

EXPERIENȚELE ȘI PROVOCĂRILE CUPLURILOR DIN REPUBLICA MOLDOVA CARE SE CONFRUNTĂ CU PROBLEMA INFERTILITĂȚII DIN PERSPECTIVA ACCESĂRII TRATAMENTELOR DE REPRODUCERE MEDICALĂ ASISTATĂ

Inga CHISTRUGA-SÎNCHEVICI, doctor în sociologie,
cercetător științific coordonator,
Centrul de Cercetări Demografice

Institutul Național de Cercetări Economice,
Academia de Studii Economice a Moldovei

E-mail: i_sinchevici@yahoo.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3241-9864>

DOI: <https://doi.org/10.36004/nier.cdr.18.2024.18>

Abstract. *Infertility is associated with emotional, psychological, and social effects on women and those around them. Medically assisted human reproduction is a timely response to the growing issue of infertility, yet it does not guarantee a solution to this problem. This article presents the results of a qualitative study conducted in September 2024 with 8 experts (reproductive doctors, gynaecologists, representatives from the Ministry of Health, and the Transplant Agency) and 10 women who have undergone medically assisted reproductive treatments. Unlike the treatment of most other medical conditions, assisted reproductive technologies are not accessible to everyone diagnosed with infertility. Thus, financial cost is undeniably the most well-known barrier for couples seeking assisted reproductive medicine. High treatment costs, including consultations, medications, and necessary procedures, can be a significant obstacle for couples with lower incomes. However, there are additional barriers that prevent patients from accessing and/or continuing infertility treatment through assisted reproductive medicine. Common practices among patients who seek assisted reproduction services highlight the complex challenges and decisions involved in treating infertility. Many patients, in particular, delay accessing these services due to social and financial barriers or fear of treatment side effects, thereby missing a higher chance of success at a younger age. Patients may also change treatment centres after experiencing failures, seeking more positive experiences and improved communication. Additionally, receiving treatment abroad, in countries like Ukraine, is common due to perceptions of advanced techniques and high-quality, personalized care. These decisions indicate a continuing need for support and accessibility in fertility treatments.*

Keywords: *infertility, child, demographic policy, medically assisted reproductive technologies, in vitro fertilization.*

JEL: J11, J13

UDC: 314.113+316.356.221](478)

Introducere. Accesul îmbunătățit al femeilor la oportunități educaționale și de carieră, precum și contracepția eficientă au contribuit la întârzierea progresivă a

nașterii și la scăderea ratelor generale de fertilitate. O proporție din ce în ce mai mare de femei întârzie nașterea până la un punct în care scăderea fertilității legată de vârstă contribuie la prevalența infertilității și la creșterea cererii pentru tratamente de fertilitate. Vârsta medie a mamei la prima naștere, în Republica Moldova în anul 2023, a constituit 25,3 ani. Femeile din mediul rural au născut la o vârstă mai tânără – 23,9 ani, comparativ cu cele din mediul urban – 27,3 ani. Distribuția născuților-vii în funcție de vârsta mamei evocă concentrarea acestora în intervalul de vârstă de la 25 ani până la 34 ani (cu 54,8% din total născuți-vii) (Biroul Național de Statistică, 2023). Creșterea vârstei la nașterea primului copil este, fără îndoială, legată de riscurile de deteriorare a sănătății reproductive și de apariția infertilității secundare (Bogomiagkova, Lomonosova, 2017). Fertilitatea scade odată cu vârsta atât la bărbați, cât și la femei, însă la sexul feminin influența vârstei asupra concepției este mai pronunțată decât la cel masculin. Capacitatea de a concepe o sarcină scade de aproape două ori la femeile după 30 de ani, comparativ cu cele de 20 de ani, și scade semnificativ după vârsta de 35 de ani. Astfel, dacă la 30 de ani șansa de a concepe spontan într-un ciclu este de 20%, la 40 de ani aceasta constituie 5% (Căuș C., Căuș N, 2021).

În conformitate cu estimările internaționale din 2022, aproximativ una din șase persoane suferă de infertilitate la un moment dat din viață, prevalența infertilității pe parcursul vieții reprezentând la 17,5%, la nivel global (World Health Organization, 2023). În Republica Moldova, în conformitate cu datele studiului Generații și Gen, realizat în anul 2020, aproximativ 12% din populația eșantionată cu vârsta cuprinsă între 15 și 49 de ani a avut dificultăți în a concepe în ultimele 12 luni, iar aproximativ 9% din populație indică că fie sigur, fie probabil nu poate avea un alt copil (Rosenberg, et al., 2022). Studiul nu a arătat diferențe statistice semnificative privind infertilitatea raportată de către femei și bărbați. Astfel, ponderea femeilor care au declarat că întâmpină dificultăți în a concepe este de circa 12%, iar a bărbaților care declară incapacitatea de a induce o sarcină de – 10% (Ciubotaru, 2022).

