UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ŞI FARMACIE
CAROL DAVILA, BUCUREŞTI
ŞCOALA DOCTORALĂ
MEDICINĂ

ASPECTE ACTUALE PRIVIND SĂNĂTATEA REPRODUCERII ÎN COLECTIVITĂŢILE RROME
REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

Conducător de doctorat:
PROF. UNIV. DR. PETRU ARMEAN

Student-doctorand:
IANCU FELICIA CLAUDIA

2019

Cuprins

Introducere.....1
Partea generală.....7
Cap. 1. Serviciile de sănătatea reproducerii şi de planning familial.....7
1.1. Date actuale privind sănătatea reproducerii şi planificării familiale.....7
1.2. Organizarea serviciilor de planning familial în România.....11
Cap. 2 Indicatori demografici şi de sănătate în colectivităţile de rromi.....24
2.1. Aspecte socioculturale şi demografice privind colectivităţile de rromi.....24
2.2. Starea de sănătate actualăa colectivităţilor de rromi 27
Cap. 3 Partea specială- contribuţii personale.....32
3.1. Ipoteza de lucru, scop şi obiectivele generale.....32
3.2. Metodologia generală a cercetării….....32
3.2.1. Definirea temei de cercetare.....33
3.2.2. Metode şi instrumente de cercetare.....34
3.3. Descrierea obiectivelor specifice şi definirea termenilor.....41
3.4 Operaţionalizarea conceptelor şi metoda de eşantionare.....44
Cap. 4. Studiul asupra sănătăţii reproducerii şi a planningului familial în colectivităţile de romi.....45
4.1. Ipoteza de lucru şi obiective specifice.....45
4.2. Material şi metode de cercetare.....45
Substudiul 1.....46
4.3. Analiza factorilor demografici şi economici care influenţează sănătatea reproducerii.....46
4.3.1 Rezultate şi discuţii.....46
4.3.2 Concluzii parţiale.....65
Substudiul 2.....66
4.4. Analiza interferenţelor dintre stările fiziologice şi patologice şi sănătatea reproducerii 66
4.4.1Rezultate şi discuţii.....66
4.4.2 Concluzii parţiale.....140

Concluzii.....141
Recomandări.....143
Limitele cercetării.....144
Bibliografie.....147
Anexe.....151

Introducere

Prezenta teză de doctorat abordează din punct de vedere medical şi sociologic sănătatea şi reproducerea sexuală din comunităţile de rromi.

Originalitatea acestei lucrări vine tocmai din importanţa subiectului analizat, dar şi din modalitatea în care este abordată lucrarea. Lucrarea este structurată în două parţi distincte şi foarte bine delimitate. În prima parte a lucrarii este partea de teorie, iar în a doua parte a lucrarii sunt analizate şi prezentate în detaliu rezultatele studiului realizat în cadrul comunităţii de rromi, acesta reprezentand partea de cercetare.

Prima parte reprezintă partea personală. Aceasta cuprinde două capitole, iar fiecare capitol are câte două subcapitole.

Partea personală şi cea de cercetare sunt in strânsă legătură, firul roşu al lucrării legând şi consolidând cele două părţi. În primul subcapitol al lucrării am tratat şi analizat din punct de vedere medical date despre sănătatea reproducerii sexuale şi maniera în care acestea se găsesc la nivel global. Sunt analizate principalele perioade fertile din viaţa unei femei, măsuri de protective sexuale sau metode contraceptive. De asemenea am prezentat procentual care sunt principalele boli şi probleme ale aparatului reproducator, care sunt categoriile de femei care realizează şi au un număr mai mare de copii.În aceeaşi măsură am prezentat şi principalele măsuri de panning familial luate în cadrul familiilor, precum şi categoriile de persoane care nasc un anumit număr de copii, mai mic sau mai mare în comparaţie cu media de copii care există la nivel global.

Subcapitolul al doilea din partea de teorie analizează şi prezintă din punct de vedere sociologic caracteristici ale comunităţilor de rromi. Sunt tratate aspecte care se referă la date socio-demografice: nivel de studii, educaţie, număr de copii, stare civilă, până la aspecte care ţin de manierea în care aceştia locuiesc şi îşi duc existenţa, prezentand aspecte care se referă la starea locuinţei, dotările care sunt în cadrul locuinţei şi principalele utilităţi ale acestora. Toate aceste informaţii sunt susţinute de date statistice şi cercetări realizate în cadrul comunităţilor de rromi de cercetatori din ţara noastră.

Capitolul 3 al lucrării prezintă partea de metodologie a cercetării, principalele obiective, ipoteze şi întrebări de cerctare avute în cadrul studiului realizat.

Scopul studiului a fost acela de a identifica care sunt factorii, sau cu alte cuvinte care este cauza pentru care femeile din comunităţile de rromi au un număr mai mare de copii, decât femeile române.

Studiul a fost realizat asupra unei comunităţi de rromi. Cercetarea a fost realizata asupra femeilor din aceasta comunitate şi a avut la baza o metodă cantitativă, respectiv chestionarul. Chestionarul a fost strucurat dupa cum am precizat mai sus pe patru dimensiuni, dimensiunea economică, demografică, culturală şi cea care ţine de sănaătatea persoanelor sau metodele de reproducere. Analiza datelor a fost realizata pe fiecare item în parte, având la baza însă şi corelaţii între variabilele incluse în cercetare.

Capitolul 4 al lucrarii reprezintă partea de cercetare a tezei de doctorat, care în acelaşi timp este şi partea cea mai consistentă a acesteia. Partea de cercetare cuprinde două substudii: unul privind analiza factorilor demografici şi economici care influienţează sănătatea reproducerii iar celălalt analizează interferenţa dintre stările fiziologice şi patologice şi sănătatea reproducerii precum şi a plenningului familial.

Primul substudiu al lucrării prezintă informaţii despre familia persoanelor din comunitatea în care am realizat cercetarea, modalitatea de locuire, starea materială a locuinţei, numărul de membrii din cadrul familiei, în cadrul acesteia prezentand în cea mai mare parte informaţii demografice/ sociale sau cu alte cuvinte date brute rezultate din cercrtare.

Mai prezintă informaţii despre nivelul de studii şi educaţia pe care o au persoanele din comunitatea analizată, precum şi principalele lor tendinţe.

Al doilea substudiu, prezintă informaţii despre sănătate şi îngrijirea medicală din comunităţile de rromi.Bolile cu transmitere sexuală a fost un alt subiect foarte important abordat şi tratat în cadrul lucrării şi studiului realizat de către noi.Sunt analizate metodele contraceptive folosite, dar şi apelul la medic pentru identificarea principalelor probleme sexuale sau pentru naştere. Alt subiect important al lucrării noastre a fost sarcina apariţia copilului, întrucât am dorit să identificăm dacă numărul de copii din cadrul familiilor de rromi ţine de un model cultural care există în cadrul famiilor sau poate fi vorba de o situaţie determinată de alţi factori.

Ultima parte a lucrării prezintă concluziile silimitele, respectiv recomandările.

I.Partea generală

Capitolul 1. Serviciile de sănătatea reproduceriişi de planning familial

1.1 Date actuale privind sănătatea reproducerii şi planificării familiale.

Atât la nivel global, cât şi în ceea ce priveşte ţara noastră, pe plan restrâns, problematica planificării familiale a căpătat o tot mai semnificativă importanţă, alături de lupta pentru o viaţă cât mai sănătoasă prin evitarea factorilor externi [1]. Astăzi, femeile din ţara noastră, aliniându-se cu cele din ţările dezvoltate, pot alege cu uşurinţă cand, cum şi cu cine îşi doresc să îşi întemeieze o familie. Acestea au la îndemână numeroase metode contraceptive reversibile prin care au posibilitatea să evite oricând o sarcină nedorită, cele mai multe amânând pe cât de mult posibil momentul în care vor aduce pe lume unul sau mai mulţi copii[3]. Este îngrijorător, de asemenea, faptul că România este una din ţările în care situaţia privind drepturile şi sănătatea sexualitaţii şi reproducerii a fost afectată negativ din cauza întreuperii accesului României la fonduri de dezvoltare internaţională, de instabilitate politică şi de lipsa voinţei politice, conform Barometrului „Accesul femeilor la opţiuni de contracepţie modernă în 16 ţări UE. Studiul ne atrage atenţia că „ (…)nu există campanii de conştientizare, nici programe coerente de pregătire a personalului medical în domeniul DSSR [9]. Ca o concluzie, am putea afirma că organizarea serviciilor de planning familial în ţara noastră a prins contur în ultimele două decenii deşi există înca o reticenţă destul de pronunţată în ceea ce priveşte reticenţa faţă de calitatea serviciilor cât şi de relaţia medic-pacient care conduce încă la un grad scăzut al adresabilităţii[10].

1.2 Organizarea serviciilor de planning familial în România

Primele încercări în ceea ce priveşte crearea unor structuri organizatorice pentru activitatea de planificare familială fiind elaborate de către Ministerul Sănătăţii în anul 1992 la decizia Direcţiei Generale a asistenţei mamei, copilului şi adolescentului în colaborare cu Direcţia Economică, Plan şi Prognoze, cabinetele de planificare familială urmând să funcţioneze sub forma unor centre de sănătate a reproducerii şi planificării familiale cât şi sub forma unor cabinete individuale de planificare familială la nivelul municipiilor de reşedinţă de judet şi tuturor sectoarelor din Municipiul Bucureşti. Aceste cabinete trebuiau să funcţioneze într-un eşalon de izbăvire a sănătăţii, debusrat de Banca Mondială şi capital propriu al M.S. Aceste decizii s-au finalizat în "*Ordinul nr.136, privind înfinţarea centrelor şi cabinetelor de planificare*

familială precum şi aprobarea normelor de organizare şi funcţionare a acestora”.Rolul acestora era de a acorda asistenţă medicală în domeniul sănătăţii reproducerii şi planificării familiale prin coordonarea activităţii de evaluare a datelor, cât şi prin evaluarea necesarului, contractarea şi elaborarea unui plan de distribuire a materialelor contraceptive, elaborarea şi propunerea proiectului de buget anual al activităţii de profil, pregătirea personalului din reţeaua de planificare familială, iniţierea şi monitorizarea activităţilor de cercetare medico-sociale. Iniţierea şi susţinerea unei strategii de convingere şi persuasiune, elaborarea de materiale informative şi educative care să aiba mesaje potrivite [11]. Scopurile numeroaselor organizaţii care se ocupă de aceasta problematică sunt foarte diverse. Printre acestea se numără organizarea de programe care să cuprindă acţiuni de prevenire, îngrijire şi supraveghere a infecţiilor cu transmitere sexuală care să se adreseze tuturor segmentelor societăţii, cu accent pus pe grupurile de risc, cu respectarea drepturilor omului şi demnităţii persoanelor afectate. De asemenea, prevenirea acestor infecţii constituie unul din principalele scopuri, cu o atenţie deosebită către infecţiile virale cu VHC sau HPV[12].Cabinetele de planning familial rezolvă foarte multe probleme de ordin medical, psihologic şi sociologic, oferind soluţii personalizate pentru o viaţă sexuală sănătoasă şi satisfacatoare.

Capitolul 2. Indicatori demografici şi de sănătate în colectivităţile de rromi

2.1 Aspecte sociocuturale şi demografice privindcolectiviţătile de rromi.

Comunitatea de rromi de pe teritoriul ţării noastre este foarte semnificativă, are un mare impact sociologic în România şi, de asemenea, se ramarcă printr-o structură demografică foarte tânără, aceasta fiind determinată de valorile mai înalte ale natalităţii şi fertilităţii rromilor, comparativ cu restul populaţiei din România [24].

2.2 Starea de sănătate actuală a colectivităţilor de rromi.

Planificarea familială la populaţia de rromi este o problemă relativ controversată deoarece – de multe ori – este privită mai degrabă ca o politică anti–natalistă, coercitivă, decât ca un drept al fiecarui individ şi al fiecărui cuplu.Foarte multe femei de etnie rromă invocă necunoaşterea metodelor contraceptive [35]. Aşadar, controlul ginecologic în familiile rrome, nu a devenit încă obişnuinţă, însă medicii au remarcat o creştere destul de mare a sarcinilor monitorizate în rândul femeilor de etnie rromă, în raport cu anii precedenţi[38].

Cap. 3 PARTEA SPECIALĂ- Contribuţii personale.

3.1 Ipoteza de lucru, scop şi obiective generale.

Ca **ipoteze** de lucru am pornit de la faptul că în urma cercetărilor efectuate până acum au fost evidenţiate două comportamente demografice privind populaţia de rromi: vârsta timpurie a femeii privind prima sarcină şi numărul mare de copii în familiile de rromi. Aceste două elemente sunt întâlnite atât în comunităţile de rromi cât şi în cele rurale şi se circumscriu gradului mare de tradiţionalism, inclusiv cel privind traiul în comun al mai multor generaţii.

Scopul principal fiind concretizat în identificarea cauzelor care au dus la crearea acestei situații, caracterizată prin fertilitate ridicată şi un număr mare de copii în familiile de etnie romă.

Obiectivul principal legat de prima întrebare este acela de a identifica cauzele care determină persoanele de etnie rromă să-şi dorească un număr cât mai mare de copii.

