



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII  
AL REPUBLICII MOLDOVA



## RAPORT DE CERCETARE

# Factorii care influențează utilizarea metodelor de contracepție în rândul grupurilor vulnerabile din Republica Moldova



STUDIU CALITATIV



RAPORT DE CERCETARE

**Factorii care influențează  
utilizarea metodelor de contracepție  
în rândul grupurilor vulnerabile  
din Republica Moldova**

STUDIU CALITATIV

CHIȘINĂU, 2024

## Mulțumiri

Studiul calitativ privind factorii care influențează utilizarea metodelor de contracepție în rândul grupurilor vulnerabile din Republica Moldova a fost realizat de către Centrul de Investigații Sociologice și Marketing (CBS-Research), la solicitarea Centrului pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS), în coordonare cu Ministerul Sănătății al Republicii Moldova și cu suportul Fondului Națiunilor Unite pentru Populație (UNFPA).

Raportul de cercetare reflectă opinia autorilor și nu prezintă neapărat punctul de vedere al UNFPA sau al oricărei alte organizații afiliate.

Mulțumim echipei Centrului PAS, pentru oferirea informațiilor și suportului relevant pe parcursul realizării cercetării. De asemenea, suntem profund recunoscători partenerilor care ne-au oferit acces la respondenții din anumite grupuri vulnerabile ale populației: ONG „*Motivația*”, Asociația obștească „*Fiecare contribuie pentru schimbare*”, Asociația obștească „*Inițiativa Pozitivă*”, Centrul social regional „*Renașterea*”, Centrelor rezidențiale pentru adulți cu dizabilități.

Sincere mulțumiri aducem tuturor respondenților din grupurile vulnerabile interviuate, specialiștilor din cadrul sistemului național de sănătate, care au participat în cadrul studiului: medici obstetricieni-ginecologi, medici de familie, asistenți medicali, specialiștii din cadrul Centrelor de Sănătate Prietenoase Tinerilor (CSPT). Le mulțumim tuturor pentru timpul acordat, pentru implicare, deschidere, încredere și informațiile valoroase oferite în timpul discuțiilor de grup și interviurilor aprofundate.

Ne exprimăm recunoștința față de experții care au revizuit raportul și au contribuit la definitivarea acestuia.

## Cuprins

|                                                                                                     |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ➔ Abrevieri .....                                                                                   | 6         |
| ➔ Contextul studiului .....                                                                         | 7         |
| ➔ Metodologie .....                                                                                 | 9         |
| <b>➔ 1. Contracepție – percepții, atitudini .....</b>                                               | <b>12</b> |
| 1.1 Opinii și percepții privind metodele de contracepție .....                                      | 12        |
| 1.1.1 Metodele de contracepție .....                                                                | 12        |
| 1.1.2 Incertitudini exprimate privind metodele de contracepție .....                                | 19        |
| 1.1.3 Percepțiile privind cele mai sigure/de încredere<br>metode de contracepție .....              | 21        |
| 1.1.4 Mituri și stereotipuri privind prevenirea unei sarcini neplanificate .....                    | 22        |
| 1.1.5 Percepții în contextul prestării serviciilor pentru diverse categorii<br>de beneficiari ..... | 25        |
| 1.2 Responsabilitatea de prevenire a unei sarcini neplanificate .....                               | 26        |
| <b>➔ 2. Practici și comportamente privind utilizarea contracepției .....</b>                        | <b>29</b> |
| 2.1 Metode de contracepție utilizate .....                                                          | 29        |
| 2.2 Decizii privind alegerea metodei de contracepție .....                                          | 33        |
| 2.3 Bariere menționate de respondenți în utilizarea metodelor<br>moderne de contracepție.....       | 35        |
| 2.4 Provocări ale lucrătorilor medicali în oferirea serviciilor<br>de contracepție .....            | 39        |
| <b>➔ 3. Surse de informare și persoanele resursă cu referire la contracepție .....</b>              | <b>42</b> |
| 3.1 Medicii obstetricieni-ginecologi .....                                                          | 43        |
| 3.2 Medicii de familie, asistentele medicale .....                                                  | 45        |
| 3.3 Reprezentanții Centrelor de Sănătate Prietenoase Tinerilor (CSPT).....                          | 49        |
| 3.4 Alte persoane resursă.....                                                                      | 51        |

|                                                                                                                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ➔ 4. Accesibilitatea metodelor de contracepție .....                                                                                                              | 54 |
| ➔ 5. Gradul de informare a grupurilor vulnerabile privind oferirea gratuită a contraceptivelor la nivel de asistență medicală primară .....                       | 58 |
| ➔ 6. Colaborarea interinstituțională .....                                                                                                                        | 60 |
| ➔ 7. Sugestii și recomandări ale participanților la studiu .....                                                                                                  | 62 |
| 7.1 Informarea și educația sexuală .....                                                                                                                          | 62 |
| Discuții privind miturile despre contracepție și utilizarea metodelor<br>ineficiente, lipsite de dovezi științifice sau chiar dăunătoare<br>pentru sănătate ..... | 69 |
| Concluzii .....                                                                                                                                                   | 77 |
| Factorii ce influențează utilizarea metodelor de contracepției în rândul<br>grupurilor vulnerabile .....                                                          | 77 |
| Factorii sistemici .....                                                                                                                                          | 82 |
| A. Sistemul de sănătate.....                                                                                                                                      | 82 |
| B. Sistemul de educație.....                                                                                                                                      | 84 |
| Factori ce țin de grupurile vulnerabile și comunitate .....                                                                                                       | 84 |
| Recomandări .....                                                                                                                                                 | 85 |
| Intervenții propuse la nivel de sistem .....                                                                                                                      | 85 |
| ➔ Intervenții propuse focusate pe populație și grupurile vulnerabile.....                                                                                         | 86 |
| ANEXĂ .....                                                                                                                                                       | 89 |
| TABELUL 1. Distribuția discuțiilor de grup .....                                                                                                                  | 89 |
| TABELUL 2. Distribuția interviurilor aprofundate .....                                                                                                            | 91 |
| A. Grupuri cheie .....                                                                                                                                            | 91 |
| B. Specialiști .....                                                                                                                                              | 91 |

## Autori:

**Natalia Vladicescu**, coordonator studiu, sociolog CBS-Research

**Patricia Vieru**, sociolog CBS-Research

**Tatiana Mărgărint**, dr. șt. filos., lector universitar. Departamentul filosofie și antropologie, Universitatea de Stat din Moldova (USM), cercetător CBS-Research

**Corina Iliadi-Tulbure**, dr. șt. med., conferențiar universitar. Departamentul obstetrică și ginecologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie (USMF) „Nicolae Testemițanu”

**Tatiana Cotelnic-Harea**, coordonator programe, Centrul PAS

Design: Imprint Plus SRL, bd. Renașterii Nationale, 14, of. 3

Foto copertă: @UNFPAMoldova/2023

## Abrevieri

|              |                                                                           |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <b>APL</b>   | Administrația Publică Locală                                              |
| <b>CNAM</b>  | Compania Națională de Asigurări în Medicină                               |
| <b>DIU</b>   | Dispozitiv intrauterin                                                    |
| <b>IA</b>    | interviu aprofundat                                                       |
| <b>ITS</b>   | Infecții cu transmitere sexuală                                           |
| <b>FG</b>    | focus grup                                                                |
| <b>ONG</b>   | Organizație neguvernamentală                                              |
| <b>PAS</b>   | Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate                            |
| <b>RM</b>    | Republica Moldova                                                         |
| <b>SGG</b>   | Studiul Generații și Gen                                                  |
| <b>UNFPA</b> | United Nations Population Fund (Fondul Națiunilor Unite pentru Populație) |
| <b>USMF</b>  | Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”       |

## Contextul studiului

Cercetarea a fost realizată de Centrul de Investigații Sociologice și Marketing CBS-Research la solicitarea Centrului pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS), studiul calitativ fiind realizat în coordonare cu Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, cu suportul Fondului Națiunilor Unite pentru Populație (UNFPA).

Cuplurile, femeile și bărbații din RM au dreptul să decidă dacă își doresc sau nu copil/copii, când și câți copii să aibă, însă nu toți au informația și capacitatea necesară pentru a putea lua astfel de decizii. Doar 38.1% dintre toate femeile de vârstă reproductivă utilizează metode moderne de contracepție.<sup>1</sup> Accesul limitat la gama vastă de metode moderne de contracepție duce deseori la sarcini neplanificate, precum și la vulnerabilități de ordin medical și social. Conform Ordinului Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr. 555 din 16.06.2020 cu privire la asigurarea populației din grupurile vulnerabile de vârstă reproductivă cu contraceptive - sunt 12 categorii de populație care pot beneficia gratuit de metode moderne de contracepție.

Conform Programului Național privind sănătatea și drepturile sexuale și reproductive pentru anii 2018 - 2022 și proiectului noului document de politici elaborat pentru perioada 2024-2027, au fost și sunt întreprinse măsuri sistemice pentru a asigura populația din aceste 12 grupuri vulnerabile cu o gamă largă de contraceptive oferite gratuit la nivel de Asistență Medicală Primară (AMP). Beneficiarii eligibili pentru primirea de contraceptive la nivel de AMP sunt persoanele care fac parte din următoarele categorii de grupuri vulnerabile ale populației:

1. Adolescenți și tineri cu vârsta de până la 24 de ani;
2. Femei din grupul de risc obstetrical;
3. Femei din grupul de risc somatic (care suferă de maladii cronice cu risc pentru sarcină și naștere);
4. Femei care au efectuat un avort la cerere pe parcursul ultimului an;
5. Persoane HIV pozitive și cele din grupurile cu risc sporit de infectare cu HIV;
6. Victime/supraviețuitoare ale abuzului sexual, pentru contracepția de urgență;

---

<sup>1</sup> Studiu SGG 2020

7. Victime/supraviețuitoare ale traficului de ființe umane;
8. Supraviețuitori ai situațiilor excepționale, de criză umanitară sau urgențe de sănătate publică, persoane cu statut de refugiat, de beneficiar de protecție umanitară în Republica Moldova, solicitanți de azil, apatrizi, imigranți;
9. Persoane cu dizabilități, inclusiv persoane cu dizabilități din cadrul instituțiilor rezidențiale;
10. Persoane cu probleme de sănătate mintală, aflate în evidența medicului specialist psihiatru sau a medicului de familie;
11. Consumatori de droguri și alte substanțe psihotrope, care se află în evidența medicului narcolog;
12. Persoane cu venituri mici sau fără venituri.

Conform datelor Studiului „Generații și Gen” (SGG) 2020, rata de utilizare a metodelor moderne de contracepție în rândul tuturor femeilor de vârstă reproductivă (15-49 de ani) din Republica Moldova este de doar 38,1%. Mai mult, din totalul femeilor de vârstă reproductivă, 16,9% au necesitate nesatisfăcută de planificare familială. Rezultatele Studiului GGS denotă totodată că cele mai populare metode moderne de contracepție utilizate în Republica Moldova în rândul tuturor femeilor de vârstă reproductivă sunt prezervativele masculine (19,4%), dispozitivele intrauterine (8,1%), pilulele contraceptive (4,8%) și sterilizarea feminină (3,9%).

## Metodologie

Studiul calitativ a cuprins: 11 focus grupuri (FG) cu populația din grupurile vulnerabile care pot beneficia de contraceptive moderne distribuite gratuit în cadrul asistenței medicale primare din RM (vezi Anexa, Tabelul 1), în conformitate cu prevederile Regulamentului cu privire la asigurarea populației de vârstă reproductivă din grupurile vulnerabile cu contraceptive (în continuare - Regulament), elaborat în temeiul prevederilor Legii ocrotirii sănătății nr. 411/1995, Legii nr. 138/2012 privind sănătatea reproducerii. De asemenea, au fost realizate 37 interviuri aprofundate (IA), dintre care 10 (IA) cu respondenți din categoriile vulnerabile și membrii familiilor acestora și 27 cu prestatorii de servicii de planificare familială (vezi Anexa, Tabelul 2).

**Scopul studiului.** Studiul sociologic calitativ a avut drept scop cercetarea percepțiilor, atitudinilor, comportamentelor privind contracepția în contextul determinării factorilor care influențează utilizarea metodelor de contracepție în rândul grupurilor vulnerabile în Republica Moldova. Rezultatele studiului vor contribui la stabilirea măsurilor și soluțiilor necesare pentru înlăturarea barierelor identificate, pentru ca femeile/bărbații/cuplurile din categoriile vulnerabile, să apeleze pentru accesarea în funcție de necesitate a serviciilor de planificare familială, obținerea mijloacelor moderne de contracepție oferite gratuit la nivel de Asistență Medicală Primară.

**Instrumentele de cercetare.** Ghidurile de interviu au fost elaborate de o echipă formată din sociologi, un medic obstetrician-ginecolog și un reprezentant al societății civile. Acestea au cuprins tematici-cheie și au fost totodată adaptate fiecărei categorii din grupurile vulnerabile, precum și pentru prestatorii de servicii. Ulterior, instrumentele de cercetare au fost consultate la data de 21 mai 2024, în cadrul unei ședințe cu reprezentanții societății civile care oferă servicii categoriilor vulnerabile, cu reprezentanți ai mediului academic și alți actori relevanți. Instrumentele de cercetare au fost aprobate de Comitetul de Etică.

**Selecția respondenților.** Metoda „*bulgărelui de zăpadă*” și eșantionarea de conveniență<sup>2</sup> au fost utilizate pentru selectarea participanților la discuțiile de grup. Au participat la studiu respondenți din întreaga țară, excepție teritoriul de pe malul stâng al Nistrului. Criteriul de bază pentru selecție a fost încadrarea în grupurile vulnerabile care pot beneficia de contraceptive moderne distribuite gratuit în

<sup>2</sup> Pentru grupurile (femeile HIV pozitive, consumatoare de droguri, persoane din instituțiile rezidențiale) selectate prin intermediul ONG-urilor sau/și reprezentanții instituțiilor care prestează servicii pentru aceștia.

cadru asistenței medicale primare din RM. Participanții la următoarele discuții de grup au fost selectați prin intermediul rețelei de operatori de interviu: adolescenții și tinerii cu vârsta 16-24 ani; femeile cu risc obstetrical și cele din grupul de risc somatic (care suferă de maladii cronice cu risc pentru sarcină și naștere); supraviețuitoarele situațiilor excepționale (refugiați din Ucraina) și femeile/bărbații cu venituri mici sau fără venituri. Prin intermediul societății civile și a prestatorilor de servicii au fost recrutate următoarele categorii: femeile HIV pozitive; femeile cu dizabilități, inclusiv persoanele cu dizabilități din cadrul instituțiilor rezidențiale; persoanele consumatoare de droguri și alte substanțe psihotrope și femeile cu probleme de sănătate mintală aflate în plasament.

Criteriul eterogenității grupurilor, recrutate prin intermediul operatorilor de interviu, a fost respectat datorită selecției respondenților după mediul de reședință (rural și urban) și distribuția geografică: 30% Sud, 30% Nord, 40% Centru. De asemenea, în rândul a două grupuri - adolescenți/tineri de 16-24 de ani și persoanelor cu venituri mici sau fără venituri - au fost realizate câte două discuții de grup, un focus grup cu femei și unul cu bărbați. Pentru celelalte grupuri țintă, discuțiile de grup au fost realizate cu femei. Cu excepția grupurilor de adolescenți și tineri, celelalte focus grupuri au cuprins persoane cu vârsta între 18 și 49 ani.

În selectarea prestatorilor de servicii de sănătate intervievați, s-a utilizat o eșantionare teoretică, bazată pe cote. De asemenea, în selectarea acestora s-a ținut cont de distribuția pe regiunile țării (Centru, Nord, Sud), iar în cazul medicilor de familie s-a luat în considerare și mediul de reședință în care activează, astfel încât jumătate dintre medicii de familie intervievați să fie din mediul rural și jumătate din mediul urban. Totodată, s-a avut în vedere și experiența de muncă a acestora, astfel încât să fie incluși atât tineri specialiști cu experiență de până la 5 ani, cât și medici cu o experiență vastă.

**Colectarea datelor.** Discuțiile de grup au fost realizate atât cu prezență fizică, cât și online prin intermediul platformei ZOOM. Decizia privind modul de desfășurare a fost luată în comun acord cu persoanele implicate în recrutare, la sugestia persoanelor din grupurile țintă. Interviuurile individuale, inclusiv cele cu prestatorii de servicii, au fost realizate fie față în față, fie online sau prin telefon. Discuțiile s-au desfășurat în mare parte în limba română, iar persoanele au fost încurajate să răspundă în limba în care le era mai comod. În cadrul a trei focus grupuri s-a discutat în limba rusă, iar interviurile individuale s-au desfășurat în limba aleasă de respondenți. Datele au fost triangulate, astfel că orice informație nouă era abordată în alte discuții, interviuri, iar subiectele erau validate dacă se repetau/confirmau în mai multe surse.

Datele au fost colectate în perioada iulie - august 2024.

**Analiza și interpretarea datelor.** Pentru analiza datelor, a fost utilizată abordarea cadrului tematic, elaborat pe baza obiectivelor cercetării și a întrebărilor principale din ghidurile de interviu. Temele și subtemele cheie ale acestui studiu au fost prezentate sub formă de analiză, incluzând și citate ale respondenților. De asemenea, raportul, pe lângă analiza datelor calitative colectate, include și un capitol care prezintă informații științifice menite să combată miturile legate de metodele de contracepție.

**Principiile etice.** Comitetul Național de Expertiză Etică a Studiului Clinic a analizat, în ședința din 29 mai 2024, documentele studiului și a concluzionat că acesta respectă normele etice. În procesul de colectare a datelor, tuturor participanților la studiu, inclusiv prestatorilor de servicii, li s-au garantat anonimatul și confidențialitatea. Participarea la studiu a fost voluntară, însă printre medici, inclusiv angajați ai CSPT, au existat câteva refuzuri de participare din cauză că nu au avut permisiunea superiorilor și/sau nu primiseră o dispoziție în acest sens din partea Ministerului Sănătății. Unele instituții publice au solicitat o scrisoare de confirmare din partea Centrului PAS privind desfășurarea studiului. În procesul de analiză a datelor, au fost excluse detaliile care ar putea permite identificarea participanților la studiu.

