

«Promovarea Drepturilor Sexuale și reproductive ale PTH:
Pachetul materialelor de orientare»

Молдова



Raportul privind studiul în Republica Moldova

Chișinău 2012



Cuprins

Introducere.....	5
Despre cercetare	7
Aspecte metodologice.....	7
Rezultatele studiului.....	8
Parametrii statutului HIV al respondenților	8
Nivelul de informare cu privire la căile de transmitere HIV	12
Drepturile sexuale și reproductive	12
Istoria reproducerii.....	15
Practica avortului	17
Nașteri la mame cu HIV+	19
Stigmă și discriminare	23
Intensitatea vieții sexuale	24
Conceperea în condiții de siguranță.....	28
Concluzii	31
Recomandări	33

Lista diagramelor

Diagrama1. Calea de infectare cu HIV.....	8
Diagrama 2. Statutul HIV al soțului/soției/și –partenerului/ei (cei care au la moment au un partener sexual) 9	9
Diagrama 3. Partenerii sexuali care cunosc statutul HIV al persoanelor intervievate.....	9
Diagrama 4. Modificarea statutului marital din momentul stabilirii statutului HIV	11
Diagrama 5. În țara noastră se respectă drepturile sexuale și reproductive ale persoanelor HIV infectate? ..	13
Diagrama 6. Parametrii generali ai istoriei de reproducere.....	16
Diagrama 7. Informarea privind modalitățile de concepere/adoptie a copiilor	17
Diagrama 8. În ce măsură o mamă HIV infectată poate da naștere unui copil sănătos?	19
Diagrama 9. Femeile HIV infectate pot beneficia în maternități de aceleași servicii și la același nivel ca și alte gravide.....	22
Diagrama 10. Instituțiile medicale unde respondenții s-au confruntat cu situații de stigmă și discriminare ..	23
Diagrama 11. Ați avut contacte sexuale cu o femeie/bărbat pe parcursul ultimelor 12 luni?	24
Diagrama 12. Numărul mediu de contacte sexuale timp de o lună.....	24
Diagrama 13. Metode de contracepție utilizate	27
Diagrama14. Vi s-a acordat suport Dvs sau partenerului Dvs în cazul întrebărilor referitoare la o concepere în condiții de siguranță?	28

Diagrama 15. Se acordă suficient suport femeilor și cuplurilor cu HIV în cazul întrebărilor referitoare la o concepere în condiții de siguranță?	28
Diagrama 16. Cum credeți, sunt oare încurajați bărbații să se adreseze pentru servicii de planificare familială?	29
Diagrama 17. Barierele de accesare a serviciilor medicale de către bărbați (răspuns multiplu).....	30

Lista tabelelor

Tabelul 1. Opinii privind drepturile la viața sexuală și sănătate reproductivă.....	12
Tabelul 2. Surse de informare cu privire la drepturile de reproducere și sexuale	15
Tabelul 3. Motivarea deciziei de a efectua un avort	18
Tabelul 4. Probleme cu accesul la servicii	21
Tabelul 5. În timpul ultimii sarcini sau imediat după aceasta ați primit careva informații de la lucrătorii medicali referitoare la:	22
Tabelul 6. În țara noastră, le este asigurat accesul PTH la aceste servicii?	25
Tabelul 7. Vi s-au oferit careva dintre serviciile enumerate?	26

Mulțumiri

Liga persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA aduce sincere mulțumiri Rețelei Globale a Persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA (GNP+), Departamentului pentru Dezvoltare Internațională a Marii Britanii, Fondului pentru Guvernare și Transparență, pentru suportul financiar și tehnic care au făcut posibil acest studiu.

Suntem profund recunoscători în special Dnei Natalia Vladicescu și Dlui Vasile Cantarji, consultanți care au gestionat procesul de cercetare și au conceput și dezvoltat raportul final. De asemenea, dorim să aducem sincere mulțumiri Dlui Igor Chilicevschii și Dnei Ludmila Untura, din cadrul Ligii persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA, pentru ghidarea tehnică asigurată de-a lungul studiului.

Și în sfârșit, dar nu în cele din urmă, dorim să recunoaștem rolul inestimabil al persoanelor care trăiesc cu HIV și al partenerilor lor, care au participat activ și din proprie inițiativă la acest studiu, împărtășind poveștile lor de viață. Suntem încrezători că aceste rezultate vor contribui la îmbunătățirea sănătății și calitatea vieții persoanelor care trăiesc cu HIV / SIDA, per ansamblu.

Introducere

«Este incontestabil faptul că femeile s-au pomenit în capcană. Reproducerea este folosită, conștient sau nu, ca un mijloc de control asupra femeii, îi limitează posibilitățile și o pune în poziție de subordonare față de bărbat. În multe societăți o abordare serioasă a sănătății reproducerii ar trebui să țină cont de această perspectivă. Trebuie să tindem spre eliberarea femeii».
Nafis Sadik (NafisSadik)
Director Executiv
Fondul ONU pentru Populație

Drepturile sexuale și reproductive sunt o parte indispensabilă a drepturilor omului. Anume cu acest postulat începe construcția conceptului și a zonelor de acțiune, care până recent lipseau în practica internațională. Ultimul deceniu al secolului trecut se caracterizează ca o perioadă cheie a instituirii unei formulări clare a relației dintre normele cu privire la drepturile omului, prevăzute de

această dată în instrumentele internaționale și drepturile reproductive. Rolul specific al femeii în reproducerea umană, care generează o inegalitate în punerea în aplicare a drepturilor de bază determină o cerere de recunoaștere a temeiului juridic al dreptului reproductiv ca un pas esențial spre realizarea drepturilor omului pentru toate femeile. Anume drepturile reproductive ale femeilor au devenit tema centrală a celor două conferințe internaționale care au pus bazele pentru dezvoltarea în continuare a mecanismelor de a promova și proteja drepturile reproductive și

sexuale: Conferința Internațională a ONU pentru Populație și Dezvoltare (CIPD) în 1994 și a patra Conferință Mondială a ONU cu privire la statutul femeilor în 1995 (Beijing).

După cum se menționează în Punctul 7.3 din Planul de Acțiune CIPD: *«Drepturile reproductive cuprind anumite drepturi ale omului care sunt deja recunoscute în legile naționale, documentele internaționale privind drepturile omului și alte documente relevante ale ONU. Drepturile indicate se bazează pe recunoașterea dreptului fundamental al tuturor cuplurilor și indivizilor de a decide liber numărul lor de copii, diferența de vârstă a copiilor și momentul nașterii lor și de a dispune pentru aceasta de informația și mijloacele necesare și pe dreptul de a atinge un nivel maxim de sănătate sexuală și reproductivă. Aceasta include, de asemenea, dreptul lor de a lua decizii cu privire la reproducere fără orice formă de discriminare, constrângere și violență așa cum este descris în documentele privind drepturile omului».*

Sănătate sexuală și reproductivă/securitate/drepturi – ce sunt acestea?

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) definește **sănătatea** ca o stare de o completă bunăstare fizică, mentală și socială, de exemplu, nu doar absența bolii sau a infirmității.

Sănătatea reproductivă, în conformitate cu recomandările Conferinței Internaționale pentru Populație și Dezvoltare (Cairo, 1994), este o completă bunăstare fizică, mentală și socială, de exemplu, nu doar absența bolilor sistemului reproductiv, abateri ale funcțiilor sale și/sau a proceselor în ea. Sănătatea reproductivă înseamnă posibilitatea unei vieți sexuale satisfăcătoare și în condiții de siguranță, capacitatea de reproducere (nașterea copiilor) și capacitatea de a decide independent și conștient când și cât de des să o facă.

Conceptul de "sănătate reproductivă" include în sine și **sănătatea sexuală** — o stare care îi permite unei persoane să se bucure de o viață sexual pe deplin.

Astfel, **ocrotirea sănătății reproductivă** este o combinație de factori, metode, proceduri și servicii care susțin sănătatea reproductivă și contribuie la bunăstarea familiei sau a individului în parte prin prevenirea și rezolvarea problemelor legate de sănătatea reproductivă.

Drepturile sexuale și de reproducere sunt o gamă de drepturi ale fiecărui om de a avea o viață sexuală deplină și fără riscuri. Aceasta presupune (dar nu se limitează la) dreptul la informare și acces la metodele de planificare a familiei precum și la metodele de reglementare a natalității care nu contravin legii. Aceasta înseamnă, de asemenea, dreptul de acces la servicii de sănătate adecvate care i-ar permite femeii să fie în siguranță pe durata sarcinii și a nașterii și să-i ofere posibilitatea optimă de a naște un copil sănătos.

Femeile sunt cel mai numeros grup de oameni care se află într-o poziție vulnerabilă în ceea ce privește neasigurarea respectării drepturilor sexuale și reproductive iar prezența statutului HIV pozitiv este un factor și mai agravant. În cadrul unui context general cu privire la discriminarea persoanelor infectate cu HIV și combaterea răspândirii infecției tentativele de limitare a drepturilor sexuale și reproductive constituie una dintre cele mai răspândite forme de discriminare a persoanelor care trăiesc cu HIV, în special a femeilor.

Dreptul la sănătate reproductivă este garantat în Republica Moldova de Legea cu privire la ocrotirea sănătății reproductive și planificarea familială (nr.185-XV). De asemenea RM, s-a angajat în 2000, alături de alte 190 de țări să atingă Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului. Obiectivul 5 privind îmbunătățirea sănătății materne prevede asigurarea accesului universal la Sănătatea Reproducerii până în 2015. Obiectivul 6 se referă la combaterea HIV/SIDA și a tuberculozei. Pornind de la aceste angajamente, dar și alte acte internaționale pe care Moldova le-a ratificat, cum ar fi Convenția privind Drepturile Omului, dar și conform prevederilor legislației naționale persoanele HIV pozitive din punct de vedere juridic au asigurate drepturile la viață sexuală și sănătate reproductivă.

Strategia Națională în Sănătatea Reproducerii pentru anii 2005 – 2015 din RM s-a efectuat în concordanță cu documentele OMS și ONU și prevede de asemenea în unul din obiective reducerea infecției HIV. În vederea atingerii acestui scop, cu suportul organizațiilor internaționale și conlucrarea actorilor sociali atât din sectorul guvernamental cât și cel asociativ s-au făcut mai multe progrese la capitolul testare și profilaxie HIV. Din 2003 toate femeile gravide sunt testate voluntar la HIV de 2 ori pe parcursul sarcinii pentru diagnosticarea precoce a infecției cu HIV¹ (Legea No. 23-XVI). De asemenea este asigurat gratuit tratamentul ARV atât pentru mamă cât și pentru copil. Copiilor născuți de la mame HIV pozitive li se asigură alimentația artificială gratuită până la vârsta de un an.

Având o bază legislativă și strategii de implementare, suport financiar internațional, ipotetic am putea intui o situație bună la nivelul respectării drepturilor la sănătate reproductivă a persoanelor HIV pozitive în RM. În realitate însă avem un nivel scăzut al educației sexuale al populației, subiectul este prezent tangențial în programul școlar, deseori tematică tabu în discuțiile părinte-copil. Lipsa cunoștințelor și normele socio-culturale existente provoacă teama față de HIV/SIDA care se materializează prin stigmă, discriminare și încălcarea confidențialității. Un exemplu în acest sens este și art.14 din Legea nr.23-XVI, care stipulează că rezultatul testului HIV poate fi eliberat fără acordul pacientului conducătorului instituției medico-sanitare unde a fost colectată proba de sânge, conducătorului instituției medico-sanitare publice de la locul de trai al persoanei testate, chiar dacă aceștia nu au nici o tangență cu investigarea și tratamentul acestor persoane. Astfel rămân nejustificate cazurile când membrii comunității află statul HIV al persoanei. Uneori nici lucrătorii medicali nu sunt pregătiți să ofere servicii persoanelor HIV infectate, iar atitudinea neadecvată a cadrelor medicale îi determină pe persoanele care trăiesc cu HIV să aibă rezerve în accesarea serviciilor medicale sau să nu divulge statutul lor HIV atunci când acest lucru este necesar și justificat.

¹Profilaxia transmiterii infecției HIV de la mamă la copil în Republica Moldova, Iurie OSOIANU, CNSP, Centrul SIDA, Conferința Națională HIV/SIDA, 5-7 Decembrie 2011, Palatul Republicii, Chișinău

Despre cercetare

Rețeaua globală de oameni care trăiesc cu HIV notează, în cadrul activității advocacy, că cunoștințele oamenilor care trăiesc cu HIV despre sănătatea sexuală și reproductivă sunt foarte limitate. În multe cazuri aceasta se referă la oamenii care iau decizii la nivel de stat și nemijlocit la lucrătorii în domeniul sănătății sexuale și reproductive. Pentru a înlătura această lacună în anii 2008-2009 GNP+ studiază nevoile de sănătate sexuală și reproductivă a cuplurilor HIV discordante. În 2010 GNP+ adoptă Pachetul de recomandări pentru promovarea sănătății sexuale și reproductive și drepturile persoanelor care trăiesc cu HIV, ca instrument de cercetare. Acest instrument este destinat pentru cercetările în țările în care GNP+, Campania Mondială împotriva SIDA și Rețeaua Națională a persoanelor care trăiesc cu HIV, în comun, pun în aplicare programul Conducere prin Responsabilitate.