Există două tipuri majore de infertilitate din punct de vedere medical: infertilitatea primară și secundară. Infertilitatea secundară este cea mai comună formă de infertilitate feminină la nivel global, adesea din cauza infecțiilor tractului reproductiv. Cercetările privind cauzele infertilității indică faptul că: între 20% și 30% din cazurile de infertilitate sunt explicate de cauze fiziologice la bărbați; între 20% și 35% din cazurile de infertilitate sunt explicate de cauze fiziologice la femei; între 25% și 40% din cazurile de infertilitate se datorează unei probleme la ambii parteneri; în 10% până la 20% dintre cazuri, nu se găsește nicio cauză (Keane, Long, O’Nolan, Farragher, 2017).

Tehnicile de reproducere umană asistată reprezintă o soluție tot mai utilizată și necesară în contextul actual de combatere a infertilității însoțit de schimbarea normelor din societate care susțin implementarea acestor practici. Tehnologiile de reproducere umană asistată reprezintă ansamblul tehnicilor și practicilor clinice sau biologice care permit procrearea în afara procesului natural, prin intervenția și la indicația medicului. Tehnologiile de reproducere asistată sunt toate tratamentele sau procedurile care includ prelucrarea in vitro a ovocitelor, spermei sau embrionilor umani în scopul realizării sarcinii fiind folosite atunci când, prin tratamentele

obișnuite, hormonale, medicamentoase sau chirurgicale, nu se obține sarcina. Această abordare oferă o șansă suplimentară pentru cuplurile care se confruntă cu infertilitatea, transformând speranțele lor într-o posibilitate reală de a deveni părinți.

Analiza literaturii în domeniu. Revizuirea literaturii științifice evidențiază că în analiza accesului la fertilizarea in vitro (FIV) pe criterii socioeconomic, femeile din grupurile socioeconomic mai ridicate au utilizat fertilizarea in vitro de două ori mai mult decât cele din grupurile inferioare, în fiecare grupă de vârstă și au cheltuit mai mulți bani din surse proprii (Klemetti, Gissler, Sevón, Hemminki, 2007). Aceste femei își permit adesea să acopere costurile ridicate ale FIV din fonduri proprii, fapt ce subliniază o disparitate financiară și acces inegal la tratamentele de reproducere asistată.

Unele constatări științifice arată că, pentru anumite țări europene, utilizarea tehnologiilor de reproducere asistată poate avea o relevanță demografică, atunci când femeile profită de aceasta mai devreme. În consecință, se sugerează că utilizarea acestora la o vârstă mai fragedă ar trebui să fie susținută, astfel încât să crească șansa femeilor de a-și atinge obiectivele reproductive, reducând în același timp, riscul de infertilitate legat de vârstă și de apariția eșecului după aplicarea procedurilor medicale (Kocourkova, et. al. 2014). Prin urmare, din perspectiva demografică, nu este relevantă utilizarea tratamentelor de reproducere medicală asistată pentru a încuraja femeile să întârzie nașterea până la vârste foarte târzii (Kocourkova & Fait, 2009). Deși opțiunile tehnologice de medicină reproductivă pot ajuta într-o anumită măsură cu problemele de fertilitate legate de vârstă, ele nu pot compensa complet scăderea fertilității (Szalma, Djundeva, 2019). Medicina reproductivă asistată, în forma sa actuală nu poate compensa toate nașterile pierdute prin declinul natural al fertilității după vârsta de 35 de ani (Leridon, 2004). Astfel, în pofida contribuției tot mai mari la rata totală a natalității, medicina reproductivă asistată nu poate compensa pe deplin scăderea fecundității odată cu vârsta, deoarece eficacitatea tratamentelor scade rapid, de asemenea, odată cu vârsta femeilor.

Literatura științifică evidențiază că există o interdependență între amânarea nașterii și utilizarea tehnologiilor de reproducere asistată, fiecare dintre acestea influențând-o pe cealaltă. Pe de o parte, amânarea nașterii este unul dintre principalele motive pentru utilizarea în creștere a tehnologiei de reproducere asistată și, pe de altă parte, aceasta din urmă poate fi unul dintre factorii care contribuie la creșterea vârstei femeilor la nașterea copiilor (Kocourkova, et. al. 2014).

O revizuire a literaturii evidențiază că un subiect de mare relevanță la această temă este siguranța tratamentului, ca o garanție a calității medicinei moderne. Cercetătorii ruși Paskar, Kalugina, Tkachuk au subliniat că, FIV, la fel ca orice alt tip de terapie, poate provoca efecte secundare negative. Astfel, există două tipuri de complicații clinice, care apar în timpul tratamentului infertilității cu ajutorul tehnologiilor medicale de reproducere asistată. În primul rând, există riscuri generale care sunt prezente în orice procedură invazivă: hemoragie și complicații infecțioase. În al doilea rând, riscurile sunt legate de tratamentul în sine, în special de stimularea controlată a ovarelor, care poate duce la dezvoltarea sindromului de hiperstimulare

ovariană, frecvența dezvoltării formei severe variază de la 2% până la aproape 9% (Paskar, Kalugina, Tkachuk, 2020).