#### **Limitele studiului:**

- Constatările studiului calitativ prezintă o înțelegere aprofundată a atitudinilor, comportamentelor și practicilor cuplurilor, femeilor și bărbaților intervievați din cadrul celor 12 grupuri vulnerabile ale populației eligibile pentru obținerea gratuită a contraceptivelor și nu pot fi generalizate pentru întreaga populație de vârstă reproductivă din țară;
- Dat fiind faptul că datele au fost colectate atât „față în față”, cât și online sau la telefon, au reprezentat atât avantaje, cât și dezavantaje. Colectarea online a informațiilor a permis participarea unor categorii diverse de persoane, care s-au conectat online fără a fi constrânse de situația de a se deplasa într-un loc anume. De menționat însă, că în cadrul colectării informațiilor în teren, echipa de cercetare face și observații, aspect dificil de realizat la distanță;
- Recrutarea unor categorii de respondenți a fost anevoioasă (victime/supraviețuitori ai cazurilor de abuz sexual), dat fiind sensibilitatea subiectului. O parte din bărbați au refuzat să participe argumentând că este un subiect dedicat femeilor. Accesul la femeile victime/supraviețuitoare ale cazurilor de abuz sexual, cele care au avut un avort, persoane cu maladii cronice sau risc obstetrical a fost limitat, deoarece că aceasta este o informație confidențială.
- Unor respondenți, inclusiv femei de vârstă medie (35-49 ani) le-a fost dificil să vorbească despre relații sexuale și contracepție, pentru că acestea nu au discutat anterior cu nimeni aceste subiecte și încă se simt „rușinați”/ „rușinate”, „vinovați”/„vinovate” să le abordeze.

# CONTRACEPȚIE – PERCEPȚII, ATITUDINI

## 1.1 Opinii și percepții privind metodele de contracepție

### 1.1.1 Metodele de contracepție

Participanții din grupurile vulnerabile intervievate au fost rugați să menționeze metodele de contracepție pe care le cunosc în vederea prevenirii unei sarcini neplanificate, iar ulterior s-a discutat despre avantajele și dezavantajele acestor metode din perspectiva respondenților. Mai jos sunt prezentate principalele constatări pentru fiecare metodă menționată:

#### ■ Actul sexual întrerupt (coitul întrerupt)

Actul sexual întrerupt (**coitul întrerupt**) reprezintă cea mai cunoscută și populară metodă de contracepție, care a predominat în toate discuțiile de grup indiferent de categoria interviuata – „trebuie să-l scoată la timp, renunțând la ejaculare înăuntru, pentru a preveni o sarcină nedorită.”

Mai mulți respondenți au atenționat asupra faptului că această metodă nu este una eficientă. Câțiva participanți la studiu au evidențiat faptul că utilizarea coitul întrerupt provoacă un stres în cuplu și nu permite o relaxare în timpul actului sexual. Iar câteva femei consideră că întreruperea actului sexual poate avea consecințe asupra sănătății sexuale și reproductive a bărbaților „știu că metoda actului întrerupt nu-i bună deloc, deoarece de aici pot apărea și probleme la organele genitale la bărbați.”

#### ■ Metoda calendarului

Metoda calendarului este percepută de respondenți ca fiind potrivită pentru femeile cu ciclul menstrual regulat dar o metodă riscantă pentru cele care au ciclul menstrual neregulat. Metodele de contracepție bazate pe recunoașterea perioadei fertile (inclusiv metoda calendarului) sunt mai puțin eficiente, și nu sunt

recomandate de prestatorii de servicii dar sunt în continuare utilizate de unele femei. Acestea folosesc metoda calendarului în combinație cu actul sexual întrerupt și/ sau prezervativul masculin, și după caz alte metode (supozitoare cu spermicide, pilule pentru contracepția de urgență).

„O altă metodă pe care am folosit-o a fost metoda calendarului. Există o aplicație în telefon destul de comodă, care îți indică zilele fertile. În zilele în care riscul de a rămâne însărcinată e ridicat folosim prezervativul.” (F, 37 ani, urban, 6FG)

### ■ Prezervativul masculin<sup>3\*</sup>

În cadrul discuțiilor de grup, dar și a interviurilor individuale, în diferite contexte s-a menționat că „cea mai bună metodă rămâne a fi totuși prezervativul”. Când sunt utilizate corect, la fiecare contact sexual, prezervativele pe lângă faptul că au un înalt grad de protecție împotriva unei sarcini neplanificate, te protejează și de infecțiile cu transmitere sexuală (ITS). De asemenea, s-a menționat că această metodă este una accesibilă - „fiind comercializate chiar și în market”, „sunt distribuite gratuit, numai să vrei să le folosești.”

Totuși, atât unii respondenți, cât și prestatorii de servicii de sănătate au evidențiat că utilizarea prezervativului se preferă preponderent în cazul relațiilor sexuale cu parteneri ocazionali și cu predilecție în rândul tinerilor. Totodată respondenții au menționat că pentru cupluri care au relații sexuale stabile aceasta nu este tocmai o metodă preferată, dat fiind faptul că oricum sunt situații în care au loc raporturi sexuale fără prezervativ. Unii bărbați au evidențiat că prezervativele sunt pentru relațiile ocazionale, considerând că în cuplu/familie acestea nu trebuie să fie folosite pentru că diminuează intensitatea senzațiilor în timpul contactului sexual /reduc din plăcere - „bărbatul nu simte aceeași plăcere.” Astfel, unii bărbați insistă să aibă relații sexuale fără prezervativ, optând pentru alte metode de protecție împotriva unei sarcini neplanificate.

„Sunt unii băieți care spun că nu se satisfac prin prezervativ și cumva influențează fetele să administreze pastilele date.” (M, 21 ani, rural)

„Prezervativ îl folosesc care la „pradă” se duc, așa pentru ceva de ocazie, dar în familie, eu consider că nu trebuie folosite. Femeia mai bine cunoaște cum să se protejeze. Și se protejează când poate să fie sarcina (Combinarea metodei calendarului cu întreruperea actului sexual).” (M, 49 ani, rural, 10FG)

<sup>3</sup> \* În acest raport, ne referim la prezervativul masculin, dacă nu este specificat

## ■ Steriletul/ dispozitiv intrauterin (DIU)

În rândul respondentelor persistă ideea că DIU sunt destinate pentru femeile care deja au născut și care nu-și doresc o sarcină în următorii 3-5 ani.

„Steriletul este permis doar dacă ai o naștere și în dependență de care este obiectivul de protecție, adică e bine să te consulți cu ginecologul pentru a ști pe ce termen îl pui.” (F, 32 ani, urban, 4FG)

Steriletul/DIU este menționat de către respondenți ca fiind o metodă utilizată frecvent în urma apariției unei sarcini neplanificate, indiferent dacă femeia/cuplu a ales să întrerupă sarcina sau să nască copilul și apoi să utilizeze această metodă de contracepție.

Steriletul este apreciat ca o metodă „testată în timp” [cu o eficiență înaltă dovedită în timp]. Aceasta este considerată de către prestatorii de servicii de sănătate intervieuați ca fiind metoda mai potrivită pentru grupurile vulnerabile dat fiind faptul că după inserarea DIU de către personalul medical, nu mai sunt necesare careva acțiuni din partea utilizatoarelor/clientelor, spre deosebire de contraceptivele orale care necesită aderență și disciplină. Acest aspect este confirmat și de unele femei, care declară că fiind inserat, steriletul este mult mai comod și econom comparativ cu alte metode de contracepție (pilule contraceptive, prezervativ).

„Contraceptivele sunt bune, dar este mare probabilitatea că poți să uiți să le administrezi sau nu ești acasă și pastilele au rămas undeva acasă. Cu prezervativul este aceeași poveste. În primul rând, ele sunt scumpe, iar în al doilea rând poți să le uiți sau să nu le ai la îndemână în acel moment, pentru că ai uitat să-l cumperi. Dacă îți pui sterilet, ești sigură că totul o să fie bine.” (IA, F, 46 ani, rural)

Pe de altă parte în mai multe discuții de grup au fost persoane care s-au pronunțat împotriva DIU, considerând că poate cauza cancerul. Aceasta fiind și una din preocupările de bază a femeilor care analizează DIU ca opțiune de contracepție.

„De ce sunt împotriva la spirală?! Sunt împotrivă pentru că eu am auzit, cunosc oameni care vorbesc că din cauza la spirală poate să fie rac (cancer) la femei. Mama mea a murit din cauza la aceasta. Toți medicii vorbeau din cauza spiralei, aceasta a fost începutul, cauza.” (M, 33 ani, urban, 10FG)

## ■ Contraceptivele orale

Există o reticență exprimată de mai multe femei și bărbați intervievați cu privire la utilizarea contraceptivelor orale, din cauza îngrijorărilor pe care le au privind riscurile asociate cu acestea: dereglări hormonale, creșterea în greutate, infertilitate etc. În timp ce femeile care au născut deja copii, sunt mai mult preocupate de modificarea greutateii/adausul ponderal considerat influențat de utilizarea contraceptivelor orale, atunci tinerele și tinerii intervievați sunt îngrijorați de afectarea fertilității ca urmare a utilizării pilulelor contraceptive. O altă provocare este modul de administrare a contraceptivelor orale, femeile fiind îngrijorate să nu uite să le ia, deoarece acestea își pierd în acest caz din eficiență și astfel riscul de a rămâne însărcinată crește în opinia acestora.

„Crește gradul de infertilitate la femei de la aceste pastile. Astfel, dacă ei vor începe viața sexuală de la o vârstă foarte fragedă, folosind aceste contraceptive, vor crea o deprindere a organismului să nu mai producă acel număr de ovule micșorând probabilitatea de a concepe un copil la momentul dorit.” (M, 23 ani, rural, 1FG)

„Nu am vrut să depind de niște pastile care trebuie luate la o oră, care cumva nu știu te stresează dacă uiți. Plus că auzisem că sunt hormonale, de la care poți să te îngrași.” (F, 35 ani, urban, 4FG)

Respondenții din grupurile vulnerabile au menționat că utilizarea contraceptivelor orale poate afecta sănătatea fizică și emoțională a femeii. Există o rezervă și îngrijorare privind posibile dereglări hormonale în urma utilizării contraceptivelor orale. De asemenea, se consideră că întreruperea administrării pastilelor anticoncepționale este un proces dificil cu efecte adverse (pilozitate sporită, voce schimbată, acnee, etc.). Unele femei au stipulat că inclusiv medicii care le-au consultat exprimă rezerve cu privire la utilizarea contraceptivelor orale.

„Acestea țin direct de sănătatea fetei, întrucât pastilele date lucrează pe bază hormonală. În consecință, fata poate să prezinte acuze precum: dureri, schimbarea dispoziției, insomnii.” (M, 16 ani, urban, 1FG)

„Despre pastilele contraceptive medicii spun că, odată ce nu le mai primești, apar tot felul de probleme, apar coșuri, se schimbă vocea și chiar așa și este. Am prietene care au simțit pe propria piele aceste lucruri.” (F, 37 ani, urban, 6FG)

Femeile care utilizează pilulele contraceptive o perioadă mai îndelungată și cele care au fost informate și consiliate de către personalul medical cu referire la contracepție, au enumerat mai multe avantaje ale utilizării contraceptivelor orale cum ar fi: „relații sexuale fără griji”, „tratament anti-acnee”. Există și percepții că pilulele contraceptive ar putea preveni menopauza precoce, informație pentru care, în prezent, nu există date concludente. Respondentele consideră că întreruperea sarcinii este mult mai nocivă pentru sănătate comparativ cu efectele secundare ale pilulelor contraceptive.

„Cred că să mergi la un avort este cu mult mai complicat decât să administrezi o pastilă și să fii protejată. Cel mai important este să bei pastilele cu regularitate, să nu omiți nici o zi și totul va fi bine... După cum mi-a lămurit ginecologul meu, contraceptivele date, după vârsta de 40 de ani, nu se iau numai cu țel de contracepție, dar și pentru a prelungi perioada fertilă a femeii. După 40, organismul feminin se pregătește pentru menopauză, prin urmare, pentru a prelungi perioada tinereții noastre, tot sunt binevenite contraceptivele.” (F, 42 ani, urban, 3FG)

Îngrijorarea cea mai mare a personalului medical participant în cadrul cercetării privind utilizarea contraceptivelor orale se referă la respectarea administrării corecte a acestora de către femeile din grupurile vulnerabile. De fapt aceasta este și una din preocupările de bază ale femeilor, ce se întâmplă dacă uită să administreze pilulele contraceptive, ce trebuie de făcut în astfel de situații și în ce măsură crește riscul unei sarcini neplanificate.

#### ■ Pilulele pentru contracepția de urgență

Despre contracepția de urgență respondenții din grupurile vulnerabile au auzit preponderent din anturajul lor, de la semenii, prieteni, colege. Unii participanți la studiu au aflat din mass-media sau din mediul online, foarte rar fiind menționate cadrele medicale. Ca metodă de contracepție de urgență este menționată doar pilula.

„Pastilele pot să te ajute în decursul a 72 de ore. Astfel în această perioadă de la actul sexual, dacă femeia a administrat pastila, mai sunt șanse ca problema să se rezolve. Chiar dacă s-au protejat cu prezervative, fiind de o calitate mai proastă, se întâmplă situații ca să se rupă și în acest caz se recurge la administrarea unor pastile speciale. Prin urmare, ne convingem că pastilele rămân a fi un pic mai sigure pentru parteneri comparativ cu prezervativele.” (M, 20 ani, rural)

Opinii sunt diferite privind termenul când trebuie administrate pilulele pentru contracepția de urgență, cel mai frecvent s-a menționat 72 de ore, alte femei insistă că este vorba de 24 ore după actul sexual neprotejat.

„Am discutat cu prietenele, pentru că cu altcineva nu am cu cine să vorbesc. Am discutat despre metodele de contracepție și tot atunci mi-au spus și despre pastila aceasta de 72 de ore.” (F, 16 ani, urban, 2FG)

În toate discuțiile de grup cu femeile au fost respondente care au menționat că au folosit cel puțin o dată pilule pentru contracepția de urgență, sunt femeile care utilizează cu o anumită regularitate pilule pentru contracepția de urgență „ca o formă suplimentară de protecție împotriva unei sarcini neplanificate”. Alte femei au menționat că aceste pilule pentru contracepția de urgență nu pot fi folosite mai des de o dată la 6 luni dat fiind faptul că pot provoca dereglări hormonale semnificative.

„Personal, am folosit pastilele de urgență cam o dată la trei luni, atunci când simțeam sau îmi era frică că ceva poate să nu fie în regulă. Însă, cel mai des, întrerupeam actul, pentru a fi siguri că totul a mers bine. În cel mai rău caz, utilizam prezervativul.” (F, 41 ani, rural, 3FG)

„Pastila poate fi luată timp de 24 de ore după actul sexual, dar nu poate fi luată mai des de o dată în jumătate de an. În plus, la sigur distruge echilibrul hormonal.” (F, 41 ani, urban, 8FG)

Câțiva medici de familie au menționat, în cadrul discuțiilor, că ar fi bine ca să fie disponibile în stoc pilule pentru contracepția de urgență pentru a le putea oferi beneficiarelor din grupurile vulnerabile, la moment acestea nefiind disponibile în instituțiile în care activează.

#### ■ Sterilizarea feminină și masculină

„Legarea trompelor” este o metodă pe care o cunosc mai mulți respondenți, ca fiind o metodă potrivită atunci când ești sigură că nu-ți mai dorești copii sau când o sarcină poate pune în pericol major sănătatea femeii. Vasectomia este o metodă mai puțin cunoscută în rândul respondenților și în opinia unor participanți la studiu - este cu efect reversibil, ceea ce nu corespunde realității. Ambele sunt metode invazive – „la băieți este o asemenea modalitate care închide canalele și nu permite ejacularea substanței, însă necesită intervenție chirurgicală”. (M, 16 ani, urban)

În anumite situații, cum ar fi cazurile când femeile au mai multe sarcini neplanificate sau o nouă sarcină care prezintă risc sporit pentru sănătatea femeii și/sau o evoluție complicată a sarcinilor, unii medici recomandă sterilizarea feminină. O parte din femei au menționat că nu acceptă această metodă de contracepție din motivul că ar putea să-și mai dorească un copil, iar alte femei sunt convinse că „legarea trompelor” afectează viața sexuală a cuplului.

„După a treia sarcină, după a treia pierdere, într-un fel mi-a spus că am putea să legăm trompele uterine, ceea ce eu nu am acceptat. Oricum viața sexuală, într-o oarecare măsură o afectează. Nu am acceptat să leg trompele uterine și folosim prezervativul și deja calculez perioada de ovulație. Au fost și cazuri când am mai luat pastile la 72 de ore ca să previn careva riscuri.” (F, 35 ani, urban, 4FG)

### ■ Spermicidele

Câteva femei au menționat că au utilizat cândva spermicide sub formă de supozitoare aplicate înainte de contactul sexual. Unele femei au remarcat că mai folosesc ocazional această metodă de contracepție în combinație cu metodele tradiționale (actul sexual întrerupt și metoda calendarului).

„Mie îmi convine metoda calendarului și mi se potrivește perfect. Calculez ciclul și în primele cinci zile, în cazul meu, sunt infertilă. Mai există supozitoarele, care, de asemenea, le folosesc. Se administrează cu 15-20 de minute până la producerea actului sexual, iar unele dintre ele au și efect antibacterian.” (F, 46 ani, urban, 6FG)

### ■ Alte metode de contracepție despre care au auzit femeile participante în cadrul cercetării: implantele și contraceptivele injectabile

În cadrul studiului nici o respondentă nu a declarat că folosește careva din aceste metode. Însă medicii obstetricieni-ginecologi au menționat că sunt femei tinere, mame care preferă aceste metode pentru că le oferă o comoditate sporită comparativ cu utilizarea pilulelor contraceptive. Totodată medicii au menționat că aceste metode de contracepție nu le au întotdeauna disponibile în cadrul instituțiilor medicale pentru a le putea oferi gratuit femeilor din grupurile vulnerabile.

„Femeilor tinere le place injecția pentru că e bună pentru femeile care alăptează. Anul acesta avem să le oferim, anul trecut nu le aveam. De ce e bine? Femeile cu copii mici sunt zăpăcite și nu dorm nopțile, uneori să le dai pastile este cam problematic. Dar așa vin odată și le pui injecție și ele revin peste 3 luni, așa iese din perioada de alăptare la piept și devine mai calmă.” (9IA, ginecolog, CSPT)

## ■ Abstinența și acceptarea numărului de copii „care îți este dat”

Unii tineri și tinere sunt de părerea că până la căsătorie nu trebuie să ai viață sexuală - „*viața sexuală se începe după căsătorie, așa că de ce să-mi bat eu capul dinainte?!*” (M, 20 ani, rural, 1FG). Iar ulterior câți copii „*ți este scris să-i ai*”, „*ți-i dă Dumnezeu*”, pe toți, femeia îi va naște și împreună cu partenerul îi va crește.