Acest proiect este o cercetare sociologică aplicată care și-a pus drept obiectiv colectarea de informații cu privire la problemele legate de sănătatea sexuală și reproductivă a persoanelor care trăiesc cu HIV.

Aspecte metodologice

Studiul a cuprins două componente de cercetare: componenta cantitativă – 50 de interviuri semi structurate, și cea calitativă - 2 discuții de grup (focus grup).

Focus grupurile au fost desfășurate la etapa incipientă a studiului, cu participarea femeilor de vârstă reproductivă. La discuții au participat 15 femei de vârstă reproductivă. Datele componentei calitative au servit ca sursă primară de informare privind problematica sănătății reproductive în rândul PTHIV, instrument incipient în elaborarea chestionarului pentru cercetarea cantitativă, dar și ca informație de suport pentru datele cantitative.

Sondajul de opinie a cuprins 50 persoane HIV infectate, cu vârsta între 20-50 ani, 22 bărbați și 28 femei.

Pentru colectarea datelor au fost antrenați 2 reprezentanți ai Ligii PTH din Moldova, iar respondenții au fost selectați la fel prin intermediul Ligii.

Luând în considerație dimensiunile mici ale eșantionului, cât și dificultățile în asigurarea unor eșantioane care să ofere un caracter probabilistic de selecție a respondenților în rândul PTH, s-a decis realizarea unei distribuții pe cote ale eșantionului, în funcție de genul, vârsta și mediul de reședință al PTH incluși în studiu. Distribuția pe cote a fost realizată în baza datelor statistice privind distribuția populației care trăiește cu HIV după aceste caracteristici.

Distribuția respondenților după statutul familial al acestora nu a suferit de schimbări majore din momentul stabilirii statutului HIV+.

Toți respondenții sunt heterosexuali, cu excepția unui singur respondent, care s-a declarat bisexual.

Rezultatele studiului

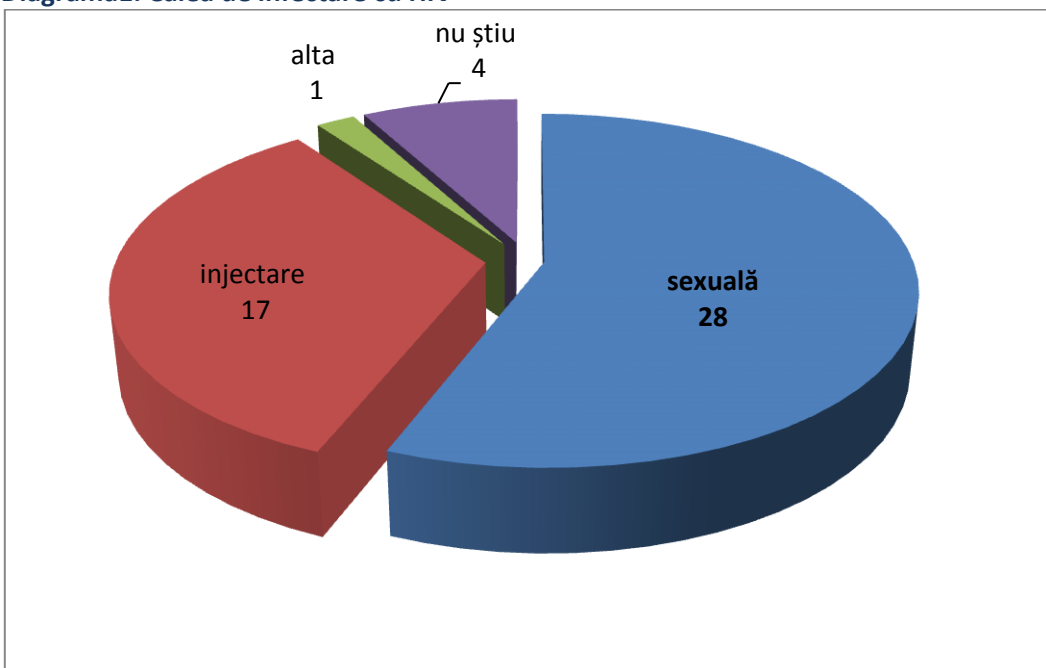
Parametrii statutului HIV al respondenților

Istoricul vieții cu HIV al respondenților incluși în studiu începe cu anul 1996, majoritatea din ei sunt infectați pe cale sexuală și mulți trăiesc în cuplu cu o persoană HIV+.

Perioada de diagnosticare a respondenților este diferită. Studiul include respondenți diagnosticați începând cu anul 1996 și până în 2011. Din numărul total de respondenți jumătate au fost diagnosticați în perioada 2006-2011, ceilalți până în anul 2006.

Mai mult de jumătate (28 persoane) din cei intervievați s-au infectat cu HIV prin relații sexuale, iar în jur de o treime (17 persoane) pe cale injectabilă. Alte 4 persoane nu cunosc calea prin care s-au infectat (vezi Figura1).

Diagrama1. Calea de infectare cu HIV



Femeile s-au infectat preponderent prin relații sexuale, mai mult de două treimi din cele interviuate (20 din 28 femei), iar bărbații preponderent pe cale injectabilă, mai mult de jumătate din ei (13 din 22 bărbați).

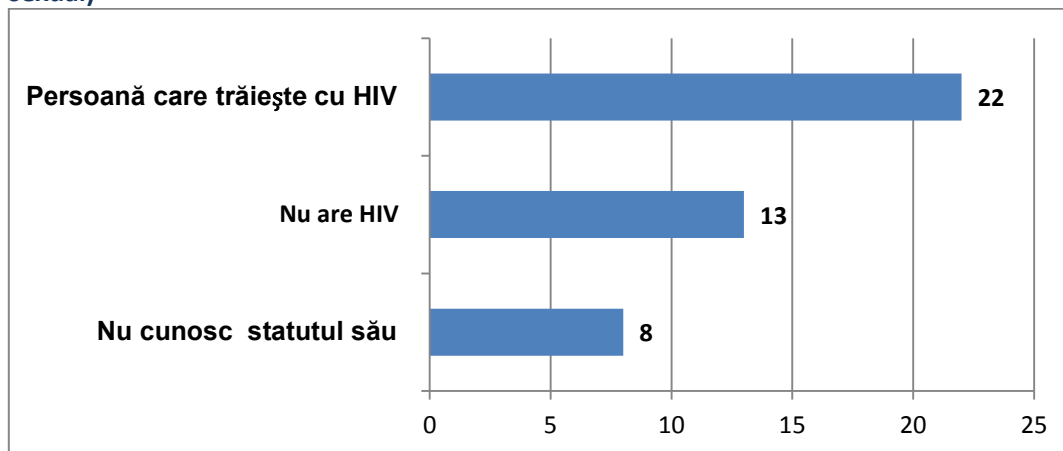
În cadrul discuțiilor de grup se evidențiază că în cazul femeilor în mare parte statutul HIV+ este stabilit în timpul sarcinii.

Majoritatea respondenților (43 din 50) la momentul studiului aveau un partener sexual permanent (inclusiv și din afara gospodăriei). În ceea ce privește statutul HIV al acestora, cei mai mulți (22

persoane) sunt de asemenea persoane HIV pozitive. Aproape un sfert din cei intervievați (13 persoane) au declarat că partenerii lor nu sunt HIV infectați.

Trebuie de remarcat faptul că 8 persoane (dintre care 7 femei și doar un bărbat) nu cunosc statutul HIV al partenerului sexual, lucru îngrijorător în condițiile în care persoanele HIV pozitive sunt conștiente de faptul că HIV poate afecta pe oricine (Figura 2).

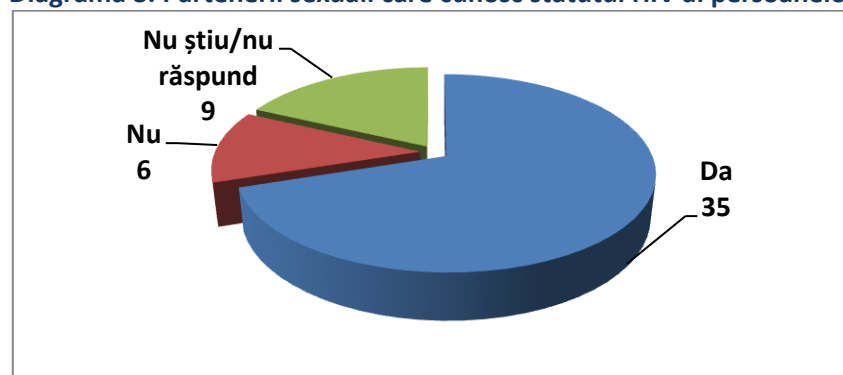
Diagrama 2. Statutul HIV al soțului/soției/și –partenerului/ei (cei care au la moment au un partener sexual)



Toți cei care sunt căsătoriți cunosc statutul HIV al persoanei - din 15 persoane 10 sunt HIV pozitive și 5 HIV negative. În cazul persoanelor care nu au fost niciodată căsătorite situația este mai dramatică, din 10 situații, în 4 cazuri partenerii sunt de asemenea HIV pozitive, într-un caz persoana nu este HIV infectată, iar 5 respondenți nu cunosc statutul HIV al partenerului.

Întrebați dacă partenerii lor cunosc că ei sunt HIV pozitivi, marea majoritate au confirmat acest lucru, deși rata statutului ascuns este una înaltă - 6 persoane au menționat că partenerii lor nu cunosc acest lucru. Alții 9 respondenți au declarat că nu știu dacă partenerul lor cunoaște despre statutul HIV, sau nu au dorit să ofere un răspuns.

Diagrama 3. Partenerii sexuali care cunosc statutul HIV al persoanelor interviuate



Studiul calitativ a confirmat că femeile sunt rezervate în a dezvălui statutul lor HIV partenerului sexual mai ales dacă aceasta este o relație în stadiu incipient, cauza principală fiind teama de reacția partenerului. De asemenea persistă în rândul persoanelor HIV infectate o tendință de a-și căuta parteneri din rândul comunității PTH. Ei speră că astfel vor fi mai bine înțeleși, nu vor fi respinși, astfel depășind mai ușor auto-izolarea.

„cînd am divorțat de primul soț, am fost un timp îndelungat singură cu copilul, îmi era foarte greu. Da, mi se făcea curte, dar mă temeam să spun, că dacă îi spun ori voi fi bătută ori voi fi părăsită. Și mult timp am căutat între ai noștri (PTH) și chiar printre ei îmi era greu, sau că este fost narcoman, sau bea.”(F)

Dar și în cazul în care se află deja într-o relație, iar soția află prima statul HIV pozitiv, de obicei prin testarea în timpul sarcinii s-au imediat după naștere, aflarea statutului este un moment de șoc și înștiințarea partenerului este un lucru destul de dificil.

“am aflat la 5 luni de sarcină, am făcut analize au spus că sunt pozitivă, soțul meu nu era acasă, era la muncă peste hotare. Cînda venit eu un pic l-am pregătit, cînd i-am spus a plîns, 3 zile pînă s-a obișnuit, apoi a dat analize, el este sănătos, avem 2 copii sănătoși.” (F)

”Atunci am avut șoc, am avut depresie, bine că era copilul alături - mic, aveam lacrimi. Apoi mă gîndeam cum să-i spun soțului despre aceasta, 2 luni m-am chinuit, pentru că nu puteam să-i spun la telefon, trebuia să-l pregătesc. A venit soțul i-am povestit, am mers împreună ne-au explicat ce și cum, pe el l-au liniștit, cu el a lucrat psihologul. Ne-au spus ce și cum să facem, atît.” (F)

În general, anunțarea partenerului sexual despre statutul HIV este o problemă delicată, indiferent de statutul relației.

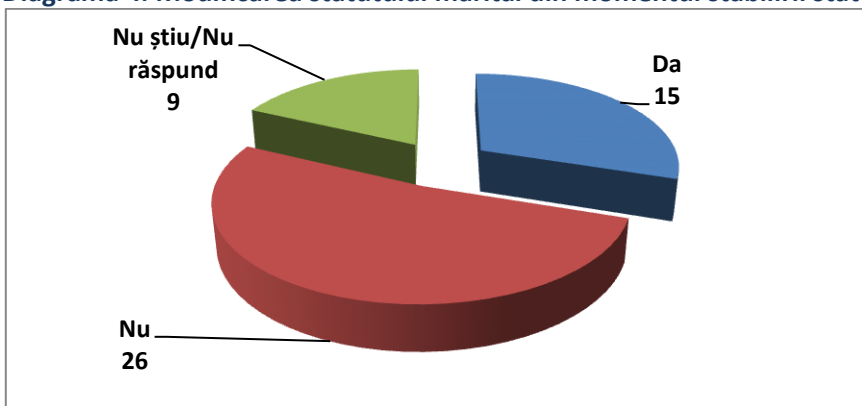
“Eu cînd i-am spus prietenului meu (amant), îmi dădeam seama că mă poate bate, ucide, el are copil mic, în primul rînd acționează instinctul de tată. Cît de tare nu i-aș fi plăcut, dar noi și acum comunicăm doar ca prieteni, eu nu știam cum el va reacționa, mama era la spatele meu cînd eu îi spuneam. Dar să nu-i spun nu puteam pentru că soția lui alăpta copilul. Foarte mult am plîns. Cînd am aflat că el este sănătos eu m-am liniștit” (F)

Și în situația în care ambii parteneri sunt HIV infectați, pot exista anumite rezerve privind comunicarea la acest subiect și unele momente asupra cărora partenerii nu pot fi sinceri.