Obiectivele secundare sunt corelate cu cel principal respectiv cu întrebarile secundare de cercetare şi constau în:

- identificarea caracteristicilor demografice ale acestor persoane,
- identificarea numărului lor,
- identificarea stilului lor de viață,
- identificarea locurilor în care dorm
- identificarea relației pe care o au cu autoritățile,
- identificarea relației pe care o au cu societatea,
- relația pe care o au cu diverse persoane (rude, foşti prieteni, foşti colegi de serviciu etc.)

3.2 Metodologia generală a cercetării. Cercetarea a fost una de teren desfăşurată în mediul rural şi a avut la bază o metodologie cantitativă, şi anume ancheta de teren pe bază de chestionar. Cercetarea s-a desfăşurat în mai multe etape. În prima fază a cercetării am încercat să identificăm localitățile din mediul rural unde populația de etnie rromă ocupă un procent mai mare din totalul populației. În urma acestui proces de reasearch al localităților care au un număr mare de persoane de etnie rromă pe teritoriul lor am vizualizat un reportaj tv cu localitatea în care am realizat cercetarea. În pasul doi am luat legătura cu autoritățile locale din localitate şi am mers în localitate pentru a realiza cercetarea şi a aplica chsetionarele. În ultima etapă am aplicat chestionarele.

3.2.1. Definirea temei de cercetare. Studiul de față își propune să realizeze o analiză a natalității pe teritoriul României, fiind exact cu precădere pe identificarea motivelor pentru care în rândul populației de etnie rromă, natalitatea este mai ridicată și copiii apar de la vârste cât mai fragede.

3.2.2. Metode şi instrumente de cercetare.

Metoda de cercetare utilizată în cadrul acestei investigaţii sociologice este ancheta sociologică de tip prospectiv, iar instrumentul de cercetare este chestionarul.

3.3 Descrierea obiectivelor specifice şi definirea termenilor.

Prin intermediul studiului am urmărit să identificăm următoarele aspecte:

- determinanţii socio-economici ai stării de sănătate,
- autoaprecierea stării de sănătate,
- comportament în ceea ce priveşte accesarea serviciilor medicale
- gradul de educaţie sanitară în populaţia de rromi studiată.

Obiectivul principal constă în identificarea unei relații între numărul de copii din cadrul unei familii și nivelul venitului din familie, frecvența actelor sexuale, sau realizarea actelor sexuale neprotejate. Toate aceste fiind identificate în urma cercetării.

Motivația pentru alegerea temei. În primul rând, teza abordează o tematică antrenantă la nivel social, dar totodată destul de sensibilă și aflată în dezbatere la nivelul opiniei publice, întrucât numărul persoanelor de etnie rromă este în creştere la nivel mondial, dar în principal pe teritoriul țării noastre. În al doilea rând, corelat cu dezinteresul oamenilor politici și lipsa unor politici și programe de suport a acestora, de îmbunătățire a situației economice și financiare, tema ridică semne de întrebare şi subiecte de dispută, ceea ce ne-a determinat să optăm pentru abordarea acesteia ca subiect de studiu. În al treilea rând, opţiunea pentru alegerea temei decurge și din noutatea temei analizată în cadrul literaturii române de specialitate, dar şi din volumul redus de informaţii și a unor studii de amploare asupra fenomenului care să aducă date exacte despre persoanele fără adăpost. Nu în ultimul rând, creşterea numărului de copii în cadrul populației de etnie rromă a suscitat în ultimii ani numeroase dezbateri privind efectele negative pe care le realizează această categorie, în raport cu acestea, stigmatizarea la nivelul lor atingând un prag maxim.

Importanța studiului. Realizarea acestui studiu are în primul rând o importanță socială, putând fi un răspuns vizavi de comportamentul și stigmatizările care sunt aduse de către opinia publică persoanelor fără adăpost.

Întrebări de cercetare. Studiul întreprins va respecta logica teoretică propusă, conceptele centrale în jurul cărora se va dezvolta studiul fiind cele de natalitate și fertilitate. În jurul acestor concepte am formulat ipoteze şi întrebări de cercetare. Acestea sunt derivate din motivaţia de a răspunde la 5 mari întrebări, care reprezintă obiectivele studiului:

1. Care sunt motivele pentru care fertilitatea este mai ridicată în rândul persoanelor de etnie rromă?
2. Care sunt cauzele natalității în rândul populației de etnie rromă?
3. Care sunt informațiile pe care persoanele de etnie rromă le au cu sistemul medical?
4. Natalitatea ridicată în rândul persoanelor reprezintă o opțiune de alegere/ dorință sau este un efect al unui accident/ întâmplări? Există o relație funcțională între sistemul medical și femeile de etnie rromă?
5. Care este impactul pe care numărul mare de copii îl au asupra familiilor de etnie rromă?

3.4 Operaţionalizarea conceptelor şi metoda de eşantionare. Pentru realizarea acestei lucrări, atât în cadrul teoretic cât şi în partea de cercetare am folosit o serie de concepte care au menirea de a sintetiza dimensiunile esenţiale ale fenomenului studiat. Conceptele principale pe care le-am utilizat sunt următoarele:

Căsătoria – conceptul de căsătorie a fost definit ca legătura legală dintre un bărbat și o femeie care se unesc din punct de vederejuridic.

Sarcina timpurie – conceptul a fost definit în cadrul lucrării ca sarcină care apare înainte de vârsta permisă din punct de vedere medical pentru apariţia unei sarcini.

Metoda de eşantionare folosită a fost una neprobabilistică, iar universul cercetării a avut la bază populația de gen feminin. Studiul a fost realizat pe un număr de 382 de respondenți de gen feminin. Eșantionul a fost format din femei care au vârsta cuprinsă între 12 și 20 de ani, căsătorite sau necăsătorite din punct de vedere legal, care au sau nu unul sau mai mulți copii, în momentul realizării studiului.

Cap. 4 Studiul asupra sănătăţii reproducerii în colectivităţile de rromi

Considerată una dintre caracteristicile sistemelor sociale, natalitatea a reprezentat o temă importantă, în special datorită influenţei pe care a avut-o la nivel social prin creşterea sau scăderea numărului de indivizi, precum şi prin creşterea inegelităţilor pe care le-a creat la nivelul ţărilor, prin numărul diferit de persoane care au existat pe teritoriul ţărilor la un moment dat. Alături de mortalitate a fost una dintre principalele teme de dezbatere la nivel mondial, specialişti din diverse domenii abordând subiectul în cele mai vaste şi diverse domenii.

4.1.Ipoteze de lucru. În derularea cercetării am pornit de la cele două ipoteze enunţate anterior respectiv scăderea vârstei femeii privind prima sarcină şi creşterea numărului de copii în familiile de rromi.O altă ipoteză de lucru este modelul familial tradiţional influienţează comportamentele privind sănătatea reproducerii.

4.2. Material şi metode de cercetare

Metoda de cercetare utilizată în cadrul acestei investigaţii sociologice este ancheta sociologică de tip prospectivă, iar instrumentul de cercetare este chestionarul.

Substudiul 1.

4.3 Analiza factorilor demografici şi economici care influenţează sănătatea reproducerii.

Pe baza chestionarului aplicat celor 382 de persoane de sex feminin de etnie rromă şi a analizei răspunsurilor obţinute, am obţinut următoarele rezultate în ceea ce priveşte relaţia dintre factorii demografici şi economici pe de o parte şi caracteristicile fenomenului natalităţii, pe de altă parte.

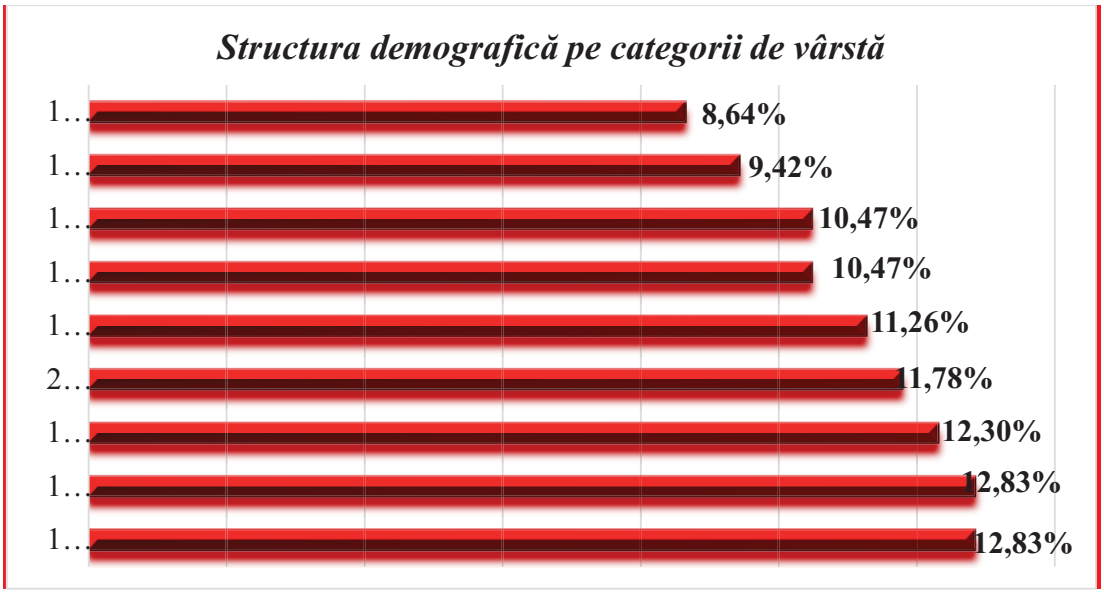
4.3.1 Rezultate şi discuţii.

Tabel 4.1. Vârsta persoanelor participante la studiu

Categorie de vârstă	Total	Procent %
▪ 12 ani	40	10.47%
▪ 13 ani	33	8.64%
▪ 14 ani	40	10.47%
▪ 15 ani	47	12.30%
▪ 16 ani	49	12.83%
▪ 17 ani	43	11.26%
▪ 18 ani	36	9.42%
▪ 19 ani	49	12.83%
▪ 20 ani	45	11.78%
TOTAL	382	100%

Tabelul de mai sus indică ponderea fiecărei categorii de vârstă în cadrul grupului țintă inclus în cercetare. După cum se poate observa femeile în vârstă de 19 ani au avut procentul cel mai mare în cadrul cercetării realizate, respectiv 12,83%. Pe același palier de 12,83% se află și persoanele cu vârsta de 16 ani. Aceste două categorii sunt urmate de persoanele de 20 de ani, cu un procent de 11,78%, ponderea cea mai mică fiind deținută de persoanele de 13 ani, cu un procent de 8,64%.

Grafic 4.1. Structura demografică pe categorii de vârstă



În urma analizei vârstei persoanelor care au participat la studiu putem trage urmatoarele concluzii legate de caracteristicile cercetării realizate, dar şi de rezultatele obţinute. Universul cercetării a fost format din persoane de gen feminin, care au vârsta cuprinsă între 12 şi 20 de ani. Din analiza graficului un procent de 10.47% au vârsta de 12 ani, vârsta la care probabil cele mai multe dintre fete abia s-au casatorit sau chiar nu sunt căsătorite şi nu au copii. Pe de altă parte şi experienţa sexuală a acestora este una minimală sau chiar nu există în cele mai multe cazuri, deoarece aşa cum vom explica mai jos, în comunităţile de rromi, fetele dacă nu sunt căsătorite nu au întreţinut nici acte sexuale, fiind obligatoriu ca fata să fie virgină în momentul căsătoriei. Cele mai multe persoane care au participat la studiu, în procent de peste 12 % au varsta de 15, 16 si 19 ani, vârsta la care probabil fetele au 1 sau 2 copii şi care au mai multă experienţă sexuală decât cele care au vârsta de 12, respectiv 13 ani.

Motivul pentru care am ales să realizăm studiul în rândul persoanelor care au între 12-20 ani este că această comunitate încă mai este o comunitate în care nu a pătruns foarte mult modernitatea, iar persoanele din cadrul ei nu s-au romanizat foarte mult. Pe de altă parte, gradul de sărăcie din cadrul acestei comunităţi este destul de ridicat.

