medicale înțeleg și abordează cazurile de violență domestică în practica lor profesională [162, 208]. Pentru a asigura o intervenție corespunzătoare și eficientă, medicii trebuie să facă distincția dintre miturile existente și realitatea din spatele fenomenului violenței în familie. Acest compartiment al chestionarului a fost conceput pentru a evalua percepțiile și atitudinile personale ale participanților legate de violența domestică, în calitate de factori ce ar putea afecta serviciile medicale oferite, mai ales că, potrivit studiului, 79,1% (95% IC 76,8, 81,4) dintre ei au fost implicați în comunicare cu victimele acestei forme de violență. Considerăm că evaluarea acestora aduce o mai bună înțelegere a modului în care aceste probleme sunt percepute în comunitatea medicală și pot contribui la identificarea punctelor critice ce necesită a fi redresate prin instruiți suplimentare.

Unul dintre mesajele fundamentale transmise de Convenția de la Istanbul (2011) [212] este recunoașterea violenței în familie drept o infracțiune gravă, inacceptabilă în orice circumstanțe, ce nu trebuie tolerată sub nici o formă. O viziune diferită în rândul medicilor, ar putea fi privită drept o neglijare a responsabilității etice și profesionale ce îi afectează intervenția. În cadrul studiului, am considerat important să solicităm opinia participanților cu privire la acest aspect, motiv pentru care în chestionar a fost inclusă întrebarea închisă ***Care dintre următoarele afirmații le împărtășiți?***, ce a oferit respondenților mai multe opțiuni de răspuns, inclusiv provocatoare: *violența în familie este un comportament acceptabil; violența dintre membrii familiei este o chestiune privată; violența dintre membrii familiei este acceptabilă doar în anumite circumstanțe; violența în familie este un comportament inacceptabil în orice circumstanțe; violența poate fi aplicată doar în raport cu unii membri ai familiei*. Rezultatele au demonstrat că majoritatea absolută a respondenților (91,9%, 95% IC 89,6, 94,2) sunt pe deplin conștienți că *violența în familie este un comportament inacceptabil în orice circumstanțe*. Cu toate acestea, aproape 1 din 10 participanți la studiu a avut o poziție oarecum confuză, deoarece a considerat violența domestică inacceptabilă în orice circumstanțe, însă au bifat și unele opțiuni greșite, justificând-o în așa mod în anumite situații.

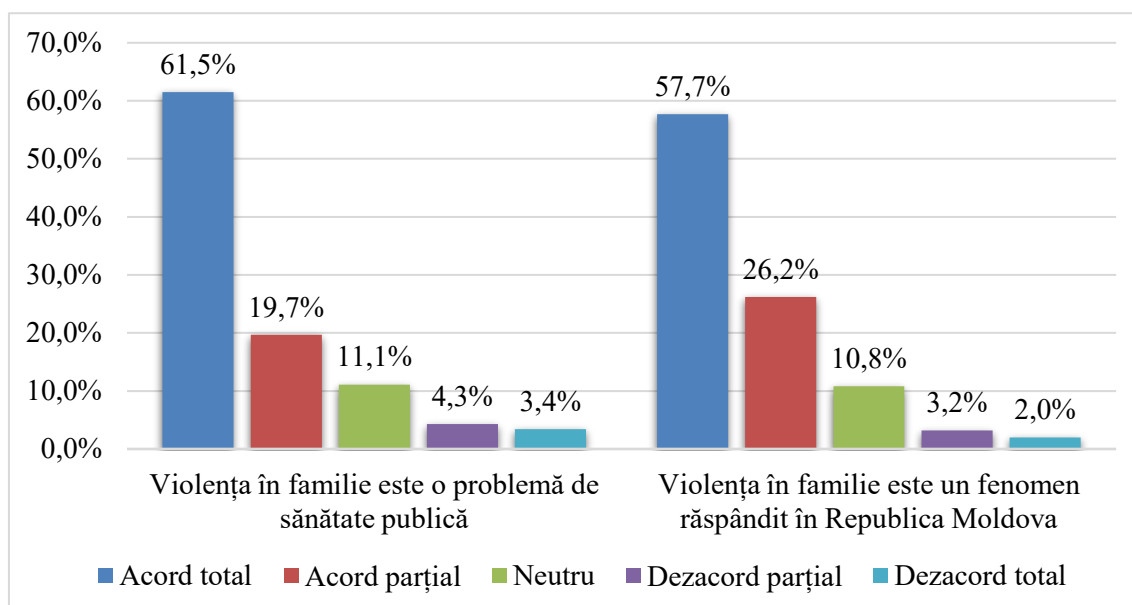


Figura 17. Opinia respondenților privind unele realități referitoare la violența în familie, %

În cadrul studiului am considerat esențial să ne asigurăm că actualii și viitorii medici consideră violența în familie drept o problemă de sănătate publică, moment cheie în conștientizarea rolului sistemului sănătății în abordarea acestor cazuri. Prin urmare, în studiu am solicitat repetat opinia participanților cu privire la acest aspect, doar că deja sub o formă directă și gradual, prin intermediul întrebării-afirmații ***Violența în familie este o problemă de sănătate publică***. Conform datelor obținute, 81,2% (95% IC 78,9, 83,5) dintre respondenți au exprimat un acord total sau parțial referitor la această afirmație, rezultat comparabil (85,7%, 95% IC 83,4, 88) cu cel descris în *Subcapitolul 4.2*. Probabil din această cauză majoritatea covârșitoare a respondenților (83,9%, 95% IC 81,6, 86,2) recunosc că ***Violența în familie este un fenomen răspândit în Republica Moldova*** (Figura 17). Considerăm această constatare importantă, deoarece un pas esențial în conștientizarea unei probleme constă în înțelegerea nu doar a caracterului, dar și a gradului de răspândire a acesteia. Analiza în profunzime a acestei afirmații dezagregate după statutul profesional al respondenților (student/medic) a arătat că nu există o diferență statistică semnificativă de opinii în această privință.

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

Mitul ***Violența domestică apare numai în familiile din păturile sărace ale societății*** este unul dintre cele mai frecvente percepții profund greșite, care persistă în societate. Această

percepție eronată asupra realității conduce, adesea, la subestimarea sau chiar negarea existenței violenței în familii din alte categorii sociale. Este de apreciat faptul că majoritatea respondenților a fost conștientă de incorectitudinea acestei afirmații, întrucât 63,7% (95% IC 61,4, 66) dintre aceștia și-au manifestat dezacordul total sau parțial referitor la acest mit. Cu toate acestea, fiecare al treilea (36,3%, 95% IC 34, 38,6) participant la studiu a susținut această idee sau a manifestat o incertitudine în privința ei (Figura 18), diferența fiind notabilă între studenți (29%, 95% IC 26,7, 31,3) și medici (38,3%, 95% IC 36, 40,6). Această constatare este îngrijorătoare, deoarece sugerează că, deși medicii au experiență practică și interacționează direct cu victimele violenței domestice, o parte semnificativă dintre ei încă menține sau tolerează concepții eronate despre distribuția fenomenului în societate. Persistența acestei percepții poate conduce la subestimarea riscului în familiile din categorii sociale mai favorizate și, implicit, la identificarea și intervenția corectă în cazul victimelor. Adevărul este că violența domestică traversează toate categoriile sociale, fără a ține cont de statutul economic, nivelul de educație sau alte caracteristici socio-economice. Este o problemă complexă, care poate afecta orice familie, indiferent de background-ul acesteia [158].

Un alt mit extrem de nociv și periculos susține că *Violența în familie este o chestiune privată*, impunând necesitatea unei abordări categorice în special din partea cadrelor medicale, deoarece poate compromite eforturile de prevenire și intervenție în cazurile de violență domestică. Chiar dacă 75,5% (95% IC 73,2, 77,8) dintre respondenți au conștientizat că această afirmație este un mit și au exprimat un dezacord total sau parțial în această privință, totuși 1 din 4 participanți a manifestat o incertitudine (14,7%, 95% IC 12,4, 17) sau și mai grav un anumit grad de acord (9,8%, 95% IC 7,5, 12,1) (Figura 18). În realitate, este bine cunoscut că violența domestică este o problemă socială cu impact nu doar asupra victimelor, ci și asupra întregii societăți, din care cauză legislația internațională privind drepturile omului [96, 212], stabilește obligativitatea statelor de a se implica și elimina toate formele de violență domestică. O analiză detaliată a acestei declarații, raportată la statutul profesional al respondenților (student/medic), nu a arătat o diferență statistică semnificativă de opinii.

Cauzele violenței domestice sunt complexe și multiple, având rădăcini adânci implantate într-o serie de factori personali, relaționali, culturali și sociali [158, 208]. Unul dintre miturile larg răspândite în societate privind etiologia violenței în familie este că *Consumul de alcool este o cauză a violenței în familie*. Rezultatele studiului au relevat că acest concept greșit referitor la adevăratele cauze ale violenței în familie este împărtășit de marea majoritate a respondenților, pentru că 85,3% (95% IC 83, 87,6) dintre ei și-au manifestat acordul în privința acestui fapt (Figura 18), poziție exprimată uniform atât de medici, cât și de studenți. De fapt, consumul de alcool nu este o cauză în sine a violenței în familie, ci doar un factor declanșator al comportamentelor

violente [77, 81, 208].

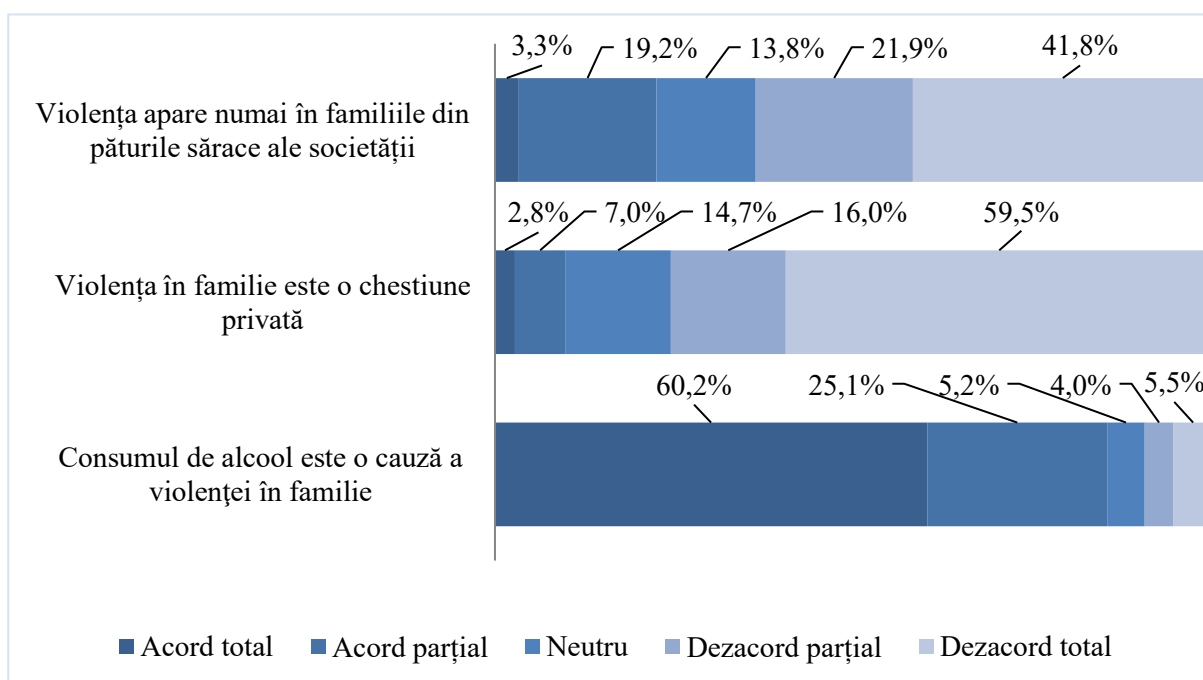


Figura 18. Opinia respondenților privind unele mituri referitoare la violența în familie, %

După cum s-a menționat anterior în *Capitolul 1*, stereotipurile legate de gen reprezintă niște credințe sau așteptări comune privind comportamentul, rolul social sau caracteristicile pe care o anumită societate le atribuie în mod tradițional fiecărui gen, fiind cea mai importantă sursă de discriminare și inegalitate de gen. Aceeași poziție este susținută și de 63,3% (95% IC 61, 65,6) dintre respondenți, care au oferit un acord total sau parțial la afirmația ***Prejudecățile privind rolul femeilor și bărbaților în societate sunt asociate cu violența în familie***. Cu toate acestea, este alarmant faptul că mai bine de o treime dintre participanți nu conștientizează acest fapt și au fost indeciși (22,4%, 95% IC 19,6, 25,2) sau chiar au manifestat un anumit grad de dezacord (14,3%, 95% IC 12,2, 16,5) în această privință, în special în rândul medicilor (15,7%, 95% IC 13,4, 17,9) față de studenți (10,3%, 95% IC 8, 12,6). Regretabil este faptul că această poziție greșită este susținută practic de fiecare al doilea bărbat ce a participat la studiu (46,1%, 95% IC 43,8, 48,4), întrucât 19,5% (95% IC 17,2, 21,8) dintre ei au manifestat un dezacord față de această afirmație, iar 26,6% (95% IC 24,3, 28,8) chiar au fost indeciși.

Un alt mit nociv, dar care, spre regret, mai persistă în societatea contemporană, este cel că ***Există momente în care femeia merită să fie lovită de către partenerul de viață***. În cadrul studiului s-a demonstrat că respondenții înțeleg pe deplin falsitatea acestei afirmații, deoarece 88,6% (95% IC 74,4, 93) dintre ei și-au exprimat un dezacord ferm referitor la această idee. Această observație este radical diferită decât opinia populației generale exprimate în cadrul studiului național *Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova* (2015) [33], care a relevat că 41,1% dintre bărbați și 19,1% dintre femei sunt de acord (total sau parțial) cu această afirmație.

Cu toate acestea, la aproape un deceniu distanță, rezultatele celei de-a doua ediții a studiului (2024) [31] evidențiază o schimbare treptată de atitudine: proporția celor care mai cred că există momente când o femeie poate fi bătută a scăzut la 23% în rândul bărbaților și 12% în rândul femeilor. Deși aceste cifre arată o diminuare a acceptării sociale a violenței, ele relevă și faptul că problema persistă, necesitând eforturi continue de combatere.

Cu toate cele indicate mai sus, în cadrul analizei ulterioare, am constatat o atitudine vicioasă a actualilor și viitorilor medici în privința mitului ***Femeile provoacă partenerul de viață la violență***. Astfel, 18,7% (95% IC 16,1, 21,3) dintre respondenți au fost de acord cu această afirmație, iar 20,3% (95% IC 17,4, 23) au exprimat o incertitudine în acest sens, observație pe care o considerăm gravă în egală măsură. O viziune eronată a fost constatată din nou preponderent în rândul respondenților de sex masculin, astfel că ponderea bărbaților (30,7% (95% IC 28,4, 33), respectiv 29,6% (95% IC 27,2, 31,9) ce au susținut această poziție profund greșită este dublă față de cea a femeilor (15,3% (95% IC 13, 17,6), respectiv 17,8% (95% IC 15,5, 20,1) din acest studiu. Gravitatea situației este accentuată și de faptul că această concepție greșită a fost mai frecventă în rândul medicilor (21,2%, 95% IC 18,9, 23,5) comparativ cu studenții (11,7%, 95% IC 9,4, 14,1). În privința acestui mit, medicii trebuie să fie pe deplin conștienți că violența domestică este întotdeauna responsabilitatea agresorului și nu poate fi justificată sau atribuită acțiunilor ori comportamentului victimei.

Prin comparație cu cele constatate anterior, este îmbucurător faptul că reprezentanții comunității medicale dezaprobă ferm mitul ***Sarcina de educare a copiilor în familie trebuie să îi revină doar mamei***, întrucât 85,8% (95% IC 81,5, 90,8) dintre respondenți au manifestat dezacordul lor referitor la această afirmație. Rezultatele obținute în cadrul cercetării sunt totalmente diferite de cele ale studiului național *Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova* (2015) [33] realizat în cadrul populației generale, care atestă că tocmai 95% dintre bărbați și 75,1% dintre femei consideră sarcina de educare a copiilor proprie doar mamei acestora. Chiar dacă studiul repetat din 2024 [31] indică o oarecare creștere a implicării taților în educația copiilor, totodată mai relevă că încă persistă prejudecăți și stereotipuri care limitează acest rol, îngrijirea și educarea copiilor fiind adesea percepute ca activități „feminine”. Analiza comparativă a rezultatelor propriei cercetări și a celor două ediții ale studiului *Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova* [31, 33] sugerează că profesioniștii din domeniul medical manifestă un nivel semnificativ mai ridicat de conștientizare a importanței implicării ambilor părinți în educarea copiilor.

Tabelul 4. Opinia respondenților privind unele stereotipuri legate de gen (abs., %, X)

Afirmații:	Acord total	Acord parțial	Neutru	Dezacord parțial	Dezacord total	Media
Prejudecățile privind rolul femeilor și bărbaților în societate sunt asociate cu violența în familie	27,5% (229) (95% IC 24,5, 30,6)	35,8% (298) (95% IC 32,5, 38,9)	22,4% (186) (95% IC 19,6, 25,2)	7,3% (61) (95% IC 5,5, 9,1)	7,0% (58) (95% IC 5,2, 8,8)	3,5
Există momente în care femeia merită să fie lovită de către partenerul de viață	2,4% (20) (95% IC 1,4, 3,4)	3,0% (25) (95% IC 1,9, 4,2)	6,0% (50) (95% IC 4,4, 7,6)	6,3% (52) (95% IC 4,7, 8,1)	82,3% (685) (95% IC 79,7, 84,9)	2,1
Femeile provoacă partenerul de viață la violență	2,4% (20) (95% IC 1,3, 3,6)	16,3% (136) (95% IC 13,8, 19)	20,3% (169) (95% IC 17,4, 23)	17,9% (149) (95% IC 15,3, 20,4)	43,0% (258) (95% IC 39,8, 46,5)	2,5
Sarcina de educare a copiilor în familie trebuie să îi revină doar mamei	2,5% (21) (95% IC 1,6, 3,7)	3,7% (31) (95% IC 2,5, 5)	7,9% (66) (95% IC 6,1, 9,7)	7,8% (65) (95% IC 5,9, 9,6)	78,0% (649) (95% IC 75,4, 80,9)	2,2

Violența împotriva copiilor este considerată de către unii exponenți ai oricărei societăți drept o normă socială pozitivă, benefică pentru viitorul copilului, motiv pentru care are loc atât în spațiul privat, cât și cel public. În această privință, studiile realizate în Republica Moldova arată că aproape jumătate dintre părinți mai consideră încă bătaia în calitate de o formă acceptabilă de disciplină, iar 16% dintre ei chiar recunosc că și-au bătut copilul mai mic de un an [224].

Din această cauză, în prezentul studiu ne-am propus să evaluăm percepția respondenților referitoare la unele mituri privind violența față de copii, mai ales că majoritatea participanților (68,1%, 95% IC 65,1, 71,6) au declarat că sunt părinți. Rezultatele au arătat că unii dintre participanți mai consideră încă, spre regret, că *Copiii trebuie uneori pedepsiți fizic în scop educațional*, o concepție greșită cu vechi rădăcini culturale, extrem de dăunătoare pentru sănătatea și bunăstarea copiilor. Astfel, fiecare al cincilea (21%, 95% IC 18,7, 23,4) respondent a considerat acceptabilă o asemenea practică, fie a manifestat o incertitudine în această privință, opinii ce le considerăm echivalente. Analiza răspunsurilor în funcție de genul respondentului a relevat că 1 din 3 (29%, 95% IC 26,7, 31,6) bărbați participanți la studiu a susținut această părere. Situația este agravată și de faptul că două treimi (63,4%, 95% IC 61,1, 65,8) dintre cei care au împărtășit această opinie s-au dovedit a fi părinți, abordare ce nu poate fi acceptată sub nici o formă. Mai mult de atât, remarcăm păreri viciate și în privința mitului precum că *Copilul bătut în familie este mai disciplinat în viața adultă*. Astfel, 17,6% (95% IC 15,3, 19,9) dintre respondenți au fost de acord cu această afirmație sau au manifestat o incertitudine inexplicabilă, chiar dacă 65,8% (95% IC

63,1, 68,2) dintre ei sunt părinți. Și la acest capitol bărbații s-au remarcat prin existența unei viziuni inacceptabile, astfel că numărul bărbaților din studiu care și-au oferit acordul asupra acestei afirmații este triplu față de cel al femeilor (13,4% (95% IC 11,1, 15,7) față de 4,3% (95% IC 2,1, 6,7). Din perspectiva statutului profesional, analiza răspunsurilor nu a relevat diferențe semnificative de opinie între participanți.

În privința celor constatate, atragem atenția că asemenea abordări sunt inadmisibile atât pentru statutul lor de lucrător medical, cât și de părinte (Figura 19). Datele obținute subliniază, o dată în plus, necesitatea instruirilor adresate, în special bărbaților, menite inclusiv să combată această percepție greșită privind acceptarea utilizării tehnicilor nepedagogice în procesul de educare a copiilor. Asemenea abordări inadecvate au un impact negativ asupra dezvoltării emoționale, cognitive și sociale a copiilor și pot fi asociate cu consecințe pe termen lung.

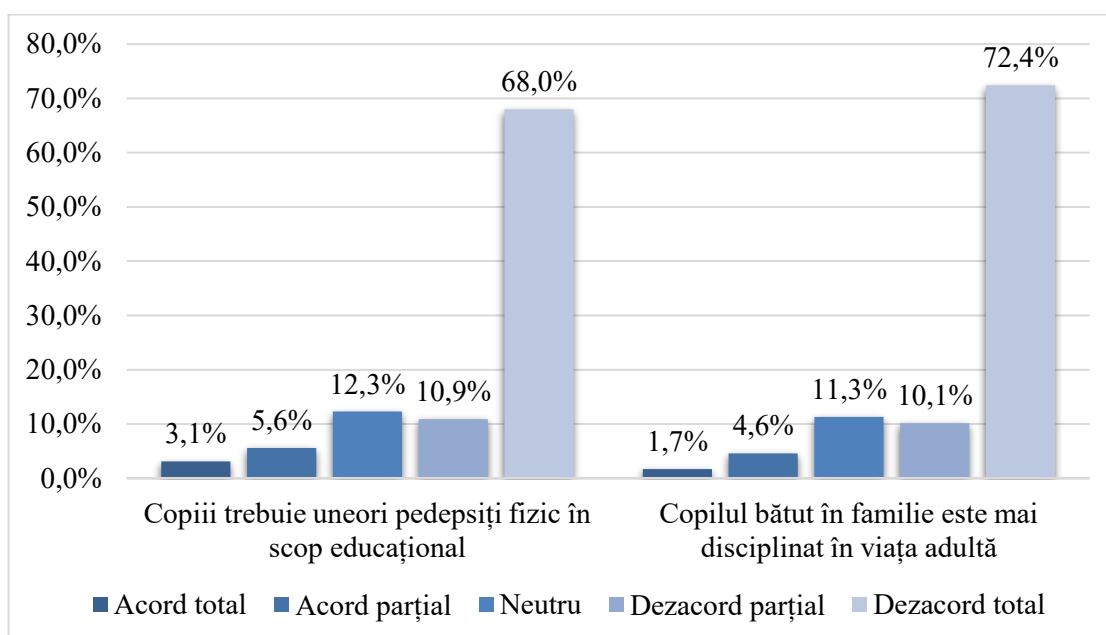


Figura 19. Opinia respondenților privind unele mituri referitoare la violența față de copii, %

Violența sexuală, ca formă a violenței în familie, se caracterizează prin prezența unor concepții profund greșite, care adesea justifică sau normalizează astfel de comportamente inacceptabile. Aceste concepții eronate contribuie la perpetuarea tăcerii și la subraportarea violenței sexuale în familie, pot genera o stigmatizare puternică a victimelor, făcându-le să se simtă vinovate, jenate sau descurajate să se adreseze pentru suport. Unul dintre miturile larg răspândite în societate, prezentat respondenților, se referă la violul conjugal și susține ideea că *Nu există viol între soț și soție*. Rezultatele au relevat că un sfert dintre participanți (24,8%, 95% IC 22,5, 27,1) a manifestat un anumit grad de acord sau o ezitare în această privință, fenomen mai frecvent întâlnit în rândul medicilor (26,7%, 95% IC 24,4, 29) comparativ cu studenții (19,5%, 95% IC 17,2, 21,8), ceea ce este profund îngrijorător și inacceptabil în contextul gestionării cazurilor respective. Mai grav este faptul că 26,5% (95% IC 24,2, 28,8) dintre cei ce au susținut o asemenea opinie erau

căsătoriți la momentul studiului, iar 22,7% (95% IC 20,4, 25,2) erau chiar femei. Totuși, spre regret, și în privința acestui mit, bărbații (32,4%, 95% IC 30,1, 34,8) au fost mai influențați.

O abordare și mai gravă a fost constatată în ceea ce privește un alt mit, ce presupune că ***Dacă o femeie nu opune rezistență actului sexual, acesta nu este viol***. Așadar, aproximativ jumătate dintre respondenți (46,3%, 95% IC 43,9, 48,7); 47,2% (95% IC 65,1, 71,6) medici practicieni și 40,1% (95% IC 37,8, 42,4) studenți) sunt de acord cu o asemenea afirmație (5,8% (95% IC 3,5, 8,1) femei și 27,4% (95% IC 25,1, 29,6) bărbați din studiu) sau sunt confuzi (24,7% (95% IC 22,3, 27,1) femei și 21,2% (95% IC 18,9, 23,5) bărbați) în privința ei (Tabelul 5). Analiza comparativă ne arată că inclusiv în privința acestui mit există divergențe semnificative dintre opiniile exprimate de reprezentanții comunității medicale în raport cu populația generală. Astfel, studiul național *Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova* (2024) [31] a relevat că 36% de bărbați și 32% de femei sunt afectați de acest stereotip întrucât au fost parțial sau total de acord cu o asemenea afirmație.

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

Tabelul 5. Opinia respondenților privind unele mituri legate de viol (abs., %, X)

Afirmații:	Acord total	Acord parțial	Neutru	Dezaccord parțial	Dezaccord total	Media
Nu există viol între soț și soție	5,6% (47) (95% IC 4,2, 7,2)	8,9% (74) (95% IC 7,1, 10,8)	10,3% (86) (95% IC 8,3, 12,3)	13,6% (113) (95% IC 11,3, 15,9)	61,5% (512) (95% IC 58,4, 64,8)	2,4
Dacă o femeie nu opune rezistență actului sexual, acesta nu este viol	11,8% (98) (95% IC 9,7, 13,9)	14,9% (124) (95% IC 12,6, 17,3)	19,6% (163) (95% IC 16,8, 22,4)	15,4% (128) (95% IC 13, 17,8)	38,3% (319) (95% IC 35,1, 41,3)	2,6

Pentru a evalua modul în care participanții reacționează în fața situațiilor asociate violenței domestice, cât și pentru a confirma una dintre cauzele subraportării violenței domestice, în cadrul cercetării am utilizat două scenarii distincte. Rezultatele au relevat că la întrebarea ***Dacă copilul Dvs. ar fi fost lovit de o rudă apropiată, ați raporta cazul la poliție?***, majoritatea respondenților (55,9%, 95% IC 52,4, 59,1) au afirmat că nu sunt siguri dacă ar face-o, iar alții 15,9% (95% IC 13,5, 18,3) au declarat ferm că ***Nu*** (Figura 20). Această reticență semnalată în rândul participanților evidențiază complexitatea și dificultatea procesului decizional în situațiile de violență domestică, în special atunci când sunt implicate persoanele din mediul familial.

Incertitudinea constatată poate fi atribuită unei mari varietăți de factori, printre care se numără frica de repercusiuni, teama de a perturba echilibrul familial sau de a prejudicia reputația familiei. Datele obținute sunt comparabile cu alte studii [36] care arată că doar 1 din 10 victime ale violenței domestice raportează cazul autorităților. În cel de al doilea scenariu respondentului i-a fost atribuită calitatea de martor, fiindu-i înaintată următoarea întrebare: ***Dacă ați fi martor al violenței dintre soț și soție în loc public ați interveni pentru stoparea actului violenței?***. Rezultatele au arătat că fiecare al treilea participant (35,8%, 95% IC 33,5, 38,1) ar evita sau nu este sigur dacă ar interveni întru stoparea unor asemenea situații, ceea ce ne face să credem că aceștia ar putea interpreta violența domestică ca pe o chestiune privată sau ar putea percepe intervenția ca pe o intruziune în viața personală a altor persoane, viziune ce este profund greșită.