„sunt bolnavă din 1997, cînd am început să mă întîlnesc cu soțul deja eram bolnavă, eu știam de acest statut pentru că, eu am fost în Rusia, am stat în închisoare și eram în compartimentul SIDA. Nu știam de SIDA atît de multe cîte am aflat aici cînd am venit, la Costiujeni în spital. Cînd am început să ne întîlnim, dar el este fost narcoman, dar și acum se droghează, și cînd deja ne apropiasem, și chiar să trăim împreună el îmi dădea de înțeles că el poate fi infectat cu HIV, iar eu m-am făcut că nu aud, și am înțeles că dacă va afla despre mine el normal va reacționa. Am început să fim împreună, și eu, recunosc, am făcut o greșală, nu i-am spus dar foarte repede am rămas însărcinată și m-am dus la Costiujeni, m-am înțeles cu medicul că un pic îl vom minți și nu-i vom spune din ce an eu sunt bolnavă. Ea la invitat și nu i-a spus că sunt HIV - infectată din 1997 și nici acum nu știe. El a reacționat normal, i-a fost mai ușor, pentru că dacă nu ar fi fost această terapie pentru însărcinate ca copiii să se nască sănătoși noi nu am fi fost de acord să nasc, dar a aflat că totul poate fi cît de cît bine. Unicul lucru că trăim împreună de 7 ani și în primii ani el a dat o dată analize, dar acum nu vrea, oricum noi trăim deschis.(F)

Stabilirea statutului HIV implică risc major pentru destrămarea cuplurilor existente la acel moment, sau chiar divorț. În cazul a 15 persoane partenerul lor nu s-a schimbat, iar 9 persoane nu au vrut să divulge această informație. (Figura 4).

Diagrama 4. Modificarea statutului marital din momentul stabilirii statutului HIV



Dvs. aveți același partener sexual ca și în momentul stabilirii statutului HIV+?

Mai mult de jumătate din respondenți (26 persoane) după descoperirea statutului HIV și-au schimbat statutul marital. În cazul a 14 persoane pentru că anterior nu aveau un partener, iar 12 persoane au declarat că și-au schimbat partenerul.

Doar 2 persoane au remarcat faptul că statutul lor HIV pozitiv a contribuit la despărțirea de partenerul anterior, una din persoane a accentuat că acesta a fost unicul motiv de despărțire, iar a două a menționat că reprezintă doar unul din motivele care a determinat rupere relației. În același timp 7 persoane au remarcat că statutul HIV nu a influențat în nici un mod despărțirea lor cu partenerii anteriori, dat fiind faptul că în cazul a 4 persoane în momentul despărțirii aceștia nu cunoșteau statutul HIV al persoanei, iar în cazul a 3 persoane acestea sunt sigure că deși partenerii lor știau că sunt HIV pozitivi despărțirea lor a fost cauzată de alți factori.

Studiul calitativ a confirmat faptul că conviețuirea și relația dintre doi parteneri este determinată de un ansamblu de factori, în rândul cărora statutul HIV este de cele mai multe ori unul ne semnificativ în trăinicia și fericirea cuplului.

“cînd am început să trăiesc cu soțul el deja avea acest statut, singură am mers la aceasta, 2 ani nu am avut, în fiecare lună făceam teste, peste 2 ani am aflat că și eu sunt infectată. Aceasta este dragostea și tinerețea.” (F)

“dar pînă la urmă a fost că el avea negativ, eu pozitiv, fetița tot negativ. A fost stres pentru ambii, perioada aceea ne-a fost foarte greu, acum sunt mulțămîtă el mă înțelege, nu sunt probleme, suntem fericiți.” (F)

Oricum însă, raportând cele 2 cazuri cînd stabilirea statutului HIV+ a cauzat destrămarea cuplului la cei 24 respondenți care la momentul constatării statutului se aflau în căsătorie sau în concubinaj, obținem o rată de 8 divorțuri cauzate de HIV la 100 de cupluri. Pentru comparație, dacă raportăm numărul divorțurilor în anul 2010 - 11,5 mii la numărul de cupluri – circa 800 mii (conform datelor recensămîntului din 2004), raportul constituie 1,4 divorțuri la 100 cupluri.

Nivelul de informare cu privire la căile de transmitere HIV

Nivelul de informare a PTHIV intervievate privind căile de transmitere HIV este la un nivel foarte înalt. Toți respondenții au răspuns corect la setul de întrebări privind căile de infectare cu HIV.

Întrebarea	Răspunsul corect
Poate cineva să se infecteze cu HIV utilizând aceeași toaletă cu o persoană infectată HIV?	Nu
Se poate de infectat cu HIV prin utilizarea unui ac sau a unei seringi care a mai fost folosită de către o altă persoană?	Da
Se poate de infectat cu HIV mâncând din aceeași farfurie cu o persoană HIV infectată?	Nu
Se poate de infectat cu SIDA prin strângerea mâinii unei persoane HIV pozitive?	Nu
Poate HIV să se transmită de la mamă la făt?	Da
Poate HIV să se transmită printr-o mușcătură de țânțar?	Nu
Poate HIV să se transmită prin laptele matern?	Da

Drepturile sexuale și reproductive

În mare parte respondenții recunosc drepturile la viața sexuală și cele reproductive ale PTH, majoritatea fiind total de acord cu afirmațiile care le garantează aceste drepturi (Tabelul 1).

Totuși numărul celor care au anumite îndoieli cu privire la faptul că PTH dețin asemenea drepturi este unul semnificativ. Între 6 și 8 persoane nu au afirmat un acord complet cu faptul că PTH dețin drepturile de natură sexual-reproductivă (enumerare în studiu), iar dezacord au declarat între 2 și 7 persoane.

Cele mai mari dezacorduri, deci negări, sunt manifestate cu privire la dreptul PTH de a lua liber decizii în ceea ce privește relațiile sexuale, activitatea sexuală (în ce fel de legături sexuale să intre), inclusiv sexul protejat (7 dezacorduri și 8 acorduri moderate – mai degrabă sunt de acord), la fel și libertatea de a lua decizii în ceea ce privește relațiile sexuale (7 dezacorduri și 6 acorduri moderate). De asemenea 5 respondenți au precizat că nu sunt de acord cu afirmația: „PTH sunt libere să decidă dacă doresc să aibă copii și dacă da atunci când”.

Tabelul 1. Opinii privind drepturile la viața sexuală și sănătate reproductivă

Persoane HIV infectate	Sunt pe deplin de acord	Mai degrabă sunt de acord	Mai degrabă nu sunt de acord	Nu sunt de acord
A fi satisfăcuți de viața lor sexuală	42	6	2	
A avea acces la informație și sprijin în materie de sexualitate, de exemplu pentru a obține informație despre viața sexuală, sex, contracepție, etc.	41	6	3	
Au acces la informație despre PTMF și fertilitate în condiții de siguranță	41	7	2	
Au dreptul să nu fie discriminați în ceea ce privește viața lor sexuală	41	7	2	
Să nu se simtă sub presiune și violență în ceea ce privește viața sexuală	41	7	2	
Au dreptul de a decide liber dacă să întrerupă sau nu sarcina	40	7	3	

Persoane HIV infectate	Sunt pe deplin de acord	Mai degrabă sunt de acord	Mai degrabă nu sunt de acord	Nu sunt de acord
Au dreptul de a accesa informația și sprijinul în cazul întrebărilor ce țin de drepturile pentru nașterea copiilor, în special planificarea familiei, măsuri de contracepție, îngrijirea prenatală, naștere, avorturi	40	7	3	
Libertatea de a decide dacă doresc să aibă copii și dacă da, atunci când	39	6	5	
Sunt liberi să ia decizii în legătură cu relațiile sexuale	37	6	5	2
Libertatea de a lua decizii în legătură cu activitatea lor sexuală (în ce fel de legături sexuale să intre), inclusiv sexul protejat	35	8	6	1

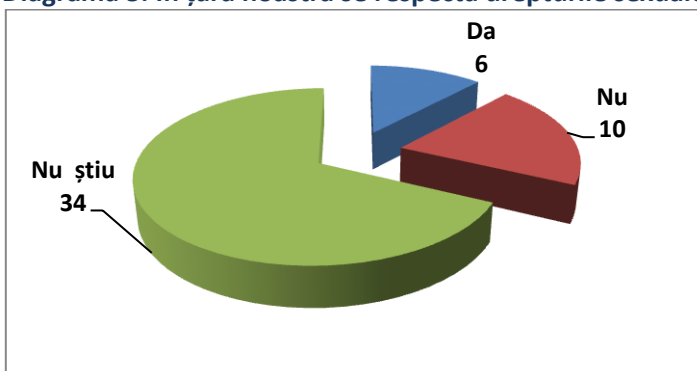
Și, în același timp, rezultatul indică faptul că comunitatea PCTH în Republica Moldova nu este conștientă de această problematică.

Mai mult de jumătate din respondenți (28 persoane) nu au putut explica ce înseamnă pentru ei: „drepturile sexuale ale persoanelor HIV infectate”. În rest, percepția dreptului la viață sexuală se referă la dreptul de a alege cu cine, când și unde poți avea relații sexuale. Totuși 4 din respondenți au opinat că dreptul la viață sexuală înseamnă responsabilitate față de partener și sex protejat.

În jur de două treimi din participanții la studiu (33 persoane) nu au putut oferi un răspuns la întrebare: „Ce înțelegeți prin – drepturile reproductive ale persoanelor HIV infectate?”. Cei care au oferit un răspuns la această întrebare s-au referit în principal la dreptul persoanelor HIV pozitive de a avea copii. Unii au evidențiat și faptul că persoanele HIV pozitive au dreptul la informații privind planificare familială, relații sexuale protejate și la servicii medicale specializate. O persoană a remarcat că dreptul la sănătatea reproductivă este de fapt responsabilitatea față de ceilalți.

Drept urmare, marea majoritate a respondenților (34 persoane) nu au știut să aprecieze dacă sunt sau nu respectate **drepturile sexuale și reproductive ale persoanelor HIV infectate**. Totuși 10 persoane, adică unul din cinci respondenți au remarcat că în RM nu sunt respectate aceste drepturi și doar 6 persoane consideră că acestea sunt respectate (aceștia din urmă, vom vedea mai jos, au motive să ofere un astfel de răspuns).

Diagrama 5. În țara noastră se respectă drepturile sexuale și reproductive ale persoanelor HIV infectate?



S-au confruntat direct cu încălcarea dreptului la viața sexuală și sănătate reproductivă din partea angajaților din sfera sănătății și a altor funcționari publici 6 persoane din cele interviuate. Din ei doi respondenți afirmă că frecvent întâmpină asemenea practici.

Raportările de încălcare a dreptului la viață sexuală și sănătate reproductivă se referă în primul rând la cadrele medicale:

- nerespectarea confidențialității,
- implicarea în viața privată prin sugerarea partenerului să-și refacă viața alături de altă persoană,
- interzicerea relațiilor sexuale – „*medicul de sector îmi spune să nu mai am contacte sexuale.*”,
- insistarea pe faptul ca să fie întreruptă sarcina.

La acest din urmă aspect ne vom referi și în capitolul următor.

Femeile participante la discuțiile de grup au remarcat în mare parte că cei care i-au anunțat despre statutul lor HIV, le-au explicat și despre viața lor de mai departe, inclusiv cea sexuală și sănătatea reproductivă, i-au consiliat psihologic.

„eram însărcinată, m-au chemat la stația epidemiologică. Medicul s-a nimerit de treabă în sensul că la acel moment eram panicată, credeam că gata nu voi mai trăi. El m-a liniștit spunându-mi că cu acest statut trăiesc, chiar dacă de acest soț vei divorța, multe se pot întâmpla, doar că va trebui să ne protejăm. Acolo am semnat un act că eu mă oblig să anunț partenerul meu că sunt HIV-infectată. Datorită lui (medicului) trăiesc, el m-a salvat, el undeva 2 ore a stat cu mine, mi-a explicat, a lucrat, mi-a spus că totul e bine, tu ești sănătoasă, nu te uita la aceste analize. El mi-a insuflat acest lucru că atunci când am ieșit am înțeles că viața este frumoasă și chiar dacă am divorțat am înțeles că nu e sfârșitul vieții.” (F)

Totuși în cazul unor persoane informația oferită a fost insuficientă sau chiar a lipsit cu desăvârșire.

„nimeni nu mi-a vorbit cum voi trăi, am dat analize eu, și în Costiujeni mi-au spus că pînă nu primiți rezultatele soțului folosiți prezervativ sau abțineți-vă și gata. Când au venit și al soțului nimeni nimic nu mi-a explicat, i-am spus soțului că nu-l voi înșela. Da, ne protejăm ca să nu rămîn însărcinată.” (F)

În general, aceste studii arată că:

- 1) printre PTH cei care știu că drepturile sexuale și reproductive ale PTH sunt garantate (cel puțin din punct de vedere legislativ) sunt în minoritate,
- 2) informația în domeniul dat nu se extinde de către personalul medical care ar putea să ofere informații mai complete și exacte.