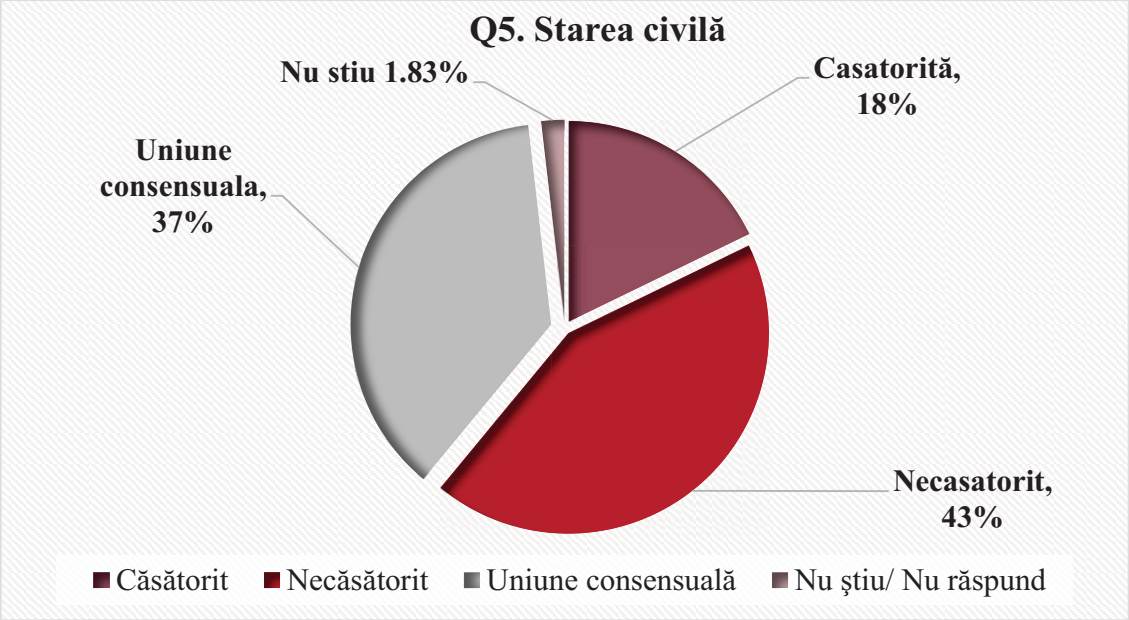
Întrebarea nr 5: *Care este starea dvs. civilă?*

Tabel 4.9. Starea civilă a respondentului

Stare civilă	**Total**	**Procent %**
Căsătorită	68	17.80%
Necăsătorită	165	43.19%
Uniune consensuală	142	37.17%
Nu ştiu/ Nu răspund	7	1.83%
TOTAL	**382**	**100%**

Din totalul de 382 de respondenţi incluşi în cercetare, un procent de 43,19% sunt necăsătorite, urmate fiind de cei care trăiesc în uniune consensuală, în procent de 37,17% şi de cei căsătoriţi, în procent de 17,80%.

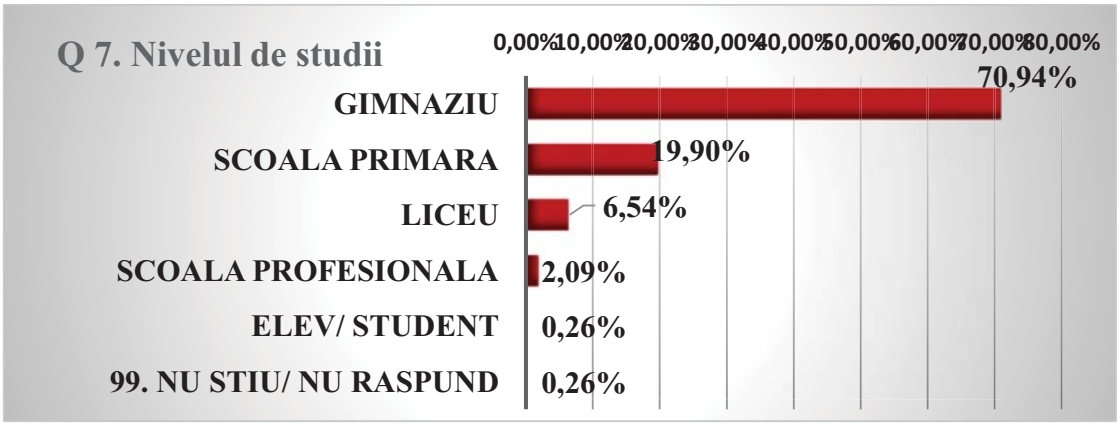
Grafic 4.4. Starea civilă a respondentului



Din totalul respondenţilor un număr de 18% declară că sunt căsătoriţi cu acte.

Un procent de 43% din respondenţi declară că sunt necăsătoriţi. Din numărul persoanelor necăsătorite sunt persoane minore care au copii. Aceştia trăiesc împreună cu persoanele cu care au copii, dar nu sunt căsătoriţi cu acestea. În uniune consensuală declară că trăiesc un procent de 37% din persoanele care au participat la studiu. În general persoanele care locuiesc în uniune consensuală sunt cele care au un copil sau 2 în familie. Persoanele căsătorite sunt în special cele care au o vârstă mai înaintată şi care au un nivel de studii mai mare. Un procent foarte mic de persoane, şi anume 1.83% nu declară statutul civil.

Grafic 4.6. Nivelul de studii al persoanei intervievate



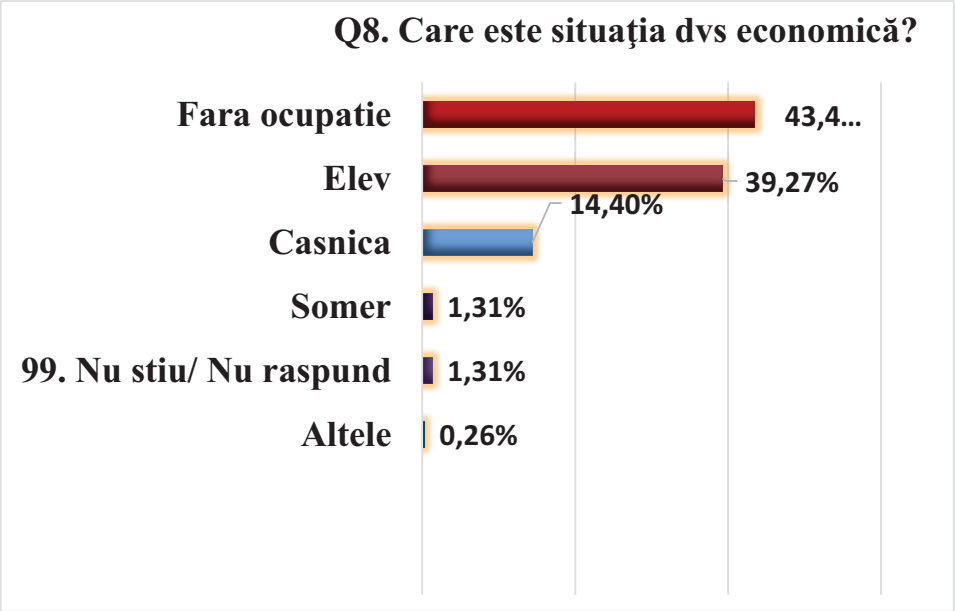
Tabel 4.13. Nivelul de studiu al respondenților

Categorie de vârstă	Total	Procent %
Şcoala profesională	8	2.09%
Şcoală primară	76	19.90%
Gimnaziu	271	70.94%
Liceu	25	6.54%
Elev/ Student	1	0.26%
99. Nu ştiu/ Nu răspund	1	0.26%
TOTAL	**382**	**100%**

Analiza realizată din punct de vedere al nivelului de studiu arată că în procent de 70,94% din persoane au terminat gimnaziul, urmate de cei care au terminat școala primară, în procent de 19,90%, în procent cel mai mic, de 0,26% fiind reprezentați de elevi/ studenți. Persoanele participante la studiu au un nivel scăzut de studii. Majoritatea respondenţilor 71% au ca nivel principal de studii gimnaziul. Din numărul celor care au ca nivel de studiu gimnaziul se observă că numărul de copii este mai mic, în comparaţie cu numărul persoanelor care au ca nivel de

studiu liceul sau şcoala primară. În procent de 20%, respondenţii au ca nivel de studii şcoala primară, procentul fiind urmat de persoane care au ca nivel de studii liceul, cu un procent de 6,6%. Din totalul respondenţilor se observă că nu există nici o persoană care are ca nivel de studiu şcoala profesională sau care să fie elev/ studiu, şcoala fiind în curs de desfăşurare.

Grafic 4.7. Situația economică a persoanei



Tabel 4.14. Situația economica a respondenților

Ocupaţia	Total	Procent %
Fără ocupație	166	43.46%
Elev	150	39.27%
Altele	1	0.26%
Casnică	55	14.40%
Şomer	5	1.31%
99. Nu ştiu/ Nu răspund	5	1.31%
TOTAL	**382**	**100%**

Din punct de vedere al ocupației celor 382 de respondenți, în procent de 43,46% sunt fără ocupație, urmați fiind de elevi, în procent de 39, 27%. Șomerii ocupă un procent de 1,31%.
și femeile casnice 14,40%. Majoritatea femeilor din comunitatea în care am realizat studiul sunt casnice sau fără ocupaţie. Analiza situaţiei economice a persoanelor intervievate reliefează

nivelul scăzut al venitului persoanelor intervievate, precum şi situaţia economică precară. Aproape jumătate din respondenţi declară că nu au o ocupaţie şi nu sunt angajaţi în câmpul muncii. 39% din persoane declară că sunt eleve, având în desfăşurare un anumit nivel de studii. Un număr destul de semnificativ de persoane, şi anume 14,65% declară că sunt casnice. Statutul declarat de casnică nu evidenţiază însă ideea că acestea au fost încadrate în câmpul muncii la un moment dat. Pe un nivel de egalitate, 0.26% se află persoanele care deţin statutul de şomer şi altele[47].

Tabel 4.15. Tipul de venit lunar

Categorie de vârstă	**Total**	**Procent %**
Alocaţie	101	46.10%
Ajutor social	24	35.10%
Ajutor social părinţi	44	8.30%
Salariul minim pe economie	59	2.60%
Bursă elev	139	1.50%
Peste salariul minim pe economie	15	0.4%
Salariul mediu pe economie	0	0.00%
TOTAL	**382**	**100%**

Situaţia financiară şi venitul este un aspect destul de important în analiza realizată de către noi. Situaţia financiară şi venitul lunar este unul din principalii factorii care pot determina atât apariţia unei sarcini, dar şi cel care nu poate duce la oprirea şi întruperea unei sarcini, toate cumulându-se la lipsa banilor. În paragraful următor vom încerca să explicăm în detaliul afirmaţia facută. În cadrul comunităţii de rromi totul porneşte de la absenţa banilor şi a unui venit lunar, şi ne referim aici în principal la comunitatea în care am realizat studiul sau la cele în care situaţia este una precară. În cele mai multe cazuri persoanele de etnie rromă aleg să facă un copil pentru a mai câştiga un venit lunar prin alocaţia primită de la şcoală sau pentru a primi un ajutor social de la stat, acordat pe baza criteriului care se referă la numărul mare de copii. Şi din datele obţinute poate fi confirmat acest lucru.În procent de 46,10% venitul principal în cadrul unei familii de rromi este alocaţia. În procent de 35,10%, venitul principal în cazul unei familii de rromi în procent este ajutorul social şi în procent de 8,30% este ajutorul social pentru părinţi, iar în proocent de 1,5% este bursa de elev. Prin urmare în procent de 95%, persoanele intervievate declară că principala sursă de venit în familie vine din cadrul ajutorului social, al alocaţiei şi al bursei de elev. În procent de 5 %, venitul reieşind din salariile obţinute de părinţi sau din alte surse. În cadrul comunităţii de rromi analizată, copilul poate fi văzut ca o sursă de venit pentru

familiile din care face parte. Lipsa unui venit lunar duce deasemenea şi la imposibilitatea de achiziţionare a unor metode contraceptive sau de realizare a unui avort chiar şi în momentul în care s-a descoperit sarcina.

Tabel 4.16. Tipul de venit lunar în funcție de numărul de copii

	VENIT						
Numărul de copii	**Salariu minim**	**Alocaţie**	**Bursă elev**	**Ajutor social**	**Nu ştiu**	**Ajutor social părinţi**	**Total**
Nu ştiu/ Nu răspund	0.79%	26.18%	5.24%	5.24%	0.52%	6.28%	44.24%
1 copil	1.31%	9.16%	1.05%	6.02%	0.26%	0.79%	18.59%
2 copii	0.52%	6.54%	1.83%	12.57%	0.00%	1.05%	22.51%
3 copii	0.26%	0.79%	0.26%	8.12%	0.00%	0.00%	9.42%
4 copii	0.00%	0.00%	0.00%	0.79%	0.00%	0.00%	0.79%
5 copii	0.00%	0.00%	0.00%	0.26%	0.00%	0.00%	0.26%
ALTĂ SITUAŢIE	0.00%	1.83%	0.00%	2.09%	0.00%	0.26%	4.19%
Total	**2.88%**	**44.50%**	**8.38%**	**35.08%**	**0.79%**	**8.38%**	**100.00%**

Numărul de copii este influenţat de venitul din familie. Cei care au ajutor social au 2 copii şi sunt în procent de 12, 57% şi un copil în procent de 6,02%. Cei care au alocaţia ca principala sursă de venit în procent de 9,16% au 1 copil şi în procent de 6,54% au 2 copii.Corelaţia între principala sursă de venit din familie şi numărul de copii evidenţiază în mod vizibil că în familie în care principala sursă de venit este alocaţia sau bursa copilului sau ajutorul social există un număr de un copil sau doi copii. În urma analizei realizate se poate constata lipsa unei culturi, sau mai bine spus lipsa unei educaţii sexuale în rândul populaţiei în care am realizat cercetarea. Lipsa educaţiei sexuale poate fi cauzată în primul rând de lipsa şcolii sau unor cursuri pe care persoanele nu le urmează, dar şi culturii şi tradiţiei familiale. Pe de altă parte putem afirma că educaţia sexuală încă este un tabuu în cadrul comunităţilor de rromi. Femeile / fetele nu au timp să-şi dea seama de toate aceste lucruri, întrucât în momentul în care împlinesc vârsta de 13-14 ani se căsătoresc sau părinţii le impun să se căsătorească. Familia este cea care într-o anumită masură condamnă aceste femei/ fete .