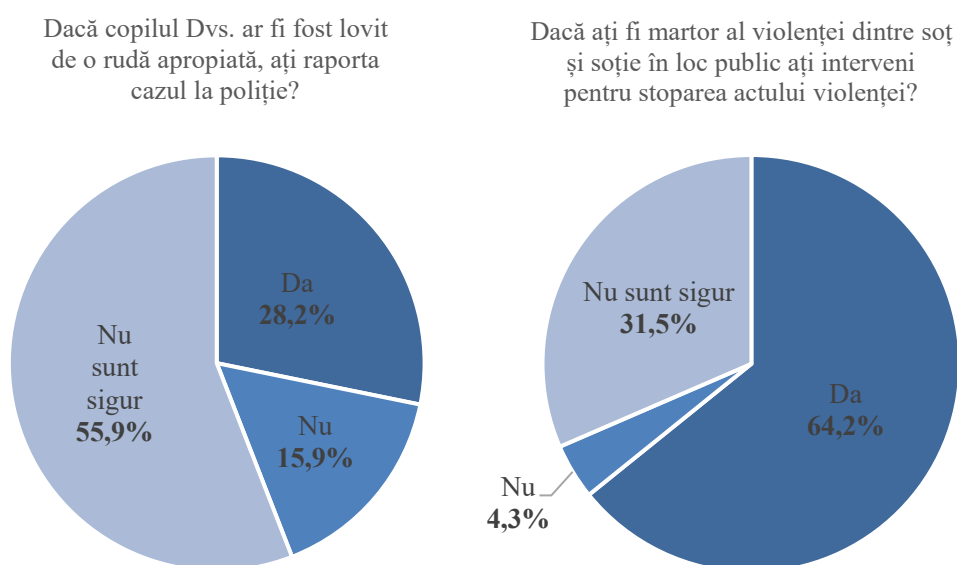


Figura 20. Opinia respondenților referitoare la unele posibile experiențe de viață asociate violenței domestice, %

Prin urmare, comparând rezultatele studiului propriu cu cel național *Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova*, realizate în anul 2015 [33] și 2024 [31], putem afirma cu certitudine că actualii și viitorii medici sunt mai puțin afectați de stereotipurile ce macină populația generală chiar dacă provin din aceeași comunitate și doar 37,3% (95% IC 34,1, 40,6) dintre ei au fost instruiți în domeniul violenței în familie și în bază de gen. Probabil, particularitățile formării universitare în medicină, unde se pune un accent constant pe dezvoltarea empatiei față de suferința pacientului și pe abordarea holistică a nevoilor acestuia, ar putea explica acest decalaj. Totuși, compararea opiniilor exprimate de studenți și medici a evidențiat diferențe notabile, studiul relevând că medicii practicieni, în ciuda experienței clinice, sunt mai afectați de preconcepțiile greșite decât studenții, ceea ce sugerează persistența unor lacune în formarea profesională continuă.

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

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

Pentru a înțelege motivul unei astfel de rezistențe din partea potențialilor beneficiari, în cadrul ultimului compartiment al chestionarului am înaintat o serie de întrebări adresate respondenților referitoare la curs. Pentru a evalua dacă aceștia sunt familiarizați cu existența acestui curs, prima întrebare a fost ***Cunoașteți despre existența cursului Violența în familie și în bază de gen” destinat studenților și medicilor și desfășurat în cadrul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”?***. Răspunsurile au relevat că doar 44,6% (95% IC 41,5, 47,8) dintre respondenți cunosc despre existența cursului, în timp ce mai mult de jumătate dintre ei *nu cunosc* (43,3%, 95% IC 40,3, 46,5) sau *nu sunt siguri dacă cunosc* (12,1%, 95% IC 10, 14,5) (Figura 21).

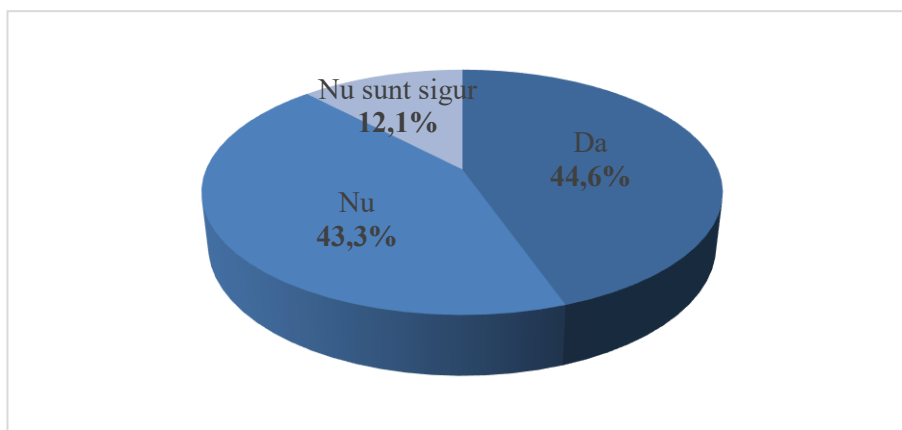


Figura 21. Răspunsul respondenților la întrebarea *Cunoașteți despre existența cursului „Violența în familie și în bază de gen”?*, %

Dintre cei 44,6% de respondeți care au răspuns afirmativ la întrebarea precedentă, la întrebarea deschisă de precizare ***De unde ați aflat despre existența acestuia?***, au menționat în calitate de sursă principală de informare *Colegii* (23,1%, 95% IC 20,1, 26,4), *Programul anual de formare profesională continuă a medicilor și farmaciștilor* (20,7%, 95% IC 17,8, 23,9) și *Catedra de medicină legală* (16,7%, 95% IC 14,7, 19,1). Având în vedere că Programul anual de formare profesională continuă este unul dintre principalele surse de informare despre existența cursului, iar după cum am menționat anterior, nici un medic practician nu a solicitat cursul dat de educație medicală continuă, constatăm că aceștia nu sunt pe deplin conștienți despre importanța urmării unei instruirii avansate în domeniul violenței domestice.

Pentru a obține o înțelegere obiectivă a cauzelor nesolicitării cursului, am propus respondenților întrebarea *Care ar putea fi în viziunea Dvs. motivul interesului redus al studenților și medicilor față de cursul „Violența în familie și în bază de gen”?*. Analiza răspunsurilor a arătat că majoritatea participanților (68,1%, 95% IC 65,2, 71,9) consideră drept motiv de bază faptul că *nu cunosc despre existența cursului*, chiar dacă în anul 2020 informația privind lansarea acestui curs tematic de educație medicală continuă și opțional pentru studenți a fost intens mediatizat de către USMF „Nicolae Testemițanu” pe pagina sa oficială [235] și de Facebook. Acest rezultat subliniază necesitatea difuzării și promovării eficiente a informației legate de resursele educaționale disponibile, ceea ce ar asigura accesul cât mai larg al specialiștilor la instruire. De asemenea, 61,5% (95% IC 58,5, 64,6) dintre respondenți au afirmat că drept un alt motiv al interesului redus ar fi faptul că medicii *nu conștientizează importanța problemei violenței în familie*, ceea ce induce din nou necesitatea organizării unor instruirii în această direcție. Pe de altă parte, acest aspect s-a dovedit a fi și motivul ce ar determina pe participanți să solicite cursul, astfel încât la întrebarea *Ce ar putea să Vă determine să urmați cursul?*, marea majoritatea a participanților (88,6%, 95% IC 85,6, 71,9) a afirmat că *Conștientizez problema și vreau să fiu informat(ă)*.

Concluzii la capitolul 4:

1. Cunoștințele actualilor și viitorilor medici privind violența în familie sunt limitate: doar 21,5% au definit-o corect ca infracțiune și dezechilibru de putere, iar 19,9% o consideră metodă acceptabilă de disciplinare; formele psihologică, sexuală, spirituală și economică sunt recunoscute de 7–39% dintre respondenți, iar categoriile vulnerabile de doar 35–50%. Deficiențele constatate sunt mai accentuate în rândul medicilor practicieni decât în cel al mediciniștilor.
2. Lacunele privind măsurile juridice și obligațiile legale sunt semnificative: 89,1% nu cunosc instrumentele de protecție, iar raportarea obligatorie la poliție este recunoscută doar de 33,8%, riscând să compromită siguranța victimelor, preponderent în rândul mediciniștilor și nu a medicilor practicieni.
3. Rolul sistemului de sănătate este parțial conștientizat: 85,7% recunosc violența domestică ca problemă de sănătate publică, însă 34,9% subestimează importanța intervenției medicilor; elemente esențiale ale răspunsului medical (evaluarea riscurilor, referirea victimelor, documentarea leziunilor, colectarea probelor) sunt incomplet înțelese, evidențiind necesitatea instruirii continue.
4. Actualii și viitorii medici prezintă percepții parțial eronate asupra violenței în familie și sunt influențați de mituri privind cauzele violenței, rolurile de gen, violența față de copii și violența

sexuală.

5. Diferențele observate între studenți și medici practicieni sugerează că experiența clinică nu garantează eliminarea prejudecăților, subliniind importanța dezvoltării continue a competențelor în prevenirea și intervenția în cazurile de violență domestică.
6. Conștientizarea existenței cursului *Violența în familie și în bază de gen* este redusă în rândul medicilor și mediciniștilor, doar 44,6% dintre respondenți afirmând că știu despre acesta, ceea ce explică interesul scăzut pentru participare. Lipsa de interes față de curs este determinată în principal de necunoașterea existenței acestuia și de subestimarea importanței problemei violenței domestice, evidențiind necesitatea unei promovări și informări mai eficiente.

5. PROFILUL SOCIAL AL VICTIMEI ADULTE ȘI PATTERN-UL LEZIONAL AL VIOLENȚEI ÎN FAMILIE

Expertiza medico-legală este o importantă sursă de probe judiciare în cadrul proceselor de investigare a infracțiunilor și contravențiilor îndreptate împotriva sănătății, integrității corporale, inviolabilității sexuale și vieții, inclusiv cele consumate în mediul familial. Medicina legală are o practică bogată în examinarea victimelor violenței în familie în baza leziunilor corporale produse prin diferiți agenți traumatici. Datele medico-legale reprezintă o vastă sursă de informații practice, ce pot fi analizate din punct de vedere științific în vederea stabilirii profilului social al victimei adulte și pattern-ului lezional al violenței domestice fizice. Aceste constatări pot fi utile medicilor legiști și clinicieni în calitate de instrumente pentru identificarea acestor categorii de victime, în special atunci când acestea sunt reticente în dezvăluirea informației necesare pentru a stabili circumstanțele de fapt pe caz.

Pornind de la acest concept, întru dezvoltarea profilului social al victimei adulte și pattern-ului lezional al violenței domestice fizice, a fost realizată analiza științifică detaliată a 801 rapoarte de constatare/expertiză medico-legală. Având în vedere că metodologia studiului implică exclusiv analiza cazurilor în care victimele au raportat abuzul și au fost examinate medico-legal, este important să subliniem că rezultatele obținute se referă doar la această categorie de victime.

5.1. Caracteristicile obiectului de cercetare

Eșantionul studiat a inclus rapoartele medico-legale privind victimele adulte ale violenței domestice fizice neletale, examinate nemijlocit de medicul legist – 74,9% (600) (95% IC 72%, 78%) și în baza documentelor medicale prezentate – 25,1% (201) (95% IC 22%, 28%) (Figura 22).

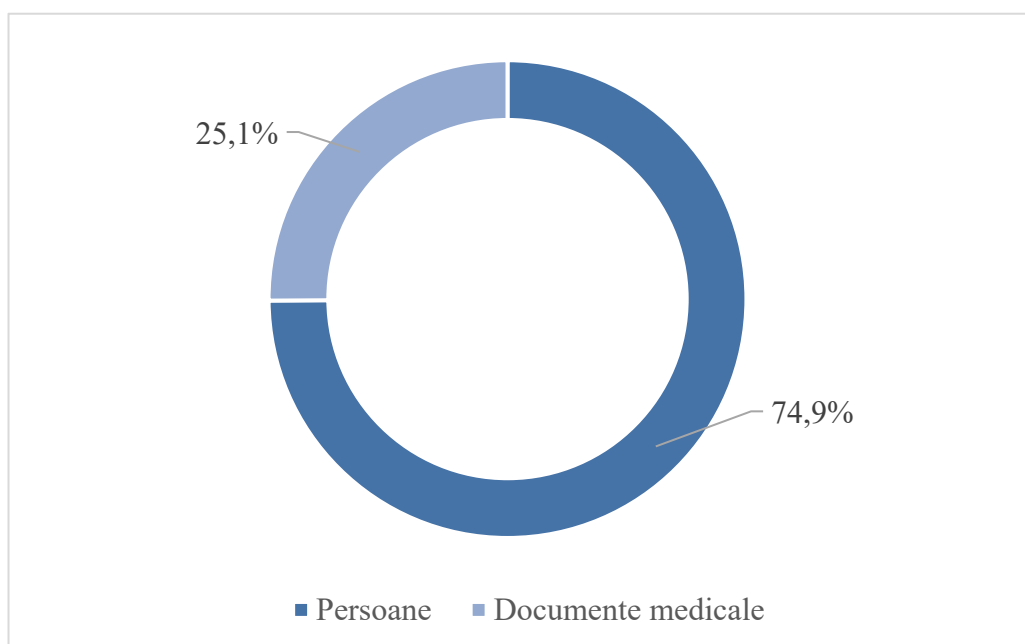


Figura 22. Structura rapoartelor în funcție de obiectul cercetat, %

Din perspectiva tipului rapoartelor medico-legale studiate, majoritatea au fost rapoarte de constatare medico-legală – 61,1% (490) (95% IC 58%, 65%), urmate de rapoarte de expertiză judiciară – 28,5% (228) (95% IC 25%, 32%) și rapoarte de expertiză extrajudiciară – 10,4% (83) (95% IC 8,4%, 13%) (Figura 23).

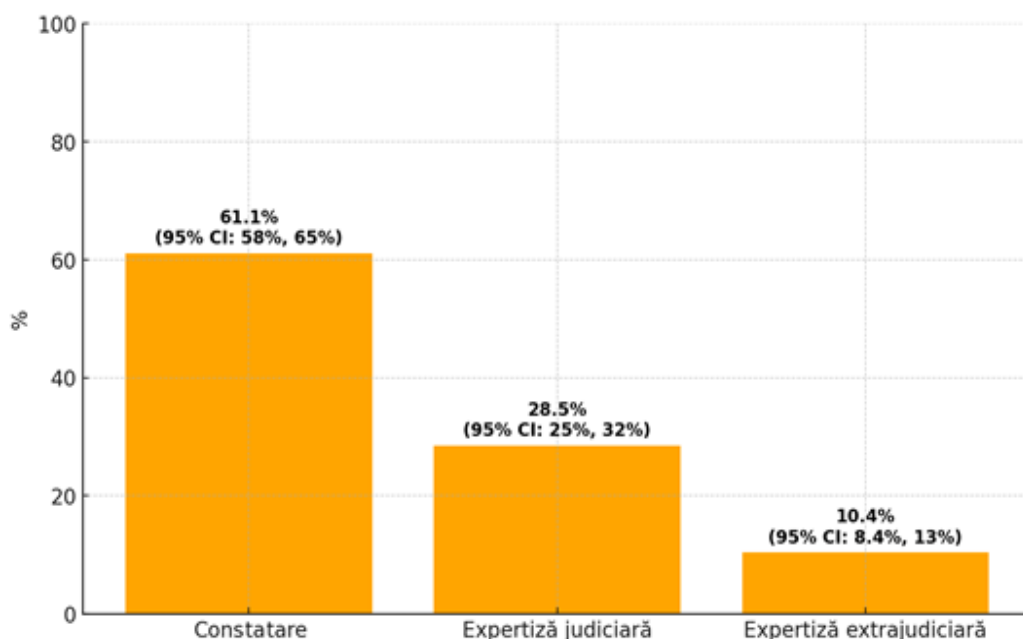


Figura 23. Structura rapoartelor în funcție de tipul acestora, %

Rapoartele de constatare și expertiză judiciară medico-legală au fost realizate în cadrul unui proces judiciar în baza actelor de dispunere emise de către ordonator, iar cele de expertiză extrajudiciară au fost efectuate în temeiul unei cereri scrise a persoanei fizice în afara unui proces judiciar. Acțiunile procesuale de constatare și expertiză judiciară pot fi dispuse în diferite procese judiciare, precum contravențional, penal sau civil. În lotul de studii cercetat, constatările și expertizele judiciare medico-legale au fost dispuse exclusiv în cadrul procesului contravențional și penal. Nu au fost înregistrate expertize dispuse în cadrul procesului civil în temeiul încheierii judecătorești.

Potrivit Legii nr.68/2016 *cu privire la expertiza judiciară și statutul expertului judiciar* [128] o expertiză extrajudiciară poate fi efectuată la solicitarea scrisă a unei persoane fizice sau juridice. De aceea, prezența rapoartelor de expertiză extrajudiciară în lotul de studii sugerează că aproximativ una din zece victime ale violenței în familie manifestă o reticență referitoare la adresarea la organele de drept. Asemenea constatări sunt susținute și de alte surse [102, 196], care relevă că victimele preferă să acceseze servicii care nu sunt legate de sistemul justiției, optând în schimb pentru alte forme de suport și intervenție. Această preferință poate fi determinată de mai mulți factori, inclusiv teama de stigmatizare, lipsa de încredere în capacitatea sistemului de justiție de a le proteja sau de a le oferi sprijin adecvat, sau dorința de a menține confidențialitatea și controlul asupra situației lor. În lotul de studii nu au fost înregistrate cazuri privind solicitarea

expertizei extrajudiciare de către persoane juridice.

5.2. Profilul social al victimei adulte a violenței în familie

Un aspect important abordat în cadrul studiului a constituit colectarea datelor disponibile în rapoartele de expertiză/constatare medico-legală privind aspectele sociale ale vieții victimelor violenței în familie, precum sexul persoanei examinate, vârsta, statul social, mediul de reședință și grupul de risc din care ar putea face parte. Aceste informații au fost necesare pentru a elucida profilul social al unei victime adulte a violenței domestice ce a fost supusă examinării medico-legale.

Analiza efectuată relevă că marea majoritate a victimelor violenței domestice sunt de sex feminin – 84,5% (677) (95% IC 82%, 87%) și mai rar cele de sex masculin – 15,5% (124) (95% IC 13%, 18%) (Figura 24).

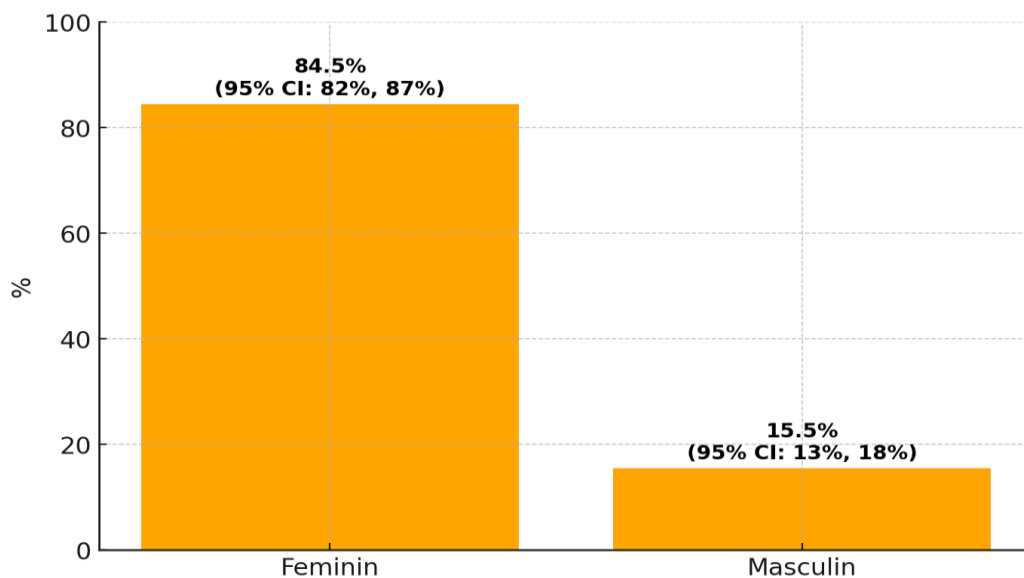


Figura 24. Structura victimelor în funcție de sex, %

Această constatare confirmă o dată în plus rata mai mare de victimizare a femeilor în mediul familial în Republica Moldova [16, 146, 155], reflectând astfel o realitate preocupantă în ceea ce privește violența domestică în țară. Datele din lotul nostru de studii sunt comparabile cu cele ale MAI [146], potrivit cărora în peste 90,9% de cazuri victime ale violenței domestice au fost femei. Pe plan internațional, expunerea dominantă a femeilor și fetelor la abuzuri în mediul domestic este recunoscută atât de Convenția de la Istanbul (2011) [50], cât și de numeroase studii [26, 161, 200, 241, 249, 255].

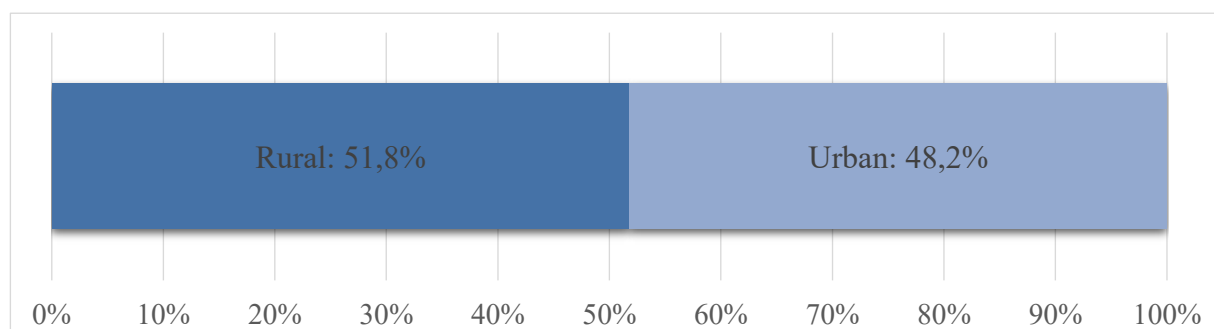


Figura 25. Structura victimelor în funcție de mediul de reședință, %

Analiza efectuată după mediul de reședință a victimelor a remarcat o repartizare aproape uniformă a cazurilor de violență în familie (rural – 51,8% (95% IC 48%, 55%), urban – 48,2% (95% IC 45%, 52%)) (Figura 25). Studiul corelației dintre mediul de reședință și sexul victimei a relevat că bărbații din mediul rural sunt ușor mai susceptibili de a fi abuzați de un membru al familiei comparativ cu femeile, cu toate că rezultatele obținute nu pot fi considerate suficient de semnificative din punct de vedere statistic din cauza unei asocieri slabe (Fisher's Test p-value=0,2; V Cramer's statistic=0,04) (Figura 26). În plus, analiza corelației dintre mediul de reședință și alte caracteristici sociale ale victimei și morfologice ale leziunilor, cum ar fi vârsta, numărul leziunilor, ora agresiunii, accesul la asistență medicală și spitalizare, nu a relevat un grad de asociere statistic semnificativ. Astfel, chiar dacă există cercetări [167] ce constată o prevalență mai înaltă a cazurilor de abuz domestic în rândul femeilor din mediul rural, rezultatele obținute în lotul nostru de cercetare relevă că violența în familie în Republica Moldova în rândul victimelor dispuse să reclame abuzul nu este limitat la un anumit context geografic sau socio-economic.

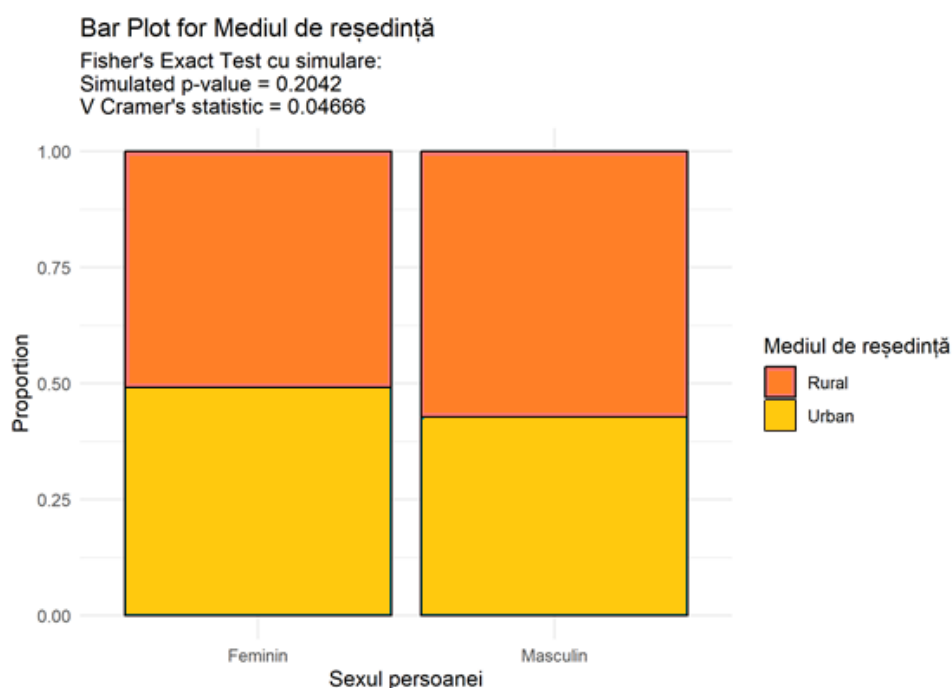


Figura 26. Corelația dintre mediul de reședință și sexul persoanei

Este bine cunoscut faptul că vârsta victimei este unul dintre factorii de risc importanți pentru violența în familie (vezi Capitolul 1). Rezultatele studiului au evidențiat un diapazon larg de vârste ale victimelor cuprins între 18 și 93 de ani, mediana vârstei constituind 38 ani. În contextul acestor date, este de subliniat că victimele de vârsta a treia întâmpină multiple bariere în accesarea diferitor servicii, inclusiv medicale și medico-legale, fapt subliniat și în Raportul pe țară al experților Comitetului GREVIO [82]. Totodată, studiul a ținut cont și de analiza dezagregată a vârstei în funcție de sexul victimei, care a decelat o diferență evidentă ($p < 0,001$) de vârstă în cazul femeilor și bărbaților (Figura 27). Astfel, mediana (Mn) vârstei femeilor victime a fost de 37 ani, iar a bărbaților – de 43,5 ani.

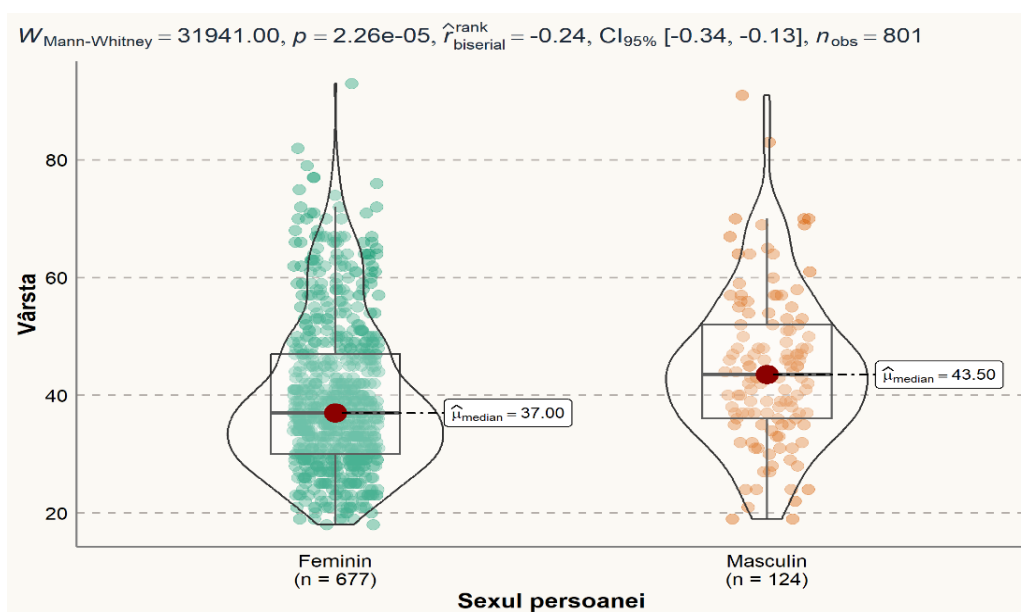


Figura 27. Analiza dezagregată a vârstei victimelor în funcție de sexul acestora

Cu toate acestea, există opinii diferite referitoare la vârsta victimelor violenței domestice. Astfel, A. Peterman și coautorii (2015) au constatat că vârsta medie al femeilor abuzate în context domestic este de 22,1 ani [168]. De asemenea, F.P. Rivara și coautorii (2009) [191] au identificat un interval al vârstei victimelor violenței în familie de 26-30 ani, considerând că odată cu înaintarea în vârstă riscul de abuz este în scădere.

Rezultatele cercetării sunt comparabile cu alte studii [1, 14, 25, 105, 111] realizate în afara țării, care evidențiază că victimele sunt cel mai expuse la agresiune în vârsta aptă de muncă. Acest fapt poate avea un impact negativ asupra perspectivei de dezvoltare profesională a persoanei abuzate și a bunăstării sale generale. Mai mult, din cauza violențelor fizice victima poate absenta deseori de la locul de muncă, temei pentru pierderea serviciului, ce la rândul său provoacă o dependență financiară a victimei față de agresor și o face mult mai vulnerabilă. De asemenea, consecințele se reflectă și asupra prosperității societății în ansamblu, fiind asociată cu o scădere a productivității în sectorul muncii, ceea ce nemijlocit afectează creșterea economică și bunăstarea

acesteia. În final, pierderea locului de muncă exacerbează și mai mult inegalitatea de șanse dintre femei și bărbați și sporește prevalența violenței domestice.