Aproximativ jumătate dintre respondenți au auzit pentru prima dată despre drepturile fundamentale ce țin de reproducere și viață sexuală a PTH nemijlocit în cadrul studiului - 22-24 oameni.

Aproape toți ceilalți respondenți au aflat singuri despre existența acestor drepturi și doar 1-2 persoane au remarcat faptul că despre existența unor drepturi anume le-au comunicat medicul de familie sau infecționist.

Tabelul 2. Surse de informare cu privire la drepturile de reproducere și sexuale

	Acum de la Dvs	Am citit singur	De la alte PTH	De la medicul de familie	De la infecționistul de sector	De la medici în spitalul pentru boli infecțioase
Sunt liberi să ia decizii în legătură cu relațiile sexuale	24	22	2	1	1	
Sunt liberi să ia decizii în materie de activitatea lor sexuală	23	22	3	1		
Au dreptul de a accesa informația și sprijinul pentru întrebările ce țin de viața sexuală	22	21	4	1		
Au dreptul de a decide liber dacă doresc să aibă copii și dacă da, atunci când	22	21	4			1
Au dreptul să hotărască dacă să întrerupă sau nu sarcina	24	19	5			1
Au dreptul de a accesa informația și sprijinul în cazul întrebărilor ce țin de drepturile pentru nașterea copiilor, în special planificarea familiei, măsuri de contracepție, îngrijirea prenatală, naștere, avorturi	23	22	1			2
Au acces la informație despre PTMF și fertilitate în condiții de siguranță	23	23	2			1
Au dreptul să nu fie discriminați în ceea ce privește viața lor sexuală	24	24	1			

Istoria reproducerii

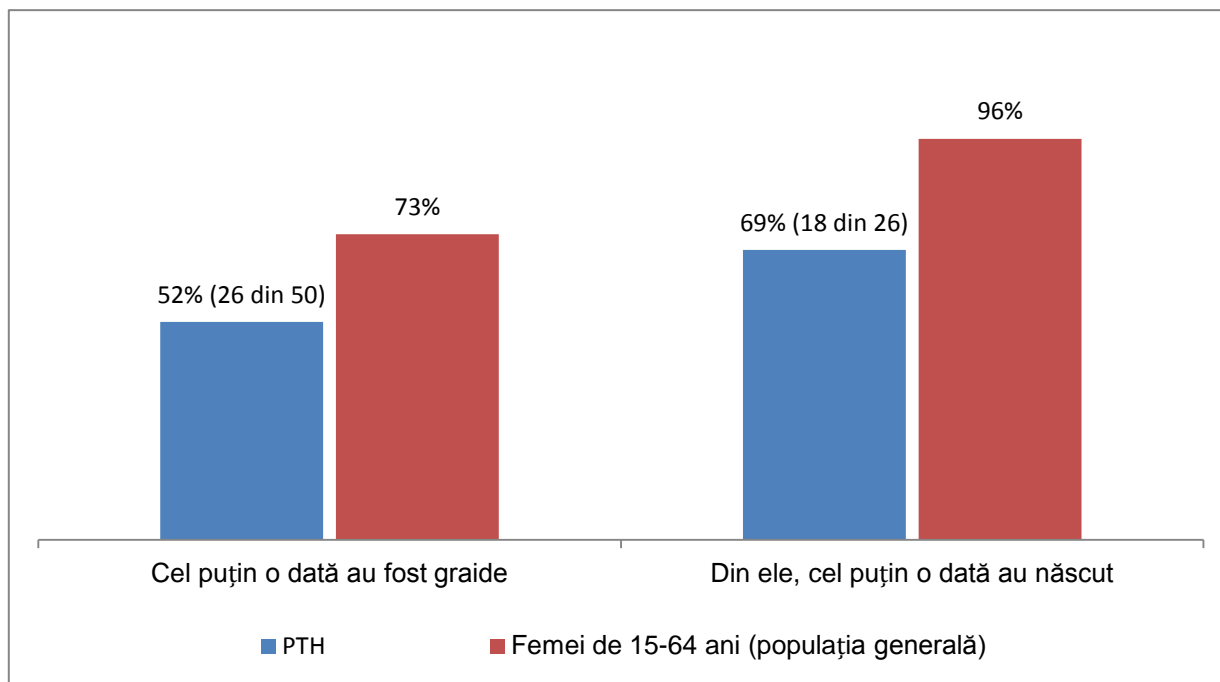
În cadrul studiului s-a înregistrat istoria de reproducere a cuplurilor chestionate care trăiesc cu HIV. Rezultatele indică faptul că PTH sunt în minoritate față de celelalte persoane în materie de, în plan cantitativ.

Din 50 de PTH intervievate în doar jumătate din cazuri (26) respondentul (partenera, în cazul respondenților de sex masculin) a fost vreodată gravidă. Având în vedere faptul că toți respondenții sunt la vârste de reproducere, cifrele arată rata natalității foarte mică în rândul PTH. Pentru comparație, studiul [«Evaluarea cunoștințelor, atitudinilor și practicii populației generale \(15-64 ani\) cu privire la HIV»](#) pentru anul 2010, dintre femeile cu vârsta între 15-49 ani cel puțin o dată în viață au fost gravide 72,9%.

Din 26 de cazuri de experiență a unei sarcini, 18 cupluri au ajuns să-și țină copiii în brațe. În cazul a 10 cupluri este vorba de un copil, 6 femei au câte doi și câte o femeie au 3 și 4 copii. Și din nou rata este cu mult mai mică în comparație cu restul populației – potrivit aceluiași studiu dintre femeile gravide cel puțin o singură au născut 96% (în cazul PTH doar 69%).

De asemenea numărul mediu de copii pentru femeile care au născut în rândul PTH (1,6 copii) cedează populației generale (1,9 copii).

Diagrama 6. Parametrii generali ai istoriei de reproducere



Din cei 26 de respondenți care au copii, 16 au declarat că și-ar mai dori cel puțin un copil, iar 10 că nu-și mai doresc copii. Cei care nu-și mai doresc copii motivează de obicei prin trei factori:

- au deja numărul de copii pe care și-l doresc,
- nu-și pot permite din punct de vedere financiar creșterea mai multor copii sau
- sănătatea nu le permite, sunt îngrijorate de propria sănătate și de cea a viitorului copil, teama ca acesta s-ar putea naște HIV infectat.

Totuși în cazul a trei femei nu există certitudinea că acestea nu-și mai doresc copiii, argumentele acestora fiind mai puțin determinate – „încă nu sunt pregătită, „deocamdată nu mă gândesc”, „deocamdată nu, pentru că pe moment sunt gravidă”.

Unele din participantele la studiul calitativ declară că nu își mai doresc copii pentru că sănătatea nu le permite să aducă pe lume copii sănătoși. Câteva mame au menționat că dacă știau anterior că sunt infectate nu aveau să riște să nască copiii pentru că nu există garanții că aceștia se vor naște sănătoși.

„Am aflat că sunt bolnavă după 6 luni de la naștere. Am născut normal, am alăptat. Am făcut exact aceleași lucruri pe care le făceau toți oamenii sănătoși. Dar dacă știam de la început că eram bolnavă atunci cu siguranță făceam avort pentru că nimeni nu îți dă 100% garanție că copilul tău va fi sănătos. Acum știu că nu voi naște niciodată în viață. Este un risc foarte mare plus cu ce este el vinovat că îl voi naște bolnav și va lua boala de la mine, după asta trebuie să urmeze terapie, și nimeni nu îi va spune cât va trăi.” (F)

Deși de obicei s-a pus accentul pe faptul că femeile HIV pozitive sunt influențate de cadrele medicale să întrerupă sarcinile chiar în perioade avansate ale sarcinii, în unele situații cadrele medicale au încercat să convingă femeile să nu renunțe la copii. Acestea au insistat totuși să li se facă avort din motive socio-economice.

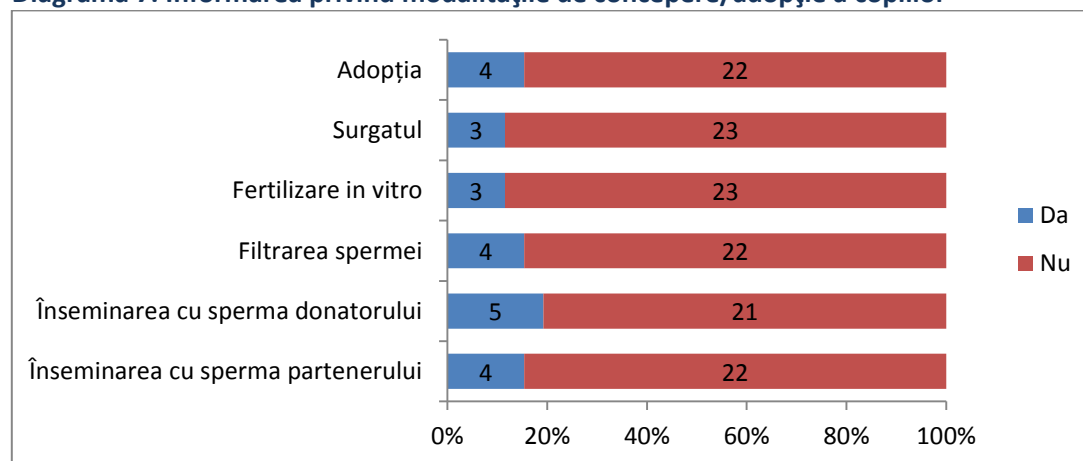
„pe mine mă convingeau să nu fac avort, eu am mers imediat cum am simțit că am grețuri imediat am mers la medicul ginecolog și spun că vreau avort. El spune să așteptam 5 săptămâni când vin el spune poate nu

faci avort, ei și ce dacă ești HIV-infectată, mi-au prescris pastile, eu am scris că refuz copilul.” (F)

“Atunci îmi era foarte greu și din punct de vedere financiar eu nu puteam să-l nasc, dar să-l cresc în sărăcie nu am vrut. El mi-a spus că dacă v-ați fi apropiat o săptămână în urmă, vă făceam, eu îl imploram, îi spuneam că nu pot nicicum. Vreau, dar financiar nu pot, mi-au făcut, inițial au vrut să provoace naștere artificială nu s-a primit. Mi-au făcut gratis, doar am plătit narcoza.” (F)

După cum se poate observa din graficul de mai jos, majoritatea femeilor dintre PTH nu sunt informate cu privire la metodele alternative de fertilizare, ceea ce, împreună cu nivelul scăzut de informare a posibilității nașterii unui copil sănătos de către o femeie HIV infectată, reduce în mod substanțial rata natalității în comunitate.

Diagrama 7. Informarea privind modalitățile de concepere/adopecție a copiilor



În discuțiile de grup s-a constatat o lipsă de informare a femeilor privind soluțiile existente în cazul infertilității. Cele mai multe persoane declară că nu s-au confruntat cu asemenea probleme de aceea nici nu cunosc asemenea informații. Alte respondente au evidențiat faptul că știu despre existența diferitor metode moderne de concepere in-vitro a copiilor, dar care sunt deseori inaccesibile financiar pentru majoritatea populației RM și intuitiv sunt percepute ca fiind interzise persoanelor cu HIV.

„medicii reacționează straniu când tu ești bolnavă și rămâi însărcinată, dar dacă nu poți și vrei atunci nu cred că se va apuca nimeni să te ajute cu o astfel de problemă. La Chișinău la Spitalul Mamei și copilului sunt astfel de servicii, adică însămânțare artificială. Am văzut la televizor o emisiune și de acolo știu că sunt astfel de servicii.” (F)

Practica avortului

O astfel de diferență mare între numărul de femei gravide printre PTH care au născut și populația generală se explică prin numărul mare de avorturi printre PTH. Astfel 11 din 26 PTH intervievate au spus că ea (sau partenera în cazul bărbaților) cel puțin o dată a recurs la avort (în procente este - 42% dintre toate care au fost gravide cel puțin o dată), ceea ce este cu 10% mai mult decât în rândul populației generale, potrivit studiului menționat mai sus. În același timp numărul mediu de avorturi per femeie nu diferă, reprezentând 1,7 cazuri pentru ambele grupuri.

Este foarte probabil faptul că o rată mai mare a avorturilor printre PTH se datorează altor factori decât statutul HIV, astfel încât 15 din 18 avorturi au fost efectuate înainte de stabilirea statutului HIV. De asemenea, doar o femeie din cele intervievate despre cauza avortului a răspuns că s-a hotărât la avort din cauza fricii că copilul se va naște HIV infectat.

Motivele din care femeile s-au hotărât la efectuarea avortului sunt foarte diferite și numai în 4 din 11 cazuri motivația poate fi convențional considerată una obiectivă – atunci când cauza este problemele de sănătate, refuzul de a avea mai mulți copii (atunci când în familie sunt alți copii) și situația financiară dificilă.

În restul cazurilor decizia a fost influențată de alte persoane – soțul/partenerul (2 cazuri) sau alte rude (un caz). În toate cazurile argumentele aduse fac să se înțeleagă că unul dintre argumente este statutul HIV, chiar dacă acesta nu a fost exprimat.

Două dintre femeile intervievate au decis să avorteze la insistența medicilor, într-un caz medicul a argumentat cu riscul moștenirii psoriazisului de către copil, iar în al doilea caz - experiența cu copilul născut anterior, acesta fiind HIV+.