4.3.2 Concluzii parţiale

1. Femeile de etnie rromă care au un număr mai mare de copii decât media celor care au altă etnie, având vârsta cuprinsă între 12-20 ani, acestea reprezentând universul cercetării.
2. Numărul copiilor este mai mare în cazul femeilor care trăiesc în familia extinsă, împreună cu rude de gradul I, I, II, în luarea deciziei de a avea un copil primând modelul familiei tradiționale și extinse.
3. Gradul de sărăciei se poate observa pe lângă venit și situația economică precară și în numărul de camere în care locuiesc persoanele, precum și în lipsa ocupației, majoritatea fiind fără ocupație, sau lângă înscrise în sistemul de învățământ.
4. Starea civilă nu reprezintă un factor care să impiedice prezența numărului de copii în familie, indiferent dacă sunt sau nu căsătorite, femeile au un număr mare de copii.
5. Vârsta nu reprezintă un factor care să împiedice prezența numărului de copii în familie, deși se observă că vârsta la care femeile au un copil a crescut foarte mult.
6. Tipul familiei extinse predomină în rândul femeilor care au participat la cercetare.
7. Nivelul maxim de studii îl reprezintă gimnaziul și școala primară.
8. Concluzionând, toate aceste femeie sunt în principal, femei care nu au un viitor din punct de vedere profesional, sau care nu au o perspectivă de viitor, majoritatea deciziilor fiind luate după modelul tradițional, predominant în cadrul famiilor de romi.

Substudiul 2.

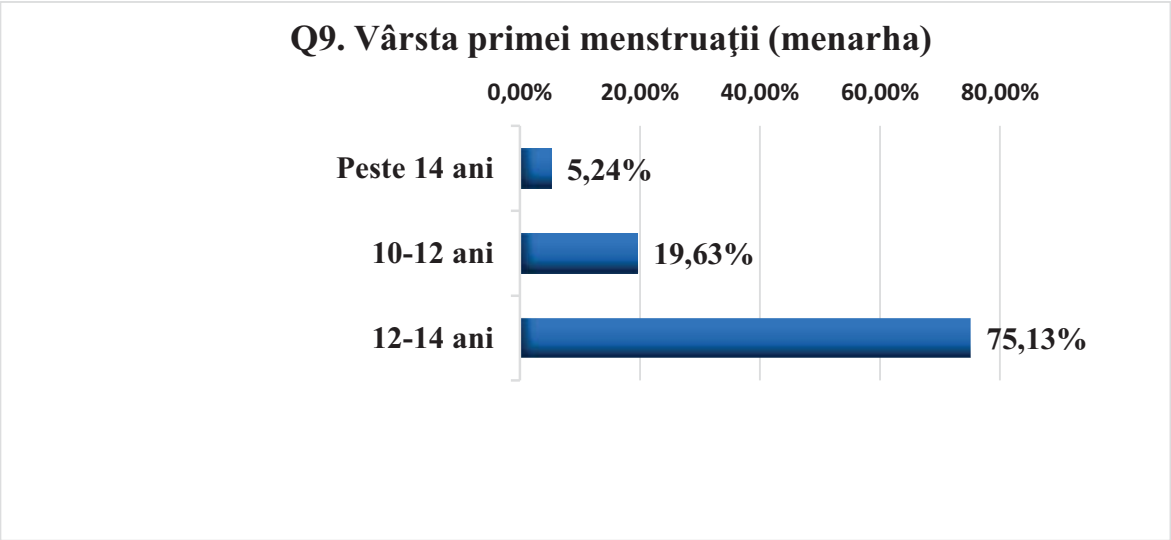
4.4 Analiza interferenţelor dintre stările fiziologice şi patologice şi sănătatea reproducerii

Analizând răspunsurile obţinute la aplicarea chestionarului am obţinut următoarele rezultate în ceea ce priveşte relaţia dintre anumite stări fiziologice sau patologice ale respondentelor şi aspecte ale sănătăţii reproducerii şi a planningului familial mai ales în privinţa numărului de copii şi a vârstei primei sarcini.

Tabel 4.15 Vârsta primei menstruații.

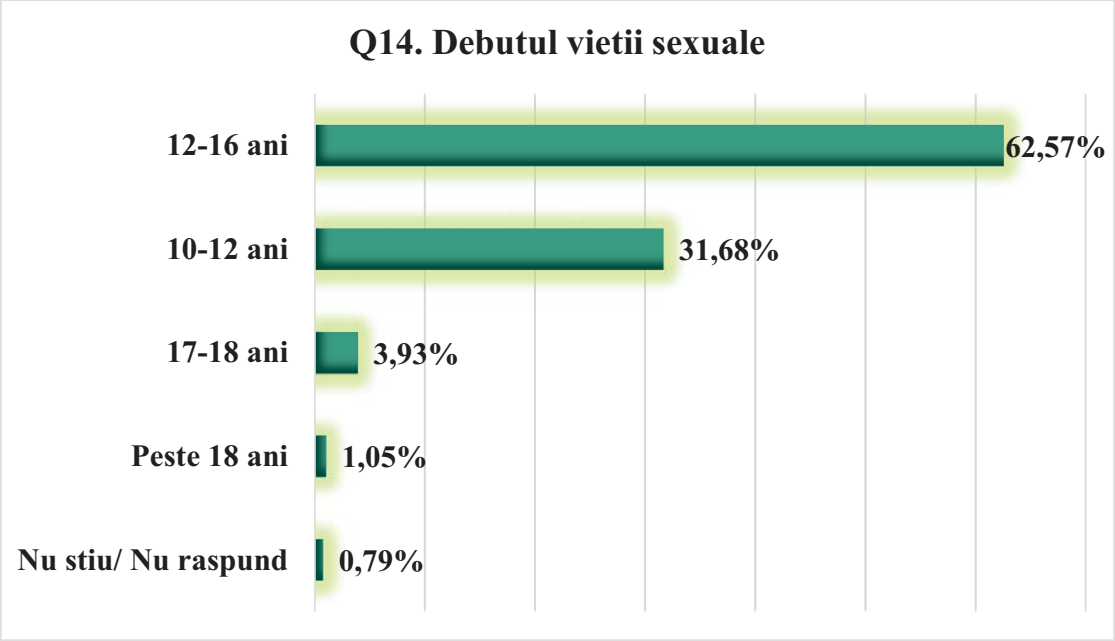
Varsta primei menstruaţii	Total	Procent %
10-12 ani	75	19.63%
12-14 ani	287	75.13%
Peste 14 ani	20	5.24%
TOTAL	**382**	**100%**

Grafic 4.8. Vârsta primei menstruații.



Apariția menstruației a fost analizată în funcție de categoria de vârstă. Astfel în procent de 19,63% menstruația apare în jurul vârstei de 10-12 ani, iar în procent de 75,13% menstruația apare în jurul vârstei de 12-14 ani.Vârsta foarte scăzută a fetelor atrage după sine şi un număr mult mai ridicat al naşterilor la vârstă cât mai mică. Prima menstruaţie atrage după sine şi primul contact sexual la vârstă cât mai mică, contact care poate fi urmat şi de apariţia primului copil. Apariţia copiilor la vârstă mică poate fi cauzată şi de dezvoltarea prematură, la vârstă cât mai mică a fetelor. Un procent destul de semnificativ din respondenţi au prima menstruaţie la o vârstă cuprinsă între 10-12 ani. Menstruaţia a apărut la vârsta de peste 14 ani la un procent de 5,24% din persoanele care au participat la studiu. Apariţia primei menstruaţii poate fi corelată în mod direct cu apariţia primului copil sau cu numărul de copii din cadrul unei familii.

Grafic 4.13. Debutul vieții sexuale



Tabel 4.42. Starea civilă în funcție de vârstă

Categorie de vârstă	**total**	**Procent %**
10-12 ani	121	31.68%
17-18 ani	15	3.93%
12-16 ani	239	62.57%
Peste 18 ani	4	1.05%
Nu ştiu/ Nu răspund	3	0.79%
TOTAL	**382**	**100%**

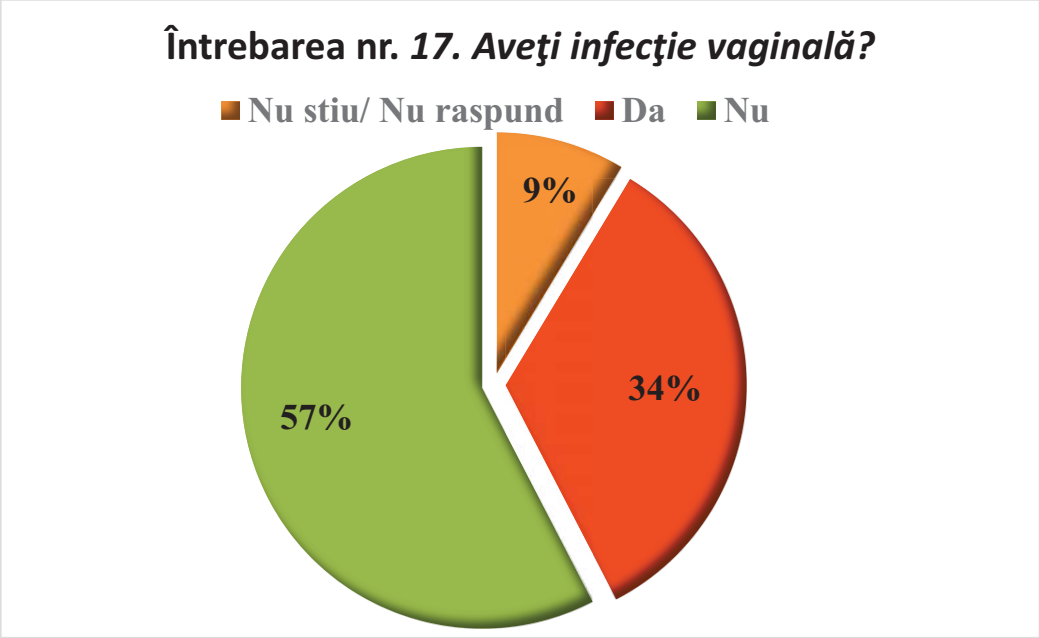
Debutul vieții sexuale începe în procent semnificativ, în jurul vârstei de 12-16 ani, reprezentând 62,57%, urmat fiind de vârsta de 10-12 ani, în procent de 31,68%. Procentul cel mai mic este înregistrat în cazul femeilor/ fetelor care au peste 18 ani, în procent de 1,05%. Literatura de specialitate aduce în prim plan foarte multe cazuri de persoane de etnie rromă care se căsătoresc la vârste foarte fragede şi care-şi încep viaţa sexuală la vârstă foarte mică. Sunt frecvente cazurile în care fetele de etnie rromă se căsătoresc la vârstă foarte mică şi mai mult decât atât viaţa lor sexuală începe în jurul vârstei de 12-15 ani. Căsătoria la o vârstă foarte mică are loc de cele mai multe ori din cauza tradiţiei care există în familiile de rromi, şi anume fetele trebuie să se căsătorească virgine. Din studiile realizate, dar şi din declaraţiile persoanelor de etnie rromă un lucru este cert, şi anume fetele îşi încep viaţa sexuală în momentul în care se

căsătoresc. Aceasta tradiţie determină părinţii să-şi căsătorească fetele la o vârstă foarte mică. Vârsta căsătoriei poate varia în cadrul comunităţilor de rromi, în funcţie de specificul acestora, dar şi de neamurile din care femeile fac parte, astfel că se poate vorbi de o varietate de modele culturale.

În Romania vârsta cea mai mică a unei fete de rromi a fost de 10 ani. Cazul a fost foarte mediatizat, dar în acelaşi timp a intrat şi în atenţia autorităţilor şi a justitei, care din acel moment a încercat să impună anumite măsuri şi să interzică căsătoriile la vârste foarte mici în cadrul comunităţilor de etnie rromă. Cazul a ajuns la Curtea Internaţională de la Haga [47].

Grafic 4.16. Prezența infecției vaginale

Intrebarea nr. 17 Aveţi infecţie vaginală?