Metodologia studiului. Articolul reflectă rezultatele studiului calitativ, desfășurat în septembrie 2024, cu 8 experți (medici reproductologi, medici ginecologi, reprezentanți ai Ministerului Sănătății, Agenției de Transplant) și 10 femei care au urmat tratamente medicale de reproducere asistată. Metoda de cercetare aplicată a fost interviul sociologic semi-structurat, iar instrumentul de cercetare ghidul de interviu. În acest sens, a fost elaborat: ghid de interviu pentru medicii practicieni, implicați în procesul de aplicare a tehnologiilor medicale de reproducere asistată; ghid de interviu pentru experții care au implicații în ceea ce privește medicina reproductivă asistată, din perspectiva monitorizării și evaluării modului de implementare a acestor tehnologii în Republica Moldova; ghid de interviu pentru paciente.

Scopul studiului a constat în evaluarea accesului la serviciile de medicină reproductivă asistată și identificarea dificultăților care limitează potențialul medicinei reproductive asistate asupra dezvoltării demografice.

Rezultatele studiului. Cea mai populară tehnologie de reproducere medicală asistată este fertilizarea in vitro. Indicațiile principale pentru apelarea la fertilizarea in vitro sunt infertilitatea feminină și/sau masculină, când alte metode de tratament sunt imposibile sau fără de efect. La fertilizarea in vitro are acces orice cuplu, orice femeie solitară, care suferă de infertilitate, dacă au luat o decizie informată de folosire a acestei metode. Pentru a recurge la fertilizarea in vitro, femeia și bărbatul trebuie să corespundă criteriilor medicale necesare privind starea de sănătate fizică și mentală.

Practicile frecvente în rândul pacientelor care recurg la serviciile de reproducere medicală asistate este esențială pentru a înțelege contextul și complexitatea acestui domeniu. În ultimele decenii, tehnologiile de reproducere asistată au evoluat rapid, oferind soluții pentru cuplurile care se confruntă cu probleme de fertilitate. Cu toate acestea, alegerea de a utiliza aceste servicii nu este întotdeauna simplă și poate fi influențată de o varietate de factori. Astfel, studiul a permis **identificarea următoarelor practici înregistrate în rândul pacientelor care recurg la serviciile de reproducere medicală asistate:**

- **Tergiversarea apelării la serviciile de medicină reproductivă asistată** este o practică comună întâlnită în rândul cuplurilor care se confruntă cu probleme de fertilitate. *”După ce ne-am căsătorit, treceau ani și eu tot înțelegeam că noi nu reușim să concepem. Am mers la medic și pe la vreo 31 de ani prima dată mi s-a spus că am să pot să fiu gravidă doar prin fertilizare in vitro. Nu imediat am luat decizia de a face fertilizarea in vitro dar abia la 36 de ani, la insistența soțului și am reușit să nasc abia la 42 de ani”* (Pacientă_FIV).

Un moment important în tratamentul infertilității asupra căruia nu se poate interveni este vârsta, de aceea momentul adresării este semnificativ și, din acest motiv, tratamentul cu tehnologiile de reproducere medicală asistată trebuie să înceapă

cât mai devreme, cât încă rezerva ovariană permite acest tratament. Cu toate acestea, barierele care survin în calea accesului la tratament pot împiedica acest lucru. Probabilitatea de a rămâne însărcinată prin intermediul tehnologiilor de reproducere medicală asistată este de aproximativ 27% pe ciclu după vârsta de 35 de ani și scade la 15% pe ciclu la vârsta de 40 de ani. Acest model este însoțit de rate crescute de avort spontan în rândul femeilor cu vârste de 35 de ani și peste (Trappe, 2017). Potrivit altui studiu, pentru femeile care încep tratamentul cu tehnologii medicale de reproducere asistată de la vârsta de 30 până la 34 de ani, șansa estimată de a naște vii este de 65% până la 74% după trei tratamente complete, în timp ce este doar de la 18% până la 23% la vârsta de 40 până la 44 de ani (Lazzari, Gray, Chambers, 2021).

Această întârziere poate fi influențată de o serie de factori, inclusiv percepțiile sociale, temerile legate de tratament și costurile financiare implicate. Multe cupluri se tem de judecata socială și de stigma asociată cu infertilitatea și tratamentele de fertilitate. Incertitudinea legată de succesul tratamentelor, precum și temerile de efectele secundare sau complicații, pot contribui la tergiversarea deciziei de a apela la aceste servicii. Cuplurile pot fi reticente să se angajeze într-un proces care poate implica multiple tratamente și emoții intense. Tratamentul de fertilitate poate fi costisitor, iar multe cupluri se confruntă cu dificultăți financiare în a-și permite astfel de servicii. Educația insuficientă în domeniul fertilității poate duce la percepții greșite despre tratamentele disponibile și despre așteptările acestora. Tergiversarea apelării la serviciile de medicină reproductivă asistată poate avea o serie de efecte negative asupra cuplurilor care se confruntă cu probleme de fertilitate, precum amplificarea stresului emoțional și anxietății, ducând la o stare de neliniște constantă. Un alt efect, ține de reducerea șanselor de succes odată cu vârsta, în special la femei. A amâna apelarea la medicina reproductivă asistată poate însemna pierderea unor oportunități importante de tratament, ceea ce poate afecta șansele de a avea copii. Tergiversarea poate conduce și la costuri mai mari pe termen lung. Așteptarea poate necesita tratamente mai complexe sau mai scumpe, deoarece problemele de fertilitate pot deveni mai severe în timp.