Aceeași ordine de idei este reflectată și în analiza statutului social al victimelor, conform căruia majoritatea celor examinate medico-legal (55,8%) (95% IC 52%, 59%) sunt angajate, rata celor neangajate (32,2%) (95% IC 29%, 35%) și mai ales a pensionarilor (12,0%) (95% IC 9,9%, 14%) fiind semnificativ mai mică (Figura 28).

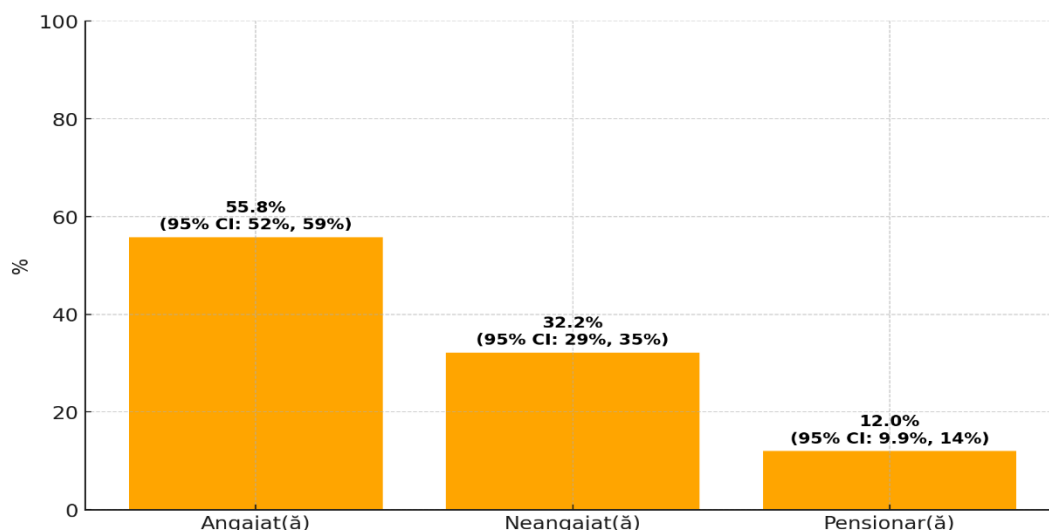


Figura 28. Structura victimelor în funcție de statutul social, %

Chiar dacă este cunoscută asocierea violenței domestice cu impactul semnificativ al acesteia asupra stării de sănătate, studiul nostru a arătat că majoritatea victimelor (54,6%, 95% IC 51%, 58%) au fost reticente în a solicita asistență medicală (Figura 29). Această constatare poate fi explicată de diferiți factori, printre care stigma socială, frica de repercusiuni din partea agresorului sau îngrijorările legate de confidențialitate și siguranță în procesul de solicitare a ajutorului medical. De asemenea, lipsa de încredere în sistemul de sănătate și lipsa informațiilor despre resursele disponibile ar putea contribui la această reticență. Totodată, trebuie luat în considerare că marea majoritate a victimelor a prezentat o serie de leziuni minore, care adesea nu necesită tratament medical. Din același motiv, analiza ratei de spitalizare în rândul victimelor a relevat că majoritatea absolută (87,3%, 95% IC 85%, 89%) nu a fost internată într-o instituție medicală de tip staționar, probabil din lipsa de necesitate.

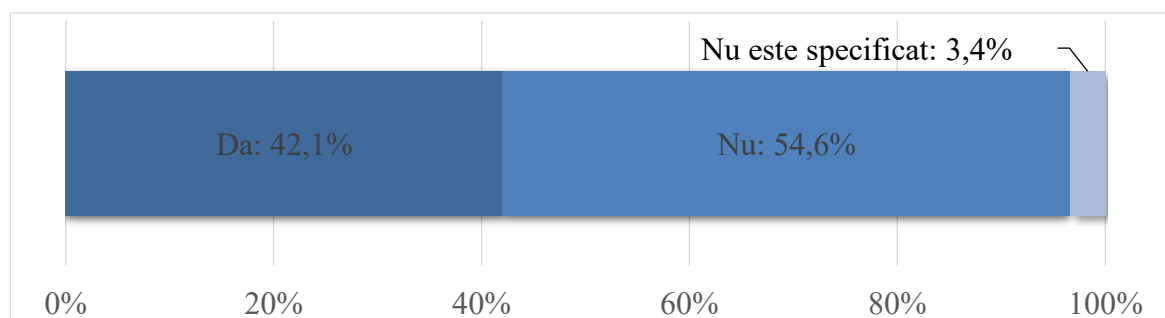


Figura 29. Rata de adresare a victimelor pentru asistență medicală, %

În prezentul studiu ne-am propus să abordăm datele privind existența unor factori de risc pentru subiecții examinați de a deveni victimă a violenței în familie, cum ar fi: sarcină, prezență a copiilor, vârstă înaintată a persoanei, dizabilitate psihică sau fizică, familie cultural mixtă, abuz de alcool și consum de substanțe psihoactive. Însă, am constatat că majoritatea (82,4%) medicilor legiști și clinicieni nu au precizat și nu au înregistrat în rapoartele de expertiză/constatare medico-legală și în documentele medicale detalii referitoare la prezența acestor factori de risc. În contextul expus, este de menționat că nici medicii legiști și nici clinicieni nu au această obligație expusă în protocoalele și procedurile ce reglementează intervenția lor profesională. Cu toate acestea, considerăm că ei ar trebui să fie conștienți de importanța obținerii acestor informații ce i-ar ajuta să identifice o potențială victimă a violenței domestice în baza acestor vulnerabilități.

5.3. Condițiile agresiunii în mediul familial

Luând în considerare că violența în familie este o infracțiune, iar orice infracțiune presupune existența *locului faptei*, reprezentat de locul unde a fost săvârșită acțiunea (inacțiunea) prejudiciabilă indiferent de timpul survenirii urmărilor [40], studiul a fost axat inclusiv și pe studierea spațiului în care o victimă este mai predispusă de a fi abuzată de către un membru al familiei sale. Prin urmare, rezultatele cercetării au evidențiat că majoritatea absolută (88,3%, (95% IC 86%, 90%)) a victimelor au fost abuzate în propriul lor domiciliu (Figura 30), ceea ce subminează conceptul de domiciliu ca fiind un loc de siguranță pentru membrii unei familii. Totodată, această constatare subliniază impactul devastator al violenței în familie asupra sentimentului de securitate și intimitate în propriul cămin. Studiul a relevat că actele de violență domestică sunt săvârșite în afara domiciliului sau în proximitatea acestuia mult mai rar (10,5% și respectiv 1,2% din cazuri), și au inclus locuri precum stradă, parc, mașină, loc de muncă, centrul comercial, cafenea, curte, scara blocului. Astfel de locuri sunt de obicei spații publice, caracterizate de prezența martorilor, ceea ce probabil descurajează agresorul să recurgă la violență.

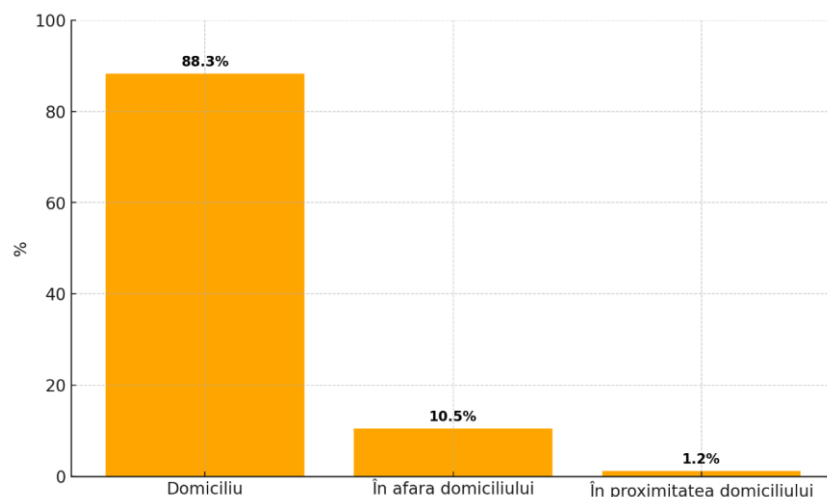


Figura 30. Structura cazurilor de violență domestică în funcție de locul agresiunii, %

Studiul personalității agresorilor este important pentru a înțelege amploarea și caracteristicile violenței domestice, informații ce pot fi utile pentru elaborarea politicilor și a intervențiilor eficiente de prevenire și protecție a victimelor. Partenerul intim, în calitate de principal agresor în mediul familial este recunoscut în rapoartele mai multor organisme internaționale în special Organizația Mondială a Sănătății (OMS) [249], Organizația Națiunilor Unite (ONU) [225] și Consiliul European [212], constatare confirmată și de prezenta cercetare. Astfel în 76,7% de observații în calitate de agresor a fost identificat partenerul de viață ce împărtășește o relație în cadrul căsătoriei (soț/soție) sau în afara ei (concubin(ă)). Suntem de părere că, partenerul intim în calitate de agresor subminează complet rolul său de sprijin, protecție și îngrijire, devenind astfel principala sursă de pericol și suferință pentru celălalt partener. Această schimbare a rolului poate distruge încrederea și siguranța victimei, iar ideea de a fi protejat și susținut în cadrul relației devine iluzorie și nerealizabilă.

Conform legislațiilor internaționale [212] și naționale [127], violența în familie nu se limitează doar la unele relații intime, dar poate surveni și între părinți și copii, frați și surori, dar și apropiați de diferit grad de rudenie. Astfel, rolul de agresori a fost preluat în 9,1% dintre cazuri de copii, care au aplicat acest model violent de relaționare față de părinții săi, în mare parte fiind persoane deja în vârstă. Etiologia unor astfel de fapte poate fi diferită, cum ar fi expunerea în copilărie la violență în familie, modelele de comportament agresiv preluate din familia de origine, tulburările de comportament sau de sănătate mentală, etc. Actele de violență nu au fost orientate doar asupra părinților, dar și asupra fraților/surorilor în 6,3%. În circa 3,9% de cazuri, în calitate de agresor a fost identificată o altă rudă, în special nepoții, socrii, nurorile/ginerii și cumnații. În ceea ce privește violența împotriva copiilor, studiul a constatat că bărbații-tați (3,8%) sunt mai predispuși să comită abuzul decât femeile-mamă (0,4%) (Figura 31). Studiul corelației dintre agresor și sexul victimei a indicat că, deși atât femeile cât și bărbații sunt în principal agresați de partenerii lor de viață, totuși probabilitatea ca bărbații să fie agresați de copii și frați este semnificativ mai mare decât în cazul femeilor.

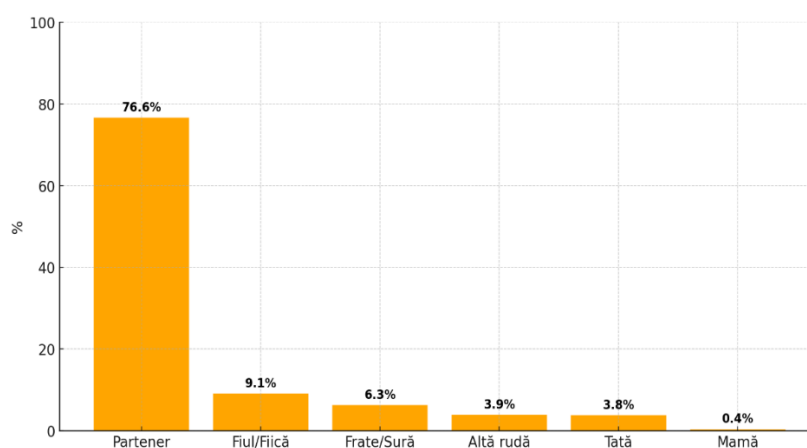


Figura 31. Structura agresorilor violenței în familie, %

Întru dezvoltarea perioadelor de timp în care victimele sunt cel mai susceptibile de a fi abuzate, studiul a presupus inclusiv analiza circumstanțelor expuse în ordonanță/îndreptare, dar și cele invocate de victimă la colectarea anamnezei de către medicul-legist. Astfel, rezultatele cercetării au relevat că victimele adulte ale violenței domestice fizice sunt agresate preponderent în lunile Ianuarie (10,7%, 95% IC 8,7%, 13%), Iunie (10,0%, 95% IC 8%, 12%) și Iulie (10,7%, 95% IC 8,7%, 13%) cu o pondere relativ egală (Figura 32). Nu a fost observată o corelație statistic semnificativă între lunile agresiunii și sexul victimei.

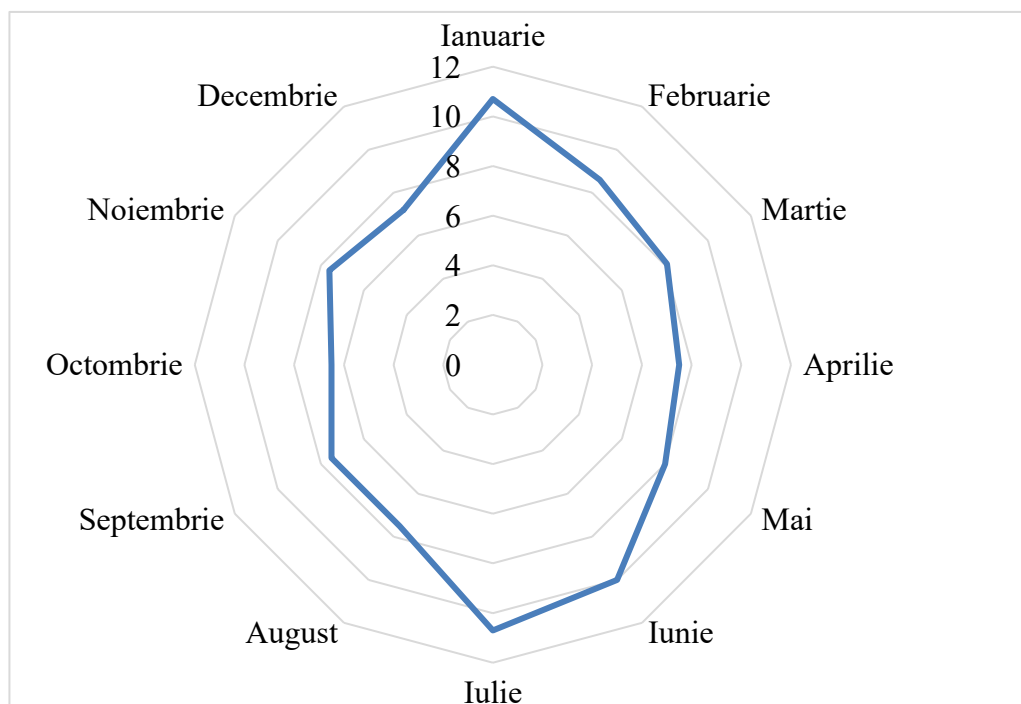


Figura 32. Distribuția cazurilor de violență în familie în funcție de luna agresiunii, %

De asemenea, la examinarea circumstanțelor invocate de victimă o importanță deosebită a fost acordată zilei și orei în care acestea a suportat un abuz. Studiul corelației dintre momentul zilei când victima este mai predispusă la agresiune și sexul acesteia a evidențiat diferențe minore. Astfel, analiza distribuției cazurilor a arătat că victimele-femei au fost agresate preponderent în zilele de sâmbătă-duminică, în intervalul orelor 17-22 (Figura 33, 34). În cazul bărbaților-victimă, acest interval de timp este puțin mai extins, fiind cuprins între orele 17 și 23, ceea ce ar putea fi explicat prin statutul diferit al abuzatorilor victimelor-bărbați.

Aceste perioade de timp coincid cu momentele în care membrii familiei își petrec cel mai mult timp împreună, zilele de weekend și după orele de muncă. Această vulnerabilitate a fost demonstrată și de studiile recente [141, 230] realizate în perioada pandemiei determinate de virusul SARS-CoV-2, care au constatat o creștere spectaculoasă a cazurilor de violență în familie. Aceste studii au subliniat că, din cauza restricțiilor impuse în acea perioadă, victimele au fost forțate să petreacă mai mult timp acasă cu ceilalți membri ai familiei, ceea ce a generat un context favorabil

pentru sporirea numărului de cazuri.

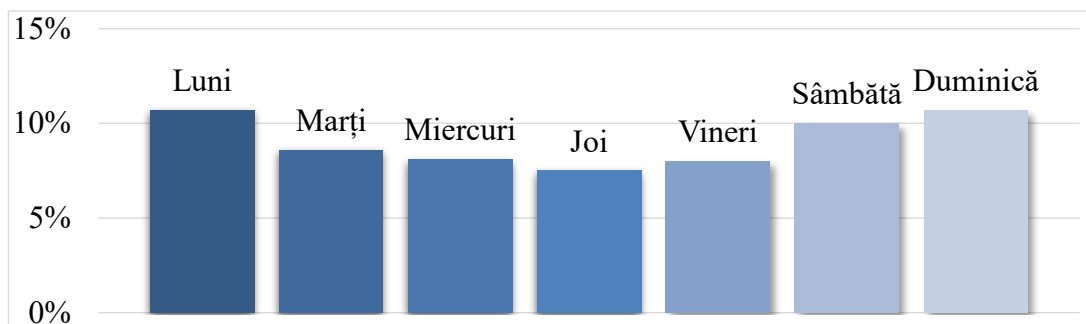


Figura 33. Structura cazurilor de violență în familie în funcție de ziua agresiunii, %

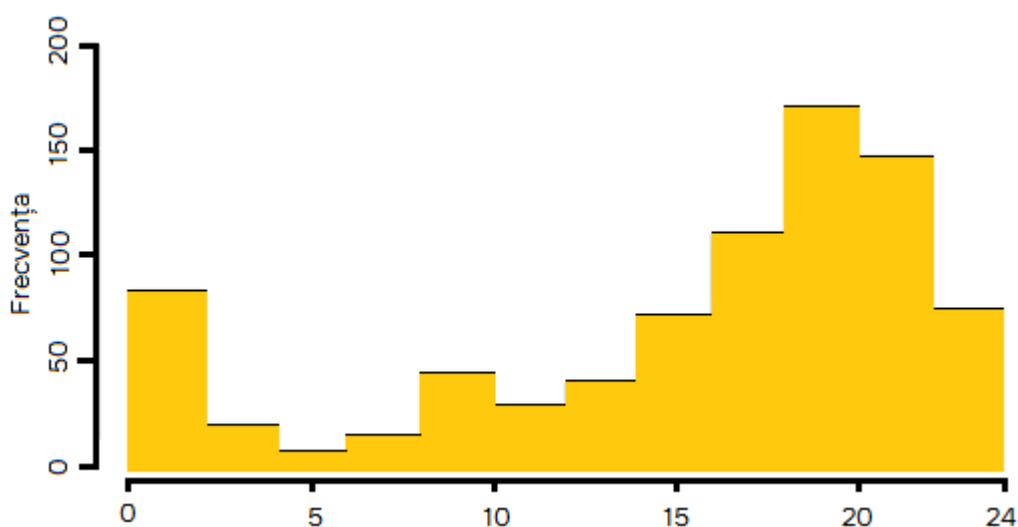


Figura 34. Distribuția cazurilor în funcție de ora agresiunii

Unul dintre principiile directorii pe care este bazată intervenția medico-legală privind victimele violenței, este cel al promptitudinii, conform căruia orice întârziere nejustificată a intervenției medico-legale compromite obținerea dovezilor medicale și biologice, mai ales în cazurile de violență sexuală [150]. Adeseori, realizarea acestui principiu este, în mare măsură, influențată de însăși victimă, de operativitatea cu care aceasta apelează pentru a fi examinată și nu doar de profesioniștii medico-legali. Aceste reflecții ne-au îndemnat să aflăm perioada medie de timp în care au fost realizate intervențiile medico-legale, aceasta având loc peste 6,8 zile (Me=6,8, 95% IC 6,1%, 7,5%). Totuși, ținând cont că în cadrul studiului au fost incluse atât lucrările medico-legale privind persoanele, cât și în baza documentelor medicale, ce presupun o durată mai îndelungată de acumulare a materialului primar (documentelor medicale) de către organele de drept, analiza perioadei postagresiune a fost realizată dezagregat în funcție de obiectul de cercetare al expertizei. Astfel, analiza aprofundată a scos în evidență că victimele adulte ale violenței în familie au solicitat examinarea medico-legală după doar 2,6 zile postagresiune, iar corelația acestora cu mediul de reședință a arătat o adresare a victimelor din comunitățile rurale mai tardivă (2,9 zile) față de cele din mediile urbane (2,3 zile). Această situație de fapt și o îngrijorare a fost

exprimată și de către experții Comitetului GREVIO în Raportul de evaluare a Republicii Moldova [82], care în p. 149 au remarcat că unitățile Centrului de Medicină Legală ce asigură examinările medico-legale sunt adesea situate mai departe de zonele rurale, fiind asociate cu costuri și povară a călătoriei mai înalte, ceea ce prezintă obstacole în calea accesului femeilor la justiție.

Totodată, studiul a arătat că durata perioadei de timp în care victima solicită a fi examinată medico-legal depinde și de locul agresării, astfel că victimele ce sunt abuzate în afara domiciliului sunt mai prompte în acest sens. Această corelație este caracterizată prin existența unei semnificații statistice (Kruskal-Wallis, $\chi^2 = 8,16$, $p = 0.02$) (Figura 35) și ar putea fi determinată de o intervenție mai rapidă a poliției datorită desfășurării actului de violență în spațiul public.

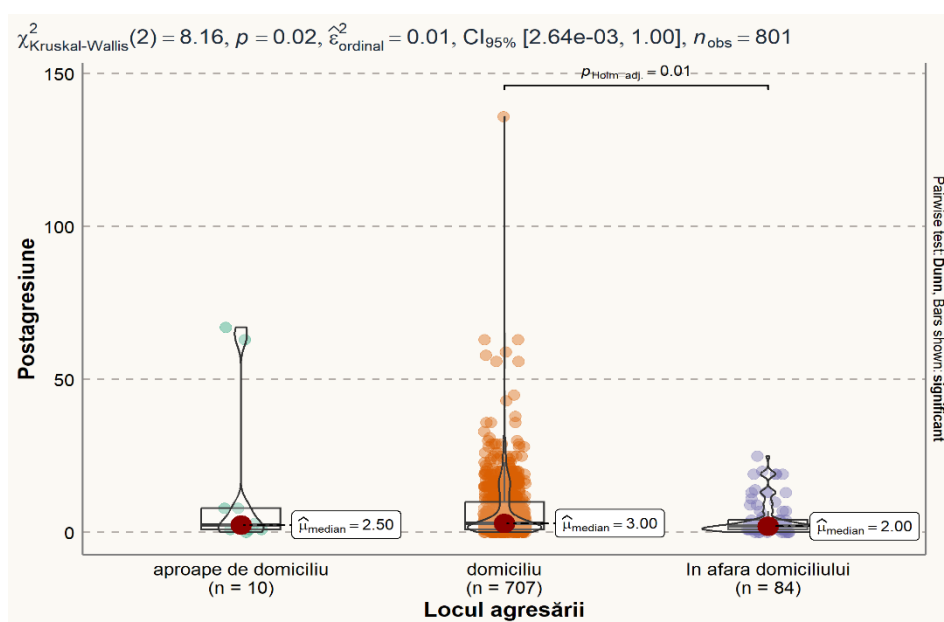


Figura 35. Corelația dintre locul agresării și perioada postagresiune

Astfel, analiza rezultatelor obținute a arătat că victima violenței în familie este preponderent o femeie cu vârsta de 37 ani ($Mn=37$) afectată indiferent de mediul său de reședință, angajată în câmpul muncii, agresată preponderent de partenerul său de viață, la domiciliu, în lunile de ianuarie, iunie și iulie, sâmbătă și duminică, în intervalul orelor 17:00-22:00, ce solicită un examen medico-legal la 2,6 zile după săvârșirea faptei. Cunoașterea acestui profil social poate contribui semnificativ la creșterea capacității profesioniștilor medicali de identificare a cazurilor de violență în familie în care victima este reticentă în raportarea cazului, facilitând intervenția precoce și oferind suport adecvat pentru victime.

5.4. Pattern-ul lezional al violenței în familie la adulți

Violența fizică reprezintă cea mai vizibilă expresie a violenței în familie, caracterizată adesea prin prezența leziunilor corporale cauzate de agresor prin utilizarea diferitor mijloace traumatice. Scopul expertizei medico-legale este să ofere informații obiective despre aceste leziuni și modul

lor de apariție, date utilizate ulterior în calitate de probe în cadrul proceselor judiciare. Cele mai frecvente leziuni corporale înregistrate în practica medico-legală sunt cele produse de factorii traumatici mecanici, ce se deosebesc esențial prin specificul mecanismului de acțiune și prin caracterul leziunilor produse. Aceștia se clasifică în corpuri contondente, obiecte ascuțite și arme de foc [9, 161].

În vederea identificării pattern-ului lezional al violenței în familie la adulți, au fost analizate atât particularităților lezionale topografice, morfologice, a gravității, precum și condițiile și factorii traumatici implicați în producerea acestora prin prisma conținutului rapoartelor de expertiză/constatare medico-legală.

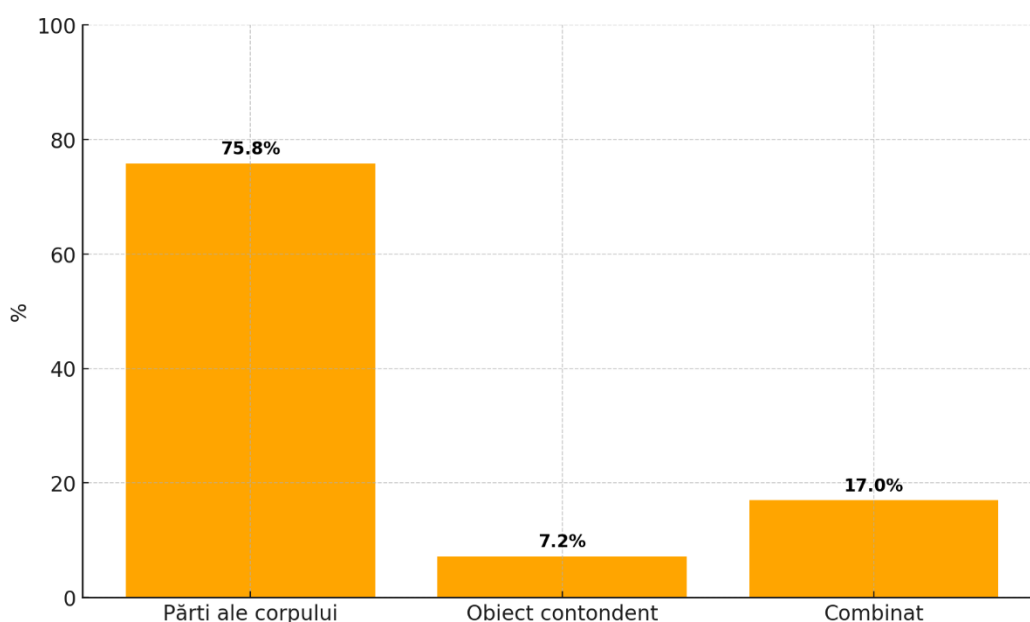


Figura 36. Tipul corpului contondent utilizat de agresor, %

Studiul factorilor traumatici utilizați de către agresori a arătat că în majoritatea covârșitoare a cazurilor de abuz analizate (92,1%, 95% IC 90%, 94%), aceștia recurg la utilizarea unui corp contondent în intenția de a provoca leziuni victimei. Rezultate similare au fost raportate și în alte studii similare [105, 201], care au evidențiat frecvența ridicată a utilizării corpurilor contondente în comiterea violenței fizice în cadrul abuzului domestic. Acest fapt poate fi ușor explicat prin disponibilitatea lor, deoarece în calitate de corpuri contondente agresorii au utilizat cel mai frecvent părțile propriului corp (în 75,8% de cazuri analizate) sau obiecte casnice (7,2%) ușor accesibile în mediul în care se desfășoară actul violent. În circa 17% de cazuri s-a constatat folosirea combinată a acestora, ceea ce poate crește severitatea leziunilor cauzate victimelor (Figura 36).

Analiza mecanismului de producere a leziunilor corporale prin corpurile condontente relevă o asociere a mai multor mecanisme, printre care se numără: lovirea (85,8%, 95% IC 83%, 88%), împingerea (32,0%, 95% IC 29%, 35%), tragerea de membre (23,5%, 95% IC 19%, 25%), tragerea

de păr (18,1%, 95% IC 16%, 21%) și comprimarea gâtului fără dezvoltarea asfixiei mecanice (15,1%, 95% IC 13%, 18%). Este de menționat că, comprimarea organelor gâtului cu mâna agresorului poate avea consecințe fatale în cazul dezvoltării asfixiei mecanice, motiv pentru care această acțiune este privită în calitate de un factor înalt de repetare sau escaladare a actului de violență.

La fel de grav este considerată și folosirea de către agresor a obiectelor ascuțite, circumstanță atestată în cadrul studiului în 11,1% (95% IC 9,1%, 14%) de observații. Printre acestea se enumeră: obiecte tăietoare (64,7%), înțepător-tăietoare (36,4%), înțepătoare (3,5%) și despicătoare (2,4%). În toate cazurile în care au fost înregistrate leziuni cauzate de obiecte ascuțite, actele de violență au avut loc la domiciliul victimei, cuțitul de bucătărie fiind folosit în majoritatea cazurilor. Utilizarea obiectelor ascuțite este corelată direct cu severitatea leziunilor și crește riscul de vătămare gravă sau chiar de deces, subliniind astfel gravitatea actului de agresiune ($p < 0.001$) (Figura 37).