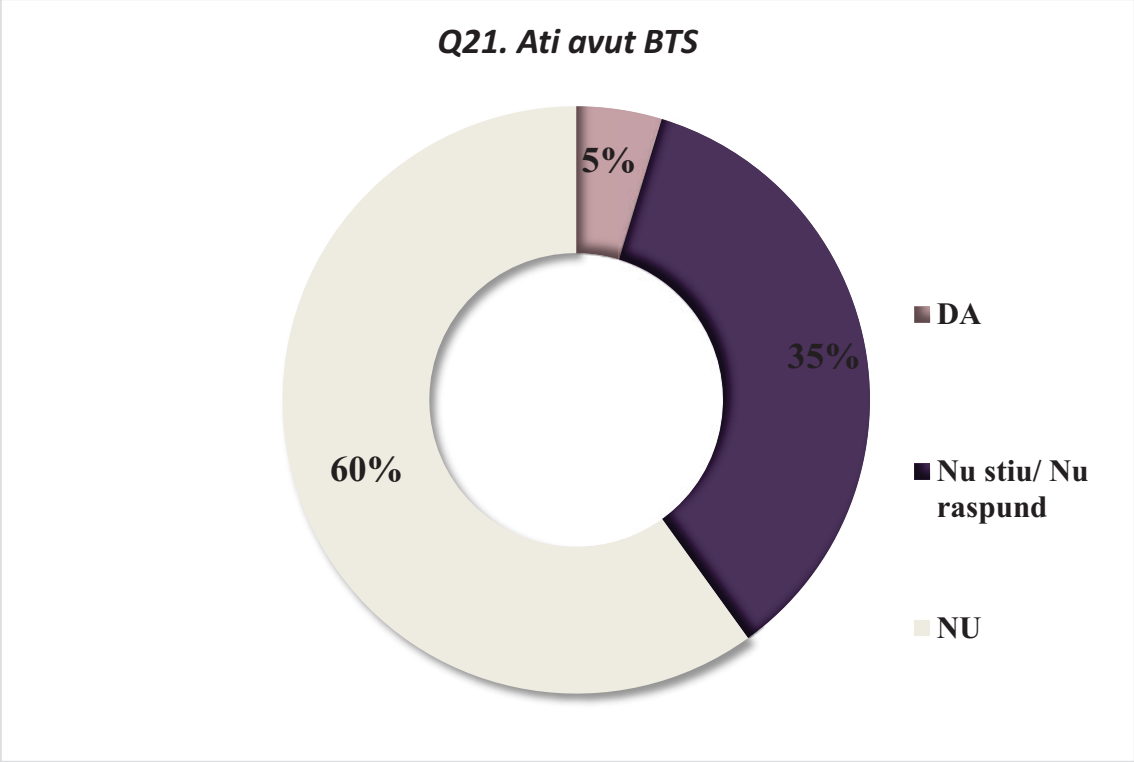
Tabel 4.49. Prezența infecției vaginale

Categorie de vârstă	Total	Procent %
Da	129	33.77%
Nu ştiu/ Nu răspund	33	8.64%
Nu	220	57.59%
TOTAL	**382**	**100%**

În procent de 33,77% femeile declară că au infecție vaginală, procentul fiind urmat de cele care declară că nu au infecțievaginală, în procent de 57,59%.

Întrebare nr. 21 *Aţi avut BTS?*

Grafic 4.20. Prezența BTS



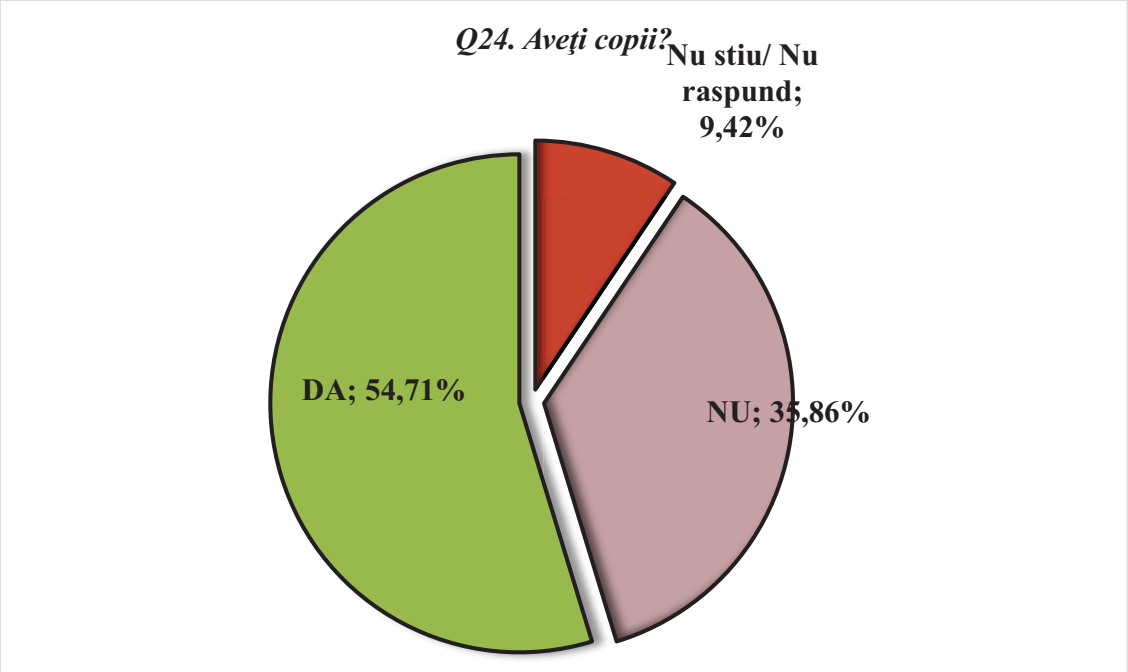
Tabel 4.59. Prezența BTS în viața persoanelor

Aţi avut BTS?	**Total**	**Procent %**
DA	135	4.71%
NU	18	59.95%
Nu știu/ Nu răspund	229	35.34%
TOTAL	**382**	**100%**

În procent destul de mare 59,95% persoanele declară că nu au avut BTS, spre deosebire de 4,71% care declară că au avut BTS, iar un procent de 35,34% adică cele mai multe nu au ştiut să raspundă sau nu au răspuns. Având în vedere că bolile cu tramitere sexuală sunt foarte puţin

cumoscute la fel şi gradul de conştientizare. Un procent de 92% afirmă că nu au avut BTS şi un alt procent de 8% afirmă că au avut BTS. În situaţia în care bolile cu trasnmitere sexuală sunt foarte puţin cunoscute în comunitatea rromă studiată, ne putem exprima parerea că în cazul în care o femeie a avut o astfel de boală sau chiar dacă are, nu ştie de existenta ei, întrucât nu ştie efectele prin care se manisfestă şi care sunt simptomele. Procentul mare de persoane care declară că nu au avut boli cu transmitere sexuală poate fi justificat şi prin faptul că persoanele nu au recunoscut că au astfel de boli de teama să nu fie catalogate sau etichetate într-un anumit mod de comunitate. Având în vedere că nu ştiu care sunt simptomele acestor boli, persoanele nu au cum să ştie dacă au avut sau nu boli cu transmitere sexuală. În cazul multor persoane, subiectul li s-a părut chiar amuzant având în vedere că nu au mai discutat niciodată despre asta sau mai mult decât atât având în vedere că soţul este singura persoana cu care au avut relaţii sexuale[49].

Grafic 4.23. Prezența copiilor în familie



Un procent de 54,71% din persoane cu copii, pe când un procent de 35,86% nu au copii. În mod surprinzator numărul persoanelor care declară că nu au copii este foarte mare, comparativ cu informatiile oferite de literatura de specialitate, dar şi cu tradiţia comunităţii. O explicaţie a acestui aspect este legată fie de vârsta foarte mică a persoanelor care au fost intervievate, fie de

corectitudinea informaţiilor oferite. Un alt motiv este legat şi de gradul de modernizare şi de romanizare al comunităţii şi patrunderea influenţelor române în cadrul acesteia.

Tabel 4.67. Numărul de copii în funcție de vârsta persoanei

Aveţi copii	**Vârsta**									
	12	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**Total**
NS/NR	2.62%	2.36%	1.83%	2.09%	0.00%	0.26%	0.00%	0.26%	0.00%	9.42%
DA	0.00%	0.00%	1.57%	3.93%	8.38%	8.38%	9.16%	12.04%	11.26%	54.71%
NU	7.85%	6.28%	7.07%	6.28%	4.45%	2.62%	0.26%	0.52%	0.52%	35.86%
Total	**10.47 %**	**8.64 %**	**10.47 %**	**12.30 %**	**12.83 %**	**11.26 %**	**9.42 %**	**12.83 %**	**11.78 %**	**100.00 %**

Femeile care au vârsta mai mare au copii în procent mai mare, de peste 8,38%, în cazul persoanelor care au peste 16 ani, procentul cel mai mare fiind în cazul persoanelor care au 20 ani, reprezentând un procent de 11,2%. Corelaţia realizată în funcţie de vârsta şi numărul de copii indică faptul că femeiele care au vârstă mai mare au un număr de copii mai mare. Cu alte cuvinte numărul de copii creşte o dată cu vârsta. Se poate observa din tabelul de mai sus că de la vârsta de 14 ani, femeile au un număr de copii mai mare. Până la vârsta de 16 ani, fetele/ femeile au copii un procent mai mic sau nu au copii în jurul vârstei de 12-14 ani.

Tabel 4.68. Numărul de copii în funcție de nivelul de studii

Aveţi copii?	**Nivel studii**						
	Profesio-nală	**Primară**	**Gimna-ziu**	**Liceu**	**Elev**	**NS/NR**	**Total**
NS/ NR	0.00%	1.83%	7.07%	0.52%	0.00%	0.00%	9.42%
DA	1.05%	14.14%	34.82%	4.45%	0.26%	0.00%	54.71%
NU	1.05%	3.93%	29.06%	1.57%	0.00%	0.26%	35.86%
Total	**2.09%**	**19.90%**	**70.94%**	**6.54%**	**0.26%**	**0.26%**	**100.00%**

Numărul de copii este influenţat de nivelul studiilor şi în acelaşi timp de vârstă. Cele care au doar gimnaziul şi şcoala primară declară că au copii în procent de 34,82%, respectiv 14,14%, spre deosebire de cele care au liceul şi declară că au copii în procent de 4,45%. Nivelul de studii al femeilor nu influenţează în mod direct numărul de copii pe care o femeie îi are de-a lungul vieţii. Corelaţia dintre variabila nivelul de studii şi numărul de copii dintr-o familie nefiind semnificativă.

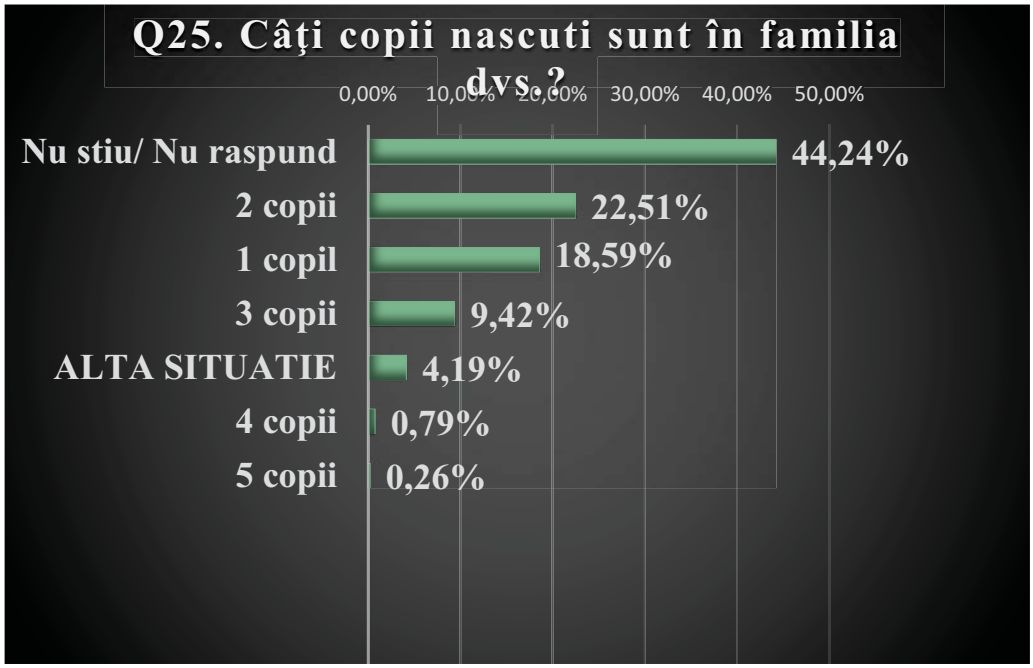
Tabel 4.69. Numărul de copii şi metoda contraceptivă

Metode contra-ceptive	Număr copii NS/NR	1 copil	2 copii	3 copii	4 copii	5 copii	Altă situaţie	Total
DA	31.41%	1.05%	2.62%	0.52%	0.00%	0.00%	1.57%	37.17%
NU	8.64%	6.02%	5.24%	3.14%	0.26%	0.00%	0.52%	23.82%
NS/NR	4.19%	11.52%	14.66%	5.76%	0.52%	0.26%	2.09%	39.01%
Total	**44.24%**	**18.59%**	**22.51%**	**9.42%**	**0.79%**	**0.26%**	**4.19%**	**100.00%**

Numărul de copii este influenţat de folosirea metodei contraceptive. Astfel cei care nu au folosit o metodă contraceptivă declară în procent mai mare că au copii decât cele care au folosit o metodă contraceptivă, 6,02% au 1 copil; 5,24% au 2 copii şi 3,14% au 3 copii. Analiza realizată asupra numărului de copii şi a metodelor contraceptive folosite confirmă şi validează ipoteza cum că numărul de copii în cazul femeilor care nu folosesc metode contraceptive este mai mare decât în cazul femeilor care folosesc metode contraceptive. Se poate observa că femeile care au declarat că nu folosesc metode contraceptive, procentul de copii este mult mai mare decât în cazul celor care au declarat că folosesc metode contraceptive se poate obseva că procentele sunt semnificative în cele două cazuri.