„*Acum tot nu mă protejez. Nu știu de ce, dar am rămas la concluzia ca să nu ne protejam. Dacă ne dă Dumnezeu încă un copil, o să fie un dar... îi acceptăm pe toți.*” (F, 32 ani, rural, 9FG)

„*Nu m-am protejat niciodată și chiar acum nu văd necesitatea aceasta. Trăiesc cu soțul și nu văd de ce să mă păzesc. Dar da, dacă ar da Dumnezeu încă copii, o să-i creștem.*” (F, 42 ani, urban, 9FG)

„*O femeie care are 14 copii, al 14-lea născut are un an, dar contracepție nu dorește - „Dacă o să mai dea Dumnezeu, să mai avem unul, îl vom crește.” O altă femeie cu 4 copii, au fost chiar nu demult, printre ultimele examinate și am întrebat-o, dar metode de contracepție? Mi-a zis: „nu, dacă o să mai fie copii, bine”, dar ea are grijă de ei, au cu ce să-i crească și au toate comoditățile.*” (51A, medic obstetrician-ginecolog)

În cadrul cercetării, unele femei cu dizabilități mintale au menționat că au primit următorul mesaj care le-a fost adresat atât de către personalul medical, cât și de membrii familiei - „*Cel mai bine e să nu ai relații sexuale*”. Studiul a constatat că persoanele cu dizabilități mintale se confruntă cu stigma și prejudecăți legate de sexualitatea lor, atât din partea familiei, cât și din partea unor prestatori de servicii.

De asemenea, unele cupluri renunță la o viață sexuală activă - „*se întâmplă rar*” din cauza că nu-și mai doresc copii, dar totodată refuză să folosească contraceptive. Motivele invocate de cupluri au fost diferite, de la faptul că: nu au identificat o metodă de contracepție potrivită pentru ei, lipsă de satisfacție/diminuarea senzațiilor și a plăcerii sexuale în cazul utilizării prezervativului, instalarea steriletului cu probleme (hemoragii, dureri, expulzarea steriletului, etc.) convingerea că contraceptivele dăunează grav sănătății fizice și psiho-emoționale a femeii.

### 1.1.2 Incertitudini exprimate privind metodele de contracepție

Unele tinere consideră că cel mai bine este utilizarea prezervativului, dar nici acesta nu-ți oferă garanție 100% și ar fi bine să combini anticoncepționalele orale cu prezervativul.

„Prezervativul, dar, oricum, există un procentaj foarte mic de risc, se întâmplă diferite situații și oricum poate să rămână însărcinată. Dar dacă nu sunt gata nici pentru riscul acesta de 1-2%, pot merge la medic pentru a li se prescrie niște contraceptive și să folosească și una, și alta și atunci gata.” (F, 20 ani, rural, 2FG)

Studiul a constatat că o bună parte din cei intervievați (cu referire în special la tineri și tinere, dar și la alte categorii cum ar fi femeile din mediul rural) au auzit câte ceva despre anumite metode de contracepție, dar nu sunt siguri/e de informațiile primite. Aceștia au menționat - „pentru a preveni asemenea incidente, mai sunt și niște pastile”, „mai știu că este și sterilet, dar nu știu cât de bine ajută”, „nu știu dacă e o metodă, dar există sexul întrerupt”, „sunt și niște implanturi hormonale care se introduc intravenos sau sub piele.” Multe femei au menționat că specialiștii, de obicei, discută cu ele despre sterilet și prezervativ, iar din mediul online și din anturajul lor de femei - află despre alte metode de contracepție, ceea ce le trezește curiozitatea și dorința de a cunoaște mai mult.

„Despre pastilele contraceptive n-am aflat de la medicul ginecolog, dar de la femeile de pe TikTok. Ascultând ce spun fetele (în cadrul discuției de grup), cumva m-am intrigat și chiar mă voi informa suplimentar referitor la acest subiect. Medicul de familie mi-a spus că este sterilet cu aur care-i unul dintre cele mai benefice. Ceea ce ține de pastile, nimeni nu mi-a recomandat.” (F, 42 ani, urban, 3FG)

„Am auzit, de exemplu, de niște plasturi sau niște dispozitive cu hormoni care se inserează sub piele, dar nu știu cât de sigure și inofensive sunt aceste metode. Mi-ar plăcea să aud părerea unor medici.” (F, 44 ani, rural, 6FG)

„Am citit într-un articol că sunt injecții care se primesc o dată la trei luni, însă nu pot oferi careva detalii suplimentare. Eu doar am aflat că este o astfel de modalitate.” (IA, F, 46 ani, rural)

Cunoștințe limitate sau percepții eronate au fost remarcate în cadrul discuțiilor și cu referire la metodele de contracepție masculine, persoanele intervievate au menționat că au auzit despre unele dintre aceste metode, dar au remarcat totodată, că în afară de prezervativ, care este o metodă utilizată pe larg, nimeni nu a utilizat vreodată în cuplu alte metode de contracepție masculine.

„Știu că sunt metode de contracepție și pentru bărbați. Nu știu dacă tot despre sterilet e vorba, dar tot sunt niște procese. E vorba de un tub metalic care se inserează în penisul bărbatului sau ceva de genul.” (F, 20 ani, urban, 2FG)

Studiul a constatat că lipsa informațiilor și/sau cunoștințele limitate despre anumite metode de contracepție, sporește gradul de neîncredere în acestea și prin urmare crește reticența față de utilizarea lor.

„Personal, nici eu nu prea cunoșteam despre contraceptivele în pastile, având mereu frica că ajutând într-o parte, pot afecta în altă parte. După părere mea, aceste pastile pot afecta echilibrul hormonal al femeii. Pe de o parte te protejezi, dar pe de-o altă parte poate să dăuneze ficatului, spre exemplu. Sunt femei care și cu pastile pot să prindă însărcinate.” (F, 45 ani, urban, 3FG)

„Din cele auzite (în cadrul focus grupului), am înțeles că contraceptivele administrate pe cale orală nu sunt atât de rele după cum credeam inițial. Totuși, eu oricum nu le-aș folosi, dar le-aș recomanda unui cuplu care nu-și doresc la moment o sarcină.” (F, 23 ani, urban, 3FG)

### 1.1.3 Percepțiile privind cele mai sigure/de încredere metode de contracepție

În toate discuțiile cu femeile - au fost relatate situații în care femeii din anturajul acestora au rămas însărcinate deși utilizau metode de contracepție precum contraceptivele orale și dispozitivele intrauterine. Astfel, s-a creat percepția respondentelor conform căreia utilizarea contraceptivelor orale nu este eficientă, chiar dacă majoritatea femeilor au menționat că nu au fost respectate întru totul recomandările privind modul de administrare/utilizare a lor.

„O cunoscută a născut cu contraceptive. A durut-o un dinte și a plecat să-l repare. Astfel, acolo a făcut și un control și-a stabilit că-i însărcinată în a patra lună. Uimită nu putea să creadă, deoarece cum a spus și doamna, aceasta se proteja bând pastile. Spre final, s-a constatat că ea nu le administra corect, fapt ce a condiționat și survenirea sarcinii, deoarece nici nu aveau acele pastile efectul dorit.” (F, 41 ani, rural, 3FG)

Personalul medical intervievat a remarcat că una dintre cele mai frecvente întrebări ale clientelor lor se referă la eficiența metodelor de contracepție în prevenirea unei sarcini neplanificate.

#### 1.1.4 Mituri și stereotipuri privind prevenirea unei sarcini neplanificate

Studiul a identificat mai multe activități, acțiuni [care nu au nici o bază științifică sau pot fi chiar dăunătoare pentru sănătatea persoanei] pe care respondentele sau persoanele din anturajul acestora le realizează considerând că astfel pot preveni o sarcină neplanificată, inclusiv:

- **Igiena/ spălarea organelor genitale externe imediat după actul sexual**, inclusiv cu utilizarea substanțelor chimice – este considerată de către unele femei ca fiind o metodă eficientă de prevenire a unei sarcini neplanificate, fie că se realizează doar cu utilizarea săpunului/gelului de duș sau cu utilizarea altor substanțe chimice cum ar fi bicarbonatul de sodiu, permanganatul de potasiu, oțet diluat.
- **Urinarea imediată după actul sexual** – o practică care este utilizată și recomandată de femei în continuare, în special de femeile cu un nivel de educație scăzut.
- **Dușul fierbinte și/sau ținutul picioarelor în apă fierbinte** – o practică preluată de la femeile mai în vârstă din familie, eficiența căreia este pusă la îndoială inclusiv de femeile care au remarcat că o practică.
- **Spălături vaginale (oțet diluat, ceai de mușețel, suc de lămâie)** – mai multe participante la studiu au menționat că au cunoștințe sau rude care le-au recomandat asemenea practici, pe care respondentele le consideră depășite, la moment fiind accesibile metode sigure de contracepție.

„Cineva din colege îmi spunea că la 100 ml apă fiartă pune o lingură de oțet și se spală cu această soluție intern. Nu știu, eu n-am încercat și consider că acestea sunt niște metode mai primitive, deoarece acum suntem în secolul XXI și mereu apare ceva mai inovațional și nou, mai bun de folosit ca contracepție.” (F, 42 ani, urban, 3FG)

„Soacra mea îmi sugera ca metodă de contracepție spălături interne cu apă și oțet sau acid citric, dar nu am experimentat, căci în zilele noastre sunt atât de multe metode contraceptive accesibile.” (F, 44 ani, rural, 6FG)

- **Introducerea în vagin a unor produse (feli de lămâie, usturoi, bile de unt cu acid citric)** – sunt practici care au fost remarcate ca fiind utilizate mai rar de către unele femei și la care celelalte respondente, din cadrul discuțiilor de grup, au reacționat încercând să le combată, evidențiind că aceste metode pot provoca leziuni și infecții și sunt periculoase pentru sănătatea femeii. Deoarece la moment sunt disponibile metode sigure de contracepție, aceste practici sunt în mare parte respinse de femei.

„Am folosit și folosesc felii de lămâie, am spus și la alte femei, chiar funcționează.” (F, 45 ani, urban, 3FG)

„Aveam o cunoștință care folosea bile de unt și acid citric ca înlocuitor al supozitoarelor contraceptive. Astfel de experimente eu nu aș fi gata să aplic.” (F, 46 ani, urban, 6FG)

- **Consumul unor produse:** lapte cu iod, vitamina C în cantități mari.

„Mie mi se părea că sunt însărcinată și eu am băut lapte cu iod, poate mama mi-a spus sau o femeie m-a sfătuit... A ajutat, am spus și eu la alții.” (F, 27 ani, rural, 5FG)

„Poți bea mai multe pastile de vitamina C, nu știu câte anume exact, dar nu este eficientă metoda. Am încercat, dar nu a funcționat.” (F, 49 ani, urban, 8FG)

- **Munca intensă, ridicarea greutăților** este o practică pe care o utilizează femeile ca „contracepție de urgență”, atunci când presupun că ar putea avea o sarcină neplanificată după un act sexual neprotejat.

- **Avortul perceput ca metodă de contracepție**

Un aspect care este dus la extremă se referă la **avort**, pe de o parte sunt persoane care percep orice formă de contracepție ca o imixtiune în „voia Domnului”, „în soartă” fiind categoric împotriva întreruperii de sarcină chiar și în fază incipientă, iar pe de altă parte sunt femei care percep avortul ca o formă de contracepție - „decât să folosești pastile tot timpul, sau să pui spirală mai bine deja dacă se întâmplă te duci la avort, dacă nu vrei copilul.”

Mai multe femei, în special cele trecute de 40 ani, au menționat faptul că nu au folosit nici o metodă de contracepție de-a lungul timpului, iar în cazul survenirii unei sarcini neplanificate și nedorite, recurgeau la avort. Unele din femei consideră

că au suportat consecințele acestor întreruperi de sarcină nemaiputând ulterior concepe copii, când și-au dorit acest lucru.

„Noi nu ne-am protejat niciodată. La început el nu accepta prezervativul, de aceea am avut trei avorturi, după care eu am vrut copii, dar nu am mai reușit să rămân însărcinată... Pe atunci nu erau atât de multe metode de contracepție, sau nu se știa despre ele. Eu îmi doream copii, dar când rămâneam însărcinată și vedeam comportamentul soțului, mă gândeam că vom divorța și nu mă decideam să-i nasc.” (F, 41 ani, urban, 8FG)

Avortul a fost menționat de unele respondente ca una din metodele de prevenire a unei sarcini neplanificate. Mai mult ca atât, studiul a identificat câteva situații menționate în cadrul discuțiilor, când femeile au decis să administreze pastile pentru avortul medicamentos, fără a consulta un prestator de servicii de sănătate. În unele situații, femeile din RM aflate peste hotare, roagă prietenele să le transmită aceste pastile.

În mai multe discuții de grup au fost femei care au menționat că „avortul ia 5 ani din viața unei femei”. Și prin prisma acestor convingeri, unele femei care au declarat că pentru ele nașterea unui/încă a unui copil a reprezentat o provocare (din motive de sănătate și/sau socioeconomice) au decis totuși să nu întrerupă sarcina.

Totodată în rândul grupurilor religioase și nu numai, se propagă ideea că **folosirea metodelor de contracepție, reprezintă/este echivalentă cu un avort lunar**, dat fiind faptul că împiedică un copil să se nască.

„Sunt împotriva avortului, toți copiii trebuie să fie acceptați. Apropo, steriletul, din câte mi-a explicat medicul, tot are efectul acesta al avortului. Ovulul, chiar dacă a fost fecundat, nu ajunge în uter, deoarece este eliminat.” (F, 44 ani, rural, 6FG)

„Săptămâna trecută, o femeie mi-a spus că dacă pune sterilet oricum se produce ovulația, doar că la nivel de uter se ucide embrionul și de fapt este avort lunar.” (4IA, ginecolog)

- **Nici o metodă de protecție nu este eficientă**, „dacă îți este scris să mai ai un copil”, „așa ți-i soarta”, „dacă ți-i dat să rămâi însărcinată, nici același prezervativ, pastile nu îți ajută nimic, asta-i soarta, de atâta știți cum ce ți-i scris în frunte ți-i pus.” (F, 41 ani, rural, 5FG)

Unele mituri despre contracepție sunt transmise inclusiv de către personalul medical – „din propria experiență, știu că în caz că s-a întâmplat situația descrisă mai sus [act sexual neprotejat], se fac spălături interne cu apă curată și dacă avem la îndemână punem și mușețel”. Respondenta care ne-a oferit acest „sfat” este asistentă medicală într-o instituție de învățământ, fiind interviuată ca reprezentantă a unui dintre grupurile vulnerabile eligibile pentru a beneficia de contraceptive oferite gratuit la nivel de AMP.

### 1.1.5 Percepții în contextul prestării serviciilor pentru diverse categorii de beneficiari

Persoanele interviuate, inclusiv și unii prestatori de servicii de sănătate au menționat în cadrul discuțiilor că pentru tinere și/sau femeile care încă nu au născut/nu au copii nu se recomandă utilizarea contraceptivelor orale și a steriletului. Se presupune că aceste metode ar putea ulterior crea probleme de fertilitate. Pe de altă parte este recomandată utilizarea prezervativului sau a inelului vaginal.

„Sunt și alte tipuri de contracepție, cum ar fi pastilele, dar dacă e vorba de un cuplu tânăr, atunci nu e tocmai sănătoasă această metodă. Chiar dacă previne sarcina, schimbă foarte mult starea hormonală, iar pe viitor ar putea avea urmări asupra fertilității. Am discutat cu un ginecolog dintr-o clinică privată despre aceasta.”

(F, 19 ani, urban, 2FG)

„Steriletul nu știu cât este de indicat pentru persoanele tinere, care încă nu au avut copii. Sunt controversate, dar nu sunt sigure.”

(F, 19 ani, urban, originară din rural, 2FG)

„Fetelor tinere li se recomandă un tip de contraceptive ... [inel vaginal hormonal]. Ele elimină o anumită cantitate de hormoni ca să prevină o sarcină.”

(F, 19 ani, urban, 2FG)

Medicii au menționat în cadrul discuțiilor necesitatea alegerii contraceptivelor în baza mai multor criterii, prioritar fiind menționate: *vârsta femeii, patologii asociate, dar și toleranța individuală la diferite preparate.*

## 1.2 Responsabilitatea privind prevenirea unei sarcini neplanificate

O bună parte dintre respondenți consideră că responsabilitatea prevenirii unei sarcini neplanificate ar trebui să fie asumată de cuplu, având în vedere că ambii parteneri participă la un act sexual consimțit. Totuși, opiniile celor care cred că doar unul dintre parteneri ar trebui să fie responsabil, tind să încline balanța spre părerea că o răspundere mai mare o are femeia, deoarece ea este cea care poartă sarcina și suportă consecințele unei sarcini neplanificate.

De asemenea, unii respondenți au remarcat că femeile „*se pot controla*” mai bine în timpul actului sexual și pot astfel întrerupe „*la timp*” actul sexual — „*simți și îi faci o blandă*”.

Majoritatea respondentelor subliniază faptul că, în primul rând, viața personală și profesională a femeii este cea mai afectată de o sarcină și de apariția unui copil. Dacă această sarcină nu este planificată sau nu survine la momentul și în contextul dorit, consecințele sunt mai greu de gestionat de către femei.

„O responsabilitate mai mare o avem noi femeile, deoarece el poate să spună să nu-ți faci griji, că reușește [coitus întrerupt]. Pe ei nu-i influențează atât de mult dacă apare o sarcină, de nevoie se căsătorește, se naște copilul, iar peste jumătate de an îți spune la revedere și-și găsește o fată mare, iar femeia rămâne singură. Universitatea nu o poate încheia și nu se poate angaja la lucru, copilul trebuie să crească până să-l poți duce la grădiniță. Pe mine mă deranjează lucrul acesta și eu am grijă.” (F, 20 ani, rural, 2FG)

În rândul tinerilor intervievați s-a constatat că adolescentele, tinerele consideră că responsabilitatea le revine în mai mare măsură femeilor, deoarece acestea urmează să suporte consecințele unei sarcini nedorite, iar băieții consideră că bărbații trebuie să-și asume responsabilitatea pentru că „*el este responsabil de ejaculare*”. Prin urmare putem concluziona că inclusiv în rândul tinerilor se practică frecvent ca metodă de contracepție, actul sexual întrerupt. Unele femei au menționat că în familia lor, bărbatul a fost cel responsabil de prevenirea unei sarcini neplanificate, deoarece obișnuiau să folosească ca metodă de protecție, actul sexual întrerupt. Metoda dată de contracepție a fost percepută ca fiind nepotrivită, pentru că nu permite savurarea actului sexual/experienței sexuale. Atât pentru femeie, cât și pentru bărbat, actul sexual întrerupt poate genera stres și anxietate, din cauza concentrării pe momentul retragerii și a fricii permanente de o sarcină neplanificată. La fel grija privind momentul ejaculării poate afecta plăcerea actului sexual.

„La noi, în familie, cel mai des soțul a avut grijă de prevenirea unei sarcini nedorite. Acum, însă îmi pare rău de lucrul acesta. Deoarece am folosit metoda actului întrerupt, a fost afectată viața noastră sexuală. Deja privind înapoi, cred că a fost o greșeală foarte mare. Cred că din neștiință și dezinformare s-a întâmplat acest lucru.” (F, 47 ani, rural, 3FG)

O parte din femei sunt convinse că în cazul folosirii metodei actului sexual întrerupt pentru protejarea de o sarcină neplanificată, responsabilitatea îi aparține bărbatului – „dacă el nu dă drumul, tu nu o să rămâi însărcinată, mai mult el este de vină.”