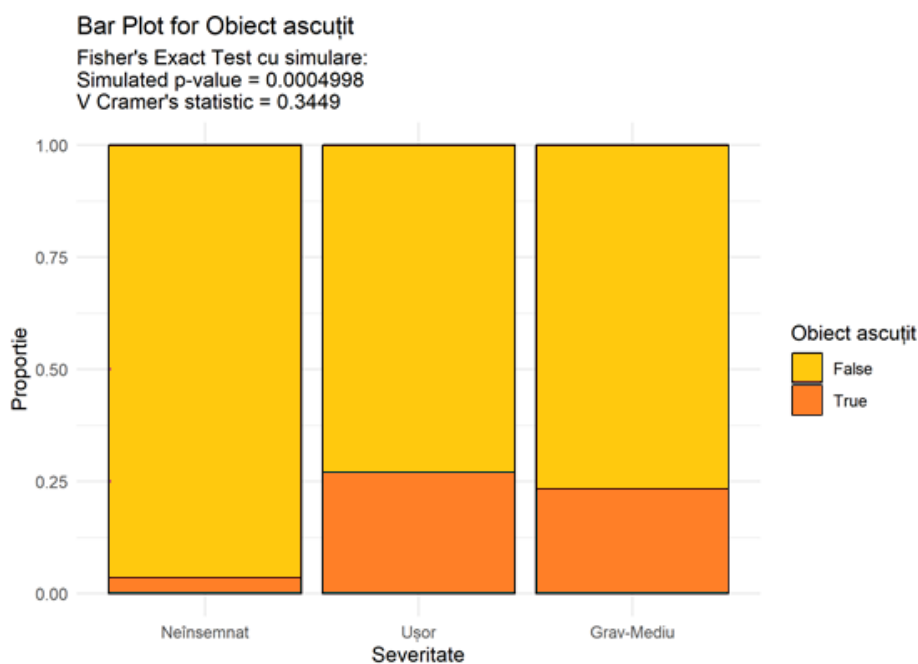


Figura 37. Corelația dintre gravitatea vătămării integrității corporale sau a sănătății și vârsta victimei

Factorul termic a fost utilizat în cazuri unice (5 cazuri) în actele de violență fizică sub formă de flacără sau obiecte fierbinți, probabil din cauză că necesită o intenție și o pregătire prealabilă și, prin urmare, este mai puțin specifică violenței domestice. În cadrul prezentei cercetări nu s-a constatat niciun caz de utilizare a armelor de foc în actul agresiunii, fapt explicat probabil prin asocierea lor obișnuită cu consecințe letale, în timp ce studiul s-a axat exclusiv pe examinarea cazurilor nonletale.

Din perspectiva morfologiei s-a constatat că, cel mai frecvent au fost provocate leziuni ale țesuturilor moi reprezentate de echimoze (77,5%, 95% IC 74%, 80%), excoriații (37,0%, 95% IC

34%, 40%) și edem posttraumatic (22,2%, 95% IC 19%, 25%). Mult mai rar au fost identificate leziuni mai severe, cum ar fi plăgi (19,4%), leziuni osteo-articulare (11,0%) și viscerale (2,1%) (Figura 38). Calculul numărului leziunilor prezentate arată că pe corpul victimelor adulte ale violenței domestice au fost constatate în jur de 4 leziuni (Me=4).

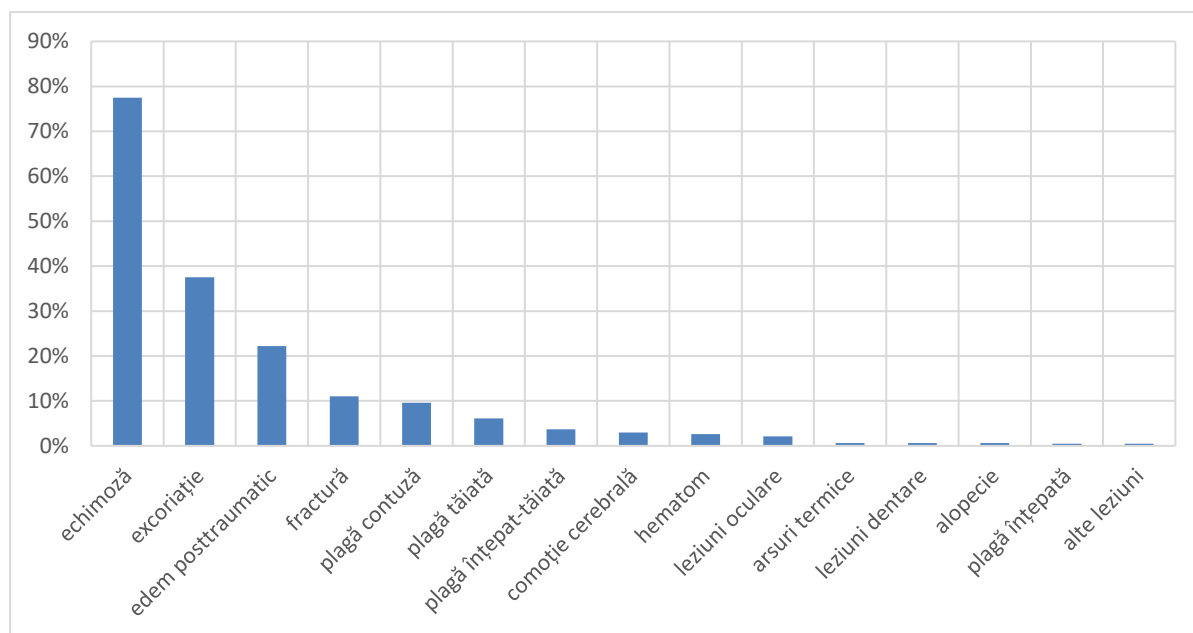


Figura 38. Tipul leziunilor corporale constatate, %

Studiul caracteristicilor topografice ale leziunilor a evidențiat o distribuție asimetrică și multipolară (53,9%) a acestora, caracterul unipolar fiind atestat doar în 36,7% (95% IC 33%, 40%) de cazuri, determinat în mare parte de existența doar a unei singure leziuni. Acest fapt exclude formarea leziunilor ca rezultat al căderii directe a victimei din poziție verticală, circumstanță invocată frecvent de victimele ce încearcă să ascundă adevăratele condiții de traumatizare.

Conform localizării anatomice, în majoritatea cazurilor (54,9%, 95% IC 51%, 58%), leziunile corporale au fost constatate la nivelul feței victimei. Această topografie poate fi argumentată prin faptul că extremitatea cefalică este una dintre cele mai expuse părți ale corpului uman, fiind totodată neacoperită de haine, ceea ce sporește șansele de a suferi leziuni în cazul unei agresiuni fizice. În opinia lui S. Dourado și coautorii (2015) [58], localizarea leziunilor la nivelul feței afectează onoarea și demnitatea victimei, afectându-i imaginea de sine, relațiile sociale și starea emoțională, ceea ce probabil urmărește agresorul.

Localizarea leziunilor la nivelul membrelor superioare, și anume a brațelor (38,1%, 95% IC 35%, 42%), antebrățelor (25,3%, 95% IC 22%, 29%) și mâinilor propriu-zise (19,2%, 95% IC 17%, 22%) ale victimei, s-a remarcat, de asemenea, printr-o frecvență înaltă în cazurile de violență în familie. Această distribuție a leziunilor poate fi explicată prin particularitățile anatomice ale acestor segmente ale corpului, care sunt accesibile pentru agresori în timpul unor acțiuni de apucare brutală sau de imobilizare, și sunt, de asemenea, implicate în reacțiile de autoapărare.

În ceea ce privește membrele inferioare, leziunile au fost cel mai frecvent localizate la nivelul coapselor (21,5%) și gambelor (14,5%), doar în cazuri unice la nivelul labei piciorului (1,1%). Leziunile de la nivelul toracelui anterior (15,4%) și părții piloase a capului (14,5%) au avut o distribuție aproape egală. De asemenea, este de remarcat localizarea leziunilor la nivelul gâtului în 11,7% de cazuri examinate, leziuni ce în mare parte sunt caracteristice tentativelor de asfixiere a victimelor. Semnificativ mai rar leziunile au avut drept sediu toracele posterior (7,4%), abdomenul (4,5%), articulațiile genunchiului (4,1%), regiunea lombară (3,7%), pavilioanele auriculare (3,4%), articulațiile cotului (3,4%), fesele (2,9%) și regiunea inghinală (0,5%) (Figura 39).

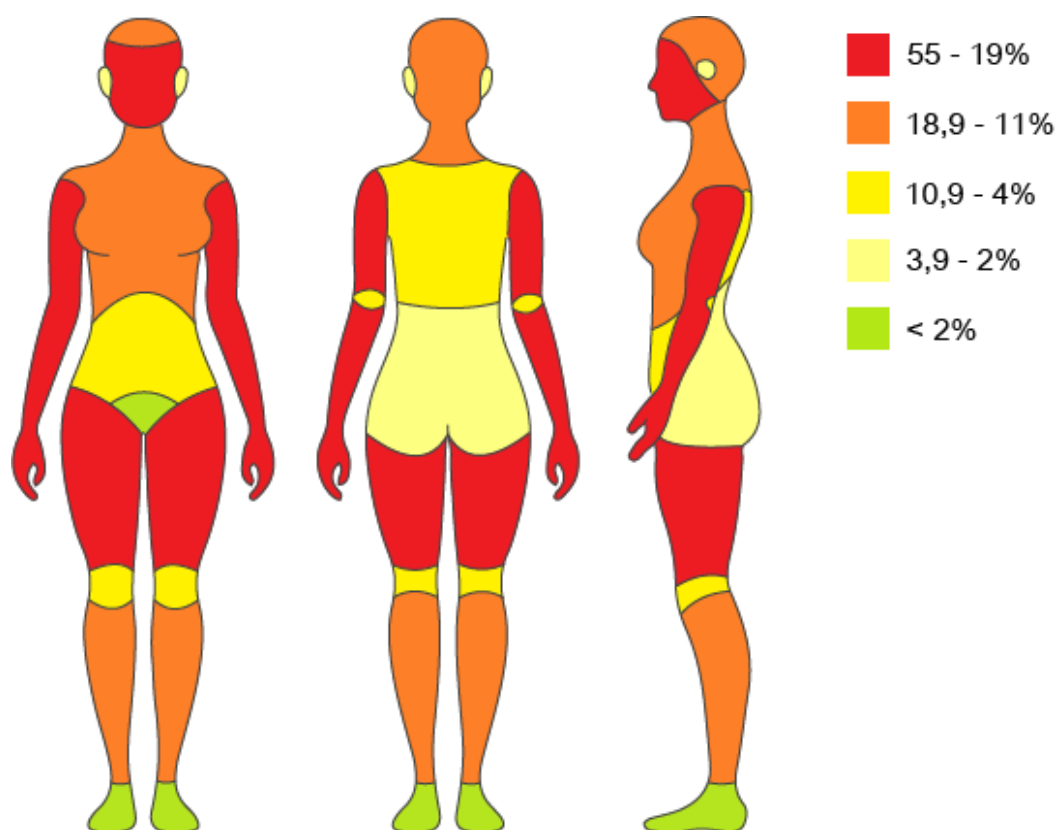


Figura 39. Reprezentarea grafică a distribuției leziunilor pe corpul victimei adulte a violenței în familie

Rezultatele prezentului studiu sunt în consens cu cele ale unor altor cercetări similare [1, 21, 52, 105, 143, 187], care afirmă că localizarea leziunilor corporale la nivelul capului, feței, gâtului și membrelor superioare sunt caracteristice formei fizice a violenței domestice.

Scopul principal al examinării medico-legale a persoanelor vii este evaluarea medico-legală a gravității vătămării integrității corporale sau a sănătății. Prin vătămare a integrității corporale sau a sănătății se înțelege prejudiciu cauzat integrității corporale sau sănătății prin dereglarea integrității anatomice a organelor și țesuturilor sau a funcțiilor acestora, provocate de acțiunea diferiților agenți externi: mecanici, fizici, chimici, biologici, psihici [94]. Gravitatea vătămării corporale reflectă, de fapt, caracterul leziunilor constatate (echimoze, excoriații, edem

postraumatic), din care cauză au predominat leziunile de o gravitate neînsemnată (66,2%, 95% IC 63%, 69%). Mai rar, în 24,7% (95% IC 22%, 28%) din cazuri, medicii legiști au atribuit leziunilor un grad ușor, majoritatea dintre ele fiind plăgi contuze, tăiate, fracturi ale oaselor nazale etc. Doar în circa 9,1% (95% IC 7,3%, 11%) leziunile s-au remarcat printr-o severitate mai înaltă, gravitatea vătămării integrității corporale sau a sănătății fiind apreciată drept medie sau gravă (Figura 40).

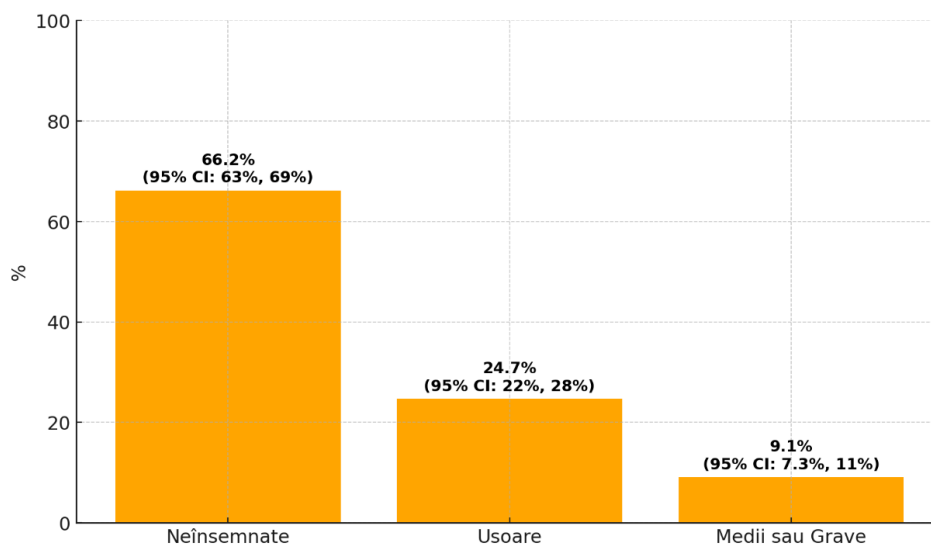


Figura 40. Structura leziunilor corporale după gravitatea vătămării integrității corporale sau a sănătății, %

Rezultatele analizei asocierii dintre gravitatea vătămării integrității corporale sau a sănătății și vârstă victimelor, reflectă o corelație direct proporțională statistic semnificativă ($p < 0.001$) ce arată că persoanele în vârstă sunt mai susceptibile de a suporta o vătămare corporală medie și gravă, fapt explicat de vulnerabilitatea înaltă a acestora (Figura 41). Această constatare confirmă repetat vârsta înaintată în calitate de factor de risc major pentru violența în familie.

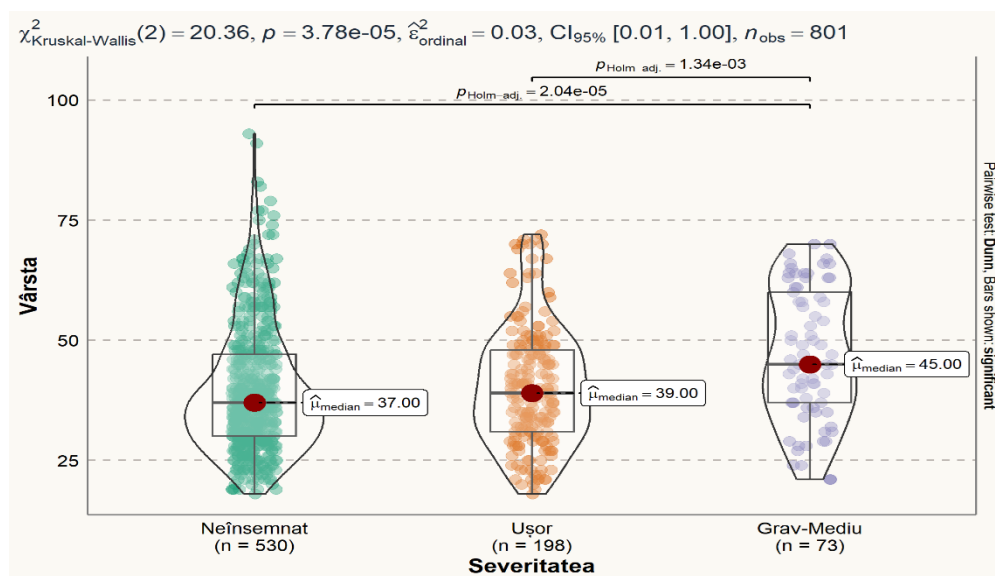


Figura 41. Corelația dintre gravitatea vătămării integrității corporale sau a sănătății și vârsta victimei

De asemenea, s-a observat o semnificație statistică ($p < 0.001$) în studierea asocierii dintre gradul vătămării și numărul leziunilor constatate în timpul examinării medico-legale pe corpul victimelor. Această analiză a demonstrat că un număr mare de leziuni nu este neapărat un indicator al unei gravități mai mari a vătămării; dimpotrivă, gradul de vătămare mediu și grav este asociat, în general, cu un număr relativ mai mic de leziuni (Figura 42).

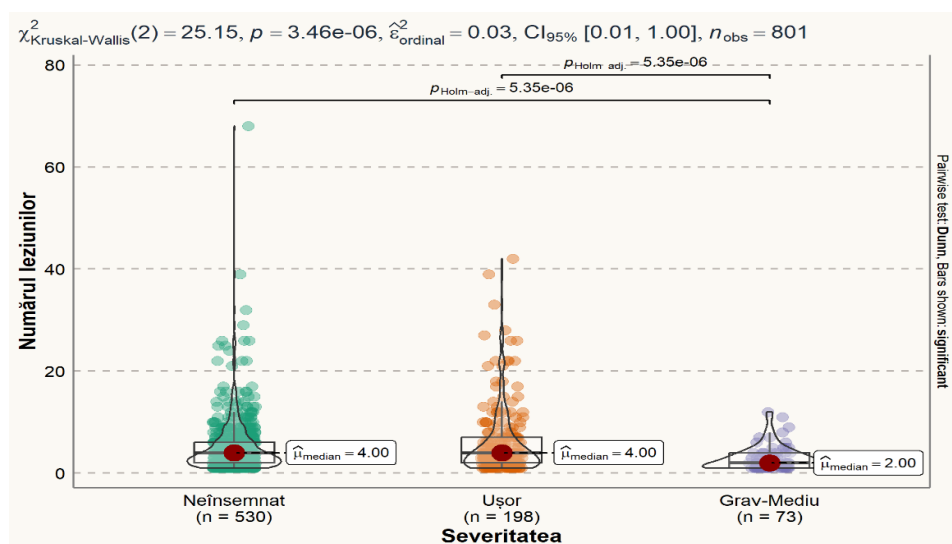


Figura 42. Corelația dintre gravitatea vătămării integrității corporale sau a sănătății și numărul leziunilor

Totodată, a fost luată în considerare și corelația dintre sexul victimei și gravitatea vătămării integrității corporale sau a sănătății, fiind constatată o incidență mai înaltă a leziunilor mai severe în rândul bărbaților, fapt determinat probabil de statutul agresorilor diferit de cazul femeilor victime. Ținem să menționăm că această corelație este remarcată doar la nivel numeric și nu este caracterizată prin semnificație statistică (Figura 43).

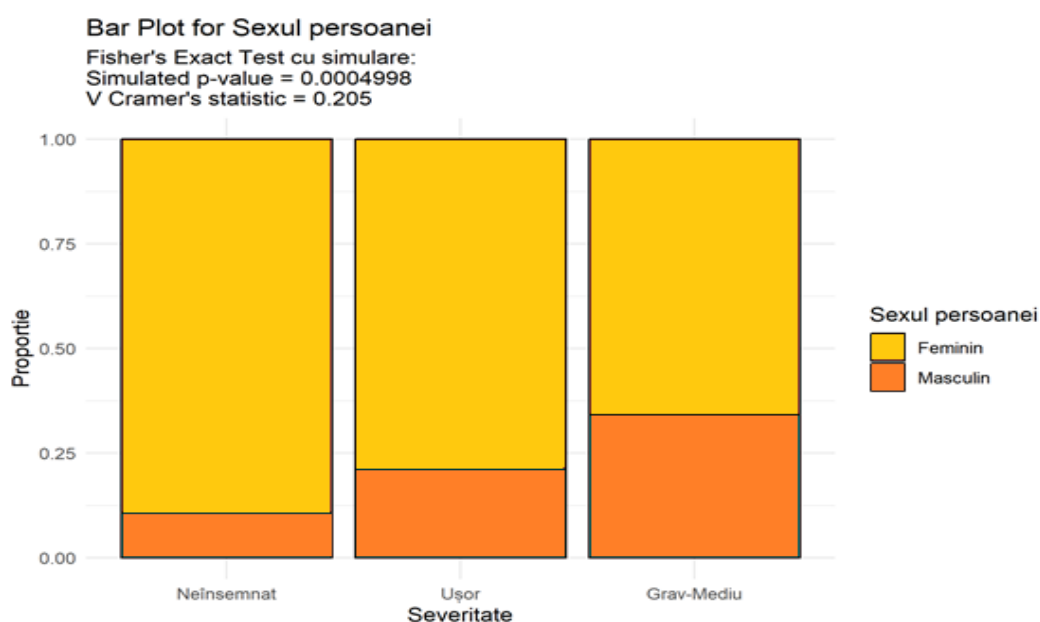


Figura 43. Corelația dintre gravitatea vătămării integrității corporale sau a sănătății și sexul persoanei

O asemenea constatare este valabilă și în cazul corelației dintre gravitatea leziunilor și consumul de alcool, ce arată o creștere a severității gravității vătămării corporale pe fundalul consumului de alcool, ceea ce îl caracterizează în calitate de factor agravant al actelor de abuz domestic. Ținând cont că majoritatea rapoartelor de expertiză/constatare medico-legală nu au inclus informații despre existența acestui factor de risc, rezultatul nu poate fi, însă, considerat statistic semnificativ (Figura 44).

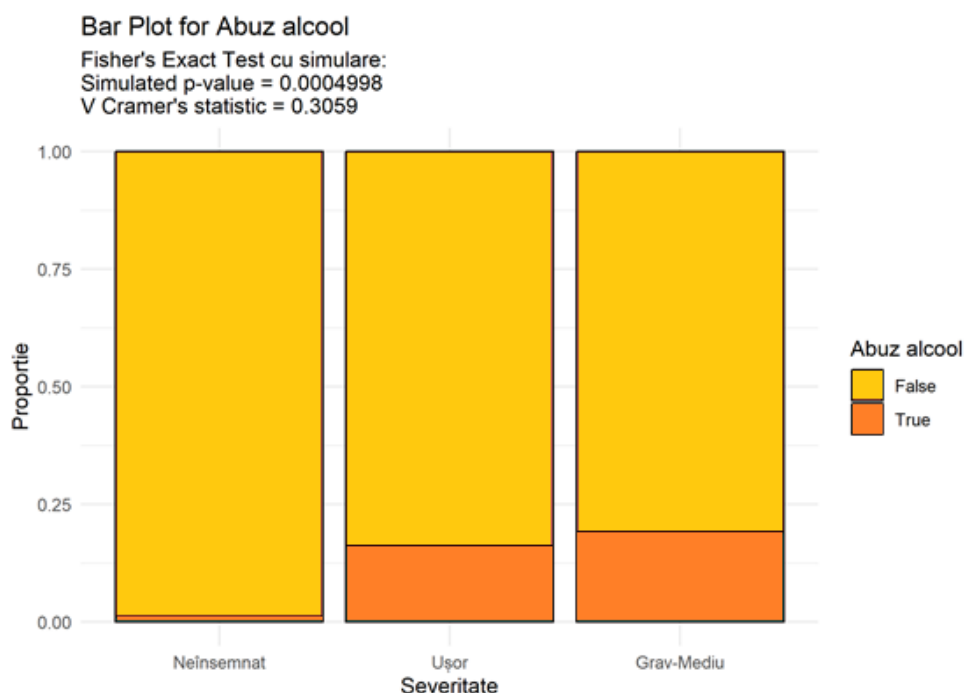


Figura 44. Corelația dintre gravitatea vătămării integrității corporale sau a sănătății și consumul de alcool

În cadrul studiului a fost analizată și existența unei asocieri dintre gravitatea leziunilor corporale și perioada de timp după agresiune în care victima se adresează pentru a fi examinată medico-legal. Astfel, s-a constatat că victimele violenței domestice se prezintă pentru a fi examinate medico-legal la un interval mai mare de timp după agresiune atunci când leziunile sunt mai severe (Figura 45). Această constatare poate fi argumentată prin faptul că leziunile mai severe necesită în primul rând tratamentul acestora, iar accentul intervenției medicale este pus pe prioritizarea sănătății și vieții pacientului. Prin urmare, având în vedere că obiectivarea leziunilor corporale în astfel de cazuri se bazează exclusiv pe informațiile consemnate în documentele medicale, este esențial ca profesioniștii din domeniul medical să conștientizeze importanța unei documentări precise și detaliate. Aceste înregistrări vor fi furnizate ulterior în calitate de dovezi de importanță crucială în procesul judiciar, contribuind la stabilirea faptelor și la asigurarea unei justiții corecte pentru victimele violenței domestice.

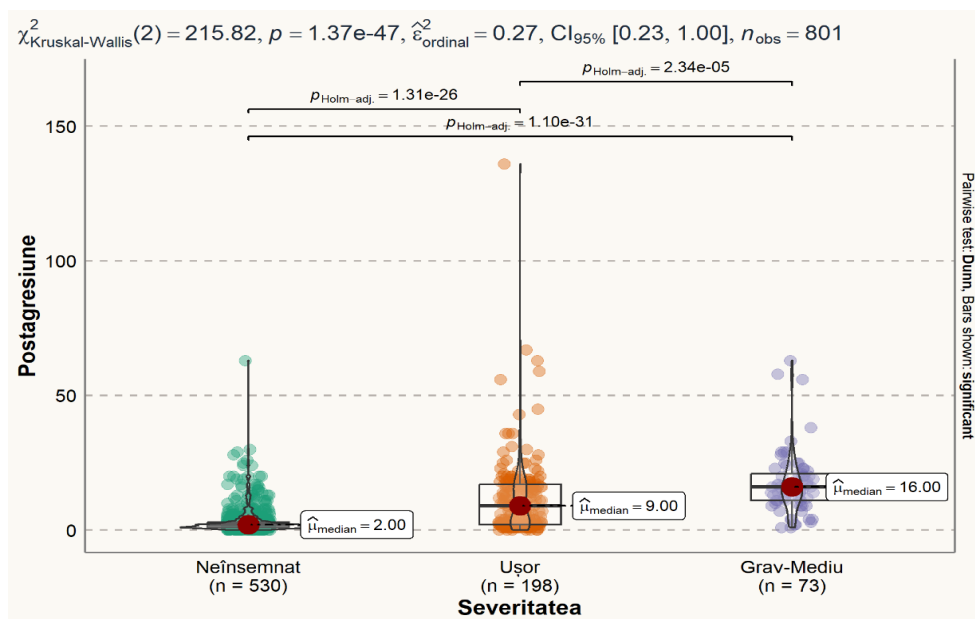


Figura 45. Corelația dintre gravitatea vătămării integrității corporale sau a sănătății și perioada postagresiune

Rezultatelor obținute în Capitolul 5 generează recomandări practice care vizează utilizarea profilului social al victimei și a pattern-ului lezional ca instrumente esențiale în identificarea precoce a cazurilor de violență în familie, în special în situațiile în care victima este reticentă să declare circumstanțele reale ale agresiunii. Implementarea acestor recomandări poate contribui semnificativ la reducerea subraportării și la îmbunătățirea intervențiilor medico-legale și clinice. În acest context, se recomandă ca medicii legiști și clinicienii să acorde o atenție sporită analizei profilului social al victimei, prin evaluarea sistematică a unor factori precum sexul, vârsta, statutul social, locul și intervalul de timp în care a suportat trauma și timpul de adresare la examinare. Asocierea acestor elemente, analizate în ansamblu, poate sugera existența violenței domestice chiar și în lipsa unei relatări explicite din partea victimei. Totodată, evaluarea victimei trebuie realizată prin corelarea datelor sociale cu constatările obiective privind leziunile. Interpretarea izolată a traumatismelor poate fi insuficientă, în timp ce concordanța dintre un profil social sugestiv și un pattern lezional caracteristic consolidează semnificativ suspiciunea de violență în familie. Leziunile multiple, distribuite asimetric, localizate preponderent la nivelul feței, gâtului, membrilor superioare și coapselor, trebuie considerate indicii majore de agresiune domestică, în special în situațiile în care mecanismul traumatic invocat de victimă este neconvingător sau neconcordanț cu constatările clinice. De asemenea, întârzierea prezentării la examinarea medico-legală, mai ales în cazurile cu leziuni semnificative, trebuie interpretată ca un posibil semnal de constrângere, teamă, dependență emoțională sau economică față de agresor și integrată în evaluarea globală a cazului. În situațiile în care victima nu reclamă explicit violența, este esențială documentarea detaliată și obiectivă a tuturor leziunilor constatate, precum și a circumstanțelor

relevante. O asemenea documentare asigură valoarea probatorie a actului medical. Abordarea victimei trebuie să fie una empatică și confidențială, menită să creeze un climat de siguranță și încredere. Victima nu trebuie supusă presiunilor de a face declarații, însă este important ca aceasta să fie informată, într-o manieră adecvată, despre drepturile sale și serviciile de suport disponibile.