Întrebarea nr. 25: *Câţi copii aveţi?*

Grafic 4.24. Numărul de copii din familie



Tabel 4.70. Numărul de copii pe familie

Categorie de vârstă	**Total**	**Procent %**
Nu ştiu/ Nu răspund	169	44.24%
1 copil	71	18.59%
2 copii	86	22.51%
3 copii	36	9.42%
4 copii	3	0.79%
5 copii	1	0.26%
ALTĂ SITUAŢIE	16	4.19%
TOTAL	**382**	**100%**

Numărul cel mai frecvent întâlnit în cadrul familiei de rromi este de 2 copii cu cel mai mare procentaj de 22,51%, urmat fiind de 18.59% 1 copil şi 9,42% 3 copii,un procent de 0,79% au 4 copii şi un procent de 0,26% au 5 copii. Faţă de media europeană, numărul copiilor din familiile de rromi este mic. După cum afirmăm şi în cazul întrebării de mai sus, caracteristicile comunităţii în care am realizat cercetarea sunt puţin atipice, faţa de caracteristicile reliefate de literatura de specialitate pentru comunităţile de rromi, dar şi faţa de caracteristicile cumunităţilor de rromi din ţara noastră. Explicaţiile oferite în acest sens pot fi de mai multe tipuri.

În primul rând se poate datora influenţelor de etnie rromă care au pătruns în comunitate şi modernizarii într-un grad foarte mic al comunităţii şi emancipării femeii.

În al doilea rând se poate datora vârstei femeilor care au participat la stadiu, care încă este mică şi femeile au născut maxim doi copii. Rata mare de non-raspunsuri este destul de mare. În cadrul persoanelor care au refuzat să dea un răspuns pot exista persoane care au doi sau mai multi copii. Din observaţiile realizate putem afirma că în comunitate, numărul de copii este foarte mare. Mai mult decât atât în cadrul unei familii numărul majoritar al acestora este peste 3.

Am dori să specificăm însă că prin familie, în termenii definiţi de către noi, înţelegem nucleul familial format dintr-un bărbat şi o femeie care s- au unit prin căsătorie şi nu înţelegem familia extinsă, gospodaria în care se află şi convieţuiesc un număr mai mare de persoane.

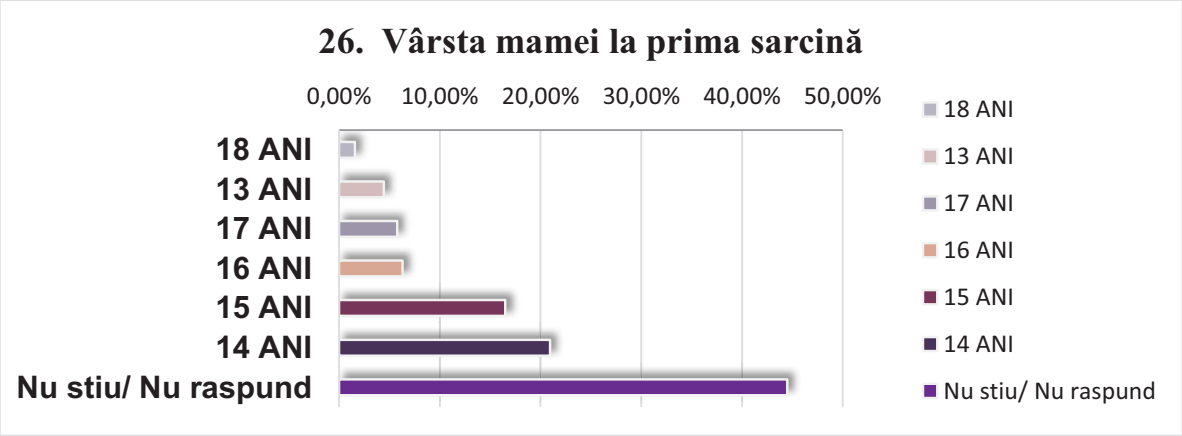
În cadrul studiului realizat un număr mare de persoane nu sunt căsătorite, acest aspect având o pondere în numărul de copii care există în cadrul unei familii. În categoria altă situaţie am inclus femeile care în momentul aplicării chestionarului şi realizării studiului erau însărcinate.

Tabel 4.71. Numărul de copii pe familie în funcție de venit

	VENIT						
Numărul de copii	**Salariu minim**	**Alocaţie**	**Bursă elev**	**Ajutor social**	**Nu ştiu**	**Ajutor social părinţi**	**Total**
Nu ştiu/ Nu răspund	0.79%	26.18%	5.24%	5.24%	0.52%	6.28%	44.24%
1 copil	1.31%	9.16%	1.05%	6.02%	0.26%	0.79%	18.59%
2 copii	0.52%	6.54%	1.83%	12.57%	0.00%	1.05%	22.51%
3 copii	0.26%	0.79%	0.26%	8.12%	0.00%	0.00%	9.42%
4 copii	0.00%	0.00%	0.00%	0.79%	0.00%	0.00%	0.79%
5 copii	0.00%	0.00%	0.00%	0.26%	0.00%	0.00%	0.26%
ALTĂ SITUAŢIE	0.00%	1.83%	0.00%	2.09%	0.00%	0.26%	4.19%
Total	**2.88%**	**44.50%**	**8.38%**	**35.08%**	**0.79%**	**8.38%**	**100.00%**

Numărul de copii din cadrul unei familii este influenţat în foarte mare măsură de venitul lunar. Cei care au ca venit lunar, alocaţia, ajutorul social şi bursa de elev au copii în procent mai mare decât cei care nu au copii. În procent de 6,02% declară că au copii, cei care au ajutor social şi în procent de 12,57% declară că au 2 copii cei care au ajutor social, principala sursa de venit. Analiza realizată numărului de copii şi principalele surse de venit care există în cadrul unei familii confirmă supoziţia cum că numărul de copii din cadrul unei familii este de cele mai multe ori influenţat de venitul şi ajutoarele sociale pe care familiile de rromi le pimesc de la primarie sau de la şcoală. Astfel putem observa că în cadrul familiilor în care venitul principal este alocaţia sau bursa de elev sau ajutorul social, numărul de copii este mult mai mare decât în cadrul famiilor în care venitul principal din cadrul familiei este salariul minim, diferenţa între cele două categorii fiind de 3, chiar 4 puncte procentuale.

Grafic 4.25. Vârsta mamei la prima sarcină



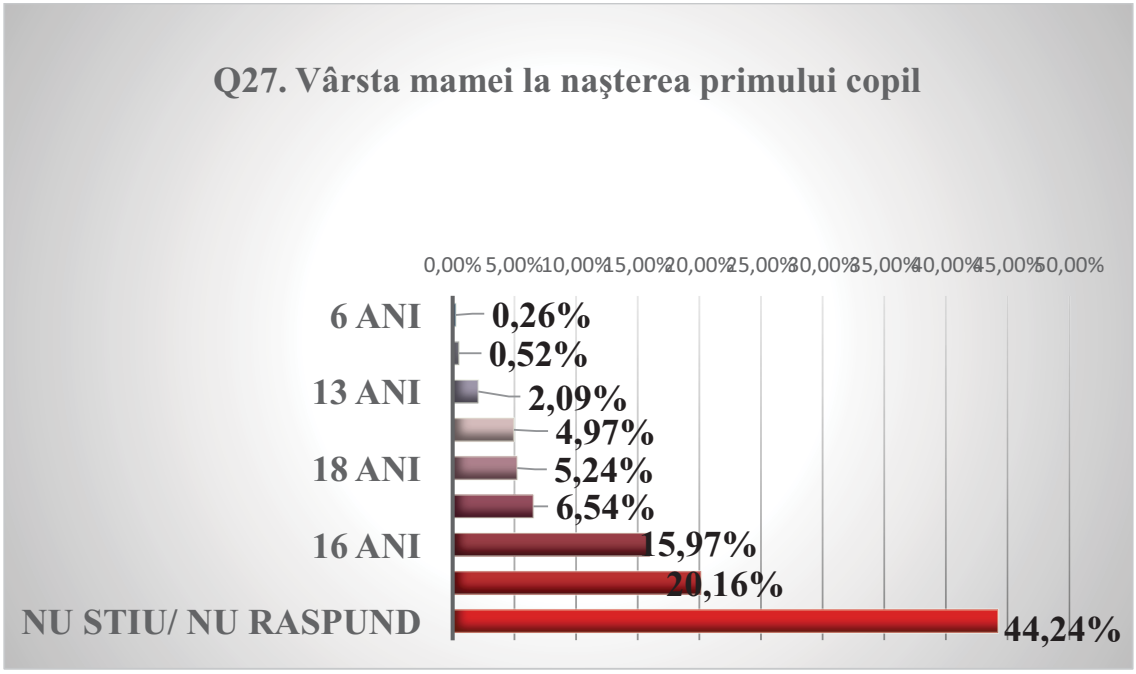
Tabel 4.73. Vârsta mamei în momentul apariţiei primului copil

Categorie de vârstă	**Total**	**Procent %**
Nu ştiu/ Nu răspund	170	44.50%
13 ANI	17	4.45%
14 ANI	80	20.94%
15 ANI	63	16.49%
16 ANI	24	6.28%
17 ANI	22	5.76%
18 ANI	6	1.57%
TOTAL	**382**	**100%**

Vârsta mamei la prima naştere poate fi legată de vârsta căsătoriei. Femeile au primul copil în jurul vârstei de 14 ani în procent de 20,94%, urmate fiind de cele care au 15 ani, în procent de 16,49%, de cele care au 16 ani,în procent de 6,28% şi în procent de 5,76% cele care au 17 ani. Procentul cel mai mic este în cazul femeilor care au primul copil la vârsta de 18 ani. Dupa cum specificăm mai sus apariţia sarcinii este legată de căsătorie şi vârsta la care are primul contact sexual. În comunităţile de rromi, debutul vieţii sexuale este urmat la scurt timp şi de apariţia sarcinii şi a primului copil. La prima vedere, corelând vârsta la care a avut loc prima sarcină cu vârsta la care a avut loc primul act sexual se poate vedea în linii mari că procentele coincid în termini foarte mari. Şi anume procentul cel mai mare de persoane declară că au avut un contact sexual în intervalul de vârsta 12-16 ani, pe când numărul cel mai mare de femei declară că au avut primul copil la vârsta de 14 ani. Vârsta de 14-15 ani este preponderant întâlnită în rândul persoanelor. Peste 17 ani se poate observă un număr foarte mic de persoane care au realizat copii la această vârstă. Aceste rezultate confirmă încă o dată că realizarea căsătoriei este urmată de apariţia copilului, dar şi de faptul că persoanele de etnie rromă nu folosesc metode contraceptive. În altă ordine de idei, femeile şi persoanele de etnie rromă îşi doresc să aibă aceşti copii şi în cele mai multe cazuri sunt concepuţi din dorinta parinţilor, dar şi a femiliei.

Întrebarea nr 27: *La ce vârstă aţi avut primul copil?*

Grafic 4.26. Vârsta mamei la prima sarcină



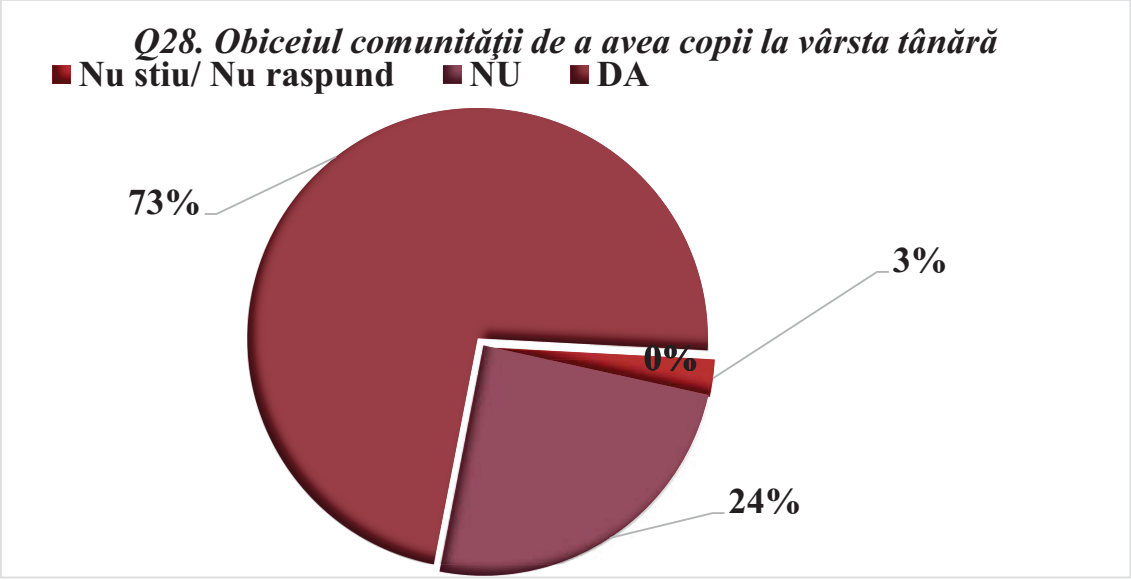
Din totalul de 382 de respondenţi, cea mai mare pondere de 20,16% o reprezintă femeile cu vârsta de 15 ani, urmată de femeile cu vârsta de 16 ani în procent de 15,97%. După cum de observă din graficul de mai sus femeile cu vârsta de 20 de ani a avut cea mai mică pondere, de unde deducem că femeile rrome nasc copii la vârste fragede.