Tabelul 3. Motivarea deciziei de a efectua un avort

	Numărul de răspunsuri	Argumentele aduse
Probleme de sănătate	1	
Avem deja copii, nu mai dorim	1	
Am decis să avortez la insistența soțului/partenerului	2	<i>Soțul nu era pregătit Partenerul a insistat</i>
Frica că copilul va fi HIV infectat	1	
Am decis să avortez la insistența rudelor	1	<i>Nu sunt pregătiți pentru nașterea copilului</i>
Situația financiară dificilă	2	
Am decis să avortez la insistența medicilor	2	<i>Medicul m-a anunțat că copilul ar putea moșteni psoriazisul soțului Din cauza experienței amare cu al doilea copil, el este HIV+</i>
A refuzat să răspundă	1	

În cazul femeilor care au născut, în perioada sarcinii cu ultimul copil, la 4 femei le-a fost recomandată întreruperea sarcinii, și în toate cazurile recomandarea a venit din partea medicilor. În cazul a 3 femei a fost vorba de insistența medicului de familie, iar în cazul unei femei medicul infecționist.

Femeile participante la studiu au remarcat că în ultimii ani medicii deja nu mai insistă atât de ferm asupra întreruperii sarcinii, dimpotrivă unii infecționiști încurajează femeile HIV pozitive însărcinate să nască, alți lucrători medicali recomandă, încearcă să convingă femeile să facă avort argumentând cu riscurile care și le asumă privind sănătatea viitorilor copii.

“la policlinică să mă pun la evidență ca gravidă am intrat la șeful secției, era un bărbat și o doamnă. Bărbatul a luat foaia, iar dumneaei spune: - “dar ție îți trebuie, bolile niciodată nu se mai termină, gândește-te poate faci avort.” (F, sarcină 2010)

“medicul infecționist a zis că acum trebuie de născut că acum am imunitate că nu vei naște la 40 de ani sau la bătrânețe. Și chiar m-au informat că conform statisticii 98% din 100% se nasc sănătoși.” (F, sarcină 2009)

“medicul de sector îmi zice că vîi și facem avort. Dar noi am planificat copilul dat și am mers la 10 săptămîni și pînă am efectuat toate analizele eram la 12 săptămîni. Merg la psiholog și mă întrebă ce am hotărât? - Eu am 12 săptămîni este un termen mare și pot apărea probleme, la care ea zice că în cazul respectării unor proceduri corecte nu voi avea probleme .” (F, sarcina 2009)

Unele femei au trăit experiențe traumatizante, atunci când părerile medicilor privind păstrarea sarcinii erau contradictorii. Atitudinea acestora nu era una potrivită, s-a remarcat însă că în ultimii ani comportamentul și atitudinea acestora s-a schimbat.

„Ginecologul a spus: „ai nevoie de avort”. Eu eram în panică, isterică – „ simt mișcările fătului” și mi-a dat îndreptare, la șeful maternității. Merg la el și el îmi spune, știți că aceasta este omor, eu nu pot merge la aceasta, el a luat foaia, ceva i-a scris, iar ea mi-a spus: „că dacă voi naște vor fi probleme, și că cine în general îmi va primi nașterea”. Iată un caz de discriminare evidentă. Două luni eram atît de stresată că am crezut că copilul se va naște cu probleme, atît de mult am plîns și pastile am luat. Am născut, totuși, cum trebuie, tot nu prea vroiau să se apuce, în 2004 medicii nu erau calificați în acest plan. O sutcă am născut, aveam contracții iar ei – „așteaptă”. Pe alții îi primeau - „iar tu așteaptă”, pînă copilul mai nu s-a asfixiat, a fost necesar cezariană urgent să facă. Deja 5 medici stăteau de asupra mea și nu știau ce să facă. Tăiați, faceți ceva, dar ei se temeau.” (F, sarcină 2004)

Nașteri la mame cu HIV+

Una din garanțiile fundamentale a dreptului la reproducere pentru persoanele HIV este asigurarea accesului echitabil și non-discriminatoriu a femeilor însărcinate la serviciile medicale.

La momentul desfășurării studiului toți copiii născuți de cuplurile PTH intervievați erau în viață. Au știut că sunt HIV infectate pînă la nașterea copilului 6 femei, trei în cazul primului copil și 3 la al doilea copil. Alte 6 femei și-au descoperit statutul în timpul sarcinii, dintre care 5 erau la prima sarcină.

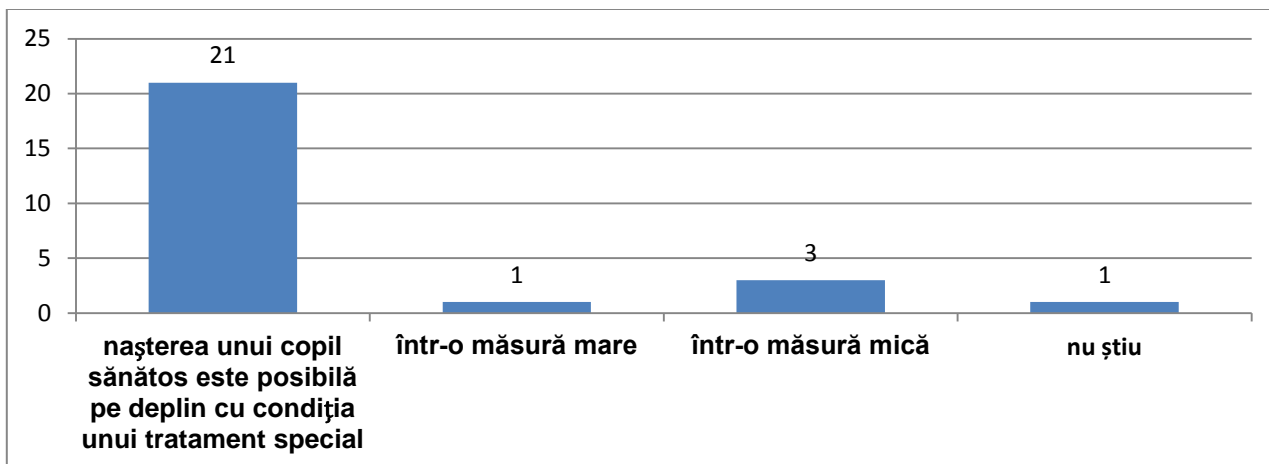
Marea majoritate a femeilor care au depistat statutul lor înainte de nașterea copiilor sau în timpul gravidității cunoșteau faptul că HIV se transmite de la mamă la făt prin alăptare. Însă majoritatea absolută a celor care au depistat statutul HIV după nașterea copiilor, la momentul când au născut copilul nu știau această informație.

Ultima sarcină a fost una dorită în cazul a 16 respondenți, iar 8 respondenți au declarat că a fost o sarcină neplanificată.

Marea majoritate a respondenților (21 persoane) care au avut experiența unei sarcini în cuplu cunosc faptul că o femeie HIV pozitivă poate să nască un copil sănătos dacă urmează un anumit tratament. Însă trei persoane de gen feminin consideră că aceasta este puțin probabil, iar o altă femeie nu a știut cum să răspundă la această întrebare (Diagrama 8).

Așadar putem constata că circa una din șapte femei infectate cu HIV (care a născut pînă în prezent) se îndoiește de posibilitatea de a naște un copil neinfecat.

Diagrama 8. În ce măsură o mamă HIV infectată poate da naștere unui copil sănătos?



Femeile au aflat această informație preponderent când erau însărcinate (12 persoane), 5 respondente au declarat că au știut despre aceasta până la depistarea statutului HIV, 6 persoane au menționat că după stabilirea statutului HIV, unii aveau deja copii mari. O femeie a aflat informația prea târziu, după ce medicii au insistat ca aceasta să întrerupă sarcina.

Marea majoritate a respondenților (16 persoane) au fost informați de către lucrătorii medicali, fie că este vorba de medicul de familie, ginecolog, medicul infecționist, că femeile HIV pozitive pot naște copii sănătoși dacă urmează un tratament special prescris. Unele persoane s-au informat singuri, 4 respondenți declară că au citit această informație, o persoană că a discutat cu o altă PTHIV, iar cineva a aflat de la asistentul social. Două din persoane nu erau convinse de informația pe care o dețin menționând că ei intuiesc acest lucru – „așa mă gândesc”.

În informarea și consultarea femeilor care trăiesc cu HIV pe parcursul sarcinii cel mai pronunțat rol îl joacă Centrul SIDA. Pe parcursul ultimei sarcini majoritatea femeilor au primit consultații privind viața sexuală și sănătatea reproductivă la Centrul SIDA -12 persoane. Câte 4 femei la clinica de planificare familială și medicul de familie, 3 femei la clinica prenatală. Alte 3 respondente au menționat că nu au primit astfel de servicii, fie că acestea într-adevăr nu au fost prestate, fie femeile nu le-au catalogat ca fiind parte a sănătății reproductive.

În contrast cu problemele evidențiate în cadrul discuțiilor de grup, femeile intervievate în cadrul studiului cantitativ în mare parte au negat că s-ar fi confruntat cu careva probleme în accesarea serviciilor de sănătate reproductivă. Marea majoritate din respondente au negat existența a careva probleme, și trebuie să remarcăm că problemele menționate sunt probleme de sistem, cu care se confruntă întreaga populație.

Niciuna din persoanele intervievate nu s-a confruntat cu lipsa de prezervative sau deficit de ARV terapie, probleme oarecum specifice PTH. Unica problemă, în cazul căreia putem cel puțin să „suspectăm” că poate fi alimentată de statutul HIV este atitudinea personalului medical, problemă invocată de 3 respondenți.

În celelalte cazuri, problemele cu care s-au confruntat respondentele sunt unele „de sistem”, valabile pentru marea parte a pacienților. Problemele financiare au îngreunat cel mai mult accesul persoanelor la serviciile de sănătate reproductivă, pentru 3 persoane lipsa banilor o problemă mare, iar pentru 5 persoane o problemă care i-a afectat într-o oarecare măsură. Două persoane au remarcat că au avut probleme de disconfort, creat de situarea a diferitor servicii în locații separate. Unele probleme de acces au fost și din cauza transportului sau a rândurilor mari. (Tabelul)

Tabelul 4. Probleme cu accesul la servicii

	Da, probleme mari	Da, unele probleme	Nu
1. Probleme financiare	3	5	18
2. Probleme cu transportul	1	4	21
3. Cozi lungi		4	22
4. Atitudinea lucrătorilor medicali față de pacienți	2	1	23
5. Insuficiența prezervativelor			26
6. Lipsa terapiei ARV			26
7. Inconveniențe din cauza dispersiei serviciilor	2	3	21

Au reușit să depășească aceste probleme cu ajutorul sprijinului oferit de apropiați sau a ONG-urile care activează în domeniul HIV în jur de 8 persoane. Unii însă s-au bazat pe propriile cunoștințe și abilități, dorința de a naște copii sănătoși etc. În cazul a 4 femei acestea nu erau HIV pozitive atunci când au născut ultimul copil.

Studiul calitativ a accentuat mai mult disconfortul persoanelor de a apela la medicul de familie sau alți specialiști din cauza modului de organizare a primirii pacientului și a condițiilor în care se oferă consultația medicală: perioadă îndelungată de așteptare, lipsă de timp, confidențialitate etc.

“Ce poate să îmi ofere un medic la care te programezi la 8 dimineața intri la consultație pe la 10.00 și între timp în cabinet mai intră câțiva pacienți și ea mai fuge pe undeva. Ce consultație îmi poate oferi? Singurul medic cu care mă înțeleg este infecționistul. și mai sunt ONG unde poți să apelezi pentru ajutor, acolo găsești și ginecolog și psiholog.”(F)

Dintre cele 21 de femei intervievate, care au fost gravide cel puțin o dată, anterior, doar 11 au fost informate cu privire la impactul terapiei antiretrovirale asupra sănătății mamei și a copilului.

Printre femeile care nu au primit această informație nici una nu a fost diagnosticată cu HIV înainte de sarcină. Și totuși în două cazuri HIV a fost diagnosticat în timpul sarcinii, informația însă nu au primit-o.

Femeile participante la discuțiile de grup au recunoscut faptul că existența terapiei ARV care oferă o șansă femeilor HIV pozitive să nască copii sănătoși este un lucru foarte important pe care trebuie să-l cunoască oricine, dar în special persoanele HIV infectate. Această informație le va oferi un confort psihologic, dar este importantă și pentru conștientizarea necesității adresării la medic cât mai precoce. Unele femei au remarcat că faptul că nu exista terapia ARV în perioada în care acestea au născut copii, le-a dat emoții pentru sănătatea copiilor.

“timp de 3 ani am trăit în coșmar pentru că nu se făcea terapie pentru copii. Eu în fiecare 3 luni dădeam analize timp de 3 ani...” (F)

Femeile HIV pozitive care au născut, iar la momentul nașterii cadrele medicale cunoșteau că acestea sunt HIV infectate au beneficiat toate de servicii de informare și consultare privind terapia ARV și alimentația copilului și testarea acestuia la HIV. În ceea ce privește consultații privind prevenirea unei sarcini nedorite din 10, 3 femei au menționat că nu au primit această informație. Acest indicator este per ansamblu unul la care medicii atrag mai puțină atenție, astfel din cele 26 de femei care au născut, 10 au primit informații privind contracepția, pentru celelalte aspecte ponderea acestora fiind de 14 persoane (Tabelul 5).