Concluzii la capitolul 5:

1. Majoritatea victimelor violenței domestice sunt femei, cu vârsta medie de 39,4 ani, angajate și agresate preponderent de partenerul intim (76,7%) în propriul domiciliu (88,3%).
2. Actele de violență domestică au loc preponderent în lunile ianuarie (10,7%), iunie (10,0%) și iulie (10,7%), precum și în weekend, între orele 17:00–22:00 pentru femei și 17:00–23:00 pentru bărbați, perioade în care membrii familiei petrec cel mai mult timp împreună, crescând riscul de agresiune.
3. Intervalul mediu până la solicitarea examinării medico-legale este de 2,6 zile pentru victimele adulte, fiind mai lung în mediul rural (2,9 zile) față de urban (2,3 zile). Examinarea se realizează mai prompt atunci când agresiunea are loc în afara domiciliului ($p=0,01$).
4. În majoritatea cazurilor (92,1%) agresorii folosesc corpuri contondente, în special propriul corp (75,8%) sau obiecte casnice (7,2%), iar lovirea este cel mai frecvent mecanism de producere a leziunilor (85,8%). Obiectele ascuțite sunt utilizate în 11,1% din cazuri și sunt asociate cu leziuni severe.
5. Cele mai frecvente leziuni sunt echimoze (77,5%), excoriații (37,0%) și edem posttraumatic (22,2%), iar leziunile severe, precum plăgile, fracturile și cele viscerale, apar în 9,1% din cazuri.
6. Leziunile se distribuie în special la față (54,9%), membre superioare (brațe 38,1%, antebrate 25,3%, mâini 19,2%) și gât (11,7%), cu o topografie multipolară în 53,9% din cazuri, indicând că victimele sunt afectate atât direct, cât și în încercările de apărare.
7. Severitatea leziunilor crește odată cu vârsta victimelor și este influențată de consumul de alcool și de întârzierea solicitării examinării, ceea ce evidențiază importanța intervenției rapide pentru prevenirea complicațiilor.

CONCLUZII GENERALE

1. Analiza datelor medico-legale pentru perioada 2017–2024 evidențiază o dinamică fluctuantă a cazurilor de violență domestică caracterizată de o medie anuală de 4430 cazuri cu o diminuare semnificativă în anii pandemici și o tendință de revenire după eliminarea restricțiilor sanitaro-epidemiologice determinată de situația epidemiologică legată de infecția COVID-19. Din perspectiva distribuției teritoriale a cazurilor s-a constatat o tendință descrescătoare a incidenței în regiunile de Nord și Centru, comparativ cu relativa stabilitate urmată de o ușoară creștere consemnată în zona de Sud și în municipiul Chișinău.
2. Există deficiențe semnificative în cunoașterea fenomenului violenței în familie în rândul profesioniștilor din sectorul medical național. Aceste lacune se referă în primul rând la cunoașterea esenței și naturii violenței domestice (89,5% – 92,6%), grupurilor de persoane vulnerabile (63,9%), impactului prejudecăților asociate violenței în familie și normelor de gen asupra calității serviciilor medicale oferite victimelor (23,2%), rolului sistemului sănătății în combaterea violenței în familie (34,9%), elementelor particulare în acordarea ajutorului medical, instrumentelor juridice de protecție a victimei (89,1%) precum și cazurile, dar și condițiile de raportare a asemenea cazuri (65,2%). Deficiențele constatate sunt mai accentuate în rândul medicilor practicieni decât în cel al mediciniștilor.
3. Analiza comparativă a rezultatelor studiului relevă că medicii și studenții-medici sunt la fel afectați de unele stereotipuri asociate violenței în familie și normelor de gen asemenea celorlalți membri ai societății, însă într-o măsură mai mică. Persistența stereotipurilor de gen și a concepțiilor greșite privind violența domestică în rândul cadrelor medicale afectează capacitatea acestora de a evalua riscurile și de a interveni eficient, demonstrând necesitatea integrării instruirii specializate în educația profesională.
4. După datele medico-legale autohtone, victima violenței domestice este preponderent de sex feminin (84,5%). Profilul social al victimei de sex feminin este caracterizat de o vârstă medie de 39,4 ani, afectată indiferent de mediul său de reședință (rural – 51,8%, urban – 48,2%), angajată în câmpul muncii (55,8%), agresată preponderent de partenerul său de viață (76,7%) la domiciliu (88,3%) în lunile de ianuarie (10,7%), iunie (10,0%) și iulie (10,7%), sâmbătă (16,5%) și duminică (20,3%), în intervalul orelor 17:00-22:00, ce solicită un examen medico-legal la 2,6 zile după agresiune. Profilul social al victimei de sex masculin este reprezentat de vârstă medie de 42,5 ani, cu o probabilitate mai mare de apartenență la mediul rural (57,3%), angajat în câmpul muncii (54,9%), semnificativ mai predispus de a fi agresat de copii și frați decât partenera de viață la domiciliu, în lunile de ianuarie (10,6%), iunie (9,8%) și iulie (10,6%), sâmbătă (16,8%) și duminică (21,0%) în intervalul orelor 17:00-23:00, ce solicită un examen medico-legal la 2,6 zile după agresiune.

5. Pattern-ul lezional al violenței în familie este reprezentat de traume produse preponderent cu obiecte contondente, în special părțile corpului agresorului, în mediu 4,6 la număr, cu un caracter multipolar (53,9%), reprezentate de leziuni superficiale ale țesuturilor moi (echimoze – 77,5%, excoriații – 37,0% și edem posttraumatic – 22,2%, apreciate în calitate de vătămare corporală neînsemnată (66,2%), gravitate dependentă de consumul de alcool, vârsta și sexul victimei ($p < 0.001$), localizate preponderent în regiunea feței (54,9%), brațului (38,1%), antebrăului (25,3%), mâinii propriu-zise (19,2%) și coapsei victimei (21,5%).
6. Atât profilul social, cât și pattern-ul lezional reprezintă instrumente utile în identificarea victimelor violenței în familie, în special când victima disimulează sau neagă circumstanțele reale ale producerii traumatismelor identificate.

RECOMANDĂRI PRACTICE

Pentru Ministerul Sănătății

1. Elaborarea unui mecanism de asigurare a instruirii continue a personalului medical pentru punerea în aplicare a Programului național privind prevenirea și combaterea violenței față de femei și a violenței în familie pentru anii 2023-2027.

Pentru USMF „Nicolae Testemițanu”

2. Integrarea cursului *Violența în familie și în bază de gen* ca disciplină obligatorie în planul de învățământ, fapt insistent recomandat și de Comitetul GREVIO în cadrul Raportului de evaluare de referință pentru Republica Moldova (2023).

Pentru Catedra de medicină legală a USMF „Nicolae Testemițanu”

3. Promovarea activă a cursului opțional existent *Violența în familie și în bază de gen* în rândul studenților și medicilor în vederea creșterii gradului de participare a acestora.

Pentru Centrul de Medicină Legală

4. Dezvoltarea unei instrucțiuni de lucru în vederea identificării victimei adulte a violenței în familie în baza rezultatelor obținute în cadrul studiului.

Pentru medicii legiști și clinicieni

5. Aplicarea profilului social și pattern-ului lezional pentru identificarea victimelor adulte (în special când sunt reticente de a raporta un abuz) în vederea încadrării juridice a faptei agresiunii și asigurarea dreptului victimelor la o justiție echitabilă.
6. Participarea la programe de formare continuă în vederea actualizării cunoștințelor și reducerea prejudecăților care pot compromite calitatea actului medical și medico-legal.

BIBLIOGRAFIE

1. Afandi D., Indrayana M.T., Nugraha I., Danisha D. Prevalence and pattern of domestic violence at the Center for Forensic Medical Services in Pekanbaru, Indonesia. *Medical Journal of Indonesia*. 2017, nr. 2 (26), pp. 97–101. ISSN 2252-8083.
2. Alejo K. Long-Term Physical and Mental Health Effects of Domestic Violence. *Themis: Research Journal of Justice Studies and Forensic Science*. 2014, nr. 1 (2), ISSN 2324-6561.
3. Alhusen J.L., Ray E., Sharps P., Bullock L. Intimate Partner Violence During Pregnancy: Maternal and Neonatal Outcomes. *Journal of Women's Health*. 2015, nr. 1 (24), pp. 100–106. ISSN 1540-9996.
4. Allan, A., Allan, M. The definition and nature of domestic violence. In: M.F. Taylor, J.A. Pooley, R.S. Taylor, editors. *Overcoming Domestic Violence: Creating a Dialogue Around Vulnerable Populations*, Nova Science Publishers, 2014. pp. 11–27. ISBN 978-1-63321-956-4
5. An Estimation of the Economic Impact of Spousal Violence in Canada, 2009 [Internet]. Disponibil la: https://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/cj-jp/fv-vf/rr12_7/p0.html#sum.
6. Australian Bureau of Statistics (2021-2022). Personal Safety, Australia [Internet]. Disponibil la: <https://www.abs.gov.au/statistics/people/crime-and-justice/personal-safety-australia/latest-release>.
7. Australian Institute of Health and Welfare Family, 2019 [Internet]. Domestic and sexual violence. Disponibil la: <https://www.aihw.gov.au/reports-data/behaviours-risk-factors/domestic-violence/glossary>
8. Avdibegovic, E., Brkic, M., Sinanovic, O. Emotional Profile of Women Victims of Domestic Violence. *Materia Socio Medica*. 2017, nr. 2 (29), pp. 109–113. ISSN 1512-7680.
9. **Baciu, G.** Expertiza medico-legală a cadavrului și persoanei (Ghid practic). Chișinău: CEP Medicina, 2008. 178 p. ISBN 978-9975-915-35-9
10. Bahaa Shawkat, M. Medical Protocol/Guidelines for Management of Victims of Gender Based Violence (including sexual violence). 2014. Disponibil la: <https://egypt.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/latin.pdf>
11. Barili, E., Grembi, V., Rosso, A. Domestic Violence and Gender Stereotypes: Perceptions, Justifications, and Reactions. *Centro Studi Luca d'Agliano Development Studies Working Paper*. 2021, nr. 474, pp. 25-64. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3888268>
12. Bazargan-Hejazi S., Kim E., Lin J., Ahadi A. Risk Factors Associated with Different Types of Intimate Partner Violence (IPV): An Emergency Department Study. *The Journal of Emergency Medicine*. 2014, nr. 6 (47), pp. 710–720. [10.1016/j.jemermed.2014.07.036](https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2014.07.036)
13. Begiato, J. Beyond the rule of thumb: The materiality of marital violence in England c. 1700–1857. *Cultural and Social History*. 2018, nr. 1 (15), pp. 39–59. ISSN 14780046.
14. Benebo, F.O., Schumann, B., Vaezghasemi, M. Intimate partner violence against women in Nigeria: a multilevel study investigating the effect of women's status and community norms. *BMC Women's Health*. 2018, nr. 1 (18), pp. 136. ISSN 1472-6874.
15. Beydoun H.A., Williams M., Beydoun M.A., Eid S.M., Zonderman A.B. Relationship of Physical Intimate Partner Violence with Mental Health Diagnoses in the Nationwide Emergency Department Sample. *J Womens Health (Larchmt)*. 2017, nr. 2 (26), pp. 141–151. [10.1089/jwh.2016.5840](https://doi.org/10.1089/jwh.2016.5840)
16. **Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova.** Violența față de femei în familie în Republica Moldova. Chișinău: Nova Imprim SRL, 2011.
17. **Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova.** Anuarul statistic al Republicii Moldova, ediția 2022. Disponibil la: https://statistica.gov.md/files/files/publicatii_electronice/Anuar_Statistic/2022/Anuarul_statistic_editia_2022.pdf.

18. Blank, K., Rösslhuber, M. *Manual de instruire a cadrelor medicale în adresarea violenței de gen*. Vienna: Austrian Women's Shelter Network, 2015. 96 p.
19. Block, R.M., Sinnott, D.J. *The Battered Elder Syndrome: An Exploratory Study*. Center on Aging, University of Maryland, 1979. 133 p.
20. Bornstein, R.F. The complex relationship between dependency and domestic violence: Converging psychological factors and social forces. *American Psychologist*. 2006, nr. 6 (61), pp. 595–606. ISSN 1935-990X.
21. Boyle, A. Domestic violence in emergency medicine patients. *Emergency Medicine Journal*. 2004, nr. 1 (21), pp. 9–13. ISSN 1472-0205.
22. Brooks-Hay, O., Burman, M., Mcfeely, C. *Domestic Abuse: Contemporary Perspectives and Innovative Practices*. Edinburgh: Dunedin Academic Press, 2018. ISBN 1780460597
23. Campbell J.C., Pugh L.C., Campbell D., Visscher M. The influence of abuse on pregnancy intention. *Women's Health Issues*. 1995, nr. 4 (5), pp. 214–223. ISSN 1049-3867.
24. Campbell, J.C. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*. 2002, nr. 9314 (359), pp. 1331–1336. ISSN 0140-6736.
25. Cárdenas-Castro, M., Salinero-Rates, S. The continuum of violence against women: Gynecological violence within the Medical Model in Chile. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2023, (37), pp. 100891. ISSN 1877-5756.
26. Carneiro J.B., Gomes N.P., Estrela F.M., Santana J.D., Mota R.S., Erdmann A.L. Domestic violence: repercussions for women and children. *Escola Anna Nery*. 2017, nr. 4 (21), ISSN 1414-8145.
27. Carneiro J.B., Gomes N.P., Estrela F.M., Silva A.F., Carvalho M.R., Webler N. Care Provided to Women Victims of Intimate Partner Violence from the Perspective of Health Professionals. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*. 2022, nr. 59. pp. 162-184. ISSN 0046-9580.
28. Carolin, P.A., Xavier, G.G. Impact of domestic violence on children: causes and preventive space measures. *Educere-BCM Journal of Social Work (EBJSW)*. 2020, nr. 1 (16), pp. 32–42.
29. **Cazacov V., Neamțu G., Ionașcu V., Perevoznic I.** Ghid practic privind intervenția eficientă a poliției în cazurile de violență în familie. Chișinău: Bons Offices, 2015. 144 p. ISBN 978-9975-87-000-9
30. CEDAW. Concluding observations on the combined fourth and fifth periodic reports of the Republic of Moldova. 2013. Disponibil la: https://www.ecoi.net/en/file/local/1080174/1930_1388222554_n1353527.pdf
31. **Cheianu-Andrei D., Zaporojan-Pîrgari A., Grosu E., Andrei I.** Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova. Chișinău: Bons Offices, 2024. 173 p. ISBN 978-9975-87-025-2
32. Chattopadhyay, S., Sukul, B. Pattern of defence injuries among homicidal victims. *Egyptian Journal of Forensic Sciences*. 2013, nr. 3 (3), pp. 81–84. ISSN 2090-536X.
33. **Cheianu-Andrei D., Perevoznic I., Zaporojan-Pîrgari A., Grosu E.** Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova. Chișinău: Bons Offices, 2015. 128 p.
34. **Cheianu-Andrei D., Chira A., Cioinac N.** Metodologia cercetării sociale. Chișinău: CEP USM, 2022. 264 p. ISBN 978-9975-159-09-8
35. **Chelcea, S.** Metodologia cercetării sociologice: metode cantitative și calitative. București: Editura Economică, 2001. 656 p. ISBN 973-590-451-9
36. **CI „La Strada”.** Opinii, percepții și experiențe ale tinerilor privind violența în familie/cuplu, 2014. [Internet] Disponibil la: https://lastrada.md/files/resources/3/Raport_Violenta_rom.pdf.
37. Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: developing protocols for use in humanitarian settings. World Health Organization: Geneva, 2019. [Internet]

- Disponibil la: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/13f3761a-5518-4b27-92d6-a5e6c7aa283e/content>
38. **Codul Contravențional** al Republicii Moldova, nr. 218/2008. În: Monitorul Oficial nr.78-84 din 17.03.2017. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=122879&lang=ro
 39. **Codul de Procedură Penală** al Republicii Moldova nr. 122/2003. Monitorul Oficial nr.248-251 din 05.11.2013. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=113967&lang=ro
 40. **Codul Penal** al Republicii Moldova nr. 985/2002. Monitorul Oficial nr.72-74 din 14.04.2009. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=109495&lang=ro
 41. Codul Penal al României nr. 286/2009. În: Monitorul Oficial nr. 510 din 24.07.2009. Disponibil la: <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/223635>
 42. Cokkinides, V.E., Coker, A.L. Experiencing Physical Violence During Pregnancy: Prevalence and Correlates. *Family & Community Health*. 1998, nr. 4 (20), pp. 19–37. ISSN 0160-6379.
 43. Contreras Ochoa, I.J., Portillo Vildary, E.M., Rodríguez, M.J. Prevalence of maxillofacial injuries in women who have experienced physical violence reported at a House Of Justice in the Metropolitan Area of Bucaramanga (Colombia). *Revista Facultad de Odontología*. 2019, nr. 1–2 (31), ISSN 2145-7670.
 44. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. [Internet] Disponibil la: <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/>.
 45. Convention on the elimination of all forms of violence against women for youth, 2016. [Internet] Disponibil la: <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2016/CEDAW-for-Youth.pdf>.
 46. Cookson T.P., Fuentes L., Kuss M.K., Bitterly J. Social Norms, Gender and Development: A Review of Research and Practice. *UN-Women Discussion Paper Series*. 2023, nr. 42. ISSN 2521-6112
 47. **Corcea, N.** Calificarea juridico-penală a violenței sexuale asupra femeilor ca formă distinctă a violenței în familie. *Studia Universitatis Moldaviae. Seria „Științe Sociale”*. 2015, (11), pp. 30–38. ISSN 1814-3199
 48. **Coroban, C.** Raporturi sociale în sistemul familial. *Studia Universitatis Moldaviae, Seria Științe Sociale*. 2013, nr. 8 (68), pp. 16–20.
 49. Costello, K., Greenwald, B.D. Update on Domestic Violence and Traumatic Brain Injury: A Narrative Review. *Brain Sciences*. 2022, nr. 1 (12), pp. 122-141. ISSN 2076-3425.
 50. Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence. [Internet] Disponibil la: <https://rm.coe.int/168008482e>.
 51. Council of Europe Committee on Equality and Non-Discrimination Forced Marriage in Europe. 2018. [Internet] Disponibil la: <https://pace.coe.int/pdf/c11e62d046be5537cb5a640308ab5bd5d31f4980654e70a73c20cf844fb3c623/doc.14574.pdf>
 52. Curca, G.C., Dermengiu, D., Hostiuc, S. Patterns of Injuries in Domestic Violence in a Romanian Population. *Journal of Interpersonal Violence*. 2012, nr. 14 (27), pp. 2889–2902. ISSN 0886-2605.
 53. Curriculum, disciplina „Violența în familie și în bază de gen”. Catedra de medicină legală, USMF „Nicolae Testemițanu”. 2021. [Internet] Disponibil la: <https://drive.google.com/file/d/11k5uJedaELNDJUjcbtsJke4sW3BXjGq5/view?usp=sharing>
 54. Das, T., Basu Roy, D.T. More than individual factors; is there any contextual effect of unemployment, poverty and literacy on the domestic spousal violence against women? A multilevel analysis on Indian context. *SSM - Population Health*. 2020, (12). ISSN 2352-8273.

55. Declarația Universală a Drepturilor Omului din 10 decembrie 1948. [Internet] Disponibil la: http://www.anr.gov.ro/docs/legislatie/internationala/Declarația_Universală_a_Drepturilor_OmulOm.pdf.
56. Dillon G, Hussain R, Loxton D, Rahman S. Mental and physical health and intimate partner violence against women: a review of the literature. *Int. J. Fam. Med.* 2013, (5). pp. 313909 [10.1155/2013/313909](https://doi.org/10.1155/2013/313909)
57. Directiva 2012/29/UE a Parlamentului European și a Consiliului din 25 octombrie 2012 de stabilire a unor norme minime privind drepturile, sprijinirea și protecția victimelor criminalității și de înlocuire a Deciziei-cadru 2001/220/JAI a Consiliului. [Internet] Disponibil la: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/PDF/?uri=CELEX:32012L0029>
58. Dourado, S. De M., Noronha, C.V. Marcas visíveis e invisíveis: danos ao rosto feminino em episódios de violência conjugal. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015, nr. 9 (20), pp. 2911–2920. ISSN 1413-8123.
59. Dowrick, A., Moira, K., Feder, G. Boundary spanners: Negotiating connections across primary care and domestic violence and abuse services. *Social Science & Medicine*. 2020, nr. 2 (245). [10.1016/j.socscimed.2019.112687](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112687)
60. **Ermolenco A, Covrig N, Cojocaru C, Andronache A.** Indexul egalității de gen 2023. Tendințe privind nivelul egalității între femeile și bărbații din Moldova. Chișinău, 2023. Disponibil la: https://progen.md/wp-content/uploads/2023/03/CPD_IEG-2023.pdf
61. Esbec, E., Echeburua, E. Violence and Personality Disorders: Clinical and Forensic Implications. *Actas españolas de psiquiatría*. 2010, nr. 5 (38), pp. 249–261.
62. European Women's Lobby. Women more prone to disability than men, and particularly vulnerable to discrimination and violence. 2011. [Internet] Disponibil: <https://www.womenlobby.org/Women-more-prone-to-disability-than-men-and-particularly-vulnerable-to>
63. Exposure to domestic violence costs US government \$55 billion each year. 2018. [Internet] Disponibil la: <https://www.sciencedaily.com/releases/2018/04/180425093846.htm>.
64. Ferrari G., Agnew-Davies R., Bailey J., Howard L., Howarth E., Peters T.J. et al. Domestic violence and mental health: a cross-sectional survey of women seeking help from domestic violence support services. *Global health action*. 2016, (9), pp. 29890. ISSN 1654-9880.
65. Fink, A. *How to Conduct Surveys: A Step-by-Step Guide*. SAGE Publications, 2015. 224 p. ISBN 978-1-4833-7848-0
66. Finn, V. The Path to Justice: Migrant and Refugee Women's Experience of the Courts. Judicial Council on Cultural Diversity, 2016. Disponibil la: https://jccd.org.au/wp-content/uploads/2021/06/JCCD_Consultation_Report_-_Migrant_and_Refugee_Women.pdf.
67. Fleming, J.C., Franklin, C.A. Predicting Police Endorsement of Myths Surrounding Intimate Partner Violence. *Journal of Family Violence*. 2021, nr. 4 (36), pp. 407–416. ISSN 0885-7482.
68. Frawley P., Dyson S., Robinson S., Dixon J. What does it take? Developing informed and effective tertiary responses to violence and abuse of women and girls with disabilities in Australia: State of knowledge paper. Sydney: ANROWS, 2015. 32 p. ISSN: 2204-9657
69. **Gagauz O., Oceretnî A., Lupușor A., Chistruga-Sînchevici I., Spinei L., Ciubotaru V.** Raportul Studiului Generației și Gen. Chișinău: UNFPA, 2022. 476 p. ISBN 978-9975-3530-0-7.
70. García-Moreno C., Hegarty K., D'Oliveira A.F.L., Koziol-McLain J., Colombini M., Feder G. The health-systems response to violence against women. *The Lancet*. 2015, nr. 9977 (385), pp. 1567–1579. ISSN 0140-6736.
71. García-Moreno, C., Jansen, H., Ellsberg M., Heise L., Watts C. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. World Health Organization, Geneva, 2005. 206 p. Disponibil la: <https://iris.who.int/handle/10665/43309>

72. García-Moreno, C., Guedes, A., Knerr, W. Understanding and addressing violence against women. World Health Organization & Pan American Health Organization, 2012. 12 p. Disponibil la: <https://iris.who.int/handle/10665/77432>
73. Gear C., Jane K.M., Wilson D., Clark F. Developing a response to family violence in primary health care: the New Zealand experience. *BMC Fam Pract.* 2016, nr. 1 (17). [10.1186/s12875-016-0508-x](https://doi.org/10.1186/s12875-016-0508-x)
74. Gender-based violence costs the EU €366 billion a year. 2021. [Internet] Disponibil la: <https://eige.europa.eu/newsroom/news/gender-based-violence-costs-eu-eu366-billion-year>
75. George, A., Harris, B. Landscapes of Violence: *Women Surviving Family Violence in Regional and Rural Victoria*. Deakin University, 2014. [Internet] Disponibil la: <https://scispace.com/pdf/landscapes-of-violence-women-surviving-family-violence-in-1oe6su4clm.pdf>
76. Ghandour, R.M., Campbell, J.C., Lloyd, J. Screening and Counseling for Intimate Partner Violence: A Vision for the Future. *Journal of Women's Health.* 2015, nr. 1 (24), pp. 57–61. ISSN 1540-9996.
77. Ghid pentru specialiștii din sistemul de sănătate privind intervenția eficientă în cazurile de violență împotriva femeilor. Centrul de Drept al Femeilor, 2016. Disponibil la: https://cidsr.md/wp-content/uploads/2016/09/Ghidul_Sanatate_Centrul-de-drept-al-femeilor.pdf
78. Gill, A.K. „All they think about is honour”: The Murder of Shafiea Ahmed. In: *Honour' Killing and Violence: Theory, Policy and Practice*. 2014, pp. 177–198.
79. **Gîncotă E., Spinei L., Calac M., Poțîng L.** Aspecte sociale, medicale și legale în prevenirea violenței în perioada pandemiei COVID-19. *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină.* 2020, nr. 85 (3), pp. 7–14.
80. **Gorceag L., Sîrbu S., Ionița D., Cazacov V.** Suport de curs pentru formatori privind intervenția eficientă a poliției la cazurile de violență în familie în Moldova. Chișinău: Bons Offices, 2013. 104 p. ISBN 978-9975-80-693-0
81. Graham K., Bernards S., Wilsnack S.C., Gmel G. Alcohol may not cause partner violence but it seems to make it worse: a cross national comparison of the relationship between alcohol and severity of partner violence. *Journal of interpersonal violence.* 2011, nr. 8 (26), pp. 1503–1523. ISSN 1552-6518.
82. Group of Experts on Action Against Violence Against Women and Domestic Violence (Grevio). GREVIO's (Baseline) Evaluation Report on legislative and other measures giving effect to the provisions of the Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence (Istanbul Convention). 2023. [Internet] Disponibil la: <https://rm.coe.int/grevio-s-baseline-evaluation-report-on-legislative-and-other-measures-/1680ad46a1>
83. Hamberger, L.K., Larsen, S.E. Men's and Women's Experience of Intimate Partner Violence: A Review of Ten Years of Comparative Studies in Clinical Samples; Part I. *Journal of Family Violence.* 2015, nr. 6 (30), pp. 699–717. ISSN 0885-7482.
84. Hameed M., O'Doherty L., Gilchrist G., Tirado-Muñoz J., Taft A., Chondros P., et al. Psychological therapies for women who experience intimate partner violence. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2020, nr. 7 (2020), ISSN 1465-1858.
85. Hegarty K., McKibbin G., Hameed M., Koziol-McLain J., Feder G., Tarzia L., et al. Health practitioners' readiness to address domestic violence and abuse: A qualitative meta-synthesis. *PLOS ONE.* 2020, nr. 6 (15), pp. e0234067. ISSN 1932-6203.
86. Hegarty K.L., O'Doherty L.J., Chondros P., Valpied J., Taft A.J., Astbury J. Effect of type and severity of intimate partner violence on women's health and service use: findings from a primary care trial of women afraid of their partners. *J. Interpers. Violence.* 2013, nr. 2 (28), pp. 273–294.