Tabel 4.74. Vârsta mamei în momentul apariţiei primului copil

Vârsta	**Total**	**Procent %**
Nu ştiu/ Nu răspund	169	44.24%
20 ANI	1	0.26%
13 ANI	8	2.09%
14 ANI	19	4.97%
15 ANI	77	20.16%
16 ANI	61	15.97%
17 ANI	25	6.54%
18 ANI	20	5.24%
19 ANI	2	0.52%
TOTAL	**382**	**100%**

Întrebarea nr 28: Care este motivul pentru care aţi avut un copil la o vârstă atât de mică?

Grafic 4.27. Obiceiul comunității de a avea copii la vârsta tânără

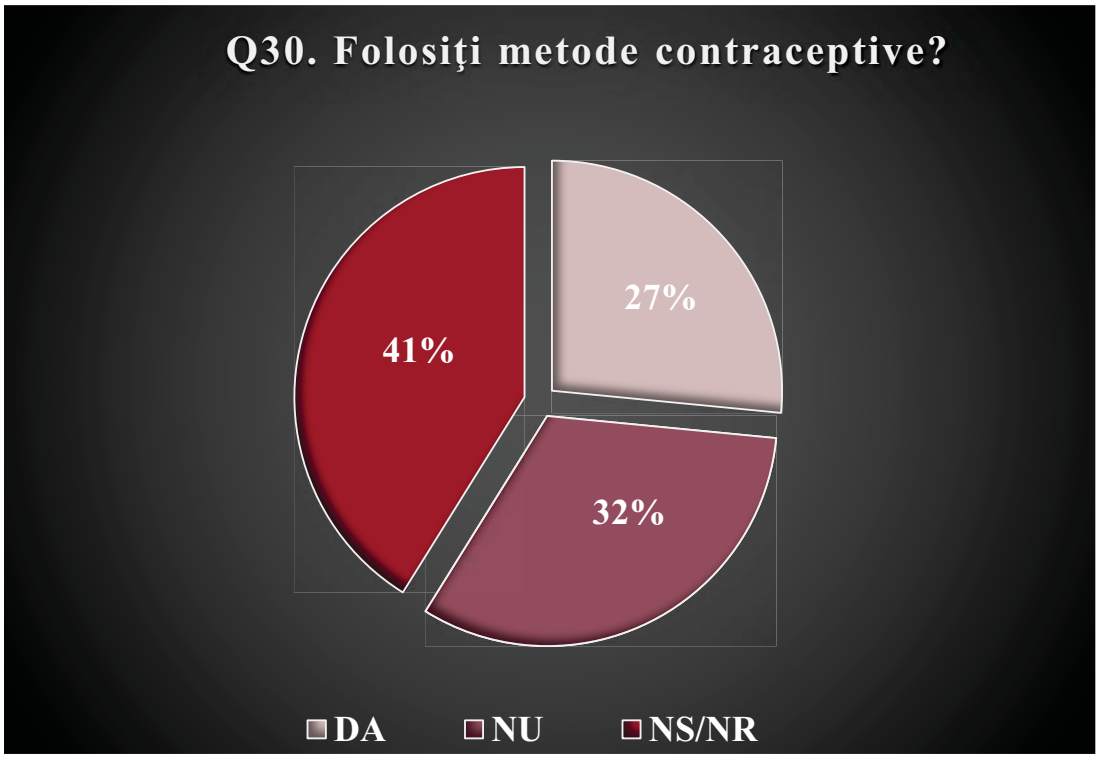


Tabel 4.74. Obiceiul comunității de a avea copii

Obiceiul comunităţii	**Total**	**Procent %**
NU	94	24.61%
DA	278	72.77%
Nu ştiu/ Nu răspund	10	2.62%
TOTAL	**382**	**100%**

Întrebate dacă în comunitatea din care fac parte se obişnuieşte ca persoanele să aibă copii la vârsta foarte mică, răspunsurile au fost legate de mod evident de existenţa acestui obicei. În procent foarte mare, şi anume 73% declară că în comunitate există obiceiul ca persoanele să aibă copii la o vârstă foarte mare. În mod evident, pe lângă tradiţia din comunitate, celelalte persoanele care au copii la vârstă foarte mică sunt un exemplu pentru acestea şi persoanele mai tinere urmează acelaşi traseu ca şi ele. Un procent destul de mic de persoane, şi anume 24%, declară că în comunitate nu există acest obicei.

Grafic 4.29. Folosirea metodei contraceptive



Tabel 4.76. Folosirea metodelor contraceptive

Folosiţi metode contraceptive?	**Total**	**Procent %**
DA	142	37.17%
NU	91	23.82%
Nu ştiu/ Nu răspund	149	39.01%
TOTAL	**382**	**100%**

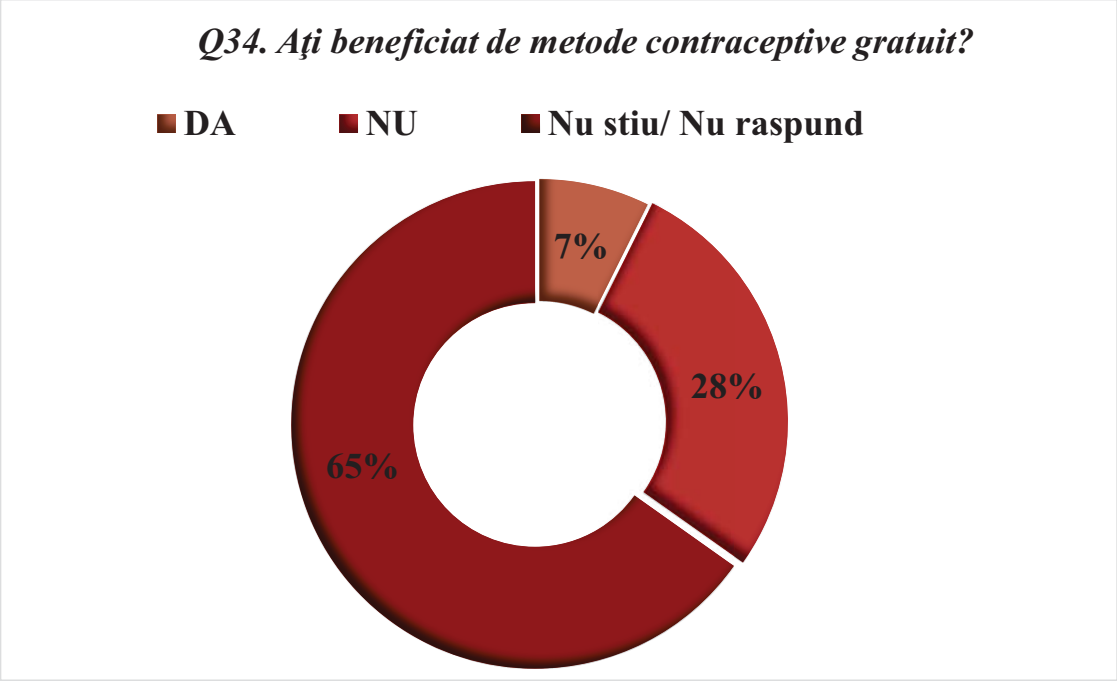
În procent de 37,17% femeile folosesc metode contraceptive, spre deosebire de 23,82% care nu folosesc metode contraceptive. După cum era de aşteptat, numărul persoanelor care apelează la metode contraceptive este mică. Un procent foate mic de 27% foloşeste metoda contraceptivă, un procent de 32% afirmând că nu foloseşte. De asemenea numărul celor care afirmă că nu ştiu dacă folosesc metode contraceptive sau refuză să ofere un răspuns este foarte mare 41%. În mod evident apariţia sarcinii este legată de lipsa metodelor contraceptive, indiferent care ar fi acestea. Motivul pentru care persoanele nu folosesc metode contraceptive poate fi legat de mai multe aspecte după cum am afirmat mai sus.Printre acestea se poate enumera: tradiţia din familie, orientarea religioasă, situaţia materială precară şi lipsa unui venit care să le permită să cumpere metode contraceptive, dar şi lipsa unei educaţii în acest sens. Avînd în vedere că studiul a fost realizat în comunitatea în care oamenii îşi desfăşoară activitatea o altă cauză anterecunoaştere că folosesc metode contraceptive este legată de teama de a nu dezvalui aceste secret în cadrul comunităţii.

Tabel 4.77. Folosirea metodelor contraceptive în funcție de vârstă

Metode contra-ceptive	VÂR-STA 12	13	14	15	16	17	18	19	20	Total
DA	9.95%	7.85%	6.81%	6.02%	2.36%	1.83%	0.52%	1.05%	0.79%	37.17%
NU	0.52%	0.52%	1.31%	2.36%	2.62%	3.66%	3.66%	4.71%	4.45%	23.82%
NS/NR	0.00%	0.26%	2.36%	3.93%	7.85%	5.76%	5.24%	7.07%	6.54%	39.01%
Total	**10.47 %**	**8.64 %**	**10.47 %**	**12.30 %**	**12.83 %**	**11.26 %**	**9.42 %**	**12.83 %**	**11.78 %**	**100.00 %**

Folosirea metodei contraceptive este influențată de vârstă. Astfel persoanele care au 15 ani folosesc metoda contraceptivă, un procent de 9,95% cele care au 12 ani, un procent de 7,85% cele care au 13 ani, un procent de 6,81% cele care au 14 ani și un procent de 6,02% cele care au 15 ani. Corelaţia realizată utilizarii metodelor contraceptive şi numărului de copii scoate în evidenţă că în procent mult mai mare persoanele până în 16 ani folosesc metode contraceptive. Rezultatul corelat cu procentul obţinut din analiza numărului de copii şi vârsta persoanelor indică faptul că fetele nu au copii la o vârstă mai mică şi din cauza faptului că folosesc metode contraceptive mai mult decât persoanele care au o vârstă mai mare.

Grafic 4.33. Beneficiul metodei contraceptive



Tabel 4.88. Beneficiul unei metode contraceptive gratuit

Metoda contraceptivă	**Total**	**Procent %**
Nu ştiu/ Nu răspund	249	65.18%
DA	28	7.33%
NU	105	27.49%
TOTAL	**382**	**100%**

Ţinând cont de informaţiile din media, dar şi de studiile oferite de literatura de specialitate, am putea afirma că numărul metodelor contraceptive oferite în rândul comunităţilor de etnie rromă este destul de mare. Rezultatele sutudiului nostru reliefează contrariul.

Gratuitatea în rândul metodelor contraceptive este foarte rar întâlnită. Doar un procent de 7,33% afirmă că au beneficiat de gratuitate, 27,49% afirmând că nu au beneficiat şi un procent de 6518% nu ştiu dacă au beneficiat de metode contraceptive gratuite. Acest aspect poate fi explicat în două moduri. Pe de o parte, în comunitate nu au venit persoane care să împartă astfel de metode contraceptive. Pe de alta parte, femeile din comunitate au refuzat ajutorul lor şi nu au acceptat metodele contraceptive. În urma acestor rezultate am dori să specificăm că este nevoie de realizarea unei educaţii sexuale în cadrul comunităţii, atât de către medical de familie, cât şi de către o organizaţie specializată în acest sens.

Aş dori să menţionez că în cadrul variantei de nu ştiu/ nu răspund sunt cuantificate numărul de persoane care nu au oferit răspunsuri la întrebările adresate şi nu neaparat al celor care au declarat că nu ştiu să răspundă la întrebare.

4.4.1 Concluzii parţiale:

1. Starea de sănătate a femeilor rrome indiferent de mediul de rezidenţă este auto-apreciată ca fiind bună.
2. Accesul la serviciile medicale al femeilor rrome este următorul, în procent de 0.9% nu au acces faţă de 12,9% care au acces în mediul urban.
3. Cele mai frecvente cauze şi factori de risc de îmbolnăvire ale femeilor rrome sunt legate de contextul social şi economic, lipsa utilităţilor, alimentaţie precară şi ocupaţională.
4. Din punct de vedere fiziologic, femeile nu au anumite probleme, vârsta primei menstruații fiind în majoritatea cazurilor cuprinsă între 12-14 ani.
5. Intervalul menstrual la majoritatea femeilor este cuprins între 28-30 ani, de unde se poate deduce că acestea nu au o problemă de sănătate, care să ducă la apariția unui număr mai

mare de copii. În funcţie de numărul de copii se poate observa că intervalul menstrual este unul regulat.

6. Debutul vieții sexual în cele mai multe cazuri are loc din cauza obiceiului comunității de a avea un număr de copii mai mare.
7. Situația financiară precară este cea care în cele mai multe cazuri împiedică apelul femeilor la medic sau la alte servicii de sănătate.
8. În procent destul de mare (aproximativ 34%), femeile au infecție vaginală. Este posibil ca în realitate numărul persoanelor care au infecție vaginală să fie mai mare, dar acesta să nu fie declarat de persoane din diverse motive, le-a fost ruşine, sau pur și simplu nu au știut/ conștintizat prezența infecției vaginale.
9. În procent destul de mare, persoanele au auzit de BTS, fără probabil să știe despre ce este vorba.
10. Metoda contracepetivă folosită este metoda calendarului, o metodă care în viziunea noastră nu aduce un grad foarte mare de siguranță persoanelor, de unde reiese și numărul mare de copii care există în cadrul familiilor.
11. În număr foarte mic femeile au beneficiat de metode contraceptive oferite gratuit de medic, sau de către asistenții sociali.

Concluzii.