De procurarea prezervativelor se preocupă cel mai des partenerul. Deși acest subiect nu a fost cercetat direct, în diferite contexte s-a accentuat că femeia poate solicita utilizarea prezervativului, dar responsabilitatea de a-l avea îi revine bărbatului.

„Mai e momentul că noi suntem femei și de partea asta [prezervativ] e responsabil mai mult bărbatul. Noi solicităm, dar nu ne ducem direct să le cumpărăm.” (F, 19 ani, urban, 2FG)

Studiul a constatat încă un tipar ce a fost evidențiat în mai multe discuții de grup, cu referire la actul sexual - „ca plăcere a bărbatului”, „dorit de bărbat”, „lor mai mult le trebuie sex”.

„Ambii sunt responsabili, deoarece vorbim de o relație. Chiar dacă de cele mai multe ori bărbatul este inițiatorul (actului sexual), responsabilitatea cade pe ambii.” (M, 21 ani, rural, 1FG)

Un alt aspect constatat în cadrul studiului se referă la modul cum percep femeile, atitudinea bărbatului față de preocuparea de a preveni o sarcină neplanificată. Pentru unele femei grija partenerului față de contracepție este o formă de manifestare a dragostei și a faptului că îi pasă de sănătatea ei. Însă pentru alte femei „teama de o sarcină” este o dovadă că bărbatul nu are sentimente și nu-și (mai) dorește un copil de la ea.

„Au existat momente când eu aș fi vrut fără (prezervativ), dar el era atât de îngrijorat, că nu a acceptat... S-a întâmplat o dată că, revenind partenerul din Germania, nu ne-am protejat. El a venit a doua zi cu o pastilă și mi-a spus să o iau, căci nu-și dorește ca plecând înapoi să-l chem spunându-i că sunt însărcinată. M-am simțit jignită, dar am luat-o.” (F, 29 ani, urban, 8FG)

În cazul categoriilor vulnerabile, medicii intervievați au evidențiat faptul că pentru prevenirea sarcinilor neplanificate ar fi bine să se implice mai mulți reprezentanți din comunitate prin organizarea sesiunilor de informare a membrilor comunității, informarea despre eligibilitatea grupurilor care pot beneficia de contraceptive gratuite la medicul de familie. În același timp unii medici nu văd implicarea în egală măsură ai liderilor locali femei și bărbați, semn că responsabilitatea privind contracepția este totuși mai mult atribuită femeilor din aceste categorii, inclusiv de către medici - *„și profesorii și asistentul social trebuie implicați, mă rog primarul e bărbat, nu putem să-l implicăm.”*

# PRACTICI ȘI COMPORTAMENTE PRIVIND UTILIZAREA CONTRACEPȚIEI

## 2.1 Metode de contracepție utilizate

Cele mai utilizate metode de contracepție în rândul participanților la studiu au fost menționate: coitul întrerupt și dispozitivele intrauterine, iar pentru relațiile sexuale ocazionale, prezervativul. În majoritatea discuțiilor de grup cu femeile, excepție discuția de grup cu femeile cu dizabilități mintale din instituțiile rezidențiale, a fost cel puțin o respondentă care a menționat că folosește, sau a folosit contraceptive orale. În unele cazuri prescripția contraceptivelor orale s-a făcut pentru a echilibra anumite dereglări hormonale și/sau în tratamentul acneei severe.

**Actul sexual întrerupt/ejacularea în afara vaginului** este percepută ca fiind cea mai puțin ofensivă metodă pentru sănătatea femeii. Deși majoritatea celor care o folosesc sunt conștienți că **nu** este o metodă eficientă, și-o asumă/acceptă riscul semnificativ al unei sarcini neplanificate, iar unii participanți la studiu au declarat că nu este o metodă care îți oferă confort. Pentru situațiile considerate „*incidente*” – ejacularea în vagin, se utilizează pilulele pentru contracepția de urgență sau practici tradiționale pentru prevenirii unei sarcini neplanificate (diferite spălături/dușuri vaginale) care în realitate sunt ineficiente în protejare sau chiar dăunătoare pentru sănătate.

„Noi cu soțul la fel ne protejăm prin întreruperea actului, dar și prin administrarea pastilelor contraceptive de a doua zi, care o utilizez cam o dată la jumătate de an. Eu am fost la ginecolog și i-am explicat situația [act sexual neprotejat], la care acesta mi-a dat denumirea preparatului, iar eu am plecat ulterior la farmacie să-l cumpăr. Eu cu sterilet n-am vrut, deoarece după a doua sarcină cu

*fetița de la 50 kg am ajuns la 100 kg. Din câte am înțeles și din alte surse, de la sterilet este o mare probabilitate să te îngrași. Totuși, pentru a ne simți mai în siguranță, uneori utilizăm și prezervativul.”*

(F, 23 ani, urban, 3FG)

Privind utilizarea **steriletului** au fost menționate de către respondente câteva efecte secundare sau probleme cu care s-au confruntat cum ar fi disconfortul, dereglări ale ciclului menstrual, sângerări abundente. Dar cea mai mare problemă privind steriletul este că unele femei nu se adresează la timp pentru înlăturarea acestora și respectiv apar dureri și probleme ginecologice.

*„Mă gândesc că am făcut miom de la spirală, deoarece mi-am pus una care-i bună doar 3 ani, dar am ținut-o 8 ani.”* (F, 41 ani, rural,

3FG)

Totuși multe femei optează pentru sterilet pentru că este considerată o metodă mai comodă și eficientă. O bună parte din femeile interviewate, care au folosit ca metodă de protecție actul sexual întrerupt și au avut o sarcină neplanificată, au optat ulterior pentru sterilet, ca metodă de contracepție.

*„Când eram mai tinerică la fel utilizam metoda de act întrerupt. Acest lucru a durat până a deveni gravidă cu primul copil. Actul întrerupt într-adevăr nu este cea mai optimă variantă. În primul rând, este un disconfort, nu ai nici un fel de plăcere. În al doilea rând, trebuie să fii mereu într-o încordare psiho-emoțională. De aceea am ales cea mai sigură și confortabilă metodă de contracepție, steriletul.”* (F, 45 ani, urban, 3FG)

Practic toate persoanele care au declarat că folosesc **prezervativul** ca metodă de contracepție au menționat că acesta nu a fost utilizat la fiecare act sexual, fie că nu era la îndemână, fie că nu era disponibil la momentul dat sau au decis să utilizeze metoda calendarului plus întreruperea actului sexual.

*„Eu am prieten, am discutat despre asta și avem grijă amândoi să fie totul în regulă. De obicei, procură el prezervative... Se întâmplă și excepții. În acest caz recurgem la întreruperea actului sexual.”*

(F, 20 ani, urban, 2FG)

**Contraceptivele orale** au fost o soluție optimă selectată de către femeile care au menționat că au avut probleme în perioada utilizării steriletului. Acestea au recunoscut că în mare parte au primit păreri negative din partea altor femei din entourage (a se vedea motivele la capitolul 2.3 Bariere).

„Din păcate, mie steriletul nu mi-a mers și undeva peste 8 luni l-am înlăturat. Dintre motivele ce m-au determinat să fac acest lucru au fost sângerările abundente. Când m-am adresat la medic, acesta mi-a spus că metoda dată nu mi se potrivește și cel mai bine ar fi să administrez pastilele anticoncepționale ori prezervativul.” (F, 42 ani, urban, 3FG)

Unele femei care au utilizat contraceptive orale au renunțat la acestea deoarece au resimțit efecte secundare. De cele mai multe ori acestea au întrerupt administrarea acestora fără a consulta un specialist și fără a opta pentru o altă metodă de contracepție.

„Mi-a propus niște pastile contraceptive, dar am refuzat, pentru că luasem și anul trecut vreo opt luni, dar foarte greu le-am lăsat. Ciclul menstrual după asta e diferit. A început să fie mai lung, să se schimbe densitatea [consistența, fluxul]. În prima lună a durat vreo două săptămâni. Am început să iau contraceptive nu pentru contracepție, ci pentru că aveam o acnee severă. Am consultat dermatologul și ginecologul și au decis să-mi dea cele mai slabe contraceptive.” (F, 20 ani, rural, 2FG)

Studiul a identificat și femei, preponderent din mediul urban, care se declară mulțumite de utilizarea contraceptivelor orale. Acestea dezminț stereotipurile că contraceptivele orale îngreșă.

„Am o miopie destul de gravă și ambele nașteri au fost prin cezariană. La recomandarea medicului, am decis că n-ar mai fi de dorit să apară o sarcină, pentru a nu agrava și mai tare vederea. Astfel, drept metodă de contracepție, administrez pastile. De la 38 de ani eu primesc aceste pastile contraceptive. Chiar dacă peste tot se vehiculează că de la ele te îngreșă, că sunt nocive pentru organism și apar alte reacții adverse, pot spune cu siguranță că nu-i chiar așa. Personal, n-am observat nici o modificare în masa corporală și starea sănătății mele... Pot spune că sunt foarte mulțumită de acestea. Într-adevăr trăiești o viață simplă, liberă, plină de emoții și-mi pare rău că n-am folosit această metodă mai înainte.” (F, 42 ani, urban, 3FG)

Mai multe participante la studiu care au probleme de sănătate (ca diabetul zaharat, hipertensiunea arterială), sau au născut mai mulți copii, au menționat că li s-a propus „legarea trompelor”. Unele femei au acceptat **sterilizarea feminină ca contracepția chirurgicală** voluntară, menționând că ultima sarcină a fost problematică și nu-și doresc ca ele sau copiii să fie expuși riscului.

„După ultima naștere, au fost cusute trompele uterine. Din motiv că ultimii doi copii i-am născut prematuri din cauza diabetului și să nu mai apară o sarcină neașteptată, am hotărât să efectuăm această procedură. Am discutat cu medicii și am concluzionat că pentru vârsta mea, zahărul este foarte mare, cauzând multe probleme. Astfel, pentru a evita apariția unei sarcini nedorite, ca să nu chinui copiii și să nu prezinte un pericol pentru viața mea, am hotărât să ne protejăm în acest mod.” (F, 27 ani, rural, 3FG)

„Ultima sarcină a fost foarte dificilă, eram cu tensiune arterială mărită... Medicii mi-au propus strict după a doua sarcină să-mi leg trompele, însă eu am refuzat. Văzând că mă zbat între viață și moarte la a treia sarcină, deja a fost decizia mea să efectuez procedura.” (F, 41 ani, rural, 3FG)

În mai multe discuții de grup și interviuri au fost femei care au menționat că au utilizat, fără consultația medicului, pastile pentru avort medicamentos. În două situații au fost procurate comprimate pentru avort medicamentos pentru a fi transmise peste hotare femeilor originare din RM.

O respondentă a menționat că i-a fost recomandată utilizarea pastilelor pentru întreruperea de sarcină din farmaciile veterinare care, conform celor care i-au recomandat acest lucru, sunt mult mai eficiente – „O cunoscută mi-a zis că a fost la farmacie pentru animale și ea a băut pastilele date și a avortat, a avut scurgere, nu a mers sarcina mai departe... sunt mai bune, mai efective.” (F, 27 ani, rural, 5FG)

Unele femei din centre rezidențiale pentru persoanele cu dizabilități declară că pentru ele sarcina nu este „ceva strașnic, că ori faci avort, ori naști”, dar acestea sunt mult mai preocupate de riscul infectării cu o infecție cu transmitere sexuală. Astfel, unele persoane aflate în centru sunt etichetate ca având o infecție cu transmitere sexuală și celelalte le evită.

„Nu este strașnic să rămâi gravidă. Dar dacă el are Sifilis ori SIDA dar tu te-ai culcat cu el, că nu ai știut și te-ai umplut, aici așa cazuri sunt. Unde se uită medicii?! Bine că mie cineva mi-a spus că acela așa, iar acela așa, dar dacă nu știam că are Sifilis sau SIDA?!” (F, 41 ani, 11FG)

Prestatorii de servicii de sănătate intervievați au relevat că se atestă o îmbunătățire privind utilizarea metodelor de contracepție. Drept dovadă fiind reducerea numărului de sarcini la adolescente și a numărului avorturilor. În același timp unii obstetricieni-ginecologi recunosc că în anumite cazuri, cu referire la grupurile vulnerabile (femei care fac abuz de alcool, care au mai mulți parteneri sexuali și/sau care își neglijează copiii, femei cu dizabilități severe), recurg la inserarea DIU fără acordul femeii. Specialiștii înțeleg perfect că nu este o practică etică, dar declară că și-o asumă în vederea prevenirii unei sarcini neplanificate și eventual nașterii unor copii care vor suferi, aceste acțiuni însă nu respectă drepturile sexual-reproductive ale beneficiarelor.

*„Câteodată dacă văd că acolo pacienta nu are proces inflamator și fără acordul ei îi pun sterilet, decât să facă un copil și să îl ducă de răpă sau să fie cu viciu cardiac... de multe ori la ei sunt și maladii genetice. Le spun că le-am pus steriletul, dacă o să se lase de băut, atunci o să-l scot. Dumnezeu să mă ierte, dar sunt impusă să fac și aceasta”. (4IA, ginecolog, CSPT)*

*„A născut din categoria social-vulnerabilă: o mamă solitară, adolescentă. Imediat și ne străduim să îi punem sterilet, cât mai repede. Câteodată îi punem deodată din maternitate, chiar imediat după naștere, îl punem acolo. Consiliem cu medicul, cu specialistul din staționar, câteodată putea să nu știe femeia, cu toate că aceasta nu este corect, dar se făcea și așa ceva. Dacă era nevoie, trebuie și gata... Sau când intră în secție de pediatrie, dacă vin mamele mai vulnerabile cu copii de 3-5 luni, cu o bronșită, pneumonie, apoi șefa din secție de pediatrie, toate le trimitea la noi pentru contracepție.” (5IA, ginecolog)*

## 2.2 Decizii privind alegerea metodei de contracepție

Studiul a constatat că sunt câteva tendințe privind decizia de a utiliza metodele de contracepție:

- decizia cuplului
- decizia femeii, cu consultarea unui medic obstetrician-ginecolog
- decizia unei persoane terțe, cu referire la unele adolescente, persoane cu dizabilități mintale aflate sub-tutelă, sau în cazul unor situații complexe (consum de droguri, alcool etc.)

Respondenții care au afirmat că este decizia cuplului, au evidențiat că partenerii aleg cea mai bună opțiune pentru ei pentru a fi protejați de o sarcină neplanificată, dar și pentru a se bucura de o viață sexuală armonioasă.

Respondenții care consideră că decizia este în primul rând a femeii, argumentează că este vorba despre sănătatea acesteia, considerând că majoritatea metodelor de contracepție disponibile în prezent sunt destinate utilizării de către femei.

În câteva contexte, unele femei au evidențiat că partenerii lor insistă să aibă relații sexuale fără prezervativ, sub pretextul că „*nu simt aceeași plăcere*”.

De asemenea, în cadrul discuțiilor de grup cu grupurile cheie a fost remarcat, deși rar, că sunt bărbați care își doresc copii/ încă un copil, iar femeile sunt cele care aleg să utilizeze contraceptive fără a informa partenerul. Situații în mare parte datorate neîncrederii în actualul partener, violenței.

Studiu a identificat și câteva situații în care bărbatul este cel care insistă asupra contracepției pentru prevenirea unei sarcini neplanificate, fie că este vorba în acest caz de o familie cu mai mulți copii sau de o relație percepută ca fiind pasageră.

Medicii obstetricieni-ginecologi au menționat că sunt situații în care părinții sau tutorii persoanelor cu dizabilități apelează după *suport pentru contracepție pentru aceste persoane, în special în cazul unei sarcini anterioare neplanificate*.

„Sunt persoane cu probleme mintale care nu au relații, nu ies nicăieri. Sunt altele unde vine mama și spune că ea este sănătoasă și să îi pună sterilet pentru că ea nu înțelege. Dacă i-ați pus, eu știu că nu o să rămână gravidă”. Aceste persoane singure nu vin.” (51A, ginecolog, CSPT)

„Persoana care are tutelă sau cine este responsabil de persoana cu dizabilități . În dependență de gradul de a lua decizii discutăm și cu ea. Metoda de a da cuiva fără dorință, fără voință este exclusă... În unele situații ele nu sunt capabile să ia decizii.” (51A, ginecolog, CSPT)

Specialiștii din cadrul unui Centru de plasament temporar pentru persoane adulte cu dizabilitate au menționat că „*le este dificil să gestioneze situațiile privind contracepția*”, pe de o parte ei sunt cei responsabili de sănătatea și integritatea persoanelor din instituție, pe de altă parte ei nu pot decide sau influența în cazul în care persoana nu-și oferă acordul asupra utilizării unei metode de contracepție.

Astfel, în centru au o femeie care a născut de două ori, iar copiii sunt plasați în Centrul Maternal. În acest caz, pe de o parte femeia nu se dezice de copii, iar pe de altă parte ea, având probleme de sănătate mintală, nu este primită să stea alături

de ei în Centru. În continuare ea nu folosește nici o metodă de contracepție, iar fără acordul ei „nu poate fi luată nici o măsură”. Specialiștii declară că persoanele aflate în cadrul centrului, au fost informate, influențate de reprezentanți ai ONG-urilor, activiști în drepturile omului, să refuze să semneze orice acord sub pretextul că pot fi înșelați.

## 2.3 Bariere menționate de respondenți în utilizarea metodelor moderne de contracepție

- a) **Respondenții nu cunosc despre faptul că pot beneficia gratuit de diferite metode de contracepție** prin adresare la medicul de familie. O parte din reprezentanții grupurilor vulnerabile intervievate și-au exprimat și reticența față de faptul de a se adresa la medicul de familie pentru metode de contracepție.
- b) **Îngrijorări privind efectele nedorite** cel mai frecvent asociate cu contraceptivele orale, numite de respondenți „pastilele hormonale”. Astfel, respondenții au menționat următoare potențiale efecte nedorite:
- Creșterea în greutate, îngrășarea – cel mai des menționată de către femei;
  - Dereglări hormonale;
  - Dereglarea ciclului menstrual – „acesta devine mai abundent și mai dureros”;
  - Infertilitate – menționate în special de tineri și tinere;
  - Afectarea ficatului și a sistemului digestiv;
  - Stare de rău, inclusiv sensibilitatea psiho-emoțională;
  - Sporirea pilozității – „crește părul în exces”.