87. Heise, L., Ellsberg, M., Gottemoeller, M. Ending Violence Against Women. Baltimore. The Johns Hopkins University School of Public Health. 1999.
88. Heron, R.L., Eisma, M.C., Browne, K. Barriers and Facilitators of Disclosing Domestic Violence to the UK Health Service. *Journal of Family Violence*. 2022, nr. 3 (37), pp. 533–543. ISSN 0885-7482.
89. Hogaș, D.L. *Patriarhatul: subordonarea femeii și violența domestică*. Iași: Lumen, 2010. 235 p. ISBN 978-973-166-208-4
90. Holt, S., Buckley, H., Whelan, S. The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature. *Child abuse & neglect*. 2008, nr. 8 (32), pp. 797–810. ISSN 0145-2134.
91. Honour Based Violence. [Internet] Disponibil la: <https://www.firstlight.org.uk/honour-based-violence/?lang=ro%29>.
92. **Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 173/2023** pentru aprobarea Regulamentului-cadru cu privire la activitatea Centrului de Justiție Familială al Poliției și a Standardelor minime de calitate.
93. **Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 508 din 19.07.2023** cu privire la pilotarea Serviciului integrat regional pentru victimele violenței sexuale.
94. **Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 534 din 26.07.2023** pentru aprobarea Regulamentului privind aprecierea medico-legală a gravității vătămării integrității corporale sau sănătății.
95. **Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 708 din 27.12.2019** pentru aprobarea Regulamentului-cadru cu privire la organizarea și funcționarea Centrului regional de asistență integrată a copiilor victime/martori ai infracțiunilor și a Standardelor minime.
96. **Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 223 din 19.04.2023** cu privire la aprobarea Metodologiei de lucru a echipei de intervenție în cazurile de violență sexuală și a Instrucțiunii de lucru a echipei de intervenție în cazurile de violență sexuală.
97. **Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 270/2014** cu privire la aprobarea Instrucțiunilor privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului
98. **Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 281/2018** cu privire la aprobarea Strategiei naționale de prevenire și combatere a violenței față de femei și a violenței în familie pe anii 2018-2023 și a Planului de acțiuni pentru anii 2018-2020 privind implementarea acestora
99. Hudson, N. Family violence laws: Traditional narratives and the (in)visibility of lesbian relationships and lesbian-parented families. *Journal of Lesbian Studies*. 2019, nr. 3 (23), pp. 357–382. ISSN 1089-4160.
100. Huecker, M.R., King, K.C., Jordan, G.A., Smock W. Domestic Violence. *Treasure Island (FL): StatPearls Publishing*. 2024.
101. Huff, A.J., Burrell, D.N., Aridi, A.S., McGrath, G.E. Domestic violence is a significant public health and a health administration issue in the U.S. *International Journal of Health Systems and Translational Medicine*. 2022, nr. 1 (3), pp. 1–21. ISSN 2691-9176.
102. INCADVA. The importance of early intervention when responding to Domestic Abuse: An integrated health care response. [Internet] Disponibil la: <https://publications.parliament.uk/pa/cm5801/cmpublic/DomesticAbuse/memo/DAB57.htm>
103. International Women's Year (1975) - Research Guides at Harvard Library. [Internet] Disponibil la: https://guides.library.harvard.edu/schlesinger_IWY.
104. Interagency gender-based violence case management guidelines. Providing care and case management services to gender-based survivors in humanitarian settings. First edition.

[Internet] Disponibil la: http://www.gbvims.com/wp/wp-content/uploads/Interagency-GBV-Case-Management-Guidelines_Final_2017.pdf.

105. Isailă, O.M., Hostiuc, S., Curcă, G.C. Relationship Between Injury Pattern and Domestic Violence in a Romanian Population. *American Journal of Forensic Medicine & Pathology*. 2022, nr. 1 (43), pp. 28–32. [10.1097/PAF.0000000000000719](https://doi.org/10.1097/PAF.0000000000000719)
106. Isailă, O.M. Teza de doctor în medicină „Aspecte medico-legale și psiho-sociale ale violenței în familie”. București, 2022.
107. Jackson, S. The shifting conceptualization of elder abuse in the United States: From social services, to criminal justice, and beyond. *International Psychogeriatrics*. 2016, nr. 1 (28), pp. 1–8.
108. Joosten, M., Vrantsidis, F., Dow, B. *Understanding Elder Abuse: A Scoping Study*. Melbourne: University of Melbourne and the National Ageing Research Institute, 2017. 66 p. ISBN 978-0-9942709-6-2
109. Kafka, J.M., Moracco, K.E., Taheri, C., Young, B.R., Graham, L.M., Macy, R.J., et al. Intimate partner violence victimization and perpetration as precursors to suicide. *SSM - Population Health*. 2022, (18). ISSN 2352-8273.
110. Kalmuss, D.S., Straus, M.A. Wife's Marital Dependency and Wife Abuse. *Journal of Marriage and the Family*. 1982, nr. 2 (44), pp. 277-296. ISSN 0022-2445.
111. Kalra, N., Hooker, L., Reisenhofer, S., Di Tanna, G.L., García-Moreno C. Training healthcare providers to respond to intimate partner violence against women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021, nr. 5 (2021), ISSN 1465-1858.
112. Katz, E. Beyond the physical incident model: How children living with domestic violence are harmed by and resist regimes of coercive control. *Child abuse review*. 2016, nr. 1 (25), pp. 46–49.
113. Keynejad, R., Baker, N., Lindenberg, U., Pitt, K., Boyle, A., Hawcroft, C. Identifying and responding to domestic violence and abuse in healthcare settings. *BMJ*. 2021. ISSN 1756-1833.
114. Khurana, B., Raja, A., Dyer, G.S.M., Seltzer, S.E., Boland, G.W., Harris, M.B., et al. Upper extremity fractures due to intimate partner violence versus accidental causes. *Emergency Radiology*. 2022, nr. 1 (29), pp. 89–97. ISSN 1070-3004.
115. Klein, L.B., Chesworth, B.R., Howland-Myers, J.R., Rizo, C.F., Macy, R.J. Housing Interventions for Intimate Partner Violence Survivors: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2021, nr. 2 (22), pp. 249–264. ISSN 1524-8380.
116. Koshan, J. Challenging Myths and Stereotypes in Domestic Violence Cases. *Canadian Journal of Family Law*. 2023, nr. 1 (35).
117. Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Lozano, A.B. World report on violence and health. World Health Organization. Geneva, 2002. Disponibil la: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1
118. Kumar, A., Haque Nizamie, S., Srivastava, N.K. Violence against women and mental health. *Mental Health & Prevention*. 2013, nr. 1 (1), pp. 4–10. ISSN 2212-6570.
119. Laslett, A., Mugavin, J., Jiang, H., Manton, E., Callinan, S., MacLean, S., et al. *The hidden harm: Alcohol's impact on children and families*. Canberra: Foundation for Alcohol Research and Education, 2015. 128 p. ISBN 978-0-9924978-4-2
120. **Legea Republicii Moldova nr.144/2021** cu privire la ratificarea Convenției Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice. În: Monitorul Oficial nr.256-260 din 22.10.2021.
121. **Legea Republicii Moldova nr.167/2010** pentru modificarea și completarea unor acte legislative. În: Monitorul Oficial nr.155-158/551 din 09.07.2010.

122. **Legea Republicii Moldova** nr.196/2016 pentru modificarea și completarea unor acte legislative. În: Monitorul Oficial nr.306-313/661 din 28.07.2016.
123. **Legea Republicii Moldova** nr.263/2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului. În: Monitorul Oficial nr.176-181/867 din 30.12.2005.
124. **Legea Republicii Moldova** nr.264/2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic. În: Monitorul Oficial nr.172-175/839 din 23.12.2005
125. **Legea Republicii Moldova** nr.316/2022 pentru modificarea unor acte normative (asigurarea drepturilor victimelor în cazul infracțiunilor privind viața sexuală și violența în familie). În: Monitorul Oficial nr.394-400 din 09.12.2022.
126. **Legea Republicii Moldova** nr.411/1995 ocrotirii sănătății În: Monitorul Oficial nr.34 din 22.06.1995.
127. **Legea Republicii Moldova** nr.45/2007 cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie. În: Monitorul Oficial nr.55-56 din 18.03.2008.
128. **Legea Republicii Moldova** nr.68/2016 cu privire la expertiza judiciară și statutul expertului judiciar. În: Monitorul Oficial nr.157-162 din 10.06.2016.
129. **Legea României** nr.174/2018 privind modificarea și completarea Legii nr. 217/2003 pentru prevenirea și combaterea violenței în familie. În: Monitorul Oficial nr.618 din 18.07.2018.
130. **Legea României** nr.217/2003 pentru prevenirea și combaterea violenței în familie. În: Monitorul Oficial nr.948 din 15.10.2020.
131. Lentz, S.A. Revisiting the Rule of Thumb: An Overview of the History of Wife Abuse. *Women & Criminal Justice*. 1999, nr. 2 (10), pp. 9–27.
132. Lewis, N.V., Dowrick, A., Sohal, A., Feder, G., Griffiths, C. Implementation of the Identification and Referral to Improve Safety programme for patients with experience of domestic violence and abuse: A theory-based mixed-method process evaluation. *Health & Social Care in the Community*. 2019, nr. 4 (27), ISSN 0966-0410.
133. Llano-Suárez, A., Lana, A., Gasch-Gallén, Á., Fernández-Feito, A. Gender roles and intimate partner violence among female university students in Spain: A cross-sectional study. *PLOS ONE*. 2021, nr. 11 (16), pp. e0259839. ISSN 1932-6203.
134. Lomba, N., Navarra, C., Meenakshi, F. Combating gender-based violence: Cyber violence. Brussels, 2021.
135. Macdonald, M. The role of healthcare services in addressing domestic abuse. 2021. Disponibil la: <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-9233/CBP-9233.pdf>
136. Magić, J., Kelley, P. LGBT+ people's experiences of domestic abuse: a report on Galop's domestic abuse advocacy service. London: Galop, 2018. Disponibil la: https://galop.org.uk/wp-content/uploads/2021/05/Galop_domestic-abuse-03a-low-res-1.pdf
137. Mayshak, R., Curtis, A., Coomber, K., Tonner, L., Walker, A., Hyder, S., et al. Alcohol-Involved Family and Domestic Violence Reported to Police in Australia. *Journal of interpersonal violence*. 2022, nr. 3–4 (37), pp. 1658-1685. ISSN 1552-6518.
138. Meyer, S., Frost, A. *Domestic and Family Violence*. London: Routledge, 2019. 190 p. <https://doi.org/10.4324/9781315148281>
139. Michalska, S. Domestic violence against women in rural communities in Poland. *Wiś i Rolnictwo*. 2016, nr. 4 (173), pp. 141–162.
140. **Misail-Nichitin, D., Neamțu, G., Chiriliuc, I., Tomic, M., Țurcan-Donțu, A., Grosu, E., et al.** Raport de analiză a cazurilor examinate de Comisia de monitorizare și analiză a cazurilor de violență în familie soldate cu deces sau cu vătămare gravă a integrității corporale a victimelor în anul 2022. Chișinău, 2023.
141. **Misail-Nichitin, D., Istrate-Burciu, L.** Nevoile femeilor afectate de violență în familie, violență în bază de gen și răspunsul sistemic la cazurile de violență în familie în contextul

- crizei COVID-19. 2020. Disponibil la: https://lastrada.md/pic/uploaded/RAPORT_VIOLENTA_COVID_2020.pdf
142. Moreira, D.N., Pinto Da Costa, M. The role of family doctors in the management of domestic violence cases – a qualitative study in Portugal. *BMC Health Serv Res.* 2023, 23 (1). [10.1186/s12913-023-09501-9](https://doi.org/10.1186/s12913-023-09501-9)
 143. Mussabekova, S.A., Mkhitarian, X.E., Abdikadirova, K.R. Domestic violence in Kazakhstan: Forensic-medical and medical-social aspects. *Forensic Science International: Reports.* 2024, (9), pp. 100356. ISSN 2665-9107.
 144. National Coalition Against Domestic Violence (NCADV). Fact Sheet: Domestic Violence and Pregnancy. [Internet] Disponibil la: <https://vawnet.org/material/fact-sheet-domestic-violence-and-pregnancy>
 145. National Domestic and Family Violence Bench Book. [Internet] Disponibil la: <https://dfvbenchbook.aija.org.au/purpose-and-limitations/or>
 146. **Notă informativă a MAI** privind starea infracționalității ce atentează la viața și sănătatea persoanei și celor comise în sfera relațiilor familiale pe parcursul a XII luni ale anului 2022. [Internet] Disponibil la: https://politia.md/sites/default/files/nota_informativa_privind_violenta_in_familie_12_luni_2022_0.pdf
 147. **Notă informativă a MAI** privind fenomenul violenței în familie pe parcursul a XII luni ale anului 2024. [Internet] Disponibil la: https://politia.md/sites/default/files/scvd_nota_12_luni_2024_8.pdf.
 148. OHCHR. Gender stereotypes and Stereotyping and women's rights. 2014. [Internet] Disponibil la: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/OnePagers/Gender_stereotyping.pdf
 149. Oliveira, P.P., Viegas, S.M., Santos, W.J., Silveira, E.A.A., Elias, S.C. Women victims of domestic violence: a phenomenological approach. *Texto & Contexto - Enfermagem.* 2015, nr. 1 (24), pp. 196–203. ISSN 0104-0707.
 150. **Ordinul Centrului de Medicină Legală** nr.62 din 20.09.2021 cu privire la implementarea Instrucțiunii privind răspunsul Centrului de Medicină Legală la cazurile de violență în familie, inclusiv ca formă de violență împotriva femeilor.
 151. **Ordinul Ministerului Sănătății** al Republicii Moldova nr. 155 din 24.02.2012 cu privire la aprobarea Instrucțiunii privind intervenția instituțiilor medicale în cazurile de violență în familie.
 152. **Ordinul Ministerului Sănătății** al Republicii Moldova nr. 908 din 30.09.2021 cu privire la aprobarea Protocolului Clinic Standardizat Managementul clinic al cazurilor de viol.
 153. **Ordinul Ministerului Sănătății** al Republicii Moldova nr. 1167 din 15.10.2019 cu privire la aprobarea Instrucțiunii privind intervenția instituțiilor medico-sanitare în cazurile de violență în familie.
 154. **Ordinul Ministerului Sănătății** al Republicii Moldova nr. 445 din 09.06.2015 cu privire la aprobarea Instrucțiunii metodice privind intervenția instituțiilor medicale în identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea cazurilor de violență.,
 155. OSCE. Bunăstarea și siguranța femeilor. [Internet] Disponibil la: https://www.osce.org/files/f/documents/%0Ae/f/425867_0.pdf.
 156. Othman, S., Goddard, C., Piterman, L. Victims' Barriers to Discussing Domestic Violence in Clinical Consultations. *Journal of Interpersonal Violence.* 2014, nr. 8 (29), pp. 1497–1513. ISSN 0886-2605.
 157. **Pădure, A.** Valoarea fișei medicale a bolnavului de staționar în demonstrarea calității intervenției chirurgicale. *Analele Științifice ale USMF „N. Testemițanu”.* 2010, nr. 11 (2), pp. 308–313.

158. **Pădure, A.** Examinarea medico-legală a copilului-victimă a violenței fizice și sexuale (ghid metodic și didactic). Chișinău: Bons Offices, 2021. 66 p. ISBN 978-9975-166-32-4.
159. **Pădure, A., Bondarev, A., Toporeț, N., Glavan, P.** Impactul psihosocial al violenței în familie și în bază de gen. *Legea și Viața*. 2022, (Ediție specială), pp. 118–122..
160. **Pădure, A., Glavan, P., Bondarev, A., Spinei, L., Cazacu, D.** Cunoștințele și percepțiile medicilor și mediciniștilor cu privire la violența în familie. Chișinău: Print Caro, 2023. 116 p. ISBN 978-9975-180-09-2.
161. **Pădure, A., Glavan, P., Bondarev, A., Arnaut, O., Cazacu, D.** Identificarea victimei adulte a violenței în familie în baza profilului social și pattern-ului lezional. Chișinău: Print Caro, 2024. 96 p. ISBN 978-9975-180-86-3.
162. **Pădure, A., Țurcan-Donțu, A.** Violența în familie și în bază de gen (suport de curs). Chișinău: Bons Offices, 2022. 179 p.
163. Park, C.W., Lee, S.H., Choi, D.Y., Yang, H.Y. Victimization Characteristics and Severity of Physical Injury by Domestic Violence. *Korean Journal of Family Practice*. 2018, nr. 2 (8), pp. 244–251. ISSN 2233-9116.
164. Parsons, L., Goodwin, M.M., Petersen, R. Violence against women and reproductive health: toward defining a role for reproductive health care services. *Maternal and child health journal*. 2000, nr. 2 (4), pp. 135–40. ISSN 1092-7875.
165. Paselk, B.N. A historical analysis of societal perception of domestic violence and domestic violence victims in America. California State University, 2011.
166. Patra, P., Prakash, J., Patra, B., Khanna, P. Intimate partner violence: Wounds are deeper. *Indian J Psychiatry*. 2018, nr. 4 (60), pp. 494–498.
167. Peek-Asa, C., Wallis, A., Harland, K., Beyer, K., Dickey, P., Saftlas, A. Rural disparity in domestic violence prevalence and access to resources. *Journal of women's health (2002)*. 2011, nr. 11 (20), pp. 1743–1749. ISSN 1931-843X.
168. Peterman, A., Bleck, J., Palermo, T. Age and Intimate Partner Violence: An Analysis of Global Trends Among Women Experiencing Victimization in 30 Developing Countries. *Journal of Adolescent Health*. 2015, nr. 6 (57), pp. 624–630. ISSN 1054139X.
169. Peters, J. Measuring myths about domestic violence: Development and initial validation of the domestic violence myth acceptance scale. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*,. 2008, nr. 1 (16), pp. 1–21.
170. Peterson, C., Kearns, M.C., McIntosh, W.L., Estefan, L.F., Nicolaidis, C., McCollister, K.E., et al. Lifetime Economic Burden of Intimate Partner Violence Among U.S. Adults. *American Journal of Preventive Medicine*. 2018, nr. 4 (55), pp. 433–444. ISSN 0749-3797.
171. Petersson, J., Thunberg, S. Vulnerability Factors among Women Victimized by Intimate Partner Violence and the Presence of Children. *Journal of Family Violence*. 2022, nr. 7 (37), pp. 1057–1069. ISSN 0885-7482.
172. Pico-Alfonso, M.A., Echeburúa, E., Martinez, M. Personality Disorder Symptoms in Women as a Result of Chronic Intimate Male Partner Violence. *Journal of Family Violence*. 2008, nr. 7 (23), pp. 577–588. ISSN 0885-7482.
173. Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., Lachs, M.S. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *The Gerontologist*. 2016, nr. Suppl 2 (56), pp. S194–S205. ISSN 0016-9013.
174. Plan de acțiune al Consiliului Europei pentru Republica Moldova 2021-2024. [Internet] Disponibil la: <https://rm.coe.int/action-plan-2021-2024-romanian/1680a3ff23>
175. Polychronopoulou, M., Douzenis, A. The psychosocial repercussions of domestic violence in battered women. *Psychiatriki*. 2016, nr. 2 (27), pp. 148–149. ISSN 1105-2333.
176. **Popovici, L., Vișanu, S., Sincovschi, T., Potîng, L., Postica, A.** Documentarea violenței în bază de gen. Ghid practic. Chișinău: Depol Promo SRL, 2019. 83 p. ISBN 978-9975-3329-0-3.

177. Porter, A., Montgomery, C.O., Montgomery, B.E., Eastin, C., Boyette, J., Snead, G. Intimate Partner Violence-Related Fractures in the United States: an 8 Year Review. *Journal of Family Violence*. 2019, nr. 7 (34), pp. 601–609. ISSN 0885-7482.
178. Postmus, J.L. Domestic violence issues. Child welfare for the twenty-first century: A handbook of practices, policies, and programs (2nd ed.). Columbia University Press, 2014. [10.7312/mall15180-017](https://doi.org/10.7312/mall15180-017)
179. Prevenirea violenței în bază de gen și intervenția rapidă în caz de viol pe agenda priorităților UNFPA în Moldova. [Internet] Disponibil la: <https://moldova.unfpa.org/ro/news/prevenirea-violentei-in-baza-de-gen-si-interventia-rapida-in-caz-de-viol-pe-agenda>.
180. Program de instruire pentru personalul didactic și cel medical în managementul clinic al cazurilor de viol. [Internet] Disponibil la: <https://usmf.md/en/node/31298>
181. **Programul național** privind prevenirea și combaterea Violenței față de femei și a violenței în familie pentru anii 2023-2027. [Internet] Disponibil la: https://social.gov.md/wp-content/uploads/2023/03/Programul-VFF-si-VF_-15.03.2023_final.pdf
182. Prpic, M. Combating «honour» crimes in the EU. [Internet] Disponibil la: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2015/573877/EPRS_BRI\(2015\)573877_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2015/573877/EPRS_BRI(2015)573877_EN.pdf).
183. Public Health Agency of Canada. The Chief Public Health Officer's report on the state of public health in Canada 2016: a focus on family violence in Canada. 2016. [Internet] Disponibil la: <https://www.healthycanadians.gc.ca/publications/departement-ministere/state-public-health-family-violence-2016-etat-sante-publique-violence-familiale/alt/pdf-eng.pdf>
184. Ramsey, C.B. The Stereotyped Offender: Domestic Violence and the Failure of Intervention. *Penn State Law Review*. 2015, nr. 2 (120). pp. 337-420
185. Rao, K., Sharma, K., Kumar, S., Bhat, K., Babu S.. The trailing trials of humiliation: Legal, social, and medical perspectives of women facing domestic violence in India. *Indian Journal of Social Psychiatry*. 2017, nr. 3 (33), pp. 274. ISSN 0971-9962
186. Raportul de estimare a costurilor violenței în familie și a violenței împotriva femeilor în Moldova. [Internet] Disponibil la: <https://moldova.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Moldova/Attachments/Publications/2016/Raport%20Costing%20of%20Violence%20-%20RO.pdf>
187. Reijnders, U.J.L., Ceelen, M. 7208 Victims of domestic and public violence; an exploratory study based on the reports of assaulted individuals reporting to the police. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2014, (24), pp. 18–23. ISSN 1752928X
188. Reno, J., Marcus, D., Leary, M.L., Samuels J. *Full Report of the Prevalence, Incidence, and Consequences of Violence Against Women*. The National Institute of Justice, Washington 2000. Disponibil la: <https://www.ojp.gov/pdffiles1/nij/183781.pdf>
189. Renzetti, M., Follingstad, D., Coker, A. *Preventing intimate partner violence*. Bristol University Press, 2017. 218 p. ISBN 978-1447333074
190. Rhys, O., Barnaby, A., Stephen, R., Miriam, W. The economic and social costs of domestic abuse. 2019. [Internet] Disponibil la: <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5f637b8f8fa8f5106d15642a/horr107.pdf>
191. Rivara, F.P., Anderson, M.L., Fishman, P., Reid, R.J., Bonomi, A.E., Carrell, D., et al. Age, Period, and Cohort Effects on Intimate Partner Violence. *Violence and Victims*. 2009, nr. 5 (24), pp. 627–638. ISSN 0886-6708.
192. Riviello, R. *Manual of forensic emergency medicine*. London: Jones & Bartlett Publishers, 2010. 303 p. ISBN 978-0763744625
193. Rollero, C., Depiccoli, N. Myths about Intimate Partner Violence and Moral Disengagement: An Analysis of Sociocultural Dimensions Sustaining Violence against Women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020, nr. 21 (17).

194. Romulus and the 'Rule of Thumb'. [Internet] Disponibil la: <https://rogueclassicism.com/2009/08/13/romulus-and-the-rule-of-thumb/>
195. Rotariu, T. Metode statistice aplicate în științele sociale. Iași: Polirom, 2006. 344 p. ISBN 973-46-0567-4
196. SafeLives. A Cry for Health: Why we must invest in domestic abuse services in hospitals. 2016. [Internet] Disponibil la: <https://safelives.org.uk/wp-content/uploads/A-Cry-for-Health-full-report.pdf>
197. Saltzman, L.E., Johnson, C.H., Gilbert, B.C., Goodwin, M.M. Physical abuse around the time of pregnancy: an examination of prevalence and risk factors in 16 states. *Maternal and child health journal*. 2003, nr. 1 (7), pp. 31–43. ISSN 1092-7875
198. Sandovici, A., Robu, V. Psychosocial Dimensions of Family Violence. *Anuarul Universitatii «Petre Andrei» din Iasi Fascicula Asistenta Sociala, Sociologie, Psihologie*. 2017, pp. 89–104. ISSN 22481079.
199. Sani, A.I., Pereira, D. Mothers as Victims of Intimate Partner Violence: The Decision to Leave or Stay and Resilience-Oriented Intervention. *Social Sciences*. 2020, nr. 10 (9), pp. 174. ISSN 2076-0760.
200. Shayestefar, M., Saffari, M., Gholamhosseinzadeh, R., Nobahar, M., Mirmohammadkhani, M., Shahcheragh, S.H., et al. A qualitative quantitative mixed methods study of domestic violence against women. *BMC Women's Health*. 2023, nr. 1 (23), pp. 322. ISSN 1472-6874.
201. Sheridan, D.J., Nash, K.R. Acute Injury Patterns of Intimate Partner Violence Victims. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2007, nr. 3 (8), pp. 281–289. ISSN 1524-8380.
202. Showalter, K. Women's employment and domestic violence: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*. 2016, (31), pp. 37–47. ISSN 1359-1789.
203. Siltala, H.P., Kuusinen-Laukkala, A., Holma, J.M. Victims of family violence identified in emergency care: Comparisons of mental health and somatic diagnoses with other victims of interpersonal violence by a retrospective chart review. *Preventive Medicine Reports*. 2020, (19), pp. 101-136. ISSN 2211-3355.
204. Singhal, S., Orr, S., Singh, H., Shanmuganantha, M., Manson, H. Domestic violence and abuse related emergency room visits in Ontario, Canada. *BMC Public Health*. 2021, nr. 1 (21), pp. 461. ISSN 1471-2458.
205. Sontate, K.V., Rahim Kamaluddin, M., Naina Mohamed, I., Mohamed, R.M.P., Shaikh, M.F., Kamal, H., et al. Alcohol, Aggression, and Violence: From Public Health to Neuroscience. *Frontiers in psychology*. 2021, (12), pp. 699-726. ISSN 1664-1078.
206. Steinmetz, S.K. Battered husband syndrome. *Victimology*. 1977, nr. 3–4 (2), pp. 499–509.
207. Stewart, D.E., Macmillan, H., Kimber, M. Recognizing and Responding to Intimate Partner Violence: An Update. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2021, nr. 1 (66), pp. 71–106. ISSN 0706-7437.
208. Strengthening Health System Responses to Gender based Violence in Eastern Europe and Central Asia A Resource Package. UNFPA and WAVE, 2014. 346 p.
209. Strid, S., Baianstovu, R., Enelo, J.M. Inequalities, isolation, and intersectionality: A quantitative study of honour-based violence among girls and boys in metropolitan Sweden. *Women's Studies International Forum*. 2021, (88), pp. 102518. ISSN 0277-5395.
210. The Australian Domestic and Family Violence Clearinghouse. The Impact of Domestic Violence on Children: A Literature Review. 2011. Disponibil la: <https://earlytraumagrief.anu.edu.au/files/ImpactofDVonChildren.pdf>
211. The cost of violence against women and their children in Australia. 2016. [Internet] Disponibil la: https://www.dss.gov.au/sites/default/files/documents/08_2016/the_cost_of_violence_against_women_and_their_children_in_australia_-_summary_report_may_2016.pdf.