În urma analizării şi prelucrării rezultatelor obţinute prin metoda de cercetare tip anchetă prospectivă bazată pe chestionar putem enunţa următoarele concluzii:

1 Aşa cum reiese din majoritatea studiilor realizate,dar şi din cercetarea noastr[ărromii traiesc tradiţional şi încea mai mare parte famiile lor sunt caracterizate de un grad ridicat de sărăcie.

2 Nivelul venitului foarte mic, inexistent în foarte multe familii, precum și lipsa ocupațiilor generează de cele mai multe ori gradul de sărăcie, precum și imposibilitatea persoanelor de a-și depăși condiția.

3 Lipsa serviciilor de bună calitate și imposibilitatea de a interacționa cu persoane din alte cercuri decât cele din propria comunitate limitează accesul la mijloacelor de protecție sexuală şi la modalităților de planificare a vieții de familie și de cuplu.

4 Numărul de copii dincadrul familiilor de rromi şi căsătoria sunt influenţate de modelul cultural tradiţional care există în cadrul familiei şi care se transmite din generaţie în generaţie.

5 Pe lângă modelul cultural din cadrul familiei, o altă cauză a numărului mare de copii şi a vârstei mici la care are loc căsătoria este lipsa informaţiilor legate de educaţia sexuală, concretizată în neştiinţa de a folosi metode cotraceptive sau în neştiinţa de a întreţine acte sexuale protejate.

6 În cadrul comunităţii rrome femeile care au un anumit nivel de studii sau care încă sunt înscrise la şcoală utilizează mai mult metode contraceptive decât cele care nu au urmat un anumit nivel de studii sau care nu sunt înscrise la şcoală.

7 Metoda contraceptivă nu este o metodă frecvent utilizată de femeile de etnie rromă. Chiar şi în cazul în care aceasta este folosită, nu este eficientă deoarece nu este folosită corect, din cauza lipsei de informații în ceea ce privește folosirea unei metode contraceptive.

8 Pe de altă parte, copilul este dorit în cadrul familiilor de rromi, fiind văzut ca principalul mijloc care asigură viitorul și stabilitatea în cadrul familiei. Din acest punct de vedere, familiile de rromi nu pot fi determinate să renunțe la numărul de copii pe care și-l doresc în cadrul familiei, chiar dacă acesta este văzut pe viitor ca o resursă economică.

9 Copilul este văzut ca o resursă sau ca un mijloc de a aduce bani în cadrul comunităţii rrome. Din analiza realizată reiese că în cadrul familiilor unde alocaţia copilului, bursa de elev sau ajutorul social este principala sursă de venit, numărul de copii este mult mai mare decât în cadrul famiilor unde principala sursă de venit este salariul sau un alt venit obţinut din alte surse.

10 Am constatat o emancipare a acestei comunităţi atât prin creşterea mediei de vârsta la care se căsătoresc, cât şi în ceea ce priveşte vârsta mamei la naşterea primului copil.

11 Populaţia de etnie rromă a început să se prezinte la medici mai mult decât în trecut, ceea ce nu poate fi cu siguranţa decât un aspect pozitiv, care conduce la o stare de sănătate şi la o prevenţie mai mare în rândul acestora.

12 Pătrunderea mijloacelor de socializare, accesul unui procent majoritar de persoane la internet oferă persoanelor posibilitatea de a se informa, chiar și prin vizual de metode de contracepție și planificarea vieții familiale. În același timp se observă un fel de emancipare și în ceea ce privește decizia numărului de copii din cadrul unei familii.

13 În ceea ce priveşte politica de planning familial în rândul populaţiei rrome, aceasta este departe de a fi eficientă, fiind influenţată de foarte mulţi factori greu de corectat în timp.

14 Emanciparea comunităților de romi, precum și ajutarea acestora de a-și depăși condiția se poate face prin realizarea unor ședințe de plannig familiar și prin oferirea unor exemple proprii de ordonare și planificare a vieții de familie. De asemenea includerea persoanelor la cursuri de arte și meserii este altă care-i ajută pe aceştia în găsirea unui job.

Recomandări

1. Având în vedere că educația este principalul punct, punctul zero de la care pornește în viziunea noastră toată situația în care femeile de etnie rromă se află, recomandăm implicarea acestora în cadrul unor cursuri de formare educațională, prin înscrierea acestora fie în cadrul programelor numite șansa a doua, sau în cazul celor care au terminat studiile gimnaziale, la liceele profesionale. În cazuri excepționale, nu există posibilitatea de înscriere/ reînscriere a femeilor de etnie rromă la școală recomandăm implicarea unor voluntari în cadrul comunității pentru realizarea unor cursuri minimale care să le ofere șansa să învețe să scrie și să citească. Cunoștințele minimale de scris și citit le va ajuta pe femei și în planificarea vieții sexuale, dar și în propria documentare sexuală.

2. Starea economică reprezintă al doilea factor care determină ținerea pe loc a femeilor de etnie rromă. După cum se observă din studiul realizat, dar și din alte cercetări, majoritatea femeilor nu au un loc de muncă. Recomandăm realizarea unor cursuri de formare profesională în cadrul comunității, cursuri care să le ofere anumite calificări prin care ulterior acestea să se poată angaja. Pentru participarea la cursuri recomadăm să se ofere o anumită recompensă femeilor.

3. Serviciile de sănătate lipsesc în mare măsură în cadrul comunității, sau chiar dacă sunt prezente femeile nu apelează la ele, din diverse motive: lipsa banilor, stigmatizarea socială etc. Recomadăm implicarea unui mediator santitar în cadrul comunității care să se ocupe strict de problema femeilor de etnie rromă, precum și construirea unui cabinet medical în imediate proximitate a comunității. Recomandăm ca femeile să fie implicare în cadrul unor cursuri de educație sexuală, atât de către mediatorul sanitar, cât și în alt mediu.

4. Autoritățile ar trebuie să se implice în procent mai mare în crearea unor condiții de trai mai bune întregii comunități, prin reabilitarea clădirilor, îmbunătățirea infrastructurii (construcția drumurilor, realizarea de apă curentă, gaz, canalizare, crearea unor servicii medicale minimale), care să asigure condiții sanitare și de igienă.
5. Medicii de familie ar trebuie să se implice mai mult în educația sexuală a femeilor de la vârste foarte mici, în înscrierea acestora la medic, precum și în oferirea serviciilor medicale și a informațiilor de care acestea au nevoie, sa efectueze vizite pe teren.

Limite.

Lipsa unei cercetari calitative care să ofere informaţii în profunzime.
Lipsa unor întrebări care să se refere la numărul de persoane cu care a întreţinut relaţii sexuale, lipsa unei întrebări care să se refere la orientarea religioasă, controlul la medicul ginecolog, avortul , dacă au avut sau nu avort. În cadrul întrebărilor lipsesc anumite variante de răspuns. De exemplu, la întrebarea care se referă la metodele contraceptive folosite lipsesc foarte unele metode care fi putut fi folosite, frecvenţa cu care aceştia merg la medic, care sunt bolile cele mai frecvente cu care acestea merg la medic, dacă au asigurare medicală, de câte ori au mers la ginecolog, când a fost ultima dată cand au apelat la medic.

După cum am menţionat în partea de metodologie, în momentul în care am avansat anumite ipoteze şi am definit obiectivele, am luat în calcul mai multe tipuri de factori care pot influenţa deciziile femeilor de etnie rromă de a avea mai mulţi copii. Printre acestea se numără:

1. Factori economici: care ţin de decizia de a da naştere unui număr cât mai mare de copii, din cauza situaţiei materiale precare pe care o au femeile din familiile de rromi. Copilul fiind văzut ca o sursă de venit al familiei, venit pe care-l obţin prin primirea alocaţiei din partea statului sau prin primirea unor ajutoare sociale.

2. Factori culturali: care ţin de tradiţia existentă în cadrul familiei şi de percepţia care se referă la transmiterea anumitor tradiţii şi obiceiuri pe parcursul mai multor generaţii. În cazul de faţă ne referim la tradiţia că în cadrul familiei să fie un număr cât mai mare de copii.

3. Factori educaţionali sau medicali: în cadrul acestor categorii ne referim la lipsa unor informaţii cu caracter general pe care femeile din comunităţile de rromi nu le au, şi anume informaţii care ţin de:

- panningul familial,
- panificarea sexuală,
- utilizarea metodelor contraceptive,
- prevenţia şi prevenirea bolilor cu transmitere sexuală.

Gradul mare de tradiţionalism, dar şi patriarhatul care există într-un grad foarte extins în comunităţile de rromi, caracterizat prin imposibilitatea femeilor de a-şi exprima în mod direct părerea în faţa soţilor, dar şi a rudelor de gen masculin, şi-a pus ampreta asupra familiilor, dar şi asupra modalităţii în care se gestionează relaţiile din familie.

Studiile de până acum au arătat că rromii preferă să trăiască în familii extinse, să se căsătorească la vârste timpurii şi să aibă un număr crescut de copii.

Argumentele în favoarea ipotezei tradiţionaliste prevalează în măsura în care este mai probabil ca fetele să se căsătorească timpuriu în gospodăriile în care naţionalitatea declarată este rromă, numărul membrilor în gospodărie şi al copiilor în familia de bază este mai mare.

Acurateţea cercetării este limitată şi de subiectivitatea răspunsurilor la chestionar în funcţie de percepţia şi educaţia respondenţilor.

Informaţii suplimentare care ar fi fost obtinute prin astfel de mijloace ar fi ajutat la conturarea mai clară a obiectivelor, precum şi în validarea ipotezelor de cercetare.

Ca o concluzie, am putea spune că în România s-au efectuat în ultima perioadă foarte multe studii în ceea ce priveşte comunitatea rromă, cu precădere, din cauza faptului că ţara nostră este considerată una dintre ţările europene cu cei mai mulţi cetăţeni de etnie rromă, atât din punct de vedere declarativ, cât şi după calcule statistice.

Bibliografie selectivă

Această secțiune va prezenta sumar și pe categorii materialele consultate înainte de proiectarea cercetării, dar și pe parcursul desfășurării acesteia, atat materiale pe care le-am utilizat în partea de teorie, cât şi materiale utilizate în partea de cercetare. În procesul de selectare și consultare a rapoartelor și publicațiilor s-a urmărit în principal cuprinderea acelor materiale a căror atenție estre centrată pe una sau mai multe dintre principalele dimensiuni ale cercetării de față: muncă, educație, sănătate, locuire, căsătorii timpurii, boli cu transmitere sexuală etc. De asemenea, o miză importantă în etapa de documentare a fost consultarea acelor rapoarte și publicații în care populația investigată este cu precădere cea de femei rrome.

1. Elena Zolotariov, Planificarea familială, Informare – Educaţie – Comunicare , Ed. Educaţia XXI, Bălţi, 2005, pg. 8
3. Iolanda Mitrofan, Cristian Ciupercă, Psihologia relaţiei de cuplu, Editura Speer, Bucureşti, 2009, pg. 292-293
9. https://secsromania.wordpress.com/2015/03/12/882/
10. Vladescu Cristian (coord.), Sănătate publică şi management sanitar. Sisteme de sănătate, (Centrul pentru politici şi servicii de sănătate), Editura CPSS, Bucureşti, 2004, pg. 56-80
11. Sorin Lucian Puia, Bogdan Marinescu, Compendiu medical de planificare familială, Tipărit la tipografia INTACT, ISBN 973-97461-3-6, pg. 22-29
12. Conf. univ. dr. Daniel Popescu, Infecţiile cu transmitere sexuală, Ed. Universitară Carol Davila, Bucureşti, 2010, pg. 21- 23
24. Institutul Naţional de Statistică, www.insse.ro
35. Elena şi Cătălin Zamfir, Cercetarea Sănătăţii Reproducerii în România (CSRR), EDITURA Alternative, Bucureşti, 1993, pg. 153
38. http://www.romanicriss.org/Sănătatea%20si%20comunitatea%20roma%20%20analiza%20a%20situaţiei%20din%20România.pdf
47. Situația femeilor rome din România – Studiu Sociologic - , raport final noiembrie 2011, realizat în cadrul proiectului "Investeşte în oameni", proiect cofinațat din Fondul European prin programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013, Asociația Femeilor Rome din România, pg.23, 53, 47
49. Studiu cu privire la situația femeilor și fetelor rome din Republica Moldova, UN Women, UNDP, OHCHR 2014, pg. 12- 13.

Listă cu lucrări ştiinţifice publicate:

- CLAUDIA FELICIA IANCU1, FLORENTINA LIGIA FURTUNESCU2, PETRU ARMEAN3, FAMILY PLANNING RELATED ATTITUDES IN A ROMA RURAL COMMUNITY, Acta Medica Transilvanica, vol. 23, nr. 2, 2018, pg. 1- 4.
- CLAUDIA FELICIA IANCU1, FLORENTINA LIGIA FURTUNESCU2, PETRU ARMEAN3, ANALYSIS OF REPRODUCTIVE HEALTH POLICIES IN RAMANIA: EVOLUTION FROM THE PERSPECTIVE OF ACCESS AND ADDRESSABILITY PLANNING SERVICES, vol. 24, nr. 2, 2018, pg. 1- 4.

Link-uri articole:

http://www.amtsibiu.ro/Arhiva/2018/Nr2-en/Iancu.pdf-articol numarul 2/2018

http://www.amtsibiu.ro/Arhiva/2018/Nr3-en/Iancu.pdf-articol numarul 3/2018