„Ar putea apărea niște probleme privind infertilitatea, mai ales la partea feminină. Substanțele medicamentoase pot influența negativ producerea ovulelor de către organele genitale feminine, devenind o problemă gravă, atunci când doamna va dori să conceapă un copil, nu va putea.” (M, 16 ani, urban, 1FG)

„Din contraceptivele orale administrate de femei, nu pot spune nici unu care să fie inofensiv pentru organism, deoarece sunt pe bază hormonală și contribuie la creșterea masei corporale, atacarea ficatului...” (M, 20 ani, rural, 1FG)

„Unele se tem că se îngrașă, altele se tem că o să le crească păr pe unde nu trebuie, altele se mai tem că o să le scadă libidoul- atracția sexuală sau, iată așa... altele nu le permite religia.” (8IA, medic de familie, urban)

Unele respondente sunt convinse că au efecte nedorite din cauza că unele femei aleg să utilizeze contraceptivele orale fără a consulta un medic, fără a face careva investigații [chiar dacă ele nu sunt indicate de specialiști]. Sunt femeii convinse că dacă contraceptivele sunt recomandate conform criteriilor de eligibilitate, acestea nu vor avea efecte secundare și vor putea fi gestionate, anumite aspecte, împreună cu medicul obstetrician-ginecolog.

„De la unele prietene știu că luaseră contraceptive pastile și, din cauza hormonilor, nu se simțeau prea bine. Dacă mergi la medic și faci și unele analize pentru a-ți fi prescrise pastilele potrivite, nu cred că trebuie să apară astfel de probleme. Dar, dacă mergi la farmacie și rogi să-ți dea niște contraceptive, iată în acest caz cred că pot să apară probleme.” (F, 16 ani, urban, 2FG)

#### c) Provocări privind utilizarea steriletului.

„Noi avem câteva cazuri că am pus sterilet la grupa social vulnerabilă, ele s-au dus acasă și cu degetul au scos steriletul pentru că pe dânsa acolo o irită, ei nu i-i comod.” (7IA, medic de familie, rural)

- d) **Relații sexuale neregulate, la intervale mari de timp.** Migrația soților/partenerilor peste hotare ceea ce constituie un factor care necesită consiliere specifică pentru alegerea metodei de contracepție potrivită situației date.
- e) **Utilizarea neregulată a prezervativului** – considerată o metodă de protecție bună, dar care nu este utilizată la fiecare contact sexual.
- f) **Cunoștințele limitate despre spectrul larg de metode contraceptive disponibile**, precum și despre avantajele și dezavantajele aferente fiecăreia, fapt ce împiedică cuplul să ia o decizie în cunoștință de cauză și să opteze pentru varianta cea mai potrivită necesităților și preferințelor lor. Drept consecință declară că nu este identificată metoda potrivită de contracepție.

„Scoatem la timp (act sexual întrerupt) și deja cu voia domnului. Cu prezervativul nu este atât de bine, nu e așa senzație, pastile nu doresc să beau, mă tem de hormoni, mai bine așa. Spirală tot nu doresc, cu menstruația apar probleme, de aceea nu.” (F, 27 ani, rural, 5FG)

**g) Lipsa încrederii în eficiența metodelor de contracepție și persistența ideii că metodele contraceptive nu oferă protecție garantată** – „nici o metodă nu este sigură”.

**h) Normele și așteptările sociale și teama de a fi judecat/ă**, – aspect valabil în special pentru tineri. Procurarea prezervativelor sau adresarea pentru obținerea gratuită a acestora este o barieră dificil de depășit în special în comunitățile mai mici, unde persoanele se cunosc între ele.

„Am văzut băieți de 14-15 ani care se duceau la farmacie și cumpărau prezervative și farmacistă se uita tare lung la ei, parcă uciseseră un om. Din această cauză mulți nu le folosesc.” (F, 16 ani, urban, 2FG)

**i) Dificultăți în conștientizarea riscurilor/necesității de protecție** - în centrele rezidențiale pentru persoanele cu dizabilități, schimbarea partenerului este o practică răspândită, și deseori relațiile sexuale sunt neprotejate. În anumite contexte, situații, prioritar este trăirea momentului și ulterior se gândesc la posibile consecințe.

**j) Consumul de alcool** afectează percepția riscului, respectiv diminuează importanța utilizării unei metode de contracepție.

„Tinerii când se întâlnesc, pur și simplu au făcut o cunoștință și mai consumă ceva și atunci lor le este indiferent și nu își dau seama la consecințele care pot să apară. Nu că ei nu știu de contracepție, dar multe greșeli se fac anume în stare de ebrietate.” (M, 39 ani, rural, 10FG)

**k) Economice/costuri de procurare a contraceptivelor** – subiect abordat mai mult în discuția de grup cu bărbații cu venituri mici. Aceștia au menționat costurile ridicate la prezervativele de calitate, dar și pentru alte metode de contracepție (pilule contraceptive, contracepția de urgență, DIU etc.).

- I) Cunoștințe insuficiente privind sexualitatea și contracepția ceea ce se manifestă prin convingerea că „nu pot avea copii”,** nu vor rămâne însărcinate – sunt femeile care sunt convinse că au probleme de fertilitate și nu vor avea o sarcină și din acest motiv nu se protejează. Inclusiv femeile care au avut sarcini/avorturi anterioare consideră că după 40 de ani deja probabilitatea unei sarcini este mică, iar dacă totuși aceasta va surveni, se va face întrerupere de sarcină.

„La moment nu mă protejez pentru că am senzația că nu voi mai putea rămâne însărcinată. În relația precedentă nimeni nu era responsabil de protecție. Contracepția noastră consta în întreruperea actului sexual, doar că, în consecință, m-am ales cu două avorturi spontane.” (F, 37 ani, urban, 8FG)

În opinia medicilor obstetricieni-ginecologi, dar și a specialiștilor din CSPT, una dintre cele mai mari provocări este accesul limitat la servicii de planificare familială și contraceptive în zonele rurale, în special pentru tineri și persoanele vulnerabile din punct de vedere socio-economic [persoanele din acest grup de vârstă reproductivă ca regulă se adresează rar sau deloc la medici, doar atunci când au o problemă de sănătate, și în aceste condiții discută despre problema cu care s-au adresat, o parte din ei fiind convinși că dacă nu au asigurare medicală va trebui să achite pentru serviciile medicale]. Acest lucru este din cauza **distanțelor mari până la centrele de sănătate prietenoase tinerilor și lipsei de informare adecvată a acestor persoane** – „în raionul nostru, se folosesc de serviciile CSPT, inclusiv contraceptive mai mult cei din mediul urban. Dar accesul celor din sate mai îndepărtate este o problemă.” (6IA, ginecolog, CSPT)

**Motivul religios** este un alt argument invocat de unele persoane care refuză categoric contracepția. Medicii au declarat că acestea reprezintă unele din cele mai dificile categorii pentru a fi consiliate și ajutate să ia decizii informate privind utilizarea vreoa unei metode de contracepție, în cazul în care au nevoie.

„Sunt acei care din punct de vedere religios nu acceptă. Noi avem familii cu 13 copii, 11 copii care iehoviști, care baptiști și care categoric sunt împotriva, din punct de vedere religios, a oricărei metode de contracepție. Ei vin cu sarcină și respectiv ca la orișicare, după ce trece de a 4-a sarcina, întrebăm cât mai dorește să nască: „Cum planifici viața de mai departe”? La categoria dată este inutil ceva să demonstrezi, ca și cu vaccinarea copiilor. Mai ales iehoviștii,

*ultimii ani veneau la maternitate cu un acord întocmit de juriști unde era semnat din timp că dacă viața va fi în pericol categoric să nu se utilizeze sânge sau preparate din sânge din motive religioase și că își asumă riscul dacă ceva se întâmplă.” (21A, obstetrician-ginecolog, CSPT)*

Medicii de familie, dar și obstetricienii-ginecologi au evidențiat că un alt factor care determină unele categorii de femei să renunțe la utilizarea metodelor de contracepție se referă la **interesele socio-economice**, indemnizația unică la naștere și cea pentru îngrijirea copilului le determină să nască. În unele situații femeile își pun speranță că dacă vor avea un anumit număr de copii, li se va oferi o locuință.

*„Mi-a spus o beneficiară în față, că o să primească 20 de mii de lei, și pentru copil va primi bani. Așa ceva tot avem, din familii social vulnerabile, unde mai că nu le-ar trebui copii pentru că îi fac numai de necaz, sau să aibă de lucru asistența socială pentru a-i plasa la niște centre de plasament. Noi le-am inserat sterilete, dar au auzit că statul le oferă 20 de mii de lei și o scot în altă parte, spirala.” (41A, obstetrician-ginecolog, CSPT)*

## 2.4 Provocări ale lucrătorilor medicali în oferirea serviciilor de contracepție

Medicii de familie **se implică foarte puțin în informarea și recomandarea metodelor de contracepție** atât în opinia prestatorilor de servicii cât și a respondenților din grupurile vulnerabile. Unii medici de familie, dar și obstetricienii-ginecologi **nu cunosc care sunt toate cele 12 grupuri vulnerabile care pot beneficia de contraceptive oferite la nivel de asistență medicală primară**. Majoritatea lucrătorilor medicali discută despre contracepție preponderent cu femeile cu mulți copii și/sau femeile care nu-și îndeplinesc responsabilitățile părintești, femeile cu comportamente riscante (consumatoare de alcool, care au mai mulți parteneri/parteneri instabili etc.). Medicii de familie, atât cei care activează în mediul rural, cât și cei din mediul urban, declară că direcționează femeile către medicul obstetrician-ginecolog pentru recomandarea și alegerea metodei de contracepție.

Necunoașterea tuturor categoriilor care pot beneficia de contraceptive gratuite, îi face pe unii prestatori de servicii de sănătate intuitiv să indice aceste categorii ca eligibile pentru contraceptive oferite gratuit, dar să aibă senzația că au încălcat

ceva, pentru că cunosc/percep în mod eronat că contraceptivele gratuite sunt doar pentru categoriile vulnerabile socio-economic.

„Femeile care au sarcini neplanificate, ele parcă au bunăstare mai bună dar ele tot merită, ele au făcut un avort, au făcut al doilea avort, pentru ele aceasta tot este experiență negativă, ele tot ar trebui să primească. Ele din start nu-și doresc sarcină. Noi le oferim, noi nu ne uităm la vulnerabilitatea pacientei. Dacă ea s-a adresat de bună voie atunci trebuie de oferit, noi ne străduim și pe ele să le includem.” (2IA, obstetrician-ginecolog)

În opinia unor medici de familie, **dat fiind situația demografică din țară și numărul mic de nașteri ei nu recomandă cuplurilor metode de protecție împotriva unei sarcini neplanificate, dimpotrivă îi încurajează să nască mai mulți copii.** Unii medici spun că propun metode contraceptive doar femeilor care au cel puțin două nașteri.

„Până la a doua graviditate nu se recomandă, adică după două nașteri noi recomandăm metode de contracepție, dar până la a doua naștere noi nu recomandăm contraceptive... pentru sănătatea mamei și a copiilor, adică nu-i de dorit să fie contraceptive.” (7IA, medic de familie, rural)

Contraceptivele primite pentru categoriile din grupurile cheie **nu ajung neapărat la acestea sau în unele situații expiră** și sunt necesare proceduri suplimentare pentru returnare, distrugere.

„Se ia grupa social defavorizată, adică nouă ne dă pentru ele, da de exemplu când ne-a dat 4 contraceptive, am în vedere 4 sterilete și acum ne-a mai dat și ne spune vedeți care au nevoie adică, nu ne mai uităm că e social defavorizat sau nu. Le dăm la toți care vor. După lege adică noi nu ar trebui, da de-a cui nevoie să treacă termenul la sterilet fără să fie folosit?! Eu vreau să zic că prezervativele mai mult sunt folosite în grupa asta social defavorizată, adică cu cat mai multe noi avem păi în prima lună le dăm toate, prezervativele.” (7IA, medic de familie, rural)

„Centrele de sănătate pentru tineri au multe contraceptive, mai ales de urgență... care sunt gratis și se trece termenul de valabilitate și nimeni nu le folosește. De ce?! Deoarece au venit 1000 de pastile [pilule de urgență] și o dată o dată la jumătate de an folosește medicamentul, dar în rest ei folosesc prezervativele, act întrerupt, sterilet sau alte contraceptive orale. Acestea de urgență sunt pentru cazuri imprevizibile.” (31A, obstetrician-ginecolog)

Mai mulți medici de familie au evidențiat că se confruntă cu faptul că au stoc de contraceptive orale pe care nu au cui le distribui - „câteodată erau prea multe contraceptive, nici nu știam cui să le oferim, să le repartizăm ca să nu expire termenul”. Este dificilă păstrarea, **monitorizarea și apoi gestionarea stocului expirat.**

„Nouă ne distribuie aceste medicamente prin factură. Noi preluăm 10 cutii de un fel, atâtea prezervative, atâtea de alt fel... Noi le stocăm undeva și stăm permanent că acuși trece termenul și preparatele acestea poate nici nu stau în condițiile necesare unde ele să se păstreze adecvat ca în farmacii. Nu toate cabinetele medicului de familie sunt prevăzute pentru a păstra medicamente. Până găsim beneficiari expiră termenul sau aproape expiră. Atunci, sunt niște probleme de monitorizare: Câte ai dat? Câte au rămas? Cui i-ai dat? ș.a.m.d. Foarte frecvent avem situații cu pastile contraceptive orale care le trece termenul.” (21A, medic de familie, rural)

## SURSE DE INFORMARE ȘI PERSOANELE RESURSĂ CU REFERIRE LA CONTRACEPȚIE

Studiul a identificat că nivelul de informare a persoanelor privind contracepția, diferă foarte mult. Cercetarea fiind de tip calitativ, nu a putut identifica clar careva grupuri mai informate, după criteriile socio-demografice (vârstă, sex, rural/urban, studii), totuși se pare că persoanele active în comunitate, care participă la activități organizate de ONG-uri/CSTP și vorbitorii de rusă sunt mai informați și abordează mai ușor subiectul relațiilor sexuale, inclusiv în familie.

Un alt aspect identificat este că în rândul tinerilor, sunt unii foarte informați, care au beneficiat de discuții cu profesorii, de activități extra curriculare și unii din ei au abordat subiectul și în familie, iar pe de altă parte sunt tineri care nu au discutat cu nimeni subiectul contracepției, sau l-au abordat doar cu semenii. Pentru acești tineri, principala sursă de informare este internetul. În general, internetul este o resursă importantă de informare, aprofundare a cunoștințelor pentru tineri, dar și pentru ceilalți respondenți.

În același timp unii respondenți au evidențiat că unele informații din mediul online nu sunt veridice și ar trebui să fim atenți la sursă. Astfel s-a exemplificat că, pe rețeaua de socializare TikTok, unele persoane promovează stereotipuri cu privire la contracepție și viața sexuală. Totuși, unii tineri au menționat că preferă să citească părerea mai multor persoane din mediul online, decât să se adreseze la specialiști, în mare parte din motivul că, vor fi judecați, dar și din lipsa de disponibilitate a personalului medical de a aborda aceste subiecte într-un mediu sigur<sup>4</sup> - „*recenziile de pe internet ale oamenilor, pentru mine sunt o sursă în care am încredere.*”

<sup>4</sup> Vezi subcapitolele de mai jos.

### 3.1 Medicii obstetricieni-ginecologi

Medicii obstetricieni-ginecologi reprezintă cea mai importantă și de încredere resursă pentru selectarea unei metode de contracepție după părerea persoanelor din grupurile vulnerabile și a prestatorilor de servicii. Marea majoritate a medicilor de familie intervievați au evidențiat că este necesară consultarea unui specialist obstetrician-ginecologic în selectarea unei metode de contracepție. Medicii de familie nu se simt pregătiți, atât din punct de vedere a deținerii cunoștințelor, experienței, cât și a abilităților de a consulta și oferi metode de contracepție femeilor, cuplurilor.

*„Cunosc subiectul la general, dar nu suficient de bine ca să-i pot recomanda femeii contraceptive, de exemplu ca la alte patologii cum prescriu medicamente. Este un domeniu așa mai specific și noi înțelegem că reacții adverse pot fi, dacă apare o problemă, eu idee nu am ce poate să apară, eu oricum trimit la ginecolog să consulte femeia, nu recomand eu nimic.”* (ZIA, medic de familie, rural)

Unele respondente au evidențiat faptul că preferă să se adreseze la obstetricienii-ginecologi din clinicile private pentru a beneficia de o atitudine mai bună, de obicei aceste respondente fie au fost agresate verbal, bruscate sau au fost martore la unele atitudini, comportamente neadecvate în instituțiile medicale de stat. Acest aspect a fost evidențiat și în discuțiile de grup cu femeile refugiate din Ucraina, acestea au evidențiat că pentru servicii medicale calitative și o atitudine binevoitoare din partea medicului, este recomandabil să te adresezi în clinicile private.

*„Din propria experiență pot să vă spun că am mers de două ori la ginecolog la policlinica de stat și de două ori s-a uitat la mine lung, de parcă îi eram datoare cu ceva. Ultima dată, când am mers înaintea mea era o fată de 14 ani însărcinată, însoțită de mama ei. După ce au ieșit din cabinet a început să vorbească așa de urât despre ea – că nu gândește cu capul, că desface picioarele unde se nimereste.”* (F, 20 ani, rural, 2FG)

*„În discuție cu alte persoane refugiate, care se adresaseră la ginecolog fie în baza protecției temporare, fie au mers la consultații gratuite, s-au plâns că au avut parte de o atitudine neglijentă și așa și nu au reușit să rezolve problema. Ca să nu umblu de la un specialist la altul, m-am adresat din start unui specialist competent la o clinică privată.”* (F, 27 ani, urban, 6FG)

De asemenea, femeile HIV infectate au evidențiat că preferă să meargă la obstetricianul-ginecolog de la Spitalul Clinic de Boli Infecțioase (SCBI) „Toma Ciorbă”, unde sunt tratate cu înțelegere și respect.

În cadrul unor instituții de învățământ vocațional/tehnic (VET) se practică invitarea specialiștilor, sau deplasarea în cadrul instituțiilor medicale pentru activități informative privind contracepția. Tinerele percep uneori aceste activități informative ca având o conotație de dojană, reproș.

„Medicul ginecolog, ne-a ținut fetelor un pic de morală, să fim atente, să nu ne grăbim (să avem relații sexuale), ne-a spus care sunt metodele de contracepție, ne-a adus mai multe exemple despre diferite infecții cu transmitere sexuală.” (F, 16 ani, urban, 2FG)

Unii dintre obstetricienii-ginecologi intervievați au menționat că cu anumite categorii de respondente este foarte dificil de comunicat, acestea refuză orice formă de contracepție sau pur și simplu nu se mai adresează la specialist și revin atunci când sunt însărcinate. În opinia specialiștilor în cazul unor femei ar trebui să se recurgă la contracepție chiar dacă acestea nu dau acordul. Câțiva medici de familie au menționat că împreună cu obstetricianul-ginecolog decid uneori să pună sterilet fără acordul persoanei, în cazuri excepționale considerate critice (consum de alcool, dizabilități mentale etc.).