212. The Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence (Istanbul Convention). [Internet] Disponibil la: <https://www.coe.int/en/web/gender-matters/council-of-europe-convention-on-preventing-and-combating-violence-against-women-and-domestic-violence>.
213. The National Council to reduce Violence Against Women and their Children. Background Paper to Time for Action: The National Council's Plan for Australia to Reduce Violence against Women and their Children, 2009-2021. 2009. [Internet] Disponibil la: https://www.dss.gov.au/sites/default/files/documents/05_2012/background_paper_to_time_for_action.pdf
214. Thomas, R., Dyer, G.S.M., Tornetta, P., Park, H., Gujrathi, R., Gosangi, B., et al. Upper extremity injuries in the victims of intimate partner violence. *European Radiology*. 2021, nr. 8 (31), pp. 5713–5720. ISSN 0938-7994.
215. **Toporeț, N., Pădure, A., Bondarev, A., Glavan P.** Role of the health system and forensic medical investigations in proving domestic violence. In: *Romanian Journal of Legal Medicine*. 2022, nr. 4 (30), pp. 200–203.
216. Torres, A., Garcia-Esteve, L., Navarro, P., Tarragona, M.J., Imaz, M.L., Ascaso, C., et al. Relationship Between Intimate Partner Violence, Depressive Symptomatology, and Personality Traits. *Journal of Family Violence*. 2013, nr. 4 (28), pp. 369–379. ISSN 0885-7482.
217. **Țurcan, A., Cazacu, D.** Raport de Evaluare a Strategiei Naționale de Prevenire și Combatere a Violenței Față de Femei și Violenței în Familie, pentru anii 2018-2023. 2022. Disponibil la: <https://euneighbourseast.eu/ro/news/publications/raport-de-evaluare-a-strategiei-nationale-de-prevenire-si-combatere-a-violentei-fata-de-femei-si-violentei-in-familie/>
218. Turliuc, M.N., Huțuleac, A.K., Oana, D. Violența în familie. *Teorii, particularități și intervenții specifice*. Iași: Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”, 2009. 208 p. ISBN 978-973-703-436-6
219. UN Women. 10 myths about violence against women and girls. [Internet] Disponibil la: <https://eca.unwomen.org/en/news/stories/2019/01/10-myths-about-violence-against-women-and-girls>.
220. **UN Women, OHCHR, PNUD Moldova.** Studiu cu privire la situația femeilor și fetelor rome din Republica Moldova. Disponibil la: https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/md/Studiu_cu_privire_la_situatia_femeilor_si_fetelor_rome_din_Republica_Moldova_ro.pdf
221. UNFPA, UNICEF. Joint Programme on the Elimination of Female Genital Mutilation: Accelerating Change. Technical Guidance. Disponibil la: <https://reliefweb.int/report/world/unfpa-unicef-joint-programme-elimination-female-genital-mutilation-accelerating-change>
222. UNICEF. Female genital mutilation. 2022. [Internet] Disponibil la: <https://www.unicef.org/protection/female-genital-mutilation>
223. UNICEF. At least 200 million girls and women alive today living in 31 countries have undergone FGM. 2023. [Internet] Disponibil: <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/>
224. **UNICEF Moldova.** Combaterea violenței împotriva copiilor. 2018. [Internet] Disponibil la: <https://www.unicef.org/moldova/ce-facem/protecția-copilului/combaterrea-violentei-împotriva-copilor>
225. Turliuc, M.N., Huțuleac, A.K., Oana, D. Violența în familie. *Teorii, particularități și intervenții specifice*. Iași: Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”, 2009. ISBN 978-973-703-436-6

226. UN Women. 10 myths about violence against women and girls. Disponibil la: <https://eca.unwomen.org/en/news/stories/2019/01/10-myths-about-violence-against-women-and-girls>.
227. **UN Women, OHCHR, PNUD Moldova.** Studiu cu privire la situația femeilor și fetelor rome din Republica Moldova. Disponibil la: https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/md/Studiu_cu_privire_la_situatia_femeilor_si_fetelor_rome_din_Republica_Moldova_ro.pdf
228. UNFPA, UNICEF. Joint Programme on the Elimination of Female Genital Mutilation: Accelerating Change. Technical Guidance. Disponibil la: <https://reliefweb.int/report/world/unfpa-unicef-joint-programme-elimination-female-genital-mutilation-accelerating-change>
229. UNICEF. Female genital mutilation. 2022. Disponibil la: <https://www.unicef.org/protection/female-genital-mutilation>
230. UNICEF. At least 200 million girls and women alive today living in 31 countries have undergone FGM. 2023. Disponibil la: <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/>
231. **UNICEF Moldova.** Combaterea violenței împotriva copiilor. 2018. Disponibil la: <https://www.unicef.org/moldova/ce-facem/protectia-copilului/combaterrea-violentei-impotri-va-copiiilor>
232. Violence against women: an EU-wide survey Main results. Luxembourg, 2014. Disponibil la: <https://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report>
233. Violence Against Women and Girls. Brief on Violence Against Women and Girls with Disabilities. 2019. [Internet] Disponibil la: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/864511600841231218/pdf/Brief-on-Violence-Against-Women-and-Girls-with-Disabilities.pdf>
234. Violența în familie și în bază de gen - un nou curs opțional implementat pentru studenții de la Medicină și pentru medicii clinicieni. [Internet] Disponibil la: <https://usmf.md/ro/noutati/violenta-familie-si-baza-de-gen-un-nou-curs-optional-implementat-pentru-studentii-de-la>
235. Walby, S., Towers, J., Francis, B. Is Violent Crime Increasing or Decreasing? a New Methodology to Measure Repeat Attacks Making Visible the Significance of Gender and Domestic Relations. *British Journal of Criminology*. 2016, nr. 6 (56), pp. 1203–1234. ISSN 0007-0955.
236. Walker, L.E. *The Battered Woman Syndrome*. New York: Springer Publishing Company, 1984. 256 p. ISBN 9780826170989
237. Walters, M.L., Chen, J., Breiding, M. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 Findings on Victimization by Sexual Orientation. Atlanta, GA, 2013.
238. Warren, A., Blundell, B., Chung, D., Waters, R. Exploring Categories of Family Violence Across the Lifespan: A Scoping Review. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2023, nr. 17 (1), ISSN 1524-8380.
239. Wendt, S., Chung, D., Elder, A., Bryant, L. Seeking help for domestic violence: Exploring rural women's coping experiences: State of knowledge paper. Sydney: ANROWS Landscapes, 2015. 35 p.
240. What Is Domestic Abuse? United Nations. [Internet] Disponibil la: <https://www.un.org/en/coronavirus/what-is-domestic-abuse>
241. WHO. World report on violence and health. Geneva, 2002.
242. WHO. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva, 2003.
243. WHO. Expert meeting on health-sector responses to violence against women. Geneva, 2010.

- 244.WHO. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health impacts of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, 2013.
- 245.WHO. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva, 2013.
- 246.WHO. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence A clinical handbook. Luxemburg: WHO Press, 2014.
- 247.WHO. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. 2021.
- 248.WHO. Violence against women. 2024. [Internet] Disponibil la: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- 249.WHO. Addressing violence against women in pre-service health training. 2022.
- 250.WHO. Abuse of older people. 2024. [Internet] Disponibil la: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>
- 251.WHO. At least 200 million girls and women alive today living in 31 countries have undergone FGM. 2024. [Internet] Disponibil la: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
- 252.Why Domestic Violence Affects Women at Higher Rates Than Men. [Internet] Disponibil la: <https://safeshelterofstvrain.org/2022/03/07/why-domestic-violence-affects-women-at-higher-rates-than-men/>
- 253.Wolff, L. The Battered-Child Syndrome: 50 Years Later. 2013. Disponibil la: https://www.huffpost.com/entry/battered-child-syndrome_b_2406348
- 254.Women's Aid. The Domestic Abuse Report 2024: The Annual Audit. Bristol: Women's Aid, 2024. Disponibil la: <https://www.womensaid.org.uk/annual-audit-2024/>
- 255.Yakubovich, A.R., Stöckl, H., Murray, J., Melendez-Torres, G.J., Steinert, J.I., Glavin, C.E.Y., et al. Risk and Protective Factors for Intimate Partner Violence Against Women: Systematic Review and Meta-analyses of Prospective-Longitudinal Studies. *American journal of public health*. 2018, nr. 7 (108), pp. e1–e11. ISSN 1541-0048.
- 256.Yau, R.K., Stayton, C.D., Davidson, L.L. Indicators of Intimate Partner Violence: Identification in Emergency Departments. *The Journal of Emergency Medicine*. 2013, nr. 3 (45), pp. 441–449. ISSN 0736-4679.
- 257.Yon, Y., Mikton, C.R., Gassoumis, Z.D., Wilber, K.H. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*. 2017, nr. 2 (5), pp. e147–e156. ISSN 2214109X.
- 258.Youngson, N., Saxton, M., Jaffe, P.G., Chiodo, D., Dawson, M., Straatman, A.L. Challenges in Risk Assessment with Rural Domestic Violence Victims: Implications for Practice. *Journal of Family Violence*. 2021, nr. 5 (36), pp. 537–550. ISSN 0885-7482.
- 259.**Zaharia, V., Corețchi-Mocanu, R.** Abordarea în presă a violenței în bază de gen și a violenței împotriva copiilor. Ghid pentru jurnaliști. Chișinău, 2022. Disponibil la: [https://www.unicef.org/moldova/media/9841/file/Abordarea în presă a violenței în bază de gen și a violenței împotriva copiilor.pdf](https://www.unicef.org/moldova/media/9841/file/Abordarea%20în%20presă%20a%20violenței%20în%20bază%20de%20gen%20și%20a%20violenței%20împotriva%20copiilor.pdf)
- 260.Zieman, G., Bridwell, A., Cárdenas, J.F. Traumatic Brain Injury in Domestic Violence Victims: A Retrospective Study at the Barrow Neurological Institute. *Journal of Neurotrauma*. 2017, nr. 4 (34), pp. 876–880. ISSN 0897-7151.

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

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

Stimată Doamnă/ Stimate Domn,

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

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

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

Vă mulțumim pentru deschidere și sinceritatea răspunsurilor.

I. DATE DEMOGRAFICE DESPRE RESPONDENT

1. Precizați statutul Dvs. profesional:
 - Student
 - Rezident
 - Medic
2. Indicați genul Dvs.:
 - Feminin
 - Masculin
 - Altul
 - Prefer să nu răspund
3. Precizați în ce categorie de vârstă Vă încadrați:
 - sub 35 ani
 - 36 – 55 ani
 - peste 56 ani
4. Starea civilă:
 - Căsătorit(ă)
 - Necăsătorit(ă)
 - Divorțat(ă)
 - Văduv(ă)
 - Prefer să nu răspund
5. Aveți copii?
 - Da
 - Nu
 - Prefer să nu răspund
6. Selectați mediul de reședință al instituției în care studiați/activați:
 - Urban
 - Rural
7. Indicați stagiul Dvs. de muncă:

- fără stagiu
 - sub 5 ani
 - 6 – 20 ani
 - 21 – 40 ani
 - peste 41 ani
8. Cât de frecvent ați interacționat cu pacienți(te) victime ale violenței în familie în activitatea Dvs.?
- a. niciodată
 - b. uneori
 - c. frecvent
 - d. zilnic
9. Apreciați-Vă nivelul de cunoaștere a fenomenului violenței în familie și a principiilor răspunsului sistemului sănătății la aceste cazuri de la 1 la 5.

1 2 3 4 5

10. Aveți nevoie de instruiți în domeniul răspunsului sistemului sănătății la cazurile de violență în familie?
- a. Da
 - b. Nu
 - c. Nu sunt sigur
11. Ați urmat anterior instruiți în domeniul violenței în familie și în bază de gen?
- a. Da
 - b. Nu
 - c. Nu am nevoie

II. APRECIEREA CUNOAȘTERII FENOMENULUI

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

- d. personalul medical posedă cunoștințe și abilități de reacționare la violență
 - e. pentru evaluarea compensațiilor victimelor
17. Precizați elementele particulare în acordarea ajutorului medical victimelor violenței în familie comparativ cu alți/te pacienți/te?

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

26. Care sunt instrumentele juridice de protecție a victimei violenței în familie?
- a. ordonanța de protecție
 - b. informarea asistentului social din localitate
 - c. ordinul de restricție de urgență
 - d. informarea primarului din localitate
 - e. în Republica Moldova nu există instrumente juridice de protecție a victimelor violenței în familie
27. În privința căror victime și în ce condiții medicul trebuie să informeze poliția despre cazul de violență în familie? (selecțiți una sau mai multe variante de răspuns)
- a. copii doar cu acordul lor
 - b. copii indiferent de acordul lor
 - c. adulți cu acordul lor
 - d. adulți fără acordul lor în caz de pericol pentru viață sau sănătate
 - e. în nici un caz poliția nu se informează din cauza confidențialității datelor medicale
28. Precizați ce instrumente dintre cele indicate mai jos V-au fost oferite de instituția în care activați/studiați: (selecțiți una sau mai multe variante de răspuns)
- a. Protocolul clinic standardizat „Managementul clinic al cazurilor de viol” (Ordin MS nr.908 din 30.09.2021)

- b. Ghidul pentru specialiștii din sistemul de sănătate privind intervenția eficientă în cazurile de violență împotriva femeilor (Ordin MS nr.1083 din 30.12.2016)
 - c. Instrucțiunea privind intervenția instituțiilor medico-sanitare în cazurile de violență în familie (Ordin MS nr.1167 din 15.10.2019)
 - d. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 270/2014 cu privire la aprobarea Instrucțiunilor privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului
 - e. Ordinul MSMPS nr. 445/2015 cu privire la aprobare Instrucțiunii metodice privind intervenția instituțiilor medicale în identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea cazurilor de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului
 - f. Ordinul comun al MMPS, ME, MS și MAI nr. 153/1043/1042/293 din 08.10.2014 cu privire la aprobarea Fișei de sesizare a cazului suspect de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului
 - g. Nu a fost furnizat nici unul dintre cele enumerate
29. Precizați dacă în Republica Moldova există servicii de suport pentru victimele violenței în familie
- a. Da
 - b. Nu
 - c. Nu știu

III. APRECIEREA PERCEPȚIILOR RESPONDENTULUI

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

Expuneți-Vă părerea cu privire la următoarele afirmații:	Acord total	Acord parțial	Neutru	Dezacord parțial	Dezacord total
31. Violența în familie este un fenomen răspândit în Republica Moldova					
32. Violența domestică apare numai în familiile din păturile sărace ale societății					
33. Violența în familie este o chestiune privată					
34. Copiii trebuie uneori pedepsiți fizic în scop educațional					
35. Copilul bătut în familie este mai disciplinat în viața adultă					
36. Sarcina de educare a copiilor în familie trebuie să îi revină doar mamei					
37. Există momente în care femeia merită să fie lovită de către partenerul de viață					
38. Consumul de alcool este o cauză a violenței în familie					

39. Prejudecățile privind rolul femeilor și bărbaților în societate sunt asociate cu violența în familie					
40. Femeile provoacă partenerul de viață la violență					
41. Violența în familie este o problemă de sănătate publică					
42. Nu există viol între soț și soție					
43. Dacă o femeie nu opune rezistență actului sexual, acesta nu este viol					

IV. EVALUAREA ATITUDINILOR REFERITOARE LA CURS

46. Cunoașteți despre existența cursului „Violența în familie și în bază de gen” destinat studenților și medicilor și desfășurat în cadrul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”?

- a. Da
- b. Nu
- c. Nu sunt sigur

47. Dacă da, de unde ați aflat despre existența acestuia?

- a. Programul anual de formare profesională continuă a medicilor și farmaciștilor
- b. Pagina de Facebook a USMF
- c. Pagina de Facebook a ASRM

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

- d. Decanat
- e. Catedra de medicină legală
- f. Colegi
- g. Lecție deschisă
- h. Altă sursă _____

48. Care ar putea fi în viziunea Dvs. motivul interesului redus al studenților și medicilor față de cursul „Violența în familie și în bază de gen”?

- a. Nu cunosc despre existența cursului
- b. Nu conștientizează importanța problemei violenței în familie
- c. Nu consideră cursul util medicului practician
- d. Nu dispun de timp liber
- e. Nu doresc să urmez cursul
- f. Creditele EMC nu sunt acceptate de comisiile de atestare de profil
- g. Conducătorul IMS refuză de a finanța asemenea cursuri
- h. Altă cauză _____

49. Ce ar putea să Vă determine să urmați cursul?

- a. Conștientizez problema și vreau să fiu informat(ă)
- b. Am fost martor(ă)/victimă a violenței în familie
- c. Doresc să obțin credite EMC suplimentare
- d. Doresc să îmi îmbunătățesc media anuală din contul cursului
- e. Nu doresc să urmez cursul
- f. Altă cauză _____

Anexa 2. Chestionarul de evaluare a profilului victimelor violenței în familie și de identificare a pattern-ului lezional

CHESTIONAR de evaluare a profilului victimelor violenței în familie și de identificare a pattern-ului lezional			
Nr. raportului 		Data examinării 	
Tipul raportului ☐ constatare medico-legală ☐ expertiză judiciară ☐ expertiză extrajudiciară			
Sexul persoanei ☐ Feminin ☐ Masculin		Vârsta 	
Statut social ☐ Angajat(ă) ☐ Pensionar(ă) ☐ Elev(ă) Altul ☐ Neangajat(ă) ☐ Student(ă) ☐ Copil preșcolar			
Mediul de reședință ☐ Urban ☐ Rural ☐ Nespecificat			
Grupul de risc ☐ femeie fără o educație profesională ☐ adolescent ☐ comunitate rurală/îndepărtată ☐ nivel scăzut de alfabetizare ☐ femeie gravidă ☐ persoană în vârstă ☐ abuz de substanțe psihoactive ☐ neprecizat ☐ persoană cu copii ☐ dizabilități fizice sau psihice ☐ persoană LGBTQI+ ☐ nu se atestă ☐ copil ☐ familie cultural mixtă ☐ abuz de alcool			
Agresorul ☐ Concubin(ă) ☐ Mamă ☐ Bunic/Bunică ☐ Frate/Soră ☐ Tutore/curator ☐ Soț/Soție ☐ Tată ☐ Fiu/Fiică ☐ Altă rudă ☐ Foști soți/concubini			
Ziua agresării ☐ Luni ☐ Joi ☐ Duminică ☐ Marți ☐ Vineri ☐ Miercuri ☐ Sâmbătă		Luna agresării ☐ Ianuarie ☐ Aprilie ☐ Iulie ☐ Octombrie ☐ Februarie ☐ Mai ☐ August ☐ Noiembrie ☐ Martie ☐ Iunie ☐ Septembrie ☐ Decembrie	
Data agresării 		Ora agresării 	
Locul agresării ☐ domiciliu ☐ locul de muncă ☐ centru comercial altul ☐ ospetie ☐ parc ☐ mașină ☐ scara blocului ☐ stradă ☐ instituție de învățământ			

Adresare asistență medicală ☐ Da ☐ Nu ☐ Nu este specificat	Spitalizare ☐ Da ☐ Nu ☐ Nu este specificat	Violență cronică ☐ Da ☐ Nu ☐ Nu este specificat
Numărul leziunilor		
Tipul agresiunii ☐ lovire ☐ tragere de păr ☐ strangulare ☐ sufocare ☐ acțiunea agentului chimic ☐ împingere ☐ tăiere/înțepare ☐ sugrumare ☐ acțiunea agentului termic altul		
Factorul traumatic ☐ Corp contondent ☐ Factor fizic ☐ Obiect ascuțit ☐ Agent chimic ☐ Armă de foc	Corpul contondent ☐ Obiect contondent ☐ Părți ale corpului ☐ Combinat	Leziuni pattern ☐ Da ☐ Nu
Factorul fizic ☐ Curent electric ☐ Agent termic	Obiectul ascuțit ☐ Înțepător ☐ Înțepător-tăietor ☐ Înțepător-despicător ☐ tăietor ☐ despicător ☐ tăietor-despicător	
Tipul leziunilor constatate ☐ edem postraumatic ☐ plagă contuză ☐ plagă despicată ☐ leziuni asfixice ☐ fractură ☐ echimoză ☐ plagă tăiată ☐ plagă împușcată ☐ arsură chimică ☐ luxație ☐ excoriație ☐ plagă înțepată ☐ leziuni viscerale ☐ arsură termică altele ☐ hematom ☐ plagă înțepat-tăiată ☐ leziuni oculare ☐ leziuni dentare		
Localizarea leziunilor ☐ Partea piloasă a capului ☐ Torace posterior ☐ Braț ☐ Coapsă ☐ Față ☐ Abdomen ☐ Articulația cotului ☐ Articulația genunchiului ☐ Pavilionul auricular ☐ Regiunea lombară ☐ Antebraț ☐ Gambă ☐ Gât ☐ Regiunea inghinală ☐ Mâna propriu-zisă ☐ Laba piciorului ☐ Torace anterior ☐ Perineu ☐ Fesă		
Simetria leziunilor ☐ Unipolare ☐ Multipolare ☐ Bipolare	Vechimea diferită a leziunilor ☐ Da ☐ Nu	Gradul de gravitate ☐ Neînsemnat ☐ Mediu ☐ Ușor ☐ Grav

Anexa 3. Certificat de inovator și act de implimentare a inovației „Utilizarea chestionarului de evaluare a necesităților de instruire a medicilor și mediciniștilor în domeniul violenței în familie”

	Instituție Publică USMF „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova Institutul Național de Cercetare în Medicină și Sănătate	Pag. 11 / 11
---	---	--------------

APROB
Proector pentru activitate de cercetare,
IP/USMF „Nicolae Testemițanu” din RM,
academician al AȘM,
prof. univ., dr. hab. șt. med.
Stanislav GROPPA
2023

ACTUL nr. 181
DE IMPLEMENTARE A INOVAȚIEI
(în procesul științific și didactic)

- Denumirea ofertei pentru implementare:** „UTILIZAREA CHESTIONARULUI DE EVALUARE A NECESITĂȚILOR DE INSTRUIRE A MEDICILOR ȘI MEDICINIȘTILOR ÎN DOMENIUL VIOLENȚEI ÎN FAMILIE”
- Autori:** Andrei Pădure, dr. hab. șt. med., conf. univ.; Larisa Spinei, dr. hab. șt. med., prof. univ.; Anatolii Bondarev, dr. șt. med., asist. univ.; Doina Cazacu, dr. șt. med., conf. univ.; Petru Glavan, asist. univ.
- Numărul inovației:** Nr. 6151 din 10 noiembrie 2023.
- Unde și când a fost implementată:** Propunerea este implementată în calitate de instrument științific pentru realizarea proiectului de cercetare doctorală „Identificarea medico-legală a violenței domestice fizice la adulți” în cadrul Catedrei de medicină legală a USMF „Nicolae Testemițanu” desfășurat în anul curent.
- Eficacitatea implementării:** Chestionarul reprezintă o premieră națională și facilitează evaluarea gradului de conștientizare, percepțiilor și necesităților de formare a actualilor și viitorilor medici din Republica Moldova în domeniul violenței în familie, în vederea consolidării capacității lor de identificare a victimelor violenței domestice. Chestionarul a servit drept bază a culegerii materialului primar pentru studiul sociologic bazat pe sondaj ce a vizat categoria indicată de profesioniști.
- Rezultatele:** Valoarea aplicativă a inovației înaintate o constituie propunerea unui instrument ce a permis elaborarea unor propuneri bazate pe dovezi pentru îmbunătățirea programelor de formare existente, dar și conceperea unor noi în scopul sprijinirii cadrelor medicale în gestionarea corectă a cazurilor de violență domestică.

Prezenta inovație este implementată conform descrierii în cerere

Departamentul Cercetare, Șefa Departamentului, dr. hab. șt. med., conf. univ.		Elena RAEVSKI
Departamentul didactic și management academic Șefa Departament , conf. univ., dr. șt. med.		Silvia STRATULA
Șeful Catedrei de medicină legală, dr. hab. șt. med., conf. univ.		Andrei PĂDURE


Republica Moldova
Ministerul Sănătății

CERTIFICAT DE INOVATOR

Nr. 6151

Pentru inovația cu titlul
**UTILIZAREA CHESTIONARULUI DE
EVALUARE A NECESITĂȚILOR DE INSTRUIRE
A MEDICILOR ȘI MEDICINIȘTILOR ÎN
DOMENIUL VIOLENȚEI ÎN FAMILIE**

Inovația a fost înregistrată pe data de
la Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
“Nicolae Testemițanu”

Se recunoaște calitatea de autor(i)
**PĂDURE Andrei,
SPINEI Larisa, BONDAREV Anatolii,
CAZACU Doina, GLAVAN Petru**

Data eliberării **10 Noiembrie 2023**

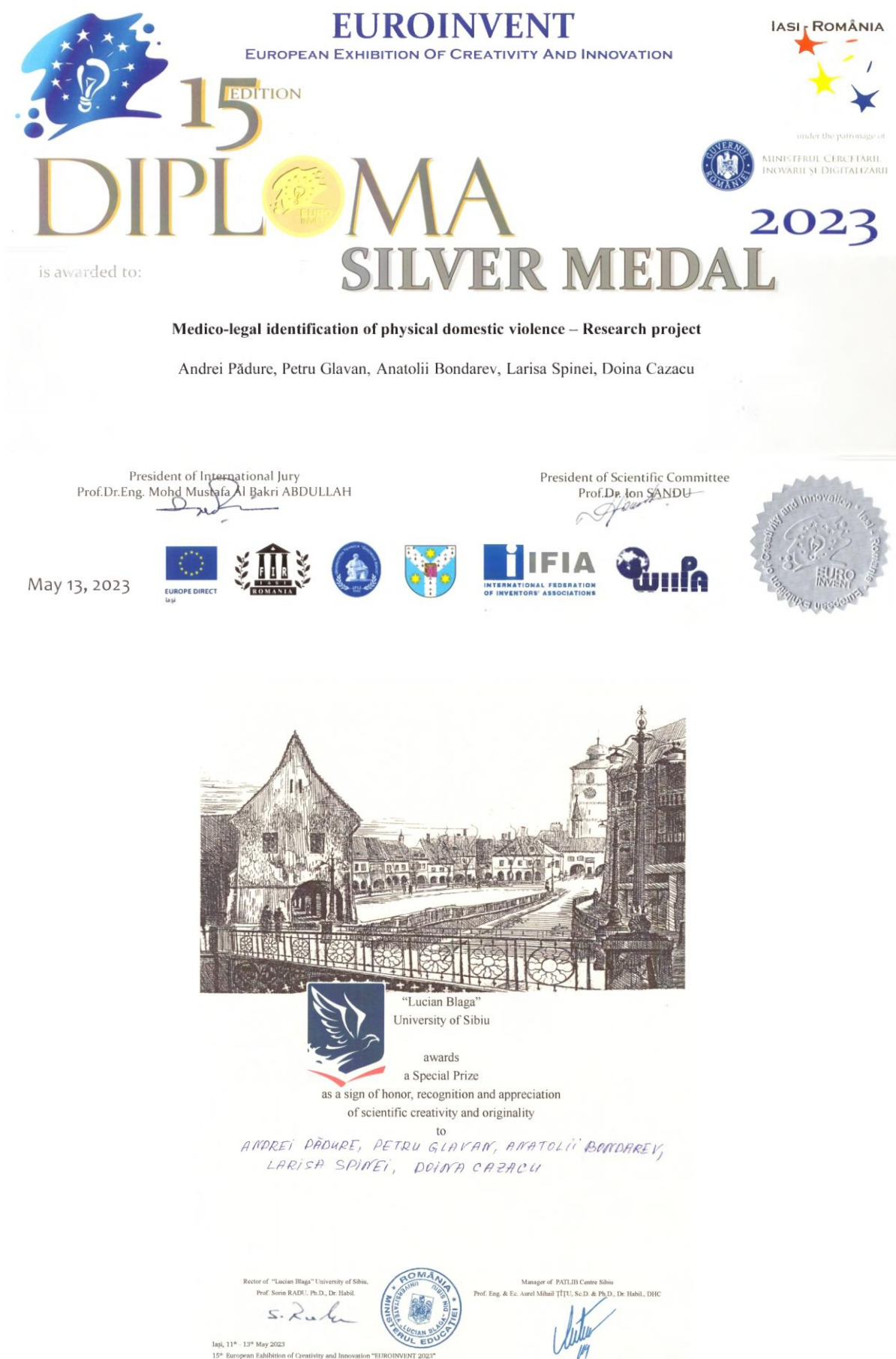

E.S.
(Semnătura autorizată)

Anexa 4. Certificat de inovator și act de implimentare a inovației „Utilizarea chestionarului de evaluare a profilului victimelor violenței în familie și de identificare a pattern-ului lezional”

	Instituție Publică USMF „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova Institutul Național de Cercetare în Medicină și Sănătate	Pag. 11 / 11
	APROB Prorector pentru activitate de cercetare, IP USMF „Nicolae Testemițanu” din RM, academician al AȘM, prof. univ., dr. hab. șt. med. Stanislav GROPPA 2024 ACTUL nr. 94 DE IMPLEMENTARE A INOVAȚIEI (în procesul științific și didactic) 1. Denumirea ofertei pentru implementare: „UTILIZAREA CHESTIONARULUI DE EVALUARE A PROFILULUI VICTIMELOR VIOLENȚEI ÎN FAMILIE ȘI DE IDENTIFICARE A PATTERN-ULUI LEZIONAL” 2. Autori: Andrei Pădure, dr. hab. șt. med., conf. univ.; Petru Glavan, asist. univ.; Anatolii Bondarev, dr. șt. med., asist. univ.; Oleg Arnaut, dr. hab. șt. med., conf. univ.; Doina Cazacu, dr. în drept., conf. univ. 3. Numărul inovației: Nr. 6253 din 17 mai 2024. 4. Unde și când a fost implementată: Propunerea este implementată în calitate de instrument științific pentru realizarea proiectului de cercetare doctorală „Identificarea medico-legală a violenței domestice fizice la adulți” în cadrul Catedrei de medicină legală a USMF „Nicolae Testemițanu”. 5. Eficacitatea implementării: Chestionarul reprezintă o premieră națională, conține 29 de criterii suficiente pentru identificarea profilului victimei adulte și pattern-ului lezional al violenței domestice fizice neletale. Acesta a fost aprobat de Comitetul de etică al Școlii doctorale în domeniul Științe medicale al USMF „Nicolae Testemițanu” a servit drept bază a culegerii materialului primar pentru studiul realizat în cadrul proiectului de cercetare doctorală. 6. Rezultatele: Profilul victimelor violenței în familie și pattern-ul lezional stabilit în cadrul studiului prin intermediul chestionarului de evaluare, vor spori capacitatea medicilor, inclusiv legiști în identificarea victimelor adulte ale violenței domestice și va asigura furnizarea probelor medicale și medico-legale pentru actul de justiție. Această acțiune va permite demonstrarea violenței în familie, încadrarea juridică a faptelor agresorului, tragera acestuia la răspundere și asigurarea dreptului victimelor la o justiție echitabilă. Prezenta inovație este implementată conform descrierii în cerere, Departamentului Cercetare, Șefa Departamentului, dr. hab. șt. med., conf. univ. Elena RAEVSCI Departamentul didactic și management academic Șefa Departament , conf. univ., dr. șt. med. Silvia STRATULAT Șeful Catedrei de medicină legală, dr. hab. șt. med., conf. univ. Andrei PĂDURE	

 Republica Moldova Ministerul Sănătății
CERTIFICAT DE INOVATOR Nr. 6253 Pentru inovația cu titlul UTILIZAREA CHESTIONARULUI DE EVALUARE A PROFILULUI VICTIMELOR VIOLENȚEI ÎN FAMILIE ȘI DE IDENTIFICARE A PATTERN-ULUI LEZIONAL Inovația a fost înregistrată pe data de la Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu” Se recunoaște calitatea de autor(i) PĂDURE Andrei, GLAVAN Petru, BONDAREV Anatolii, ARNAUT Oleg, CAZACU Doina
 Data eliberării: 17 Mai 2024 (Semnătura autorizată)

Anexa 5. Distincții obținute la foruri științifice





DIPLOMA of EXCELLENCE

is awarded to



**Medico-legal identification of physical domestic
violence – Research project results**



Andrei Pădure, Petru Glavan, Anatolii Bondarev, Doina Cazacu, Oleg Arnaut

President of International Jury
Prof. Dr. Eng. Mohd Mustafa Al Bakri ABDULLAH

President of Scientific Committee
Prof. Dr. Ion SANDU

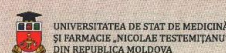
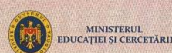
EUROINVENT

EUROPEAN EXHIBITION OF CREATIVITY AND INNOVATION

Iasi, Romania
June 8, 2024



3rd edition of the International Exhibition of Innovation and Technology Transfer **EXCELLENT IDEA – 2024**



DIPLOMA of BRONZ MEDAL

Is awarded to: Chestionar de evaluare a profilului victimelor violenței în familie și de
identificare a pattern-ului lezional

Autor/s: Pădure Andrei, Glavan Petru, Bondarev Anatolii, Arnaut Oleg, Cazacu Doina

Nicolae

President of Jury
Profesor doctor ISTUDOR Nicolae

President of Organization Commitee
Correspondent Member of ASM, Habilitation in economics,
Professor STRATAN Alexandru

Stratan



Vernon | David

INFORMAȚII PRIVIND VALORIFICAREA REZULTATELOR CERCETĂRII

LISTA PUBLICAȚIILOR ȘI PARTICIPĂRIILOR LA FORUMURI ȘTIINȚIFICE

a dlui **Petru Glavan**, doctorand, Catedra de medicină legală, IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, realizate la teza de doctor în științe medicale, cu tema „**Identificarea medico-legală a violenței domestice fizice neletale la adulți**” (specialitatea 351.01. – Medicina legală)

LUCRĂRI ȘTIINȚIFICE

- **Articole în reviste științifice peste hotare:**

- ✓ **articole în reviste ISI, SCOPUS și alte baze de date internaționale**

1. Toporeț N., Pădure A., Bondarev A., **Glavan P.** Role of the health system and forensic medical investigations in proving domestic violence. In: *Romanian Journal of Legal Medicine*. 2022, no. 30(4), pp. 200-203. ISSN 1221-8618 (print); ISSN 1844-8585 (online). DOI: 10.4323/rjlm.2022.200 (IF **0,164**)

- **Articole în reviste științifice naționale acreditate:**

- ✓ **articole în reviste de categoria B**

2. **Glavan P.**, Pădure A., Bondarev A. Rolul sistemului sănătății în combaterea violenței sexuale din Republica Moldova. În: *Arta Medica*. 2024, 4(93), pp. 40-45. ISSN 1810-1852. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.14549429>
3. **Glavan P.**, Pădure A., Bondarev A. Impactul violenței în familie asupra victimelor și comunității. În: *Arta Medica*, 2024, 4(93), p. 23-27, ISSN 1810-1852. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.14549318>
4. **Glavan P.**, Pădure A., Bondarev A. Prejudecățile actualilor și viitorilor medici asociate violenței domestice. În: *Legea și Viața, publicație științifico-practică*. 2025, 1(381), pp. 64-79, ISSN 2587-4365. <https://doi.org/10.5281/zenodo.15525927>
5. **Glavan P.**, Pădure A., Bondarev A. Exploring knowledge and perceptions of domestic violence among medical students and physicians in the Republic of Moldova. In: *Mold J Health Sci*. 2025, 12(2), pp. 22-29. ISSN: 2345-1467. DOI: <https://doi.org/10.52645/MJHS.2025.2.04>

- ✓ **articole în reviste de categoria C**

6. Pădure A., Bondarev A., Toporeț N., **Glavan P.** Portretul psihosocial al victimei violenței în familie. În: *Legea și Viața, publicație științifico-practică*, 2022, pp. 118-122. ISBN 2587-4365.