Îndeosebi situațiile de tergiversare s-au înregistrat din cauza dedicării față de muncă, carieră. Această tendință este adesea rezultatul unor factori socio-economici și culturali care modelează prioritățile personale și profesionale ale femeilor. Femeile pot simți presiunea de a excela în carieră, mai ales în medii de lucru competitive, unde succesul profesional este adesea evaluat în funcție de realizările individuale și contribuțiile la echipă.

• **Solicitarea serviciilor de reproducere medicală asistată de către femei ca urmare a inițiativei soțului sau partenerului.** Unele femei nu au apelat din start la medicina reproductivă asistată, din cauza incertitudinii cu privire la reacția soțului/partenerului. Incertitudinea cu privire la modul în care partenerul ar putea reacționa la ideea de medicină reproductivă asistată poate duce la amânarea sau evitarea discuțiilor despre această opțiune. Unele cupluri pot să nu aibă un dialog deschis despre problemele de fertilitate sau despre opțiunile de tratament. Această lipsă de comunicare poate duce la speculații și îngrijorări în rândul femeilor, care se pot simți nesigure în ceea ce privește reacția partenerului la medicina reproductivă

asistată. ”*Eu probabil aveam o barieră ca să îi zic lui că uite, hai să facem procedura aceasta. Când am văzut că el a venit cu inițiativa, la mine s-a aprins dorința de a face fertilizarea in vitro*” (Pacientă_FIV).

• **Schimbarea centrelor de tratament care oferă servicii de reproducere medicală asistată** de către femei/cupluri din cauza eșecului perceput al tratamentului. Deși rata de succes după o procedură FIV este redusă, multe cupluri nu mai continuă tratamentul la același centru, fiind influențați de alte opinii, auzind lucruri bune despre un alt centru sau rămânând nemulțumiți de îngrijirea acordată. Aceasta se poate întâmpla din cauza că unele cupluri pot considera că eșecurile repetate indică o problemă fundamentală și se simt descurajați să continue cu același centru, în timp ce altele pot căuta alternative pentru a îmbunătăți șansele de succes. Uneori, femeile și cuplurile pot avea așteptări nerealiste cu privire la rezultatele tratamentului, bazându-se pe povești de succes sau pe informații despre altele care au avut experiențe pozitive. Când rezultatele lor nu se aliniază cu aceste așteptări, pot decide să caute un alt centru. Cuplurile pot fi influențate de recenzii ale altor pacienți, care au avut experiențe pozitive la diferite centre, ceea ce poate crea o imagine mai favorabilă a altor opțiuni, determinându-i să schimbe centrul pentru a beneficia de un tratament perceput ca fiind mai eficient. Nemulțumirea față de serviciile oferite de un centru poate apărea din diverse motive, cum ar fi lipsa de comunicare, lipsa de empatie din partea personalului medical sau percepția că nevoile lor nu sunt satisfăcute. Această nemulțumire poate împinge cuplurile să caute un alt centru, în speranța de a găsi o echipă medicală mai receptivă și dedicată. ”*La un centru doamna doctor m-a controlat și deodată lista... na lista asta în mână, iată contractul și du-te acolo și semnează. Iată cât costă și iată cum se plătește. Și de săptămâna viitoare venim și vă facem FIV. Fără ca să ne pună o diagnoză!!!*” (Pacientă_FIV). Actualmente, în Republica Moldova sunt 5 centre care oferă servicii de reproducere umană asistată, ceea ce sporește nivelul de accesibilitatea a acestora.

• **Obținerea tratamentelor din afara țării datorită tehnicilor și tratamentelor diferite.** De cele mai multe ori se apelează la clinicile din Kiev, Ucraina. ”*Când mi-au scos trompele și mi-au pus diagnoza că eu nu mai pot să am copii, noi am apelat la medicii din Ucraina. Ne-am adresat în Ucraina, că mai multă încredere aveam. Și apropo, foarte multă lume de la noi din țară se duc acolo. Atitudinea e una omenească!*” (Pacientă_FIV). ”*Acolo, în Ucraina, nici într-un caz ei nu au început să facă fertilizare in vitro până nu au depistat care este problema. După ce au depistat problema și au pus o diagnoză au mers la realizarea fertilizării in vitro. La noi nu știu dacă avea să fie așa*” (Pacientă_FIV). ”*În Ucraina au cerut mult mai multe investigații decât au cerut moldovenii noștri. Au cerut analizele sistemului imunitar, mamografia, a fost mult mai desfășurat în Kiev. Au cerut să vadă celulele astea, care răspund de imunitate, dacă sunt riscuri*” (Pacientă_FIV).

În concepția pacientelor intervievate clinicile din afara țării utilizează tehnici mai avansate și oferă soluții care se aliniază mai bine cu preferințele lor. Clinicile din Kiev au medici cu experiență vastă în domeniul reproducerii asistate, care pot

oferi tratamente personalizate bazate pe nevoile specifice ale pacientelor. Decizia de a accesa centre de reproducere umană asistată în afara țării este adesea rezultatul unei combinații de percepții legate de eșecul tratamentului, influențe sociale, nemulțumiri față de îngrijirea primită și căutarea unor opțiuni mai potrivite. Fiecare cuplu își dorește să aibă o experiență pozitivă în tratamentul de fertilitate, iar când aceasta nu este atinsă, căutarea unui centru în afara țării poate părea o soluție rezonabilă. Nu este exclus că unele paciente pot căuta tratamente în străinătate din dorința de a se simți mai confortabil și beneficiind de nivel de confidențialitate mai mare.