Unele femei intervievate au confirmat că medicul obstetrician-ginecolog le-a propus cel puțin o metodă de contracepție, dar acestea din teama de efecte adverse, au refuzat.

„Mi-a propus o singură dată să pun spirală, când am venit să fac avort. Eu nu doresc, pentru că se mărește menstruația și nu vreau și aici am închis tema.” (F, 27 ani, rural, 5FG)

Medicii obstetricieni-ginecologi din secțiile consultative ale spitalelor nu pot oferi contraceptive gratuite categoriilor vulnerabile. Aceștia foarte rar au disponibile anumite tipuri de contraceptive, pe care le apreciază ca fiind de o calitate mai rea și/sau având termenul de valabilitate la limită, aproape de a expira.

Nu știu cum este în policlinică, dar noi nici prezervative nu avem pentru unele manipulări. În secția consultativă, dacă vine vreun pacient vulnerabil eu nu am să îi dau metodă de contracepție... Am avut doar din donații, ajutor umanitar. Au venit vreo doi saci de pastile care expirau, cu termen de valabilitate limitat ... Dar să fie

*de calitate, sterilele aduse ca ajutor umanitar eu nu le-aș da. Sunt de calitate foarte proastă, foarte dificil de instalat, foarte groase, foarte ieftine. Ele când sunt instalate este destul de dureros și ele una la alta își spun temerile și ce se întâmplă.* (41A, obstetrician-ginecolog)

## 3.2 Medicii de familie, asistentele medicale

Marea majoritate a respondenților din grupurile vulnerabile au menționat că medicul de familie nu reprezintă o resursă la care ar apela pentru întrebări privind contracepția. O bună parte din respondenți au accentuat că medicul de familie ar fi ultima persoană la care ar apela sau în nici un caz nu ar apela la acesta. Multe femei preferă să se adreseze direct la medicul obstetrician-ginecolog.

*„Persoană la care m-aș adresa în ultimul rând, privind contraceptivele ar fi medicul de familie. Sunt de această părere, deoarece unii medici de familie au ideologiile lor. Deci, ei nu mi-ar da o consultație profesionistă, dar și-ar impune părerea lor mai mult, că trebuie să-ți faci o familie, că sunt riscuri etc.”* (M, 21 ani, rural, 1FG)

*„Dacă spui că ar fi bine de pus DIU ea zice: „Eu deja gata, mi-am pus dispozitiv intrauterin”. Noi nu suntem anunțate, ele se duc singure și pun. Ele preferă mai mult singure să meargă.”* (41A, medic de familie, urban)

Principalele motive în acest sens fiind:

- **îngrijorările privind păstrarea confidențialității**, în special exprimate de către tineri, dar și alte categorii intervievate.

*„Se pot adresa la medicul de familie, însă pentru a-și păstra intimitatea, se pot adresa direct la o farmacie care lucrează 24/24.”* (M, 16 ani, urban, 1FG)

*„Nici eu nu aș putea să discut cu medicul. Poate cu cineva mai apropiat, cu sora de exemplu. Pentru că sunt situații din acestea când medicul de familie te vorbește când ieși după ușă.”* (F, 16 ani, urban, 2FG)

„La nivel de medici de familie le este frică (adolescenților, tinerilor), deoarece se știe cu mama, cu tata. Nu au garanția că medicul de familie este prietenul lor.” (4IA, obstetrician-ginecolog)

- **relație problematică/comunicare defectuoasă cu medicul de familie;**
- **supra-solicitarea medicului de familie**, datorită responsabilităților multiple – „la medicul de familie multe nici nu îi poți spune, căci permanent cineva deschide ușa, are mult de scris.”;
- **fluctuația cadrelor medicale în cadrul asistentei medicale primare, în special în zonele rurale;**
- **percepția că medicul de familie nu este la fel de calificat ca medicul obstetrician-ginecolog pentru a oferi consiliere în domeniul contracepției;**
- **incomoditatea de a aborda subiectul privind contracepția cu medicul de familie** (din rușine, trebuie să insiști - „dacă întrebi îți spune” etc.);
- **percepția că medicul de familie are prejudecăți sau/și tradiționalist** - „este de modă veche”;
- **preconcepții legate de gen** - „cu un bărbat, chiar și medic nu pot discuta”.

„În situația noastră, s-au schimbat foarte des medicii de familie. Când este un medic, când este altul... Noi niciodată n-am avut un medic de familie care să stea mai mult de un an, care să fie pe loc și să te adresezi oricând ai nevoie. Au mai fost medici de familie bărbați și mă simțeam incomod să-i adresez careva întrebări privind sănătatea mea feminină.” (F, 47 ani, rural, 3FG)

„Medicii de familie cumva cunosc informația la general, din toate domeniile. Astfel, pentru a primi o informație, tu trebuie să o ceri, iar uneori te simți incomod să-i pui acea întrebare. Cu un medic ginecolog e altfel. Ginecologul din privire îți citește neclaritatea și îți oferă informația de care ai nevoie înainte de a o cere.” (F, 33 ani, rural, 3FG)

Mai mulți medici de familie au evidențiat faptul că ei nu au nici timp și nici contextul pentru a aborda subiectul contracepției, excepție sunt femeile din categoriile social-vulnerabile și familiile tinere, dar cei din urmă se adresează mai mult atunci când au probleme de infertilitate. În mare parte medicii de familie sunt axați pe oferirea consultațiilor pentru cei cu probleme de sănătate, dar și multe alte responsabilități cum ar fi monitorizarea gravidelor și copiilor mici, imunizarea populației etc.

Unii medici de familie au evidențiat faptul că nu au abilități de a vorbi în public și le este dificil sau refuză atunci când sunt invitați să vorbească despre contracepție, sau alte subiecte în instituțiile de învățământ sau colectivele de muncă. În opinia acestora ar trebui ca aceste sesiuni de informare/convorbiri să fie organizate și realizate de persoane pregătite în domeniu, inclusiv care posedă abilități de comunicare.

„A venit soțul și soția mi-i ușor să vorbesc, dar așa când ne spune să ne ducem la școală, ori undeva știți, eu nu pot, adică din mine orator nu-i, da când sunt față în față cu o persoană eu pot să explic destul de ușor, nici o problemă. Unde sunt mai mulți în auditoriu, eu mă pierd.” (7IA, medic de familie, rural)

De asemenea, unii medici de familie au menționat că ei nu sunt suficient de instruiți și siguri în cunoștințele lor să ofere consiliere privind metodele de contracepție, mai ales atunci când este vorba de prescrierea contraceptivelor orale.

„Cel mai mult mă întrebau pe mine în privința cu tabletele, adică e o problemă oarecare că adică începutul tratamentului noi am dori ca ginecologul să-l înceapă, adică să fie prima vizită la ginecolog și ginecologul să le dea, să le recomande anume ce contraceptiv, anume din acestea medicamentoase... Noi ne uităm după indicații, contraindicații, cu ce stă la noi la evidență, adică, noi așa, da totuși... nu știu cum parcă e o frică, o teamă. Noi nu dorim ca să facem cuiva rău.” (7IA, medic de familie, rural)

Astfel, unii medici de familie au menționat că atât ei cât și pacientele se jenează să abordeze subiectul relațiilor sexuale și a metodelor de contracepție. Acești medici de familie declară că nu știu cum să abordeze aceste subiecte. Iar de obicei discută doar cu femeile din categoriile social vulnerabile care au copii pe care îi neglijează.

„Ele pot să folosească și coitus întrerupt, dar acestea sunt întrebări de care ele se jenează. Eu nu pot să întreb: „Da tu cum te culci cu bărbatul cu prezervativ sau altceva faci”? Printre ele sunt că se rușinează și nu prea vor să spună... nu ating eu subiectul acesta.” (4IA, medic de familie, urban)

Majoritatea medicilor de familie intervievați (7 din 10 medici de familie) au participat la careva instruiți privind contracepția în ultimii 3 ani. O bună parte dintre aceștia au menționat instruirea de 3 zile realizată la Chișinău, dar și instruiți la nivel de

raion sau online. Cei care nu au participat recent la careva instruire au invocat diverse motive, cum ar fi reîntoarcerea recentă din concediul de maternitate, aflarea în concediu anual în perioada instruirii și stigmatizarea specialiștilor mai în vârstă, prioritate la instruire li se acordă tinerilor în unele instituții medicale.

*„Noi suntem un pic stigmatizați destul de des cu vârsta, nu prea ne trimit la instruire ... Protocolul este, dar știți cum e, noi avem protocol standardizat în planificarea familială. Dar, între noi vorbind, nu avem timp să-l studiem bine. Când sunt cursuri, e clar că ai și protocolul și începi să-l studiezi și e altfel.”* (6IA, medic de familie, urban)

Medicii de familie intervievați, în mare parte, au menționat că sunt deschiși spre instruire privind metodele de contracepție, mai ales că permanent sunt anumite schimbări și ei trebuie să cunoască noile tendințe în domeniu. Sunt însă și medici care au evidențiat că pentru medicii de familie sunt alte priorități de instruire privind gestionarea bolilor cronice și bolilor acute, iar contracepția este un subiect de care se preocupă medicii obstetricieni-ginecologi. Unii medici de familie au subliniat că inclusiv în procesul de studii subiectului contracepției nu i se acordă o atenție sporită.

*„Probabil că nu ar strica instruirile. Nu că simt necesitatea, ca să înțelegi nivelul meu de implicare zilnică cu pacienții bolnavi cronici și acuți este major și la planificarea familiei, dacă sincer, nu ajungem. Chiar și când am fost la practică și unde nu am fost, tare, mare atenție, nu s-a tras... Noi foarte puțin am stat la discuții la capitolul contracepției în perioada rezidențiatului, foarte puțin. Chiar în perioada când am avut cursul de obstetrică și ginecologie, practic au fost nașterile luate în seamă... A fost, cred că, o lecție online privind contracepția, unde erau și medici de familie și ginecologi implicați și dacă ați înțeles bine, nu ați înțeles tot e bine.”* (5IA, medic de familie, rural)

O parte din medicii de familie au subliniat că instruirile față în față sunt mai eficiente decât cele online, atât din cauza numeroaselor întreruperi care apar în timpul sesiunilor virtuale, în special din partea pacienților ce necesită consultații, cât și din lipsa interacțiunii directe între participanți și formatori.

În concluzie subiectul metodelor de contracepție este unul puțin abordat de medicii de familie. Una dintre cauze este că medicii de familie sunt supraîncărcați cu

soluționarea problemelor de sănătate a populației. Totodată, consilierea privind contracepția este percepută, de către ei, ca fiind o sarcină a obstetricienilor-ginecologi.

„Contraceptivele gratuite se eliberează doar de către cabinetul ginecologic și răspuns la întrebarea privind categoriile care pot beneficia vă dau ei, dar mai mult adresăm acolo categorii de familii social vulnerabile.” (1IA, medic de familie, urban)

Și medicii obstetricieni-ginecologi, inclusiv cei din CSPT au menționat că responsabilitățile pe care le au medicii de familie și volumul de lucru mare, reprezintă o barieră majoră în realizarea unui rol activ și eficient în consilierea și oferirea de contraceptive grupurilor vulnerabile ale populației, în funcție de necesitate, pentru prevenirea sarcinilor neplanificate. Deși medicii de familie au beneficiat/beneficiază de instruiți în domeniu, sunt protocoale, regulamente în acest sens, la modul practic foarte puțin se lucrează în acest domeniu. De obicei intervenția medicilor de familie este după ce apar anumite situații mai critice.

„Medicii de familie sunt foarte încărcați. Chiar dacă ei posedă această informație și instrumente de prezentare, ei nu au timp să discute despre contracepție. Pacienții se duc la medicul de familie care având probleme numeroase, uită de noi (CSPT). Medicii de familie sunt instruiți de către noi, dar problema este că dacă el are 40 de pacienți sub ușa, clar că uită de noi.” (1IA, obstetrician-ginecolog, CSPT)

### 3.3 Reprezentanții Centrelor de Sănătate Prietenoase Tinerilor (CSPT)

Marea majoritate a respondenților care au interacționat cu personalul CSPT, fie că aceștia au fost în instituțiile de învățământ, fie că tinerii au mers în cadrul CSPT, au rămas mulțumiți de modul în care aceștia oferă informații, servicii.

„Am fost de vreo câteva ori la un Centru de sănătate prietenos tinerilor. Cunosc că specialiștii de acolo, absolut gratuit oferă consiliere psihologică, instruire despre viața sexuală, fiind prezent chiar și un cabinet ginecologic. În plus, acolo activează grupuri de voluntari care merg în școli și țin lecții despre protejarea în timpul actului sexual și importanța acesteia. Mie foarte mult mi-a plăcut la ei. Cum reiese și din denumire, s-au dovedit a fi foarte prietenoși.” (M, 21 ani, rural, 1FG)

„Oferă un mare suport informațional, atât broșuri cât și clipuri video privind viața sexuală, contracepție, metode de prevenire a unei sarcini nedorite sau a unei infectări, drept rezultat al unui contact sexual neprotejat. În plus, ei au standuri demonstrative, unde explică pas cu pas cum se deschide corect, cum se aplică și ce manipulări trebuie să faci cu un prezervativ.” (M, 18 ani, urban, 1FG)

„Sunt clinici prietenoase tinerilor, unde tinerii se pot adresa și vor fi consultați gratuit de ginecolog sau psiholog. Tot acolo, din câte știu, se oferă contraceptive gratis. În ceea ce privește pastilele, e nevoie să dai niște analize, pentru a se stabili care ți se potrivesc.” (F, 20 ani, urban, 2FG)

Majoritatea tinerilor cunosc despre existența acestor centre, dar au fost câțiva adolescenți, tineri care au menționat că prima dată aud de existența CSPT. Aceștia din urmă s-au arătat interesați de activitatea CSPT. Unii tineri au menționat că CSPT din orașul lor este amplasat într-o zonă mai retrasă, cu acces limitat la transportul public și astfel tinerilor le este dificil să se deplaseze - „La noi în oraș nu prea sunt frecventate aceste locuri, deoarece sunt foarte departe, unde nu este transport și nici nu prea este populație.” (F, 16 ani, urban, 2FG)

Tinerii din Bălți par a avea cea mai mare conexiune cu CSPT ATIS, ei au menționat mai multe activități pe care le desfășoară această instituție. De asemenea, toți specialiștii intervievați din Bălți au menționat cooperarea cu această instituție. Medicul de familie interviuat a remarcat că toți tinerii care solicită certificat medical pentru înmatricularea la o nouă instituție de învățământ, li se solicită să se prezinte la Centrul ATIS.

De asemenea unii reprezentanți din CSPT, merg în colectivele de femei și le informează că pot beneficia și ele de serviciile CSPT, inclusiv de contraceptive distribuite gratuit.

„La noi, în colectiv (la locul de muncă), a venit o dată un medic ginecolog și ne-a informat că putem primi contraceptive de la Centrul medical (CSPT), însă cea mai mare încredere am doar în recomandările medicului meu ginecolog.” (F, 33 ani, rural, 3FG)

Unii respondenți sunt sceptici față de calitatea serviciilor de sănătate oferite gratuit, chiar dacă în anturajul lor există persoane care au avut experiențe pozitive în accesarea acestor servicii.

„Am prietene care des aplează după consultație la Neovita și sunt mulțumite. Eu însă, nu știu de ce, nu eram sigură că o să mă ajute, poate pentru că e gratuit.” (F, 20 ani, urban, 2FG)

Specialiștii din cadrul CSPT au menționat că au suficiente resurse pentru a oferi o metodă de contracepție pentru oricine se adresează la ei. Deși adolescenții și tinerii reprezintă categoria prioritară pentru ei în vederea oferirii serviciilor inclusiv de contraceptive gratuite, s-a evidențiat că nu sunt refuzate și alte categorii care se adresează la ei. În opinia unor specialiști, practic oricine se adresează poate fi încadrat într-o categorie care să beneficieze de contracepție gratuită<sup>5</sup>.

Medicii de familie, și mai ales ginecologii, apreciază activitățile desfășurate de CSPT. Aceștia consideră că sunt oferite numeroase activități de informare și servicii pentru adolescenți și tineri până la 24 de ani. Totodată, s-a menționat că aceste servicii ar trebui să fie mai accesibile și pentru tinerii din mediul rural.

### 3.4 Alte persoane resursă

#### ■ Membrii familiei

Subiectul relațiilor sexuale și a contracepției rămâne în continuare unul tabu pentru majoritatea familiilor. Tinerii și tinerele care consideră că părinții lor sunt în vârstă, s-ar simți incomod să abordeze aceste subiecte cu ei și ar prefera să discute cu frații/surorile mai mari, deși există percepția în rândul respondentelor de peste 30 de ani că lucrurile s-au schimbat și acum părinții discută cu copiii lor. De facto, tinerii au menționat că preferă să nu discute subiectul contracepției cu părinții, fie că le este rușine, fie că nu văd această necesitate, considerând că mediul online le oferă informația de care au nevoie. Foarte puțini sunt cei care au menționat că pot avea discuții sincere cu părinții, iar în mare parte părinții au fost cei care au inițiat discuțiile pe aceste teme. Deși unii tineri și tinere au menționat că nu ar vedea o problemă să discute cu părinții la acest subiect, nu au făcut-o până în prezent.

„Nu văd o problemă în a adresa careva întrebări părinților, deoarece aceștia sunt deschiși spre discuție, libertini și nu-mi pun careva bariere. Din contra, consider că părinții se bucură, când copilul lor se informează, evitând astfel apariția unor probleme grave pe viitor. Aici nu mă refer doar la sarcini nedorite, dar și la diferite boli ce se transmit odată cu contactul sexual neprotejat.” (M, 18 ani, urban)

<sup>5</sup> Serviciile CSPT/YK în condiții de criza se focusează pe populația țintă a SSPT - adolescenți și tineri de 10-24 ani, dar la fel și pe tinerii aflați în stare de vulnerabilitate până la 35 ani <https://neovita.md/wp-content/uploads/2023/07/Dispoz-nr-905-d-din-30.12.22-CSPT-1.pdf>

Mai multe femei au menționat că în familia lor nu s-a discutat deloc aceste subiecte și în continuare sunt teme dificil de abordat. Unele fete nu au fost pregătite, informate privind ciclul menstrual, dar prevenirea unei sarcini era abordată din perspectiva: „*vezi ce faci să nu-mi vii cu burta la gură*”, sau în general nu se discuta.