- **Rezumate/abstracte/teze în lucrările conferințelor științifice naționale și internaționale:**

7. Topal C., Pădure A., Bondarev A., **Glavan P.** Caz anomic de omucidere în familie. În: *Book of abstracts the International Conference „Homicide within family interdisciplinary perspectives”*. București, România, 24-26 noiembrie 2021, p.8.
8. **Glavan P.**, Covata S., Pădure A. Aspecte clinico-morfologice ale sindromului copilului scuturat. În: *Revista de Științe ale Sănătății din Moldova*, 2022, nr. 3, An. 1(29), p.19.
9. Pădure A., **Glavan P.**, Bondarev A., Spinei L., Cazacu D. Medico-legal identification of physical domestic violence – Research project. In: *Proceedings of the 15-th edition of Euroinvent european exhibition of creativity and innovation*. Iași, România, 2023. pp. 165-166. ISSN 2601-4564.
10. **Glavan P.** Consolidarea capacității medicilor în oferirea unui răspuns eficient la cazurile de violență în familie. În: *Cercetarea în biomedicină și sănătate: calitate, excelență și performanță*, Ed. 1, 18-20 octombrie 2023. Chișinău, 2023, p. 111. ISSN 2345-1476.

11. **Glavan P.** A Review on the Economic Costs of Domestic Violence in the Republic of Moldova. In: *Proceedings of XXI. International Balkan and Near Eastern Social Sciences Congress Series on Economics, Business and Management*. Plovdiv, Bulgaria. 16-17 Martie, 2024. p.845 ISBN 978-619-203-485-6.
 12. Pădure A., **Glavan P.**, Bondarev A., Cazacu D., Arnaut O. Medico-legal identification of physical domestic violence – Research project results. In: *Proceedings of the 16-th edition of Euroinvent european exhibition of creativity and innovation*. Iași, România, 2024, pp. 136-137. ISSN 2601-4564.
 13. Toporeț N., Pădure A., **Glavan P.**, Bondarev A., Șarpe V. „Virginity test” in the Republic of Moldova. În: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*. Chișinău, 2024. Supliment, pp. 68-69. ISSN 2587-3873.
 14. Pădure A., Bondarev A., **Glavan P.** Raising the medical staffs knowledge in responding to gender-based violence in the Republic of Moldova. În: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*. Chișinău, 2024. Supliment, pp. 69-70. ISSN 2587-3873.
 15. Nicorici A., Pădure A., Toporeț N., Bondarev A., **Glavan P.**, Șarpe V. Rate and structure of sexual violence in the Republic of Moldova. În: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*. Chișinău, 2024. Supliment, pp. 70-71. ISSN 2587-3873.
 16. Damaschin F., Toporeț N., Pădure A., **Glavan P.**, Bondarev A., Șarpe V. Domestic violence in the Republic of Moldova from medico-legal perspective. În: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*. Chișinău, 2024. Supliment, pp. 71-72. ISSN 2587-3873.
 17. **Glavan P.**, Pădure A., Bondarev A., Spinei L., Cazacu D. Medico-legal identification of adult victims of physical domestic violence. În: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*. Chișinău, 2024. Supliment, p. 72. ISSN 2587-3873.
 18. Nicorici A., Pădure A., Bondarev A., **Glavan P.** Raportarea obligatorie vs. voluntară a violenței sexuale. În: *Revista de Științe ale Sănătății din Moldova*, 2024, 11(3)/Anexa 2, p. 119. ISSN 2345-1476.
- **Brevete de invenții, patente, certificate de înregistrare, materiale la saloanele de invenții:**
 19. Pădure A., Spinei L., Bondarev A., Cazacu D., **Glavan P.** *Utilizarea chestionarului de evaluare a necesităților de instruire a medicilor și mediciniștilor în domeniul violenței în familie*. Certificat de inovator nr. 6151 din 10.11.2023.
 20. Pădure A., **Glavan P.**, Bondarev A., Arnaut O., Cazacu D. *Utilizarea chestionarului de evaluare a profilului victimelor violenței în familie și de identificare a pattern-ului lezional*. Certificat de inovator nr. 6253 din 17.05.2024.
 - **Cărți de specialitate:**
 21. Pădure A., **Glavan P.**, Bondarev A., Spinei L., Cazacu D. *Cunoștințele și percepțiile medicilor și mediciniștilor cu privire la violența în familie*. Chișinău: „Print Caro”, 2023. 116 p. ISBN 978-9975-180-09-2.
 22. Pădure A., **Glavan P.**, Bondarev A., Arnaut O., Cazacu D. *Identificarea victimei adulte a violenței în familie în baza profilului social și pattern-ului lezional*. Chișinău: „Print Caro”, 2024. 96 p. ISBN 978-9975-180-86-3.
 - **Participări cu comunicări la forumuri științifice:**
 - ✓ internaționale

23. Topal C., Pădure A., Bondarev A., **Glavan P.** Caz anomic de omucidere în familie. *International Conference „Homicide within family interdisciplinary perspectives”*. București, România, 24-26 noiembrie 2021.
24. Toporeț N., Pădure A., Bondarev A., **Glavan P.** Role of the health system and forensic investigations in proving domestic violence. *The International Conference of Forensic Medicine 5th edition*. Cluj-Napoca, România, 29 septembrie-2 octombrie 2022.
25. Pădure A., **Glavan P.** Rolul și capacitatea expertizei medico-legale în identificarea violenței domestice. *Conferința științifică internațională „Prevenirea și combaterea violenței în familie”*. Chișinău, 1-2 decembrie 2022.
26. Pădure A., Bondarev A., **Glavan P.** Evaluarea necesităților de instruire a medicilor și mediciniștilor privind violența în familie – perspective și provocări. *Conferința internațională științifico-practică „Familia contemporană între tradiție și lege”*. Chișinău, 12 mai 2023.
27. **Glavan P.**, Pădure A., Bondarev A., Spinei L., Cazacu D. Exploring knowledge and perceptions of domestic violence among medical students and physicians in the Republic of Moldova. *The International Conference of Forensic Medicine 6th edition*. Cluj-Napoca, România, 28 septembrie-1 octombrie 2023.
28. **Glavan P.** A Review on the Economic Costs of Domestic Violence in the Republic of Moldova. *XXI. International Balkan and Near Eastern Social Sciences Congress Series on Economics, Business and Management*. Plovdiv, Bulgaria, 16-17 Martie, 2024.
29. **Glavan P.**, Pădure A., Bondarev A., Spinei L., Cazacu D. Knowledge and perceptions of medical students and physicians from the Republic of Moldova regarding domestic violence. *Al 10-lea Simpozion Internațional al Osteuropaveerein Rechtsmedizin e.V.* Chișinău, 30 mai-1 iunie 2024.
30. **Glavan P.**, Pădure A., Bondarev A., Cazacu D., Arnaut O. Social profile and injury pattern: evidence-based tools for identifying adult victims of domestic violence. *The 15th Annual Meeting of the Balkan Academy of Forensic Science*. Iași, România 24 -27 octombrie 2024.
31. Pădure A., **Glavan P.**, Bondarev A., Cazacu D., Arnaut O. Targeted training for healthcare professionals: a key strategy for effectively addressing domestic violence. *The 15th Annual Meeting of the Balkan Academy of Forensic Science*. Iași, România 24 -27 octombrie 2024.

✓ **naționale**

32. **Glavan P.** Consolidarea capacității medicilor în oferirea unui răspuns eficient la cazurile de violență în familie. *Conferința Științifică Anuală a USMF „Nicolae Testemițanu” Cercetare în Biomedicină și Sănătate: calitate, excelență și performanță*. Chișinău, 18-20 octombrie 2023.
33. **Glavan P.**, Pădure A. Cunoștințele și percepțiile medicilor și mediciniștilor cu privire la violența în familie. *Congresul Val medicilor de familie din Republica Moldova*. Chișinău, 17-18 mai 2024.

● **Participări cu postere la foruri științifice:**

✓ **internaționale**

34. Pădure A., **Glavan P.**, Bondarev A., Spinei L., Cazacu D. Medico-legal identification of physical domestic violence – Research project. *15-th edition of Euroinvent european exhibition of creativity and innovation*. Iași, România, 11-13 mai 2023.
35. Pădure A., **Glavan P.**, Bondarev A., Cazacu D., Arnaut O. Medico-legal identification of physical domestic violence – Research project results. *16-th edition of Euroinvent european exhibition of creativity and innovation*. Iași, România, 6-8 iunie 2024.
36. Pădure A., **Glavan P.**, Bondarev A., Cazacu D., Arnaut O. Utilizarea chestionarului de evaluare a profilului victimelor violenței în familie și de identificare a pattern-ului

lezional. *3-nd edition of the International Exhibition of innovation and Technology Transfer „Excellent Idea - 2024”*. Chișinău, 20-22 septembrie 2024.

✓ **naționale**

37. **Glavan P.**, Covata S., Pădure A. Aspecte clinico-morfologice ale sindromului copilului scuturat. *Conferința științifică anuală „Cercetarea în biomedicină și sănătate: calitate, excelență și performanță”*. Chișinău, 19-21 octombrie 2022.

Declarația privind asumarea răspunderii

Subsemnatul, declar pe răspundere personală, că materialele prezentate în teza de doctorat sunt rezultatul propriilor cercetări și realizări științifice. Conștientizez că, în caz contrar, urmează să suport consecințele în conformitate cu legislația în vigoare.

Glavan Petru

Semnătura

Data

Declaration on accountability

I declare the personal responsibility that information presented in this thesis are the result of my own research and scientific achievements. I realize that, otherwise, will suffer the consequences in accordance with law.

Glavan Petru

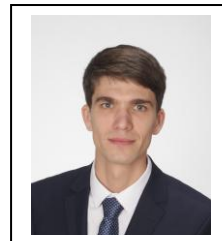
Signature

Date

Informații personale

Nume / Prenume

Glavan Petru



Adresa

str. Sprâncenoaia 3B, mun. Chișinău, MD 2028, Republica Moldova

Tel/fax

Telefoane

Mobil: (+373) 60477740

e-mail

petru.glavan@usmf.md

Sex

Masculin

Data nașterii

08 Februarie 1994

Naționalitatea

Republica Moldova

Experiența profesională

Perioada

2023-prezent

Funcția și postul ocupat

Șef secție, Secția Medico-criminalistică, Centrul de Medicină Legală, mun. Chișinău, str. VI. Korolenko 8, MD 2025, <https://medicina-legala.md/ro/acasa/>

Timpul activității

Coordonarea activităților de expertiză judiciară
Realizarea funcțiilor manageriale: planificare, organizare, control, raportare

Perioada

2023-prezent

Funcția și postul ocupat

Expert judiciar, Centrul de Medicină Legală, mun. Chișinău, str. VI. Korolenko 8, MD 2025, <https://medicina-legala.md/ro/acasa/>

Timpul activității

Efectuarea expertizelor judiciare specializate în domeniul medicinei legale

Perioada

2023-prezent

Funcția și postul ocupat

Asistent universitar, Catedra de medicină Legală a USMF „Nicolae Testemițanu”, mun. Chișinău, str. VI. Korolenko 8, MD 2025, <https://medlegala.usmf.md/>

Timpul activității

Activități didactice în cadrul disciplinelor catedrei

Perioada

Martie 2022- Decembrie 2022

Funcția și postul ocupat

Medic rezident, Centrul de Medicină Legală, mun. Chișinău, str. VI. Korolenko 8, MD 2025, <http://medicina-legala.md/>

Timpul activității

Activități clinice conform programului de rezidențiat

Perioada

2020-2022

Funcția și postul ocupat

Asistent universitar (plata cu ora), Catedra de medicină Legală a USMF „Nicolae Testemițanu”, mun. Chișinău, str. VI. Korolenko 8, MD 2025, <https://medlegala.usmf.md/>

Timpul activității

Activități didactice în cadrul disciplinelor catedrei

Perioada

2020-prezent

Funcția și postul ocupat

Laborant superior, Catedra de medicină Legală a USMF „Nicolae Testemițanu”, mun. Chișinău, str. VI. Korolenko 8, MD 2025, <https://medlegala.usmf.md/>

Timpul activității

Activități extradidactice în cadrul catedrei

Educație și formare

Perioada

Decembrie 2019 – Decembrie 2022

Calificarea/diploma obținută

Diplomă de medic specialist, diploma MSR nr. 000001042 din 16.12.2022

Discipline principale studiate

- ♦ Medicina legală
- ♦ Drept medical

<i>Numele și tipul instituției de învățământ</i>	◆ Violența în familie și în bază de gen Facultatea de Rezidențiat, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău
Perioada	Septembrie 2013 – Iunie 2019
<i>Calificarea/diploma obținută</i>	Diplomă de licență în medicină, diploma LMM nr. 000002115 din 18.06.2019
<i>Discipline principale studiate</i>	◆ Discipline fundamentale ◆ Discipline ale profilului terapeutic ◆ Discipline ale profilului chirurgical
<i>Numele și tipul instituției de învățământ</i>	Facultatea de Medicină, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău
Perioada	Septembrie 2008 – Mai 2013
<i>Calificarea/diploma obținută</i>	Diplomă de bacalaureat AB nr. 000191378 din 11.07.2022
<i>Discipline principale studiate</i>	◆ Disciplinele profilului real ◆ Disciplinele profilului umanist
<i>Numele și tipul instituției de învățământ</i>	Liceul teoretic „Ion Văduva”, or. Strășeni
Alte formări/instruiri	◆ Participări la conferințe:
21.10-24.10.2025.	✓ Improving health systems in Moldova. Engaging medical students for change. Final Conference of the International Training Programme: Prevent and Respond to Gender Based Violence – Strengthening Agents of Change, Viena, Austria,
03.10.2025	✓ Conferința internațională științifico-practică cu tema: "Expertul judiciar – stâlpul încrederii în actul de justiție"
24.10 -27.10.2024	✓ The 15th Annual Meeting of the Balkan Academy of Forensic Science. Iași, România
20.09-22.09.2024	✓ 3-nd edition of the International Exhibition of innovation and Technology Transfer „Excellent Idea - 2024
06.06-08.06.2024	✓ 16-th edition of Euroinvent european exhibition of creativity and innovation, Iași, România
30.05-01.06.2024	✓ Al 10-lea Simpozion Internațional al Osteuropaveerein Rechtsmedizin e.V. Chișinău, Republica Moldova
17.05-18.05.2024	✓ Congresul V al medicilor de familie din Republica Moldova. Chișinău, Republica Moldova
16.03-17.03.2024	✓ XXI. International Balkan and Near Eastern Social Sciences Congress Series on Economics, Business and Management, . Plovdiv, Bulgaria
28.09-01.10.2023	✓ The International Conference of Forensic Medicine 6th edition. Cluj-Napoca, România
11.05-13.05.2023	✓ 15-th edition of Euroinvent european exhibition of creativity and innovation. Iași, România
12.05.2023	✓ Conferința internațională științifico-practică „Familia contemporană între tradiție și lege”, USM, Chișinău
15.12.2022	✓ Webinarul republican al serviciului medico-legal din RM „Prelevarea probelor biologice pentru cercetări medico-legale de laborator”, USMF „Nicolae Testemițanu”, Centrul de Medicină Legală
01.12-02.12.2022	✓ International Scientific Conference “Preventing and combating domestic violence”, Chișinău
29.09-02.10.2022	✓ The International Conference of Forensic Medicine 5th edition, Cluj-Napoca, Romania

14.04.2022	✓ Conferința internațională dedicată problemelor științifice în domeniul expertizei judiciare psihiatrice – psihologice și a modului de utilizare în procesul judiciar, Chișinău
25.11.2021	✓ Webinarul republican al serviciului medico-legal din RM „Probleme stringente ale traumatologiei medico-legale și psihiatriei judiciare”, USMF „Nicolae Testemițanu”, Centrul de Medicină Legală
24.11-26.11.2021	✓ Online International Conference „Homicide within family: interdisciplinary perspectives”. Bucharest, Romania
20.10 – 22.10.2021	✓ Conferința științifică anuală „Cercetarea în biomedicină și sănătate: calitate, excelență și performanță”, USMF „Nicolae Testemițanu”
08.10.2021	✓ Al III-lea Congres Internațional al medicilor legiști din Republica Moldova, consacrat aniversării a 70 ani de la fondarea Centrului de Medicină Legală, USMF „Nicolae Testemițanu”, Centrul de Medicină Legală
24.06.2021	✓ Webinarul republican al serviciului medico-legal din RM „Prelevarea și gestionarea probelor biologice pentru cercetările histologice, sero-citologice și genetice”, USMF „Nicolae Testemițanu”, Centrul de Medicină Legală.
29.04.2021	✓ Webinarul republican al serviciului medico-legal din RM „Prelevarea și gestionarea probelor biologice pentru cercetările toxicologice și medico-criminalistice”, USMF „Nicolae Testemițanu”, Centrul de Medicină Legală.
21.04 – 22.04.2021	✓ International Congress „Actual issues of forensic medical practice – 2021”, Association of forensic medical experts, Moscow, Russia
25.02.2021	✓ Webinarul republican al serviciului medico-legal din RM „Diagnosticarea macro- și microscopică a infecției COVID-19”, USMF „Nicolae Testemițanu”, Centrul de Medicină Legală.
19.02.2021	✓ International online conference „Medical simulation - looking into the future”, Bukovinian State Medical University, Ukraine.
18.02.2021	✓ International online conference „Assessment of the degree of injury severity”, Moscow Bureau of Medico-Legal Investigations, Russia
28.01.2021	✓ Webinarul republican al serviciului medico-legal din RM „Unele aspecte privind organizarea activității de expertiză medico-legală”, USMF „Nicolae Testemițanu”, Centrul de Medicină Legală.
23.12.2020	✓ International online conference „Medico-legal, clinical, morphological and humanitarian aspects of COVID-19 pandemic”, Association of forensic medical experts, Moscow, Russia
21.10 – 23.10.2020	✓ Congresului internațional consacrat aniversării a 75-a de la fondarea USMF „Nicolae Testemițanu”

Domeniul de activitate științifică

Specialitatea de bază
Domenii de cercetare

Medicină legală
-Medicina legală;
-Violența în familie și în bază de gen;
-Criminalistica medico-legală.

Date statistice privind numărul total de publicații științifice și

<i>Autor și coautor</i>	metodico-didactice ◆ 2 cărți de specialitate; ◆ 23 articole și teze; ◆ 18 materiale ale comunicărilor științifice; ◆ 2 certificate de inovator.
<i>Limba maternă</i>	Română
Autoevaluare	
<i>Nivel european (*)</i>	
Rusa	
Engleza	
<i>Competențe și aptitudini PC</i>	Windows, MS Office applications: Word, Excel, Power Point; Internet;
<i>Competențe organizaționale/manageriale</i>	◆ Capacitate de analiză și sinteză. ◆ Responsabilitate și flexibilitate. ◆ Capacitate de lucru în echipă. ◆ o bună cunoaștere a proceselor didactice și de cercetare (activez în calitate asistent universitar, USMF „Nicolae Testemițanu”) ◆ o bună cunoaștere a domeniilor privind prevenirea și combaterea violenței și familie și în bază de gen, violenței sexuale.
<i>Competențe dobândite la locul de muncă</i>	Căsătorit, 2 copii.
Informații suplimentare	Permis de conducere - Categoria A, B

ADNOTARE

**Glavan Petru, „Identificarea medico-legală a violenței domestice fizice la adulți”,
teză de doctor în științe medicale, Chișinău, 2025**

Actualitatea cercetării: Violența în familie rămâne o problemă gravă de sănătate publică, cu efecte profunde asupra victimelor și societății, fiind adesea subraportată. Amploarea fenomenului și dificultățile de identificare a victimelor demonstrează necesitatea consolidării rolului sectorului medical în identificarea și intervenția timpurie în cazurile de violență domestică.

Scopul lucrării: Evaluarea necesităților de educație medicală și dezvoltarea instrumentelor de identificare a victimei adulte pentru consolidarea răspunsului sistemului sănătății la violența domestică fizică.

Obiectivele cercetării: 1. Determinarea incidenței violenței în familie după date medico-legale la nivel național; 2. Evaluarea gradului de conștientizare, percepțiilor și necesităților de formare a actualilor și viitorilor medici în domeniul violenței domestice; 3. Constatarea profilului social al victimei adulte a violenței domestice fizice neletale și a pattern-ului lezional; 4. Înaintarea recomandărilor practice susținute științific pentru facilitarea identificării victimelor adulte ale violenței domestice fizice în baza profilului social și a pattern-ului lezional.

Noutatea și originalitatea științifică: Până în prezent nu au fost realizate studii fundamentale privind violența domestică din perspectivă medico-legală și nu a fost analizată necesitatea instruirii cadrelor medicale pentru gestionarea eficientă a cazurilor. Studiul a stabilit profilul social al victimei adulte și pattern-ul lezional, oferind medicilor legiști și clinicienilor instrumente practice pentru identificarea și examinarea victimelor. Cercetarea contribuie astfel la dezvoltarea unui cadru teoretic solid pentru prevenirea și combaterea violenței domestice.

Rezultatele majore noi obținute: Studiul a determinat incidența și caracteristicile violenței domestice fizice neletale la nivel național după date medico-legale. A fost elaborat profilul social al victimei adulte și pattern-ul lezional specific, oferind criterii obiective pentru identificarea victimelor. Cercetarea a evidențiat necesitatea instruirii medicilor și mediciniștilor în vederea consolidării capacităților acestora de identificare și gestionare a cazurilor de violență domestică.

Semnificația teoretică și valoarea aplicativă: A fost elaborat un set de recomandări practice privind examinarea medicală și medico-legală a victimelor violenței domestice fizice neletale. Pattern-ul lezional identificat în cadrul studiului va spori capacitatea medicilor, inclusiv a medicilor legiști, de a identifica victimele adulte ale violenței domestice și de a furniza probe medicale și medico-legale pentru justiție. Acest lucru permite demonstrarea violenței în familie, încadrând juridic faptele agresorului și asigurând dreptul victimelor la justiție echitabilă.

Implementarea rezultatelor științifice: Rezultatele cercetării au fost utilizate pentru actualizarea cursului „Violența în familie și pe criterii de gen” la Catedra de Medicină Legală a USMF „Nicolae Testemițanu” și sprijină implementarea Programului național pentru prevenirea și combaterea violenței față de femei și a violenței în familie (2023–2027) și a Convenției Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice.

Structura tezei: Lucrarea cuprinde: introducere, 5 capitole, concluzii generale, recomandări practice, lista referințelor bibliografice cu 260 surse, 5 anexe. Teza este expusă pe 146 pagini de text de bază și este ilustrată cu 45 figuri și 5 tabele. Rezultatele sunt publicate în 20 lucrări științifice.

Cuvinte-cheie: violența domestică, victimă, medici, mediciniști, cunoștințe, percepții, examinare medico-legală, identificare, profil social, pattern lezional.

ANNOTATION

**Glavan Petru, „Medico-legal identification of physical domestic violence in adults”,
PhD thesis in medical sciences, Chisinau, 2025**

Relevance of the research: Domestic violence remains a serious public health issue, with profound effects on both victims and society, and is often underreported. The extend of the phenomenon and the difficulties in identifying victims highlight the need to strengthen the role of the medical sector in the early identification and intervention in cases of domestic violence.

Purpose of the study: Assessment of medical education needs and development of tools for identifying adult victims to strengthen the health system's response to physical domestic violence.

Research objectives: 1. Determining the incidence of domestic violence based on forensic data at the national level; 2. Assessing the level of awareness, perceptions, and training needs of current and future physicians regarding domestic violence; 3. Identifying the social profile of adult victims of non-fatal physical domestic violence and their injury patterns; 4. Providing scientifically supported practical recommendations to facilitate the identification of adult victims of non-fatal domestic violence based on their social profile and injury pattern.

Scientific novelty and originality: Until now, no fundamental studies have been conducted on domestic violence from a medico-legal perspective, nor has the need for training medical personnel in the effective management of such cases been analyzed. The study established the social profile of the adult victim and the injury pattern, providing forensic doctors and clinicians with practical tools for identifying and examining victims. Thus, the research contributes to the development of a solid theoretical framework for the prevention and combating of domestic violence.

Major new results obtained: The study determined the incidence and characteristics of non-lethal physical domestic violence at the national level based on medico-legal data. The social profile of the adult victim and the specific injury pattern were established, providing objective criteria for victim identification. The research highlighted the need for training doctors and medical students to strengthen their capacities for identifying and managing cases of domestic violence.

Theoretical significance and practical value: A set of practical recommendations was developed regarding the medical and medico-legal examination of victims of non-lethal physical domestic violence. The injury pattern identified in the study will enhance the ability of doctors, including forensic physicians, to identify adult victims of domestic violence and to provide medical and medico-legal evidence for the justice system. This enables the documentation of domestic violence, supports the legal classification of the perpetrator's actions, and ensures the victims' right to fair justice.

Implementation of results: The research findings have been used to update the course „Domestic Violence and Gender-Based Violence” at the Department of Forensic Medicine of Nicolae Testemițanu State University of Medicine and Pharmacy and support the implementation of the National Program for the Prevention and Combating of Violence Against Women and Domestic Violence (2023–2027), as well as the Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence.

Thesis structure: The thesis comprises an introduction, five chapters, general conclusions, practical recommendations, a reference list of 260 sources, and 5 annexes. The thesis is presented on 146 pages of main text and is illustrated with 45 figures and 5 tables. The results have been published in 20 scientific papers.

Keywords: domestic violence, victim, physicians, medical students, knowledge, perceptions, medico-legal examination, identification, social profile, injury pattern.