Interviurile realizate cu experți în domeniul sănătății reproducerii au evidențiat **problema lipsei unor standarde, ghiduri, protocoale clinice naționale privitor la medicina reproductivă medicală asistată**. *"Lipsește un ghid care să fie actualizat permanent, în care trebuie să fie clar menționat ce este un cuplu steril, infertil. Eu n-am văzut la noi așa ceva... Unde foarte clar să fie scrise indicațiile. Noi trebuie să avem un standard foarte clar cu indicații, condiții, logistică pentru prelevare.... Adică trebuie să fie elaborat un standard tehnic ce conține procedurile, etapele, medicamentele. Elaborarea unui protocol unificat ar îmbunătăți transparența activității clinicelor de fertilizare în vitro. Aceasta înseamnă că activitatea lor trebuie să fie în conformitate strictă cu un standard de colectare și dărilor de seamă unificate cu o informație foarte largă despre evenimentele care au loc acolo. E nevoie ca cineva să lucreze, să facă acest document. Clinicile nu sunt interesate, fiindcă fiecare aplică un standard selectiv. Trebuie să stea un grup de autori competenți să elaboreze aceste regulamente"* (Medic ginecolog). Lipsa unor standarde, ghiduri și protocoale clinice naționale pentru medicina reproductivă asistată are un impact major asupra calității și uniformității serviciilor de sănătate reproductive. În primul rând, absența acestor reglementări poate duce la variații semnificative în practicile medicale între clinici și chiar între specialiști, ceea ce afectează predictibilitatea și calitatea îngrijirii oferite.

Sarcina multiplă este un efect nedorit al medicinei reproductive asistate din cauza riscurilor serioase de complicații pentru mamă și copil, precum și a costurilor ridicate asociate cu evoluția sarcinii. Cadrul legal din Republica Moldova prevede că numărul maxim de embrioni transferați este de până la 3 embrioni la femeile sub 35 de ani și până la 5 embrioni după 35 de ani. La femeile de vârstă sub 35 de ani, cu eșecuri ale FIV precedente, pot fi transferați intrauterin până la 5 embrioni. Cuplurile infertile preferă sarcina multiplă, dar totodată ei subestimează riscul acesteia, printre care nașterea prematură.

În context internațional șapte țări (Estonia, Germania, Grecia, Italia, Luxemburg, Portugalia și Slovacia) nu au specificat un număr maxim de embrioni care pot fi transferați într-un singur moment. Limitare la transferul unui singur embrion pentru femeile tinere se atestă în: Austria, Australia, Belgia, Israel, Noua Zeelandă, Norvegia, Suedia și Anglia; până la două embrioni transferați: Republica Cehă, Danemarca, Finlanda, Olanda, Rusia, Slovenia, Spania și Scoția; până la trei embrioni transferați: Bulgaria, Franța, Ungaria și Letonia. Țările care promovează transferul unui singur embrion pentru femeile în vârstă de treizeci și ceva de ani permit de obicei transferul a doi embrioni pentru femeile care au eșuat în încercările

repetate și pentru femeile de peste 40 de ani (Keane, Long, O’Nolan, Farragher, 2017).

În prezent, Societatea Americană de Medicină Reproductivă recomandă transferul selectiv al unui singur embrion pentru majoritatea pacienților cu vârsta sub 35 de ani care au un prognostic favorabil. Experții intervievați consideră că ar putea să fie aplicată această condiție și în țara noastră, doar în situația în care tratamentele de infertilitate ar fi suportate în totalitate de sistemul de finanțare publică. Alți experți consideră că la moment nu ar trebui să fi introdusă această reglementare din considerentul că ar trebui selectați embrionii după ce se realizează testarea preimplantațională. În acest context se atestă o serie de dificultăți:

- actualmente testarea preimplantațională se realizează în afara țării;
- din cauza situației menționate mai sus ar rezulta ca medicii să lucreze doar cu material genetic/embrioni înghețați;
- realizarea acestei proceduri (testarea preimplantațională) majorează costul serviciilor de reproducere umană asistată care și așa sunt foarte mari.

Cadrul legal al Republicii Moldova prevede că **vârsta-limită a femeilor pentru efectuarea fertilizării in vitro cu oocitele proprii este de 45 de ani, iar pentru folosirea oocitelor donate – de 50 de ani**. În unele țări cadrul legal prevede anumite criterii de vârstă și pentru bărbați. Șase țări (Franța, Islanda, Suedia, Austria, Germania, Spania) au criterii de vârstă pentru bărbații care accesează tehnologiile de reproducere asistată finanțate public, dintre care trei țări (Austria, Germania și Islanda) au limita de vârstă ca fiind de 50 de ani sau mai mică (Keane, Long, O’Nolan, Farragher, 2017).