„Am încercat să discut cu mama așa niște teme, încoace deja, fiind matură, sub 40. Mi-a spus că mama ei nici nu a discutat cu ea ce înseamnă ciclu. Chiar nici eu nu am știut, până nu s-a întâmplat. Că uite a venit momentul și uite picură și mama ce înseamnă aceasta? Nu că să-mi mai zică ce înseamnă prezervativ sau contraceptive, sau că uite că va veni momentul. Așa au fost timpurile.” (F, 46 ani, rural, 7FG)

Unele femei au menționat că din lipsă de educație sexuală a partenerilor, pentru ele, debutul vieții sexuale și chiar viața sexuală nu a reprezentat plăcere, dar mai mult „o datorie a soției”, „trebuie, așa e în familie”, „să nu se ducă la altele”. Aceste situații au contribuit în timp și la răcirea relațiilor dintre parteneri. Astfel, acestea femei au decis să discute cu copiii lor deschis și/sau să-i îndrume unde pot apela după suport informațional.

„Îmi educ fetele (fiicele) ca să ia tot ce-i mai bun de la viață, de la anii tinereții, să comunice în cuplu și să nu se limiteze în ceea ce privește plăcerile într-un cuplu. Chiar este bine acum, poți accesa de unde vrei informația, care îți va fi prezentată detaliat, pas cu pas și pe înțelesul tuturor.” (F, 47 ani, rural, 3FG)

## ■ **Prietenii, semenii**

Discuțiile despre contracepție se desfășoară între prieteni într-un mod natural, și sunt de obicei legate de contexte, situații concrete, experiențe personale. Se discută și despre relațiile cu partenerul/a, despre cum să-discute și convingă partenerul/partenera privind utilizarea anumitor metode de protecție împotriva unei sarcini neplanificate. De asemenea, studiul a constatat că în multe situații, respondenții au mai multă încredere în prieteni/semeni, decât în personalul medical.

Prietenii reprezintă o sursă importantă de informare – „*eu am început să iau pastile contraceptive de care folosea prietena mea*”, „*mi-a spus prietenul că dacă ai avut un incident, este pastila de 72 de ore*.” De remarcă că în același timp aceștia pot dezinforma și perpetua anumite concepții și mituri.

## ■ Cadrele didactice

Mai mulți tineri, atât din rural, cât și din urban au menționat că au discutat despre contracepție și prevenirea sarcini neplanificate și a infecțiilor cu transmitere sexuală, în cadrul orelor de dirigenție și/sau biologie, educație pentru sănătate/educație pentru societate. De menționat că tinerii care au discutat cu cineva la școală, au avut parte, de obicei, de mai multe lecții în care au abordat acest subiect. Există totodată și tinerii care au menționat că nu au discutat deloc acest subiect în cadrul instituțiilor de învățământ.

## ■ Reprezentanți ai societății civile, educatorii de la egal la egal

Pentru anumite categorii de femei, implicarea societății civile și serviciile prestate de acestea, sunt foarte importante. Aceasta este cazul femeilor cu statut HIV pozitiv, care în unele situații se confruntă cu stigmă și discriminare în instituțiile medicale de pe sector, și apelarea la un medic obstetrician-ginecolog recomandat de ONG, le sporește deschiderea de a se adresa la specialiști, în cazul în care au nevoie. De asemenea în cazul unor persoane cu dizabilități, participarea acestora în sesiunile, activitățile de informare desfășurate de ONG-uri, pot reprezenta un pas important în educația sexuală a acestora.

„Dacă sincer, mie mi-e rușine să aud cuvântul sex. Am trăit într-un orfelinat unde nu se vorbea despre aceasta și noi tangență cu băieții nu aveam. Pentru mine era ceva Wow. Când am aflat, dar eu zic medicului acela care ne predă nouă: „Nu mai vorbi că mie mi-e rușine de cuvântul acesta. Nu pot să-l aud.” Din cauza că așa se spunea că e rușine să vorbești despre aceasta, așa și ne-au influențat acolo. Și, deja, mie mi-e frică, știi, când gata nu mai spunei. Acum, îl aud mai ușor, știi, parcă încep să mă normalizez cu oamenii, dar până atunci nu știam și m-am informat de la ei, de la „Motivație”.”

(F, 32 ani, urban, 4FG)

## ACCESIBILITATEA METODELOR DE CONTRACEPȚIE

### Prezervativul.

În opinia respondenților sunt metode foarte accesibile cum ar fi prezervativul pentru bărbați, acestea sunt oferite gratuit în instituțiile medicale de AMP, CSPT-uri, ONG-uri, de asemenea pot fi procurate din magazine și farmacii. Însă, nu la fel de accesibile sunt prezervativele pentru femei.

O bună parte din tinerii intervievați, dar și respondenți din categorii specifice cum ar fi utilizatori de droguri, femei HIV infectate au menționat că au primit gratuit prezervative din partea ONG-urilor, Centrelor de sănătate prietenoase tinerilor sau grupurilor de voluntari. Consumatorii de droguri au acces la prezervative și seringi de la distribuitorii automate cu prezervative plasate în diferite sectoare ale municipiului Chișinău.

„În fiecare sector sunt automate de la care poți lua gratis prezervative, seringi. Persoanele dependente se înregistrează la centru și obțin cartela gratis.” (F, 23 ani, urban, 8FG)

Deși marea majoritate a respondenților apreciază că sunt distribuite gratuit prezervativele, totuși cei mai mulți au îndoieli privind calitatea acestora. Fie că le-au încercat și declară că sunt prea „firave”, „se rup ușor” sau că sunt „mici”. Dar există și pre concepția, că ce este oferit gratuit nu este calitativ și poate fi nesigur. De asemenea, s-a menționat că de obicei sunt oferite gratuit prezervative a unor producători necunoscuți, nu sunt „din cele cunoscute de noi”. Astfel, din cei care au primit gratuit prezervative, puțini au menționat că le-au folosit, cei mai mulți au relatat că le-au aruncat sau le-au dat altor persoane. În rândul bărbaților există și pre concepția că prezervativele oferite gratuit ar putea fi sursa unor ITS.

„Au fost deodată aruncate, deoarece le-am primit de la niște activiști care mergeau pe drum. Cumva nu-mi dădeau nici un grad de siguranță, deoarece eu nu știam ce-au făcut ei cu ele, care-i sursa lor de proveniență, deoarece n-am văzut niciodată așa firmă producătoare care era indicată pe ambalaj... N-am încredere în prezervativele date gratuit. Cel mai bine le cumpăr eu de la o farmacie sau de la un supermarket, decât să mă folosesc de ceva primit gratuit.” (M, 20 ani, rural, 1FG)

„Am acces la ATIS, astfel încât pot să mă duc oricând să iau absolut gratuit. Totuși, eu nu apelez, deoarece am parcă o frică, chiar dacă mi-au arătat că sunt sigure și bune, eu oricum nu mă pot decide să le iau. Cel mai bine te duci la farmacie, iei firma ceia și știi că totul va fi normal.” (M, 20 ani, urban, 1FG)

„Partenerul meu avea o frică legată de faptul că prezervativele oferite gratuit sunt infectate cu SIDA sau alte boli.” (F, 23 ani, urban, 8FG)

Câțiva respondenți au încercat să contracareze mitul că contraceptivele oferite gratuit sunt necalitative. Unii au precizat că reprezentanții societății civile, centrelor de sănătate prietenoase tinerilor care au fost în instituțiile lor de învățământ, iau asigurat că prezervativele distribuite sunt de o calitate bună.

„Referitor la acest subiect pot spune că atunci când a venit ATIS-ul la mine la școală, doamna care prezenta produsele de contracepție, a întins foarte tare un prezervativ, demonstrându-ne că acestea nu se pot rupe.” (M, 20 ani, urban, 1FG)

S-a observat că în general, există o preconcepție în rândul persoanelor că tot ce este gratuit este de proastă calitate – „n-am încredere în nimic ce vine gratis”, „ce este gratis nu o să-l iau niciodată (cu referire la prezervative). Eu mai bine dau un ban, dar știu precis că iau calitate.”

Pentru persoanele din mediul rural „gura lumii” este o barieră în achiziționarea prezervativelor sau solicitarea acestora de la medicul de familie, chiar dacă acestea ar fi disponibile gratuit. Tinerile și unii tineri se simt jenați să ia prezervative, chiar dacă acestea le sunt distribuite în cadrul instituțiilor de învățământ.

„La noi în mare parte achiziționează prezervativele de la benzinării sau când au posibilitatea le cumpără din oraș. În sat, la farmacie nu cred că tinerii ar apela. Satul e mic, toți se cunosc și din frică de a nu fi vorbit pe la spate, preferă mai bine să cumpere din oraș, unde fluxul de oameni este foarte mare și probabilitatea de a fi cunoscut este mică.” (M, 20 ani, rural, 1FG)

„La noi la școală vine o doamnă și ne vorbește despre mai multe. Ne întreabă cine dorește prezervative gratis. La noi în raion este o clinică și de acolo poți lua. E vorba de Centrul de Sănătate Prietenos Tinerilor. Eu nu am luat niciodată prezervative gratuite.” (F, 16 ani, rural, 2FG)

### Alte forme de contracepție.

Accesibilitatea metodelor de contracepție, care necesită consultarea unui prestator de servicii de sănătate, sunt percepute ca puternic asociate cu posibilitățile financiare ale femeie – „dacă ai bani, nu e nici o problemă.”

Teoretic multe respondente au afirmat că admit că există posibilitatea de a primi gratuit sau cu costuri minime contraceptive, dacă se adresează la medicul de familie, care la rândul lor le va oferi îndreptare la medicul obstetrician-ginecolog. La modul practic, în opinia lor, însă este mai dificil din diverse motive. Tinerele necăsătorite, femeile care nu au un partener stabil, femeile cu statut HIV pozitiv, în special din mediul rural, declară că este mult mai bine să te adresezi la un obstetrician- ginecolog cunoscut/recomandat sau la o instituție privată, astfel vei beneficia de o atitudine bună, consultație adecvată și îți va fi respectată confidențialitatea.

„Putem merge la medicul de familie și acesta îți oferă o îndreptare, dacă nu ai bani să mergi la o clinică privată, unde rămâne totul anonim și nu trebuie să-ți scrie în cartela medicală. Mai sunt tinere timide, care se simt prost când se uită apoi medicul lung la ele.” (F, 20 ani, rural, 2FG)

Specialiștii intervievați au evidențiat faptul că pentru a propune contraceptive orale, femeia trebuie să fie responsabilă și să urmeze cu strictețe prescripțiile, ori multe femei din grupurile vulnerabile nu au această aderență. Un alt aspect evidențiat de mai mulți specialiști, se referă la faptul că populația, în special cea tânără, este antrenată în procesul de migrație atât internă, cât și externă și astfel utilizarea unor metode de contracepție este mai dificilă.

„Persoanelor cărora noi le propunem contraceptive, ele sunt cu o frică oarecare, ei aud că în medicamentele acestea se conțin hormonale. Și acum cu internetul (informația de pe internet) și zic că sunt atacuri de cord, se ridică acolo nu știu mai ce, tensiunea și așa mai departe... În primul rând ele nu sunt organizate ca să primească, pentru medicamentele de contracepție este necesar o regulă anumită, la aceeași oră, în anumite 21 de zile cum acolo este indicat. De multe ori noi le chemăm, adică au trecut trei luni de zile și le chemăm, ele au zis că nu, eu nu le-am băut, am băut o lună după nu știu mai ce și soțul s-o dus, după soțul a venit și așa mai departe, iată cum, pur și simplu sunt neorganizați ei, nu-i serioasa problema aceasta pentru ei.” (7IA, medic de familie, rural)

„La pastile este foarte dificil, nu poți oricui să prescrii pastile deoarece nu știi cât de responsabil va fi: nu o să uite, nu o să încurce pastilele, cât timp o să le bea, le bea - nu le bea. Social-vulnerabil - sterilete, dar trebuie să aibă o viață sexuală stabilă, la nivel de cuplu, cu un singur partener, care să nu fie infectat de ceva. Dacă are viață sexuală desfrânată, steriletul este un motiv în plus de a face infecție și alte complicații.” (4IA, obstetrician-ginecolog)

Majoritatea specialiștilor intervievați consideră că serviciile de planificare familială sunt accesibile la nivel național, fiind disponibile atât pentru tineri, cât și pentru adulți. În special, personalul medical a remarcat că contraceptivele sunt oferite gratuit pentru câteva categorii de beneficiari, inclusiv adolescenți și persoane vulnerabile din punct de vedere social. Specialiștii din cadrul CSPT par a fi mult mai informați privind cele 12 categorii de populație care pot beneficia de contraceptive distribuite gratuit la nivel de AMP. Mai mulți specialiști au evidențiat faptul că orice persoană, indiferent de categoria socio-economică, care se adresează la medicul ginecolog, poate beneficia de o metodă de contracepție gratuită – „noi suntem bucuroși dacă a venit un cuplu și ne întreabă, și dăm, că avem disponibil”. Provocarea este că adresabilitatea este una redusă sau contraceptivele oferite gratuit nu sunt cele dorite (anumită marcă de prezervative, anumită marcă de pastile contraceptive etc.).

„Poate beneficia oricine ar solicita, adică dacă ajunge o doamnă să ceară de la medicul ginecolog o metodă de contracepție și intuiește; adică dacă îmi puteți propune ceva gratuit și dacă este la balanța medicului ginecolog și îi poate oferi.” (1IA, medic de familie, urban)

## Gradul de informare a grupurilor vulnerabile privind oferirea gratuită a contraceptivelor la nivel de asistență medicală primară

Marea majoritate a respondenților nu cunosc că ar putea beneficia în afară de prezervativ, de multe alte metode contraceptive, oferite gratuit la nivel de Asistență Medicală Primară. De menționat că, inclusiv unii medici de familie nu cunosc, care sunt toate categoriile de persoane care pot beneficia gratuit de contraceptive - de obicei se face referință la categoriile socio-vulnerabile (persoane cu venituri mici, persoane consumatoare de alcool, droguri, etc), familiile cu mulți copii, femeile percepute ca având un comportament riscant (mai mulți parteneri, cu maladii sexual transmisibile, persoane care trăiesc cu HIV etc.). În cadrul studiului au fost identificate câteva excepții, când persoanele din grupurile vulnerabile au fost informate că pot beneficia de contraceptive gratuite, dintre ele câteva persoane au acceptat o metodă anumită de contracepție. Marea majoritate a celor care au beneficiat de contracepție gratuită, a fost la recomandarea ginecologului.

„Când am fost la ginecolog, a spus ca uite-te în ce condiții trăiesc alții și mi-a sugerat să-mi pun spirală, că copilul este mic, și cine știe ce va fi după. Acum până la 3 ani spirala este gratis și am pus.”

(F, 42 ani, urban, 5FG)

Iar alte respondente au ales, la recomandarea ginecologului, să folosească în continuare anti-concepționalele pe care și le procură singure, declarând că astfel sunt mai încrezute în calitatea produselor pe care le folosesc. Persistă ideea că ceea ce se oferă gratuit este de o calitate inferioară și este destinat cu precădere pentru persoanele vulnerabile economic.

„Din considerente că după cele două nașteri miopia s-a agravat, medicul de familie m-a informat că cel puțin de două ori pe an sunt obligată să merg la medicul ginecolog... În plus, medicul m-a informat că dacă stau la evidență la planificarea familiei, de acolo poți să primești contraceptive gratuite: prezervative, sterilet sau pastile, în dependență de ce au în stoc, sau de ce primesc eu. Cu părere de rău, ceea ce primesc eu, de facto nu este la cabinetul de planificare a familiei. Ei mi-au propus alternative, însă eu am refuzat și prefer mai bine să procur pastilele în care sunt sigură 100%. Eu am discutat cu medicul ginecolog acest subiect, însă acesta mi-a recomandat că dacă am posibilitate să le procur, este cel mai bine. Eu sunt conștientă că ceea ce este la Centrul medical, este pentru un contingent care n-are posibilitatea să le achiziționeze.”  
(F, 42 ani, urban, 3FG)

## COLABORAREA INTERINSTITUȚIONALĂ

Marea majoritate a specialiștilor intervievați au remarcat o colaborarea bună între specialiștii din domeniul sănătății.

Însă, unii obstetricieni-ginecologi au evidențiat că medicii de familie acordă prea puțin timp aspectelor de prevenire a unei sarcini neplanificate și din aceste motive se intervine în urma unor consecințe. De asemenea, s-a precizat că sunt unii medici de familie și chiar câțiva medici obstetricieni-ginecologi care au anumite stereotipuri față de contraceptivele moderne și le insuflă și pacienților îngrijorări, frici privind utilizarea acestora.

În opinia medicilor obstetricieni-ginecologi, inclusiv a celor care activează în CSPT, rolul medicilor de familie este unul esențial, deoarece aceștia își cunosc bine pacienții și aceștia interacționează mai des cu ei, comparativ cu medicii de profil. În timp ce unii medicii de familie se implică în distribuția contraceptivelor către grupurile vulnerabile, în funcție de necesitățile lor, în special în comunitățile rurale, alții refuză să aibă disponibile/păstreze contraceptivele în cabinetele lor, din cauza preocupărilor legate de confidențialitate, medicii îngrijorându-se că beneficiarii ar putea fi judecați de restul comunității, dar și din cauza lipsei condițiilor de păstrare a contraceptivelor.

Specialiștii CSPT au evidențiat faptul că este foarte importantă colaborarea cu instituțiile de învățământ, colaborare care se realizează în mare parte. Însă sunt și excepții, atunci când cadrele didactice și/sau părinții se opun educației sexuale a adolescenților, considerând că aceasta îi va determina ulterior să înceapă viața sexuală precoce. Sunt mai multe studii realizate în domeniu care nu confirmă această ipoteză<sup>6</sup>.

6 <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000368231>  
[https://moldova.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SexEd\\_Policy\\_Brief\\_No\\_1sm.pdf](https://moldova.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SexEd_Policy_Brief_No_1sm.pdf)  
<https://moldova.unfpa.org/ro/publications/ghidul-tehnic-%C8%99i-programatic-interna%C8%99Bional-pentru-educa%C8%99Bia-sexual%C4%83-comprehensiv%C4%83>

În opinia specialiștilor intervievați, sunt categorii de femei care necesită o abordare specială, cum ar fi paciențele cu probleme de sănătate mintală și/sau somatice, cele care fac abuz de alcool sau droguri, necesitând implicarea și altor specialiști și membri ai familiei. În astfel de cazuri, consilierea și oferirea unei metode de contracepție, în cazul în care beneficiarii au nevoie de metode de contracepție, este adesea dificilă și necesită implicarea asistenților sociali, a reprezentanților administrației publice locale (APL) și a membrilor familiilor; rudelor în scopul informării persoanelor din grupurile vulnerabile despre eligibilitatea lor de a beneficia de contraceptive oferite gratuit la nivel de Asistență Medicală Primară.

Unii obstetricieni-ginecologi din CSPT au menționat că este important să existe o conexiune și, pe alocuri, să se insiste să fie implicați mai mulți actori din comunitate în informarea grupurilor vulnerabile despre eligibilitatea lor de a beneficia de contraceptive moderne atunci când au nevoie, ce sunt distribuite gratuit în cadrul instituțiilor din cadrul asistenței medicale primare, inclusiv CSPT. Această conjugare de eforturi urmărește scopul ca fiecare persoană din grupurile vulnerabile să-și cunoască drepturile pentru a le putea exercita, în funcție de necesitate.