Tabelul 5. În timpul ultimii sarcini sau imediat după aceasta ați primit careva informații de la lucrătorii medicali referitoare la:

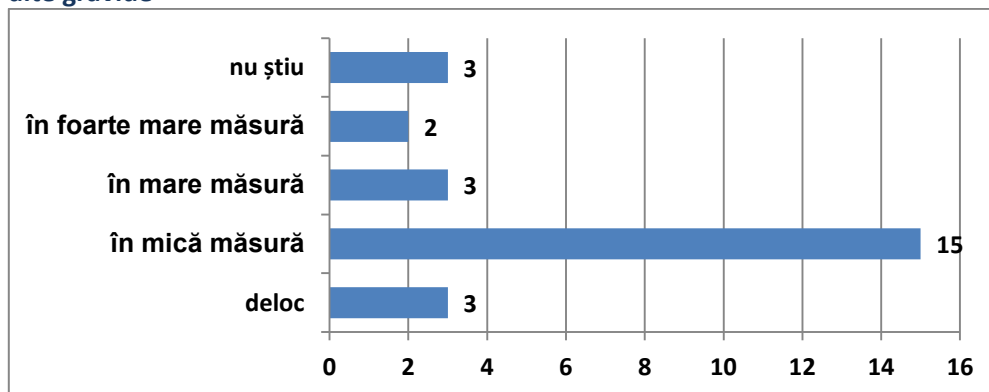
	Femeile intervievate care au născut		Femeile depistate cu HIV anterior sarcinii sau în timpul sarcinii	
	Da	Nu	Da	Nu
Prevenirea transmiterii HIV de la mamă la copil în timpul terapiei ARV	14	12	10	-
Profilaxia prin intermediul terapiei ARV pentru femeile cu HIV+	14	12	10	-
Referitor la alăptatul exclusiv la sân	14	12	10	-
Referitor la alăptatul exclusiv cu înlocuitorii laptelui matern	14	12	10	-
Testarea sugarilor la HIV	14	12	10	-
Amânarea/prevenirea unei noi sarcini	10	16	7	3
Profilaxia nou-născuților prin intermediul terapiei ARV	14	12	10	-

Participantele la discuțiile de grup au evidențiat faptul că există și în rândul medicilor, specialiștilor diferite opinii privind diferite aspecte în profilaxia HIV, cum ar fi alăptatul copiilor, primirea tratamentului ARV. Unele respondente au declarat că ele însuși stau la dubii pentru că ARV terapia poate afecta sănătatea copilului, pe de altă parte sunt situații când aceasta nu are efect, dar și cele fericite când se nasc copii sănătoși. Totuși femeile trebuie corect informate și într-o oarecare măsură responsabilizate să se insiste în primirea tratamentului ARV în caz de necesitate.

“am o cunoștință care a născut și care deja a știut că este bolnavă și a născut un copil bolnav pentru că nu a vrut să urmeze terapia. O altă mama care a urmat terapia a născut oricum copil bolnav.” (F)

Statutul HIV le poziționează pe femeile HIV infectate în poziții inegale în ceea ce privește accesul la serviciile maternităților. Doar 5 femei din cele intervievate consideră că femeile HIV infectate pot primi servicii și îngrijire în maternitate la fel ca celelalte femei. Marea majoritate (15 persoane) consideră că într-o mică măsură pot beneficia de aceleași servicii și 3 persoane sunt sigure că nu vor fi tratate la fel ca celelalte femei (Figura 8).

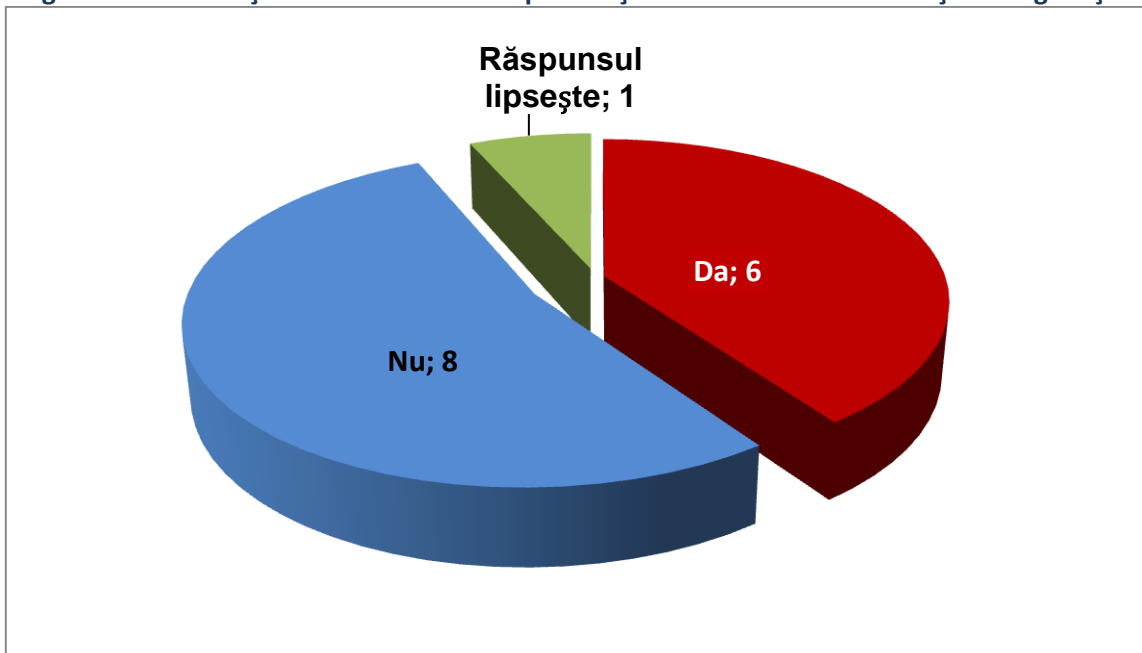
Diagrama 9. Femeile HIV infectate pot beneficia în maternități de aceleași servicii și la același nivel ca și alte gravide



Stigmă și discriminare

Din 16 femei intervievate, care au născut, 6 au comunicat despre cazurile de stigmă și discriminare cu care s-au confruntat. Dintre acestea 3 femei cărora li s-a stabilit statutul HIV înainte de sarcină și două în timpul ultimii sarcini.

Diagrama 10. Instituțiile medicale unde respondenții s-au confruntat cu situații de stigmă și discriminare



În trei cazuri femeile s-au confruntat cu stigma în timpul vizitării clinicii prenatale, două femei au afirmat că s-au confruntat cu discriminarea în centrele medicilor de familie. Una dintre femei nu a specificat tipul instituțiilor medicale.

Plasarea în maternitate a lăuzelor separată de celelalte femei este abordată diferit de femei, pe de o parte unele o percep ca un act de discriminare, altele dimpotrivă consideră că este un confort, nu trebuie să ofere multe explicații și să atragă atenția, revolta celor din jur.

În ambele focus grupuri respondenții au precizat că comparativ cu 5-10 ani în urmă atitudinea cadrelor medicale față de persoanele HIV pozitive și serviciile oferite acestora s-au îmbunătățit semnificativ. Lucrătorii medicali sunt mai informați la subiectul HIV/SIDA și mai bine pregătiți să consulte acești pacienți, deși mai există rezerve în cazul unor medici.

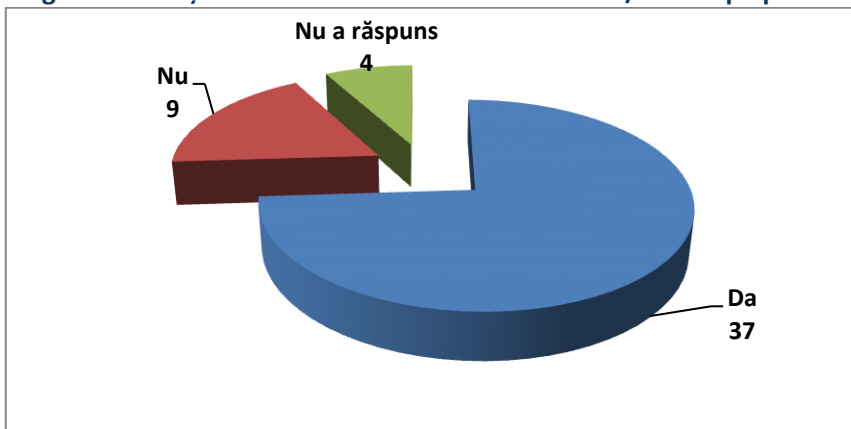
“am schimbat medicul de familie, când mergeam la el își puneă mască și mănuși, iar dacă trebuia să semnez ceva ștergea pixul cu spirt după mine. Acum cu medicul acesta lucrurile merg mult mai bine. De acum medicii au început altfel să se comporte cu noi, au început să ne înțeleagă.” (F)

Intensitatea vieții sexuale

Drepturile sexuale și de reproducere – o serie de drepturi ale oricărei persoane de a avea o viață sexuală deplină și fără risc. În ultimele 12 luni 37 din 50 PTH intervievate sau 74% au avut relații sexuale. Acest indice este puțin mai mic decât cel al totalului populației înregistrate în cadrul studiului «[Evaluarea cunoștințelor, atitudinilor și practicii populației generale \(15-64 ani\) cu privire la HIV](#)» în 2010, unde printre locuitorii cu vârsta între 20-50 ani din Republicii Moldova au avut relații sexuale 84%. Cu toate acestea, limita mărimii eșantionului din cadrul studiului nostru nu ne permite să afirmăm existența acestei diferențe.

Cei care au fost inactivi sexual în ultimul an sunt cu precădere tineri de 20-22 ani sau persoane peste 45 ani și nu sunt diferențe semnificative după gen (4 din 22 bărbați și 5 din 28 femei).

Diagrama 11. Ați avut contacte sexuale cu o femeie/bărbat pe parcursul ultimelor 12 luni?

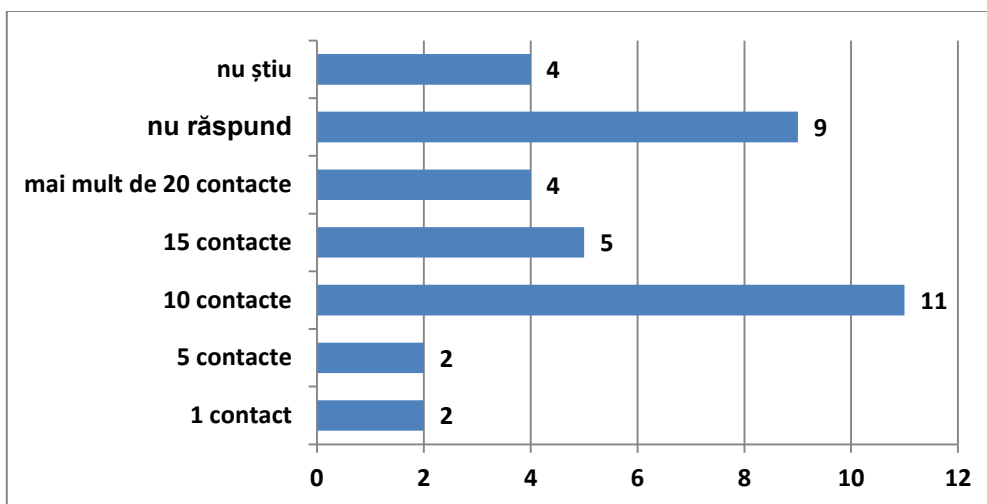


Femeile participante la discuțiile de grup au remarcat că este ușor să-ți găsești un partener sexual, dar mai dificil să-ți găsești un partener de viață.

Cei mai mulți din respondenți (32 persoane) declară că pe parcursul ultimelor 12 luni au avut un singur partener sexual, 2 respondenți au menționat că au avut 2 parteneri și 1 persoana a spus că a avut 4 parteneri sexuali. Două persoane nu au răspuns la această întrebare. Astfel, numărul mediu al partenerilor sexuali printre participanții la studiu constituie 1.14, comparativ cu [1.29 printre populația generală](#).

Fiecare al treilea respondent are în mediu 10 contacte sexuale pe lună, 4 respondenți au declarat că au mai rar relații 1 sau 5 contacte, iar 9 că au mai mult de 10. Astfel, numărul mediu de contacte sexuale este egal cu 10 pentru întreg eșantionul.

Diagrama 12. Numărul mediu de contacte sexuale timp de o lună



Convențional, în funcție de disponibilitatea lor, serviciile din domeniul sănătății sexuale și reproductive pot fi împărțite în două grupuri. Grupul problematic include asigurarea cu prezervative feminine, tratamentul de substituție cu opiacee și asigurarea cu alte tipuri de contraceptive (exceptând prezervativele masculine). Anume în cazul acestor servicii majoritatea respondenților au remarcat că PTH nu li se acordă acces.

În opinia celor intervievați în RM PTH nu sunt asigurați cu prezervative pentru femei, doar 3 femei au menționat că au acces la acestea. În schimb asigurarea cu prezervative pentru bărbați este la un nivel înalt, 34 au spus că PTHIV sunt asigurați cu prezervative de acest tip și doar 2 că PTHIV nu au acces la aceste servicii.