Nașterea după 40 de ani, în special când este vorba despre primele nașteri, stârnește adesea o serie de preocupări și incertitudini. Există o stigmatizare socială asociată cu nașterea tardivă, multe persoane având preconcepții legate de abilitatea fizică și emoțională a mamelor de a se îngriji de copiii lor la o vârstă mai înaintată. Parentalitatea impune cerințe fizice și emoționale pe care părinții mai în vârstă ar putea avea dificultăți în a le îndeplini (Kocourkova, Konecna, Burcin, Kucera, 2015). Însăși, unele mame intervievate au recunoscut că ar fi bine ca copii să fie născuți la o vârstă mai tânără. *”Nu așteptați să ajungeți ca mine la 40. Totuși, copiii trebuie să fie la timpul lor ca să fim într-un pas cu ei. Și așa n-ajungi cu diferite boli și apoi n-o să plângi că copilul e mic și tu ești bolnavă”* (Pacientă_FIV).

Majoritatea experților consideră că aceste femei nu ar trebui descurajate, fiindcă anume copiii sunt cele care reprezintă sensul pentru care trăiesc. Pentru multe femei, nașterea reprezintă o realizare profundă și o sursă de împlinire personală. Mai mult decât atât sunt și o serie de beneficii ale nașterii după 40 de ani. Femeile care aleg să devină mame după 40 de ani, aduc adesea o experiență de viață mai bogată și o maturitate emoțională care le poate ajuta să facă față provocărilor parentale. Aceasta se poate reflecta în abilități de îngrijire mai bine dezvoltate și în capacitatea de a oferi un mediu stabil pentru copii. Multe femei de această vârstă sunt mai stabile din punct de vedere financiar și pot oferi copiilor lor resurse mai bune, ceea ce contribuie la creșterea unei generații sănătoase și fericite. Nașterea după 40 de ani este o alegere personală care merită sprijin și înțelegere. Deși există provocări asociate, argumentele în favoarea acestei decizii sunt puternice. Experiența,

stabilitatea și dorința de a avea copii ca sens al vieții sunt aspecte importante care pot transforma nașterile tardive în momente de împlinire și bucurie.

Faptul că FIV este un tratament complex **necesită resurse financiare semnificative**. *”Aceste proceduri, din păcate, sunt scumpe. Și o singură procedură nu îți garantează succesul final. Dacă ai un venit modest, nu știu dacă îți pot permite. Nu sunt accesibile absolut pentru fiecare pentru că prețurile sunt tare mari”* (Pacientă_FIV).

În fața infertilității, cuplurile pe lângă servicii medicale profesionale mai **au nevoie de sprijin emoțional și servicii psihosociale**. Atitudinea psihologică de asemenea influențează foarte mult rata de succes. *”Eu am avut o doar o singură procedură FIV și a fost cu succes. Eu vă spun de ce alte femei nu rămân însărcinate, pentru că ele când fac procedurile acestea, nu cred că o să rămână gravide. La mine a fost așa, gândul meu a fost că eu dacă mă pornesc pe drumul ăsta, gata, eu o să am copil. Psihologic, eu singură m-am pregătit. Și nici într-un moment nu a fost să-mi treacă prin cap, că la mine nu avea să se primească. Așa și a fost!”* (Pacientă_FIV). În prezent, instituțiile care prestează servicii de reproducere asistată nu oferă suport psihologic specializat cuplurilor afectate de infertilitate, ceea ce reprezintă o lacună în abordarea holistică a acestora. *”Cu procedurile astea ești stresat, te gândești dacă o să reușești sau nu. Așa, te simți permanent ca pe ace, te gândești dacă faci corect sau nu”* (Pacientă_FIV). *”Medicul meu mi-a zis că în Germania cuplul nu începe fertilizarea in vitro până nu trece consultația psihologului. Psihologul trebuie să vadă dacă cuplul e pregătit, dacă ambii parteneri doresc lucrul acesta. Dacă femeia e instabilă emoțională toată perioada o s-o treacă foarte greu, numai cu plânsuri, isterie și diverse reacții. Este foarte greu să duci greutatea asta când nu se primește fertilizarea in vitro și dacă nu mai ai prieteni, părinți, frați, în care să ai încredere și să poți discuta tema asta ca să exteriorizezi gândurile tale, dorințele tale, fricile tale, poate într-o zi să apară o explozie și probleme psihice”* (Pacientă_FIV).

Întrucât medicina reproductivă asistată este un serviciu medical de specialitate, centrele medicale care prestează astfel de servicii sunt situate numai în zone regionale mari. În Republica Moldova, toate sunt concentrate în municipiul Chișinău. Datorită specificului majorității serviciilor, pacienților li se cere adesea să se afle la clinică la momente specifice pentru investigație sau intervenție, ceea ce este necesar pentru succesul tratamentului. Ca urmare a izolării geografice de furnizorii de servicii medicale de reproducere asistată, pacienții care locuiesc la distanță de aceste servicii au costuri peste cheltuielile obișnuite pentru călătorii, cazare, timpul plecat de la locul de muncă.