Medicii obstetricieni-ginecologi au precizat că sunt rezultate în cadrul CSPT, unde există deschidere și implicare activă din partea specialiștilor CSPT prin colaborarea cu alți actori la nivel de teritorii deservite. Aceștia au accentuat că dacă se va aștepta ca beneficiarii să vină singuri la instituții de AMP, inclusiv la centrele CSPT pentru servicii de sănătate, inclusiv pentru obținerea metodelor de contracepție, mai ales în cazul categoriilor vulnerabile, atunci nu vor fi rezultate.

„Colaborăm cu toți medicii de familie din raion și cu echipa lor, cu spitalul raional. Avem contracte de colaborare cu instituțiile de învățământ, cu inspectoratul de poliție, cu Novateca din cadrul bibliotecii, acolo citim lecții. Colaborăm cu asistenții sociali din sate, deoarece ei cunosc persoanele din categoria social vulnerabilă.” (61A, obstetrician-ginecolog, CSPT)

În unele cazuri, în special în cazul unor confesiuni religioase, sau minorități etnice, cum ar fi romii, este necesară colaborarea și cu liderii din comunități, la fel și mediatorii comunitari în procesul de informare a grupurilor vulnerabile.

## SUGESTII ȘI RECOMANDĂRI ALE PARTICIPANȚILOR LA STUDIU

### 7.1 Informarea și educația sexuală

Educația sexuală este considerată esențială pentru prevenirea sarcinilor neplanificate și pentru utilizarea corectă a metodelor de contracepție. Marea majoritate a celor intervievați, indiferent de sex, vârstă, categorie interviuată, au evidențiat că trebuie să se ofere mai **multe informații în școli** privind contracepția, începând cu clasele a 6-8-a apoi să se continue pe parcursul ciclului liceal și ulterior în celelalte nivele de studii (școală profesională, colegiu, universitate). Respondenții au evidențiat că pentru unii elevi în ciclul gimnazial ar putea fi prea devreme oferirea acestei informații, însă pentru alții în ciclul liceal ar putea fi prea târziu. De asemenea, respondenții au menționat că informația ar trebui să fie transmisă de persoane competente și deschise/fără prejudecăți, iar subiectele privind metodele de contracepție să fie comunicate corespunzător vârstei.

În opinia participanților la studiu, deși în ciclul gimnazial unii elevi se pot jena, se pot amuza în abordarea acestor subiecte, acestea trebuie discutate oricum. Discuțiile din cadrul instituțiilor de învățământ privind contracepția, contribuie ulterior la o deschidere mai mare din partea partenerilor să comunice în cuplu la acest subiect.

„Ar fi bine ca nu doar la gimnazii să se predea asemenea lecții, dar să continue și în treapta liceală, colegii sau școli profesionale. Personal, eu am fost informat mai detaliat la colegiu, în cadrul orei de dirigenție. Mi-a plăcut atmosfera prietenoasă care a fost creată. Toți colegii erau deschiși, nimeni nu se rușina să întrebe, în caz că avea vreo întrebare. Cred că dacă dirigințele și-ar asuma așa o responsabilitate, informația necesară ar ajunge la urechile tinerilor și nu s-ar întâmpla nimic grav.” (M, 20 ani, urban, 1FG)

„Totuși, eu pledez pentru faptul ca copiii încă de pe băncile școlii să fie informați despre metodele de contracepție, igienă, comportament sexual și multe alte lucruri importante. Aceste concluzii au rezultat după ce am ascultat părerile doamnelor care au susținut că nimeni nu le-a informat, fapt ce a dus la trăirea unei vieți sexuale cu multe lacune, dezamăgiri și regrete.” (F, 42 ani, urban, 3FG)

Opiniile privind cu cine ar trebui să discute cu elevii despre educație sexuală și nemijlocit contracepție sunt împărțite, pe de o parte unii respondenți consideră că profesorii sunt cei în care elevii au încredere și ei ar trebui să comunice pe aceste teme, iar pe de altă parte sunt cei care consideră că persoane pregătite, medici, educatori de-la-egal-la-egal, voluntari ar fi bine să comunice la aceste subiecte, pentru că nu toate cadrele didactice au deschiderea de a discuta despre sexualitate și contracepție.

Unele respondente au menționat că în școală nu toți copiii sunt pregătiți pentru informații privind contracepția și cel mai bine ar trebui să fie organizate **sesiuni de informare pentru cupluri, în cadrul unor cluburi pentru tinere sau alte spații sigure**, în care să fie abordate deschis aceste subiecte și să fie informații corect.

„Ar fi benefic să se organizeze niște cluburi pentru femeile tinere căsătorite. Da, noi putem să educăm tinerii încă de pe băncile școlii, însă ei idee n-au ce înseamnă sex și care sunt nuanțele. Cred că atunci când te-ai căsătorit și trăiești cu soțul împreună, ar trebui niște lecții de cuplu... Poate că în momentul în care tinerii însurăței depun cererea pentru căsătorire să fie informați de un sexolog, ginecolog despre eventualele întrebări ce pot apărea în viața de cuplu. În acest mod, tinerii ar fi mai deschiși cu societatea și n-ar recurge la efectuarea unor experimente cu sănătatea lor, folosind niște metode învechite, arhaice.” (F, 47 ani, rural, 3FG)

Mai multe respondente din cadrul grupurilor vulnerabile, dar și prestatori de servicii de sănătate au evidențiat faptul că ar trebui acordată o atenție mai mare **modalității online de informare a grupurilor vulnerabile**, dat fiind faptul că acces la internet au practic toate categoriile de persoane de vârstă reproductivă. Informația bazată pe dovezi, ar trebui să fie promovată intens și prezentată într-un mod atractiv și pe înțelesul tuturor. Totodată unii participanți la studiu au menționat că deja distribuirea pliantelor nu mai este o metodă de informare atât de eficientă, resursele online fiind mai accesibile în rândul populației.

„Era pliantelor este spre sfârșite și cu siguranță ajung la un număr foarte mic de persoane, trebuie de informat prin intermediul rețelelor sociale... Eu aș face campanii plătite pe rețele de socializare, din ce văd eu la femeile de vârstă până la 40 de ani, toate sunt pe rețele de socializare. Dacă ar interesa-o subiectul acesta și dacă a apărut de 10 ori, poți să îl cauți, poți să îl salvezi, poți face un screenshot și când nimerești în situație să știi unde să vii.” (4IA, obstetrician-ginecolog)

„Ar fi bine pe internet de plasat reclamă, la televiziune, ca să ajungă informația mai bine la ei. Ziare, pliante deja lumea nu citește, stau doar în telefoane.” (1IA, obstetrician-ginecolog, CSPT)

Un alt subiect abordat a fost cel a debutului sexual fără a avea cunoștințe elementare despre fiziologia organelor reproductive și despre viața sexuală. Unele femei au recunoscut că dacă ar avea cunoștințele de astăzi ar fi avut o altă viață sexuală cu partenerul/soțul. Pentru unele femei actul sexual în sine a reprezentat un permanent stres, frică de a nu rămâne însărcinată sau eventual partenerul să „reușească” ejacularea în afara vaginului.

„Dacă m-aș întoarce din nou la 19 ani, când am început viața sexuală, aș proceda altfel. Cred că atunci nu eram informați, trăiam cumva într-o neștiință. Practic n-aveam nimic cunoștințe. Poate că dacă pentru o femeie acest act întrerup este ok, atunci pentru un bărbat pare a fi neîmplinit. Cred că, dacă am fi avut careva cunoștințe despre pastilele contraceptive pe atunci, atracția și viața sexuală dintre mine și soț ar fi fost alta, poate că cu mult mai bună. În toți acești ani nu primeam nici o plăcere de la actul sexual, mereu fiind încordată ca nu cumva soțul să se relaxeze prea mult și să ejaculeze.” (F, 47 ani, rural, 3FG)

Câteva femei au evidențiat faptul că din lipsa educației sexuale a lor și a partenerului, ele nu au avut orgasm, plăcere de la actul sexual, le-au perceput mai mult ca o „datorie a soției”. Sunt femei cu dizabilități care au avut de suferit fizic în urma relațiilor sexuale. Pentru acestea relațiile sexuale se asociază cu durere. Una din participantele la discuția de grup, aflată într-un centru rezidențial, a avut ruptură de vagin cu hemoragie puternică în urma unui act sexual.

„Relațiile sexuale sunt strașnice. El cu penisul lui când ajunge și la tine „țelca” este închisă, tot în interior închis, strașnic te doare. Doamne ce am strigat, am zis că toată viața nu am ochi să te văd. „Doamne, mai bine o operație că nu simți, că pui „narcos”. La 35 ani am făcut prima dată sex, așa am fost virgină. Am zis: „Doamne, nu mai bine să mor”! Dar așa am trăit cu el.” (F, 41 ani, 11FG)

Unor femei în continuare le este dificil să vorbească cu cineva despre relațiile sexuale și contracepție, din lipsă de informare și cunoștințe limitate, cu precădere femei fără studii și din familii vulnerabile. Acestea ajung la medic doar pentru întrerupere de sarcină sau se adresează tardiv pentru monitorizarea sarcinii.

„Prima am avut fată cu „DȚP7” și după am două avorturi fiindcă mă temeam, ca să nu nasc tot așa... Eu eram tânără, nu știu, mie îmi era frica să îi spun mamei ceva și la medici îmi era rușine să mă adresez (pentru contracepție), îmi era rușine. Deja mă duceam când eram gravidă.” (F, 42 ani, urban, 5FG)

În diferite contexte mai multe respondente au evidențiat faptul că la școală sau în familie s-a discutat cu ele după ce au avut loc anumite cazuri: sarcină la o minoră, abuz sexual etc.

„Când am absolvit clasa a noua, am avut o colegă care rămăsese însărcinată din cauză că nu știa despre toate aceste lucruri. Dacă ar fi fost informată, cred că ar fi putut să evite. Când s-a aflat, diriginta noastră, care era și profesoară de biologie, ne-a adunat pe toate fetele și ne-a explicat.” (F, 16 ani, rural, 2FG)

Specialiștii au confirmat și exemplificat mai multe cazuri când părinții „întârzie” să discute cu copiii lor despre protecția împotriva unei sarcini neplanificate, considerând că este prea devreme, iar atunci când apare o sarcină neplanificată, rămân surprinși.

„Ei nu au vorbit niciodată cu fetița lor că are 13 ani, ei au hotărât la 18 ani să vorbească, dar fetița lor a născut la 13 ani. Ei au aflat că fetița este gravidă în 30 de săptămâni, le-a spus educatorul de la tabără. A născut, că la 30 săptămâni avort nu se discută. Aceasta a

<sup>7</sup> Paralizie Cerebrală Infantilă

*fost 2 ani în urmă. Să mizăm pe educarea părinților, nu trebuie să mizăm pe școală. Școala tot nu o face, religia nu o face, dar împiedică, părinții nu o fac... La 12 ani fetele majoritatea au menstruație, dar ele nu sunt informate.”* (41A, obstetrician-ginecolog)

O respondentă a menționat că până la vârsta de 40 de ani, până a discutat cu un obstetrician-ginecolog nu a știut că nu este necesar să se spele în interiorul vaginului, ea își făcea igiena zilnică, inclusiv a vaginului și credea că acest lucru este unul firesc.

*„Până la 40 de ani n-am știut că nu trebuie să mă spăl în interior, deoarece pot să stric flora vaginală... Credeam că-i destul de normal să te speli așa cu degetul cât ajungi... Am aflat despre acest lucru întâmplător, când am făcut un control de rutină la un ginecolog din Chișinău. Plus la asta, eu mai făceam tampoane din aloe și miere și le introduceam în interior. În urma controlului, s-a depistat că am erozie (eroziune). Deci, acesta este rezultatul igienei incorecte. Iată că de atunci nu mai practic această metodă.”* (F, 45 ani, urban, 3FG)

De asemenea, unele dintre persoanele intervievate și-au exprimat direct interesul și necesitatea de informare privind următoarele subiecte:

- **Debutul vieții sexuale** – tinerii intervievați sunt interesați de subiecte ca vârsta și persoana potrivită, perioada recomandată de cunoaștere a partenerului înainte de a avea relațiile sexuale etc. - *„Când e corect să înceapă o tânără viața sexuală? După cât timp de relație?”*.
- **Efectele pilulelor contraceptive** – femeile intervievate au nevoie de mai multă informație privind eficiența, utilizarea, beneficii, efecte secundare și riscuri pentru sănătate la utilizarea contraceptivelor orale: *„Aș vrea să aflu mai multe despre pastilele contraceptive și cât sunt ele de sigure pentru sănătate.”*; *„Care sunt riscurile folosirii pastilelor contraceptive?”*.
- **Eficiența și siguranța metodelor de contracepție** – *„Care e metoda de contracepție cea mai sigură?”*, *„Care e cea mai sigură metodă de contracepție pentru tinerii care se află la începutul vieții sexuale?”*.
- **Cea mai potrivită metodă de contracepție pentru tineri** – *„Care e cea mai sigură metodă de contracepție pentru tinerii care se află la începutul vieții sexuale?”*.
- **Igiena organelor genitale** – unele respondente au evidențiat că subiectul privind igiena intimă este important să fie discutat mai deschis și mai frecvent, cu mamele/părinții atunci când se naște un copil, cât și ulterior în cadrul vizitelor la medic, în contextul realizării examinărilor obstetricale-ginecologice.

- **Infecții cu transmitere sexuală (ITS)** – unele femei din categoriile vulnerabile din punct economic, dar și persoanele cu dizabilități mentale sunt preocupate de subiectul ITS și de metodele de protecție - *„Cum îți poți da seama că are o boală (sexual transmisibilă)?”*
- **Menopauza** – un subiect care preocupă femeile aflate în premenopauză și care în opinia unor respondente este puțin discutat în societate. Unii medici, în opinia acestora, nu sunt pregătiți ca să ofere suport femeilor ca să treacă mai ușor prin această perioadă – *„femeia e lăsată de una singură”, „primul ginecolog la care m-am adresat mi-a spus că și insomniile și toate celelalte sunt firești și prin aceasta trec toate femeile - nu sunt prima și nici ultima, al doilea însă mi-a explicat ce se întâmplă cu corpul meu, mi-a prescris medicamente care m-au ajutat”* (F, 46 ani, rural, 7FG).

Pe parcursul interviurilor și a discuțiilor de grup cu persoanele din grupurile vulnerabile cât și cu prestatorii de servicii medicale au fost enunțate și alte propuneri, sugestii în contextul prestării serviciilor de planificare familială și în special oferirea gratuită a contraceptivelor:

- **Oferirea contraceptivelor după modelul medicamentelor compensate** - pentru grupurile vulnerabile acoperite integral, iar pentru persoanele din alte categorii compensarea să se facă parțial. Acestea să fie luate din farmacii în baza rețetei medicului și ulterior Compania Națională de Asigurări în Medicină să acopere costurile.

*„Cel mai efektiv mod ar fi ca aceste preparate să fie compensate ca și celelalte pentru hipertensiune, ca și oricare alt preparat; și să beneficieze, eu știu, să fie cumva medicul de familie să aibă posibilitatea să le scrie compensate și atunci, orice femeie știind că sunt contraceptive compensate, ar putea să vină și să ceară o consultație și singură să-și ia din farmacie cât are nevoie și de ce are nevoie.”* (21A, medic de familie rural)

- **Asigurarea unei game mai largi de contraceptive orale și asigurarea continuității aprovizionării cu anumite pastile.** Este important ca o dată ce femeia s-a obișnuit cu un tip de pastile, este aderentă la acestea și este problematic dacă îi schimbă preparatul contraceptiv.

*„Să fie spectrul mai larg de pastile. Aceste pastile medicul ginecolog să le indice, deoarece noi avem niște criterii după care ne conducem... Am avut preparat bun: [contraceptiv oral combinat cu doza de estrogen 0.03mg], foarte bine tolerat de femei, dar acum nu îl avem,*

*avem nevoie de [contraceptiv oral combinat cu doza de estrogen de 0.02mg], de ... pentru fetele tinere - a fost, acum nu este.” (2IA, obstetrician-ginecolog)*

- **Aplicarea în practică a acordurilor, regulamentelor.** Unii specialiști au evidențiat faptul că prevederile protocoalelor și regulamentele, acordurile de colaborare existente sunt foarte bune, dar în mare parte acestea rămân doar pe hârtie. Dacă s-ar implica mai multe instituții, și-ar uni eforturile mai mulți specialiști, atunci și rezultatele vor fi mai bune.

*„Aș vrea să lucreze aceste acorduri de colaborare cu poliția și să aducă în centru copiii străzii, utilizatorii de droguri. Aceasta nu prea funcționează. Noi avem acorduri cu toți, cu biroul de probațiune, cu multe instituții, dar fiecare face munca sa.” (3IA, obstetrician-ginecolog, CSPT)*

- **Desfășurarea activităților de planificare familială cu caracter preventiv** - mai mulți specialiști au evidențiat că mobilizarea actorilor din comunitate se face atunci când apar situații grave și nu pentru prevenirea acestora.

*„Noi ne dorim ca tinerii să vină înainte de căsătorie ca noi să putem să discutăm niște probleme care pot să apară. De obicei, lucrurile acestea nu se întâmplă. Nu se întâmplă și noi intenționat nu-i căutăm să-i chemăm. Practic, serviciile de planificare familială ele încep a acționa doar atunci când apar probleme, dar până atunci nu sunt solicitate.” (2IA, medic de familie rural)*

*„Personal am făcut o întâlnire cu fetele de clasa 8 după ce fusesse o fetiță gravidă într-o clasă.” (8IA, medic de familie, urban)*

- **Oferirea suportului din partea altor specialiști (psiholog, asistent social etc.)** care să ghideze și să ofere sprijin categoriilor vulnerabile. Pentru unele femei planificarea unei sarcini nu este o prioritate, fie din cauza unor vicii, fie a mediului în care locuiesc, cu referire în special la tinere, dar și la alte categorii cum ar fi victimele violenței, persoanele cu dizabilități. Acestea vor utiliza o metodă de contracepție dacă vor avea o persoană resursă, de încredere care să le informeze, îndrume privind eligibilitatea grupurilor vulnerabile pentru contraceptive oferite gratuit și modalitatea de obținere a acestora.

## DISCUȚII

### privind miturile despre contracepție și utilizarea metodelor ineficiente, lipsite de dovezi științifice sau chiar dăunătoare pentru sănătate

#### PREZERVATIVELE MASculINE

- Sunt eficiente în prevenirea sarcinii, inclusiv în prevenirea infecțiilor cu transmitere sexuală (ITS), inclusiv