De asemenea printre serviciile cele mai accesibile pentru PTHIV sunt: Testarea pentru sifilis; tratamentul infecțiilor cu transmitere sexuală și îngrijire; informare și consiliere cu privire la modul de a evita infecțiile care se transmit pe cale sexuală.

Tabelul 6. În țara noastră, le este asigurat accesul PTH la aceste servicii?

	Da	Nu	Nu știu
Asigurarea cu prezervative feminine	3	33	1
Tratamentul de substituție cu opiacee	16	20	1
Asigurarea cu contraceptive	24	12	1
Informarea și consilierea cu privire la drepturile sexuale și reproductive	30	6	1
Consultație pentru cuplurile discordante (cu statut HIV diferit)	30	6	1
Consilierea în cazul întrebărilor legate de sănătatea femeii/mamei care trăiește cu HIV, inclusiv anemia, infecții postnatale care se transmit pe cale sexuală și riscul transmiterii HIV de la mamă la copil	31	5	1
Informare și consiliere privind planificarea familiei (de exemplu contraceptive)	32	4	1
Măsuri pentru a asigura siguranța sângelui donat	32	4	1
Sprijin pentru victimele violenței	32	4	1
Informații și sfaturi despre evitarea infecțiilor cu transmitere sexuală (ITS)	33	3	1
Tratamentul și îngrijirea ITS	34	2	1
Asigurarea cu prezervative masculine	34	2	1
Testarea pentru sifilis	35	1	1

Este firesc faptul că multe dintre servicii, în mod direct sau indirect legate de sfera sexuală sau reproductivă sunt foarte direcționale și anume acestea ar trebui să fie furnizate unor grupuri

specifice de beneficiari. Acest lucru ar trebui să fie luat în considerare atunci când se evaluează nivelul de servicii pe care le primesc, pe baza numărului de beneficiari. Din cele 13 tipuri de servicii enumerate în cadrul studiului 6 au fost oferite extrem de rar. Dintre acestea trei servicii pot fi atribuite celor specifice, acestea sunt – terapia de substituție cu opiacee (se oferă consumatorilor de substanțe narcotice), sprijinul pentru victimele violenței și măsurile pentru asigurarea siguranței sângelui donat. Aceste tipuri de servicii sunt furnizate extrem de rar – pentru 1-2 respondenți care în ultimele 12 luni au avut contacte sexuale.

Dar, printre serviciile necesare tuturor foarte rară este și furnizarea de prezervative feminine (de un astfel de serviciu au beneficiat doar 3 respondenți din 37 de cazuri), asigurarea cu alte tipuri de prezervative (7 din 37 de cazuri), consilierea cuplurilor discordante – 7 cazuri (acestea fiind jumătate din respondenți).

Cel mai utilizat serviciu de către persoanele intervievate este oferirea prezervativelor pentru bărbați, 7 din 10 respondenți se folosesc de acest serviciu. Printre alte servicii accesate de o pondere mai mare de respondenți sunt: testarea pentru sifilis, consilierea în cazul întrebărilor legate de sănătatea femeii/mamei care trăiește cu HIV, inclusiv anemia, infecții postnatale care se transmit pe cale sexuală și riscul transmiterii HIV de la mamă la copil, informația despre cum să evite ITS, informație în sfera drepturilor sexuale și reproductive. (Tabelul 7)

Tabelul7. Vi s-au oferit careva dintre serviciile enumerate?

	Da	Nu	Nu știu	Diferența dintre accesibilitate și utilizare
Tratamentul de substituție cu opiacee	1	35	1	15
Sprijin pentru victimele violenței	1	35	1	31
Măsuri pentru a asigura siguranța sângelui donat	2	34	1	30
Asigurarea cu prezervative feminine	3	33	1	0
Asigurarea cu contraceptive	7	29	1	17
Consultație pentru cuplurile discordante (cu statut HIV diferit)	7	29	1	23
Tratamentul și îngrijirea ITS	12	24	1	22
Informare și consiliere privind planificarea familiei (de exemplu contraceptive)	15	21	1	17
Informarea și consilierea cu privire la drepturile sexuale și reproductive	17	19	1	13
Informații și sfaturi despre evitarea infecțiilor cu transmitere sexuală (ITS)	19	17	1	14
Consilierea în cazul întrebărilor legate de sănătatea femeii/mamei care trăiește cu HIV, inclusiv anemia, infecții postnatale care se transmit pe cale sexuală și riscul transmiterii HIV de la mamă la copil	19	17	1	12
Testul pentru sifilis	23	13	1	12
Asigurarea cu prezervative masculine	26	10	1	8

Sunt servicii pe care participanții la studiu le cunosc însă nu apelează, motivele sunt diferite, fie că aceștia nu au avut nevoie, situație probabilă în cazul: acordarea sprijinului pentru victimele violenței; măsuri pentru asigurarea siguranței sângelui donat, tratamentul și îngrijirea ITS. Lipsa interesului și neconștientizarea importanței acestui aspect: Consilierea cuplurilor discordante (cu statut HIV diferit), deși 30 persoane cunosc acest fapt, doar 7 au apelat la acest serviciu deși 22 persoane au partener/soț HIV infectat.

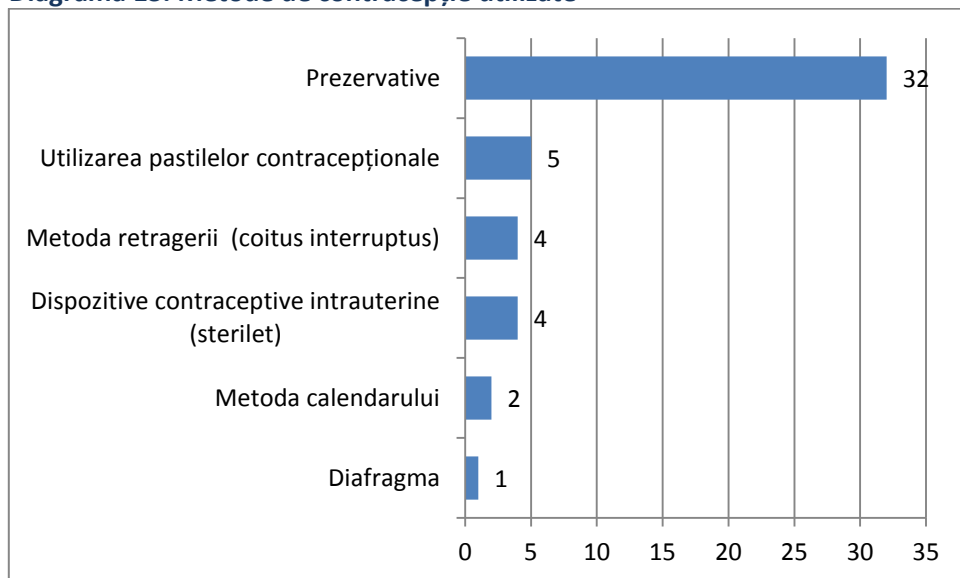
Studiul calitativ a constatat o deschidere mai mare a femeilor HIV infectate în adresarea la serviciile medicale oferite de instituțiile specializate în domeniul HIV/SIDA cum este DDVR, serviciile medicale oferite de ONG-uri. Argumentele acestora sunt atât de natură psihologică, o încredere mai mare, empatie, atitudine adecvată etc. cât și obiective dat fiind faptul că lucrătorii medicali din aceste instituții cunosc mai bine specificul tratamentului / profilaxiei persoanelor HIV pozitive.

„Eu când eram însărcinată și am născut știam că nu trebuie să alăptez, dar medicii se contraziceau dacă am voie sau nu să alăptez. Eu mă adresez doar la ONG, acolo găsești suportul necesar. Dar la altcineva nu m-am adresat, am încercat să îmi păstrez sănătatea și să nu fiu nevoită să mă adresez la medici. Plus la aceasta medicii din ONG cunosc mai multe față de medicii de familie pe care noi îi avem.”(F)

„Vin doar aici la Chișinău, la spitalul de infecții, medicul ginecolog mă cunoaște și avem o relație foarte bună, și este și un specialist foarte bun. În Bălți nu mă duc la nimeni... Nu mergem la alții pentru că le este frică de noi.”(F)

Cea mai utilizată metodă de contracepție în rândul celor intervievați este utilizarea prezervativului – 32 de persoane, pastilele contraceptive sunt utilizate de 5 persoane, 4 femei și-au pus sterilet, iar 6 persoane utilizează metode tradiționale, din acestea 4 folosesc metoda coitusului întrerupt, iar 2 metoda calendarului. (Figura 12)

Diagrama 13. Metode de contracepție utilizate



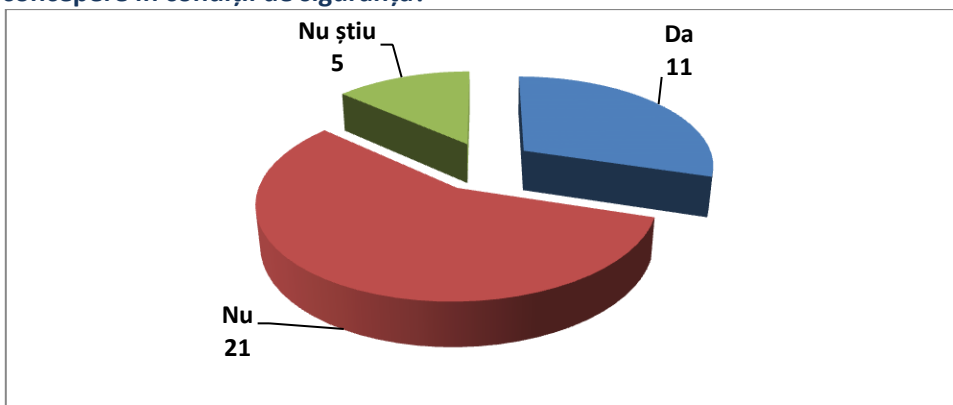
De remarcat că nimeni din respondenți nu au utilizat următoarele metode de contracepție: sterilizarea feminină (intervenție chirurgicală, incapacitatea de a mai avea copii); vasectomia; spumă, gel, cremă cu efect spermicid înainte de contactul sexual; amenoreea pe perioada lactației care reduce posibilitatea unei sarcini; contraceptive de urgență (femeile pot administra până la 5 zile după contactul sexual neprotejat).

Conceperea în condiții de siguranță

În ce privește conceperea în condiții de siguranță, au confirmat că au primit ei sau partenerul lor consultații și sprijin 11 persoane, 21 persoane afirmând că nu au primit un asemenea suport, iar 5 persoane nu știu.

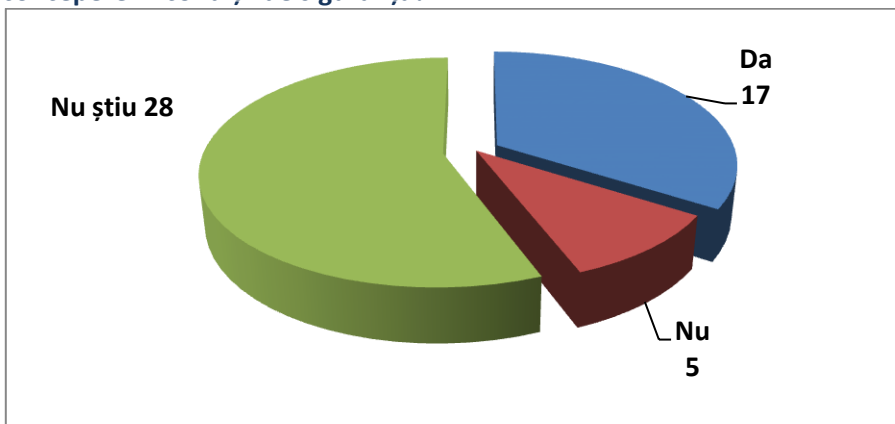
Luând în considerare faptul că HIV este o infecție sexual transmisibilă este greu de imaginat că două treimi de PTH nu au beneficiat cel puțin de suport informațional la capitolul relații sexuale protejate. Este posibil că respondenții nu l-au perceput ca suport, chiar și o asemenea abordare trebuie să-i îngrijoreze pe cei care activează în domeniu, în contextul în care PTH pot fi puțin informate sau greșit informate.

Diagrama14. Vi s-a acordat suport Dvs. sau partenerului Dvs. în cazul întrebărilor referitoare la o concepere în condiții de siguranță?



Dat fiind faptul că mai mult de două treimi din respondenți nu au beneficiat de suport în vederea unor relații sexuale protejate ei nu au putut aprecia nivelul de prestare a serviciilor pentru PTH – 28 persoane. Totuși 17 persoane consideră că suportul este suficient, iar 5 persoane nu sunt de acord cu aceasta.