Deși, Republica Moldova este o țară cu o populație majoritar ortodoxă, iar tradițiile și credințele religioase au o influență considerabilă asupra valorilor sociale și culturale, atitudinile față de medicina reproductivă asistată au evoluat în timp, iar impactul religiei asupra accesului la aceste servicii este redus. *”Erau rude care îmi ziceau că așa a făcut Dumnezeu ca eu să nu am copii. Pe mine aceasta nu mă influența. Eu le spuneam atunci că nici ele nu trebuie să apeleze la medic când le doare inima, capul, piciorul fiindcă asta este de la Dumnezeu”* (Pacientă_FIV). *”Eu sunt de părere că cineva acolo sus a permis evoluția în așa mod să ai șansa să obții*

ce-ți dorești, eu cred că asta nu contravine cu nici o convingere” (Pacientă FIV). ”Dacă cineva vine și spune că religia nu permite fertilizarea in vitro eu le zic că prin această metodă noi aducem pe lume mai mulți creștini” (expert_medic reproductolog). Însăși unii preoți nu se opun și încurajează aceste tratamente, atâta timp cât scopul lor este de a aduce copii pe lume. ”Părintele de la biserică m-a binecuvântat și mi-a indicat ce rugăciuni să citesc ca să reușească procedura FIV” (Pacientă FIV).

Experiența infertilității își pune amprenta asupra modului de exercitare a rolurilor parentale. Cele mai multe mame care au menționat faptul că au obținut o sarcină mai greu contribuie ca ele să fie mai protective. Aceasta poate include măsuri suplimentare de precauție și supraveghere în activitățile de zi cu zi, provenind dintr-o dorință profundă de a preveni orice pericol, având în vedere lupta pe care au dus-o pentru a obține acea sarcină. Mamele care au trecut prin dificultăți de fertilitate adesea percep sarcina ca pe o realizare deosebit de prețioasă. Această conștientizare le determină să aprecieze fiecare moment al sarcinii și al primei etape de maternitate, îngrijind cu mai multă atenție și devotament copilul/copiii lor. Dificultățile întâmpinate în timpul procesului de concepție pot intensifica sentimentele de bucurie și împlinire atunci când în cele din urmă ajung să devină mame. Această intensitate emoțională se traduce printr-o conexiune mai profundă cu copilul, ceea ce poate determina o abordare mai afectuoasă și mai implicată în parenting.

Maternitatea de substituție nu este reglementată în Republica Moldova. În ceea ce privește reglementarea maternității surogat se disting opinii diverse, printre care:

- În susținerea introducerii acestei proceduri au fost preponderent femeile care au urmat tratament de reproducere asistată și au obținut sarcina după nenumărate tratamente și medicii reproductologi. *”Eu sunt de părerea că demult trebuia. Dacă ar fi în țara noastră poate ar fi și mai ieftin” (Pacientă_FIV). ”La o femeie fără uter, unica soluție este maternitatea surogat. Închipuiți-vă cum mă uit eu în ochii acelei femei pe care nu o pot ajuta cu nimic?” (Medic reproductolog).*
- Unii experți consideră că trebuie reglementată cu specificarea de a permite doar în scopuri altruiste, fără oferirea de recompense sau plăți. *”Eu recomand să fie posibil de exemplu o soră să-și ajute altă soră care are patologii serioase și nu poate nicicum să rămână însărcinată și să nască un copil” (Medic reproductolog).*
- Atitudine indecisă au manifestat mai multe femei care s-au confruntat cu problema infertilității. *”Nu știu ce să zic. Probabil orice femeie dorește să simte fătul ei crescând. Pentru că eu trecând prin sarcină, mi-am dat seama că astea sunt senzații de neuitat. Faptul că tu dai materialul tău genetic unui alt om care să-l poarte...!!! nu știu dacă îți permite să ai aceeași legătură cu copilul. Chiar dacă tu știi că el este conceput, adică ești tu și soțul tău, bănuiesc că pentru o mamă este dureros că nu poartă ea sarcina și cumva legătura asta nu este așa de strânsă..., nu știu” (Pacientă_FIV).*
- Unii nu susțin demonstrând reticență în reglementarea acestei proceduri, îndeosebi medicii ginecologi și experții în sănătatea reproducerii, subliniind că

populația țării nu este pregătită pentru acceptarea acesteia și că ar putea surveni mai multe cazuri de exploatare și abuz a femeilor vulnerabile.

În acest context subliniem că unele paciente au cunoscut femei/cupluri care au apelat la serviciile de maternitate de substituție în Ucraina. *”Am o cunoscută, care a făcut mai multe proceduri de fertilizare în vitro, dar erau nereușite. Până la urmă, ea are o fetiță de la mamă surogat. Ei au vândut și mașină, și pământ. Au cheltuit peste 50.000 de euro”* (Pacientă_FIV).