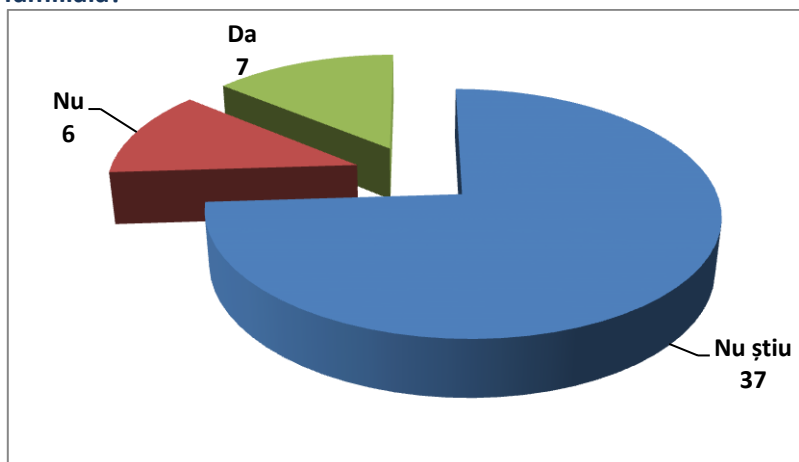
Diagrama 15. Se acordă suficient suport femeilor și cuplurilor cu HIV în cazul întrebărilor referitoare la o concepere în condiții de siguranță?



Marea majoritate a respondenților (37 persoane) nu cunosc faptul dacă bărbații sunt încurajați să se adreseze după servicii de planificare familială, doar 7 consideră că da, iar 6 infirmă acest lucru.

Aceste opinii sunt argumentate și de faptul că 44 din participanții la studiu nu știu vreun program sau servicii care ar facilita bărbații să se adreseze pentru servicii de genul testare HIV și consiliere pentru planificarea familială, să ceară ajutor în cazul întrebărilor ce țin de drepturile sănătății sexuale și reproductive. Din cele 6 persoane care au menționat că cunosc aceste servicii, doar 3 au putut menționa unde se pot adresa bărbații pentru a beneficia de servicii de planificare familială, și anume la: Centrul Mamei și Copilului, Centrul Național de Planificare Familială «în cea mai mare parte ONG-uri».

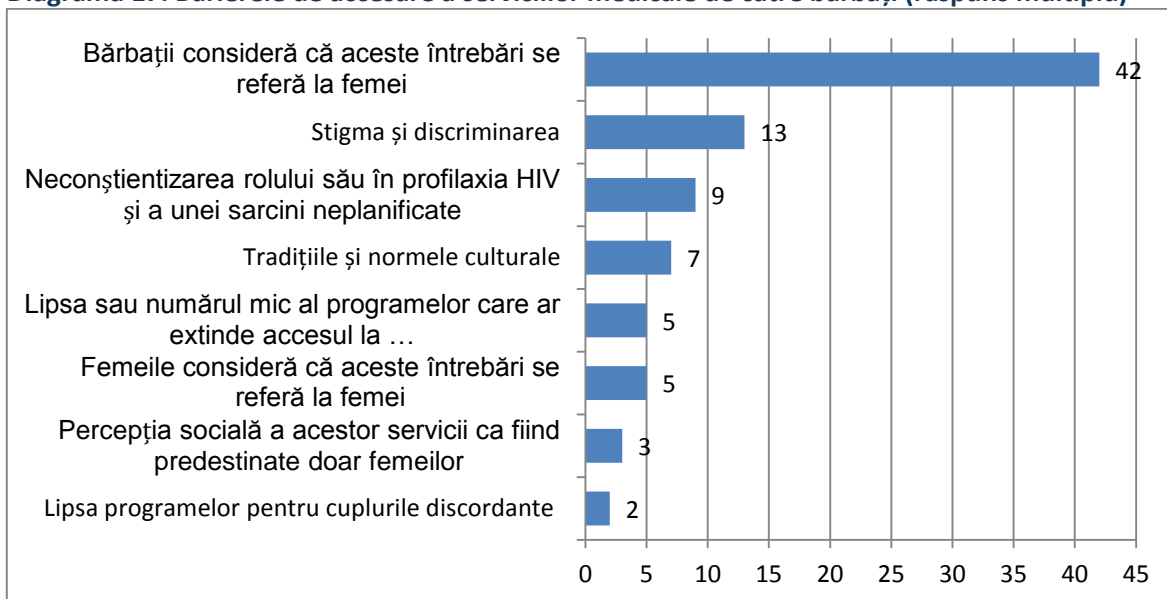
Diagrama 16. Cum credeți, sunt oare încurajați bărbații să se adreseze pentru servicii de planificare familială?



În afară de barierele instituționale, există cele de natură socio-culturale care împiedică adresarea bărbaților la servicii de sănătate reproductivă și planificare familială (Figura). Aproape toți respondenții (42 persoane) au menționat că bărbații consideră că problemele de planificare familială se referă doar la femei, 5 respondenți au precizat că și femeile își atribuie doar lor aceste responsabilități, iar 3 persoane au accentuat că este ca o normă în societate că aceste servicii sunt destinate femeilor.

Unii respondenți au fost mai specifici raportându-se la situația persoanelor HIV infectate - 13 persoane consideră că bărbații nu se adresează la servicii de sănătate reproductivă din cauza stigmei și discriminării, iar 9 persoane din cauza neconștientizării rolului său în profilaxia HIV și a unei sarcini neplanificate.

Diagrama 17. Barierele de accesare a serviciilor medicale de către bărbați (răspuns multiplu)



Concluzii

Drepturile sexuale și reproductive sunt o parte integrantă a drepturilor omului. Victimele nerespectării acestor drepturi sunt, în primul rând, femeile (minoritatea majoritară), dar unul dintre grupurile cele mai vulnerabile la riscul încălcării acestor drepturi sunt PTH.

Nerespectarea drepturilor sexuale și reproductive ale PTH este cauzată de diverși factori, în afară de stigmă și discriminare aceștia sunt – dificultatea de a construi o relație de căsătorie/familie din cauza statutului HIV, nevoile specifice pentru serviciile medicale și consiliere, nivelul scăzut de informare în ceea ce privește posibilitățile sexuale și reproductive fără riscul transmiterii infecției, etc.

Acest studiu ne permite să facem unele concluzii în ceea ce privește nivelul de respectare a drepturilor sexuale și reproductive ale PTH în Republica Moldova.

Pe de o parte este evident faptul că din cauza stigmei persoanele HIV infectate au tendința de a căuta parteneri sexuali sau/printre PTH.

Stabilirea statutului HIV+ determină riscuri mari pentru menținerea integrității familiei. Aceasta definește un număr mare de cazuri în care persoanele HIV infectate nu-și informează partenerul despre statutul său HIV și nici nu-i informează de statutul partenerului său.

Studiul a constatat informarea deplină a PTH referitor la căile de transmitere HIV. Potrivit rezultatelor studiului, comunitatea PTH este conștientă de existența drepturilor sexuale și reproductive, însă înțelegerea esenței acestor drepturi este la un nivel scăzut.

Majoritatea absolută a respondenților acestui studiu (PTH) au răspuns afirmativ atunci când au fost întrebați despre existența acestor drepturi și, în același timp, mai mult de jumătate nu au putut oferi o descriere clară a naturii drepturilor sexuale, iar două treimi nu au putut descrie în ce constă esența drepturilor reproductive.

În general, respondenții interpretează drepturile sexuale într-un sens foarte îngust, având în vedere libertatea alegerii partenerilor sexuali și intensitatea vieții sexuale.

Se observă același lucru în ceea ce privește drepturile reproductive care sunt tratate exclusiv în cadrul dreptului de a concepe și naște copii.

Astfel, pentru 34 din 50 respondenți a fost dificil să evalueze respectarea acestor drepturi în țara noastră.

Puțini respondenții au raportat situații de încălcare a drepturilor sexuale și reproductive ale PTH reieșind din propria experiență. De regulă, încălcările vin din unitățile medicale și iau următoarele forme:

- Sugestii pentru partenerul PTH de a rupe relația,
- Recomandări de a renunța la viața sexuală,
- Recomandări privind întreruperea sarcinii.

Nivelul scăzut de informare cu privire la drepturile sexuale și reproductive se explică, parțial, prin faptul că în procesul de răspândire a informației printre PTH aproape că nu este implicat personalul

medical. Majoritatea respondenților care au primit careva informație în acest domeniu susțin că ei înșiși au găsit și citit materiale informative.

În ceea ce privește funcția reproductivă, problemele asociate cu statutul HIV+ reprezintă o amenințare nu doar pentru familie ci și pentru rata natalității printre PTH. Procentul femeilor care au născut, printre PTH, este cu mult mai mic decât al celorlalte femei. De asemenea, PTH cedează populației generale în ceea ce privește numărul mediu de copii născuți de o singură femeie (1,6 pentru 1,9 copii).

Nivelul redus al natalității este condiționat, în parte, de rata mare a avorturilor. Din 26 persoane intervievate care trăiesc cu HIV, care au fost gravide cel puțin o dată (sau partenera), 11 cel puțin o dată au recurs la avort.

Studiul înregistrează un nivel foarte scăzut al informării în ce privește metodele alternative de a concepe un copil. În ciuda mărimii reduse a eșantionului, înregistrarea cazurilor când femeile se îndoiesc de faptul că o femeie HIV infectată poate da naștere unui copil sănătos (3 cazuri) ilustrează faptul că nici acest fapt nu este cunoscut tuturor PTH. Ceea ce poate fi, de asemenea, un factor care duce la reducerea natalității și a realizării drepturilor de reproducere ale PTH.

Rolul cel mai evident în oferirea serviciilor de consultare și informare pentru femeile HIV infectate în timpul sarcinii este cel al Centrului SIDA.

Acest studiu relevă o acoperire aproape completă a femeilor HIV infectate gravide cu privire la informarea și consilierea acestora în cazul problemelor specifice PTH: prevenirea transmiterii HIV de la mamă la făt, profilaxia ARV pentru mamă și copil ș.a. Excepție este informarea cu privire la impactul terapiei ARV asupra mamei și copilului.

Important este faptul că nici una dintre femeile intervievate nu s-au confruntat în timpul sarcinii cu un deficit de terapie ARV.

Problemele cu care s-au confruntat femeile în timpul sarcinii au fost mai mult de natură sistemică, adică nu depindeau de statutul HIV: lipsa resurselor financiare, probleme de transport, cozile la primire, dispersia teritorială a serviciilor. Dintre problemele specifice PTH se evidențiază atitudinea lucrătorilor medicali, s-au remarcat la 3 din 26 femei care au născut.

Marea majoritate a respondenților consideră că femeile HIV infectate nu beneficiază, în maternități, de aceleași servicii ca și celelalte femei gravide.

Recomandări

Promovarea drepturilor sexuale și reproductive în contextul respectării drepturilor omului. Informarea PTH prin toate căile disponibile privind componentele, indicatorii drepturilor sexuale și reproductive cu accentul pe laturile mai puțin cunoscute. Drepturile sexuale nu se limitează doar la dreptul de a alege partenerul sau de a avea relații sexuale iar cele reproductive nu doar la dreptul de a avea copii.

Corelarea politicilor de prevenire HIV/SIDA cu politicile privind sănătatea sexuală și reproductivă a populației. O implicare mai mare a cadrelor medicale în informarea PTH despre drepturile lor sexuale și reproductive.

Identificarea necesităților de instruire a cadrelor medicale (în special cadrele puțin calificate) în domeniul drepturilor reproductive a PTH. Implicarea comunității PTH în elaborarea conținutului unor asemenea instruiri;

Reducerea stigmei și discriminării prin campanii de informare în masă, instruirea și pregătirea cadrelor medicale și a altor actori sociali precum și învățarea PTH a modalităților, tehnicilor de comunicare a statutului HIV altor persoane, în special a partenerilor. Atenție sporită la dezbădăcinarea stereotipului de asociere a statutului HIV cu comportamente antisociale și amorale;

Organizarea serviciilor specializate pentru terapia și consilierea cuplurilor, în care unul sau ambii parteneri sunt HIV pozitivi, în concordanță cu un protocol prestabilit privind necesitățile de informare, inclusiv privind viața sexuală și sănătatea reproductivă.

Informarea continuă a PTH despre responsabilitățile care le au față de partenerul lor sexual. Promovarea serviciului de consultanță pentru cuplurile discordante privind statut HIV diferit și altor servicii disponibile pe care PTH nu le accesează.

O conlucrare între societatea civilă și instituțiile medicale privind acordarea serviciilor de planificare familială în rândul PTH pentru a reduce numărul avorturilor prin prevenirea sarcinilor nedorite.

Acordarea suportului informațional, psiho-emoțional, social și medical pentru femeile HIV pozitive însărcinate. Informarea continuă în rândul PTH a existenței acestor servicii și concret informația unde acestea le pot accesa. Distrugerea stereotipului potrivit căruia o femeie HIV pozitivă nu poate naște un copil sănătos.

Asigurarea în continuare a accesului gratuit la terapia ARV pentru femeile însărcinate și copii. Totodată este necesară o informare mai amplă în ce privește tratamentul ARV și posibilele efecte asupra mamei și copilului.

Înștiințarea PTH privind metodele alternative de a avea copii. Oferirea serviciilor de consultanță pentru cuplurile care se decid să apeleze la metodele alternative de concepere a copiilor sau la adopție.

Identificarea și evaluarea suplimentară a condițiilor în care sunt prestate servicii pentru femeile HIV pozitive în maternități. Înlăturarea aspectelor de stigmatizare a acestora în maternități. Constituirea unui parteneriat între ONG-urile care activează în domeniu și instituțiile medicale pentru monitorizarea (vizite, interviuare la externare etc.) serviciilor și asistarea femeilor HIV pozitive.

Realizarea unor studii mai ample privind respectarea drepturilor sexuale și reproductive ale PTH prin includerea și a prestatorilor de servicii, a partenerilor PTH și a populației generale.