Discuții și concluzii. Tergiversarea accesării tehnologiilor de reproducere medicală asistată, frecventă din cauza unor factori socio-economici și psihologici, duce la reducerea șanselor de succes pe măsură ce vârsta femeilor crește. Aceasta subliniază importanța intervențiilor timpurii, înainte de diminuarea rezervelor ovariene și de apariția unor bariere suplimentare legate de vârstă. În timp ce fertilizarea in vitro poate fi un sprijin esențial pentru multe cupluri ce se confruntă cu infertilitatea, cheltuielile asociate – precum consultațiile medicale, medicația, procedurile de laborator și alte costuri adiționale – pot constitui o barieră pentru cei cu venituri mai reduse. Acest aspect indică necesitatea unor politici de susținere financiară pentru a face tratamentele mai accesibile și incluzive. Nemulțumirea față de serviciile locale și încrederea în experiența clinicilor din străinătate determină multe cupluri să apeleze la tratamente de reproducere în alte țări, cum ar fi Ucraina. Această tendință reflectă o nevoie percepută de calitate mai înaltă și personalizare în îngrijirea medicală pentru infertilitate. Absența unor standarde naționale și a ghidurilor clare pentru medicina reproductivă asistată duce la inconsistențe în practicile medicale. Fără aceste reglementări, există variații semnificative între diferitele clinici și specialiști. Sarcina multiplă, rezultată din procedurile de fertilizare in vitro prezintă riscuri semnificative atât pentru mamă, cât și pentru copii. Astfel, este esențial ca pacienții să fie informați corect despre aceste riscuri pentru a lua decizii conștiente. Aceste concluzii indică importanța abordării integrate a reproducerii asistate, inclusiv prin susținere financiară, informare complexă, acces îmbunătățit la programe de sprijin psihologic, pentru a maximiza șansele de succes și satisfacția pacienților.

Notă: *Articolul a fost elaborat în cadrul programului de cercetare “Tranziția demografică în Republica Moldova: particularități, implicații socioeconomice și consolidarea rezilienței demografice (TDRM, 2024-2027)”.*

REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

- Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova (BNS). (2024). *Situația copiilor în Republica Moldova în anul 2023*. https://statistica.gov.md/ro/situatia-copiilor-in-republica-moldova-in-anul-2023-9578_61275.html
- Bogomiagkova, E. S., & Lomonosova, M. V. (2017). Vspomogatel'nyye reproduktivnyye tekhnologii: k voprosu o novykh formakh sotsial'nogo neravenstva [Assisted Reproductive Technologies: New Forms of Social Inequality?]. *Zhurnal sotsiologii i sotsialnoy antropologii* [The Journal of Sociology and Social Anthropology], 20(3), 180-198. (in Russian).

- Cauș, C., & Cauș, N. (2021). *Aspecte generale ale infertilității: Recomandare metodică*. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. Chișinău: Medicina.
- Ciubotaru, V. (2022). *Infertilitatea în context demografic și al sănătății reproductive*. Chișinău. <https://moldova.unfpa.org/ro/publications/infertilitatea-%C3%AEn-context-demografic-%C8%99i-al-s%C4%83n%C4%83t%C4%83%C8%9Bii-reproductive>
- Heike, T. (2017). Assisted Reproductive Technologies in Germany: A Review of the Current Situation. In: M. Kreyenfeld, & D. Konietzka (Eds.), *Childlessness in Europe: Contexts, Causes, and Consequences*. https://doi.org/10.1007/978-3-319-44667-7_13
- Keane, M., Long, J., O’Nolan, G., & Farragher, L. (2017) *Assisted reproductive technologies: International approaches to public funding mechanisms and criteria. An evidence review*. Dublin. <https://assets.gov.ie/13367/791187172ae6499997a6b5146438b6a9.pdf>
- Klemetti, R., Gissler, M., Sevon, T., & Hemminki, E. (2007) Resource allocation of in vitro fertilization: a nationwide register-based cohort study. *BMC Health Serv Res*, 7, 210. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-210>
- Kocourkova, J., & Fait, T. (2009). Can increased use of ART retrieve the Czech Republic from the low fertility trap? *Neuroendocrinol Lett*, 30(6), 739-748.
- Kocourkova, J., Konecna, H., Burcin, B., & Kucera, T. (2015) How old is too old? A contribution to the discussion on age limits for assisted reproduction technique access. *Reproductive BioMedicine Online*, 30(5), 482-492. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbmo.2015.01.017>
- Kocourkova, J., Kucera, T., & Burcin, B. (2014). Demographic relevancy of increased use of assisted reproduction in European countries. *Reproductive Health*, 11, 37. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-37>
- Lazzari E., Gray E., & Chambers, G. (2021). *The contribution of assisted reproductive technology to fertility rates and parity transition: An analysis of Australian data*. <https://www.demographic-research.org/volumes/vol45/35/45-35.pdf>
- Leridon, H. (2004). Can assisted reproduction technology compensate for the natural decline in fertility with age? A model assessment. *Human Reproduction*, 19(7), 1548-1553.
- Paskar, S. S., Kalugina, A. S., & Tkachuk, A. G. (2020). Trends in safe infertility treatment with assisted reproductive technologies. In: *Journal of Obstetrics and Women’s Diseases*, 69(4), 83-88. <https://doi.org/10.17816/JOWD69483-88>
- Rosenberg, R., Bietsch, K., & Sonneveldt, E. (2022) Infertility in Moldova: evidence from the generations and gender survey. *Economy and Sociology*, 2, 34-51. <https://doi.org/10.36004/nier.es.2022.2-03>
- Szalma, I., & Djundeva, M. (2019) What shapes public attitudes towards assisted reproduction technologies in Europe? *Demográfia*, 62(5), 45-75. <https://doi.org/10.21543/DEE.2019.2>
- World Health Organization. (2023). *Infertility prevalence estimates, 1990-2021*. <https://www.who.int/publications/i/item/978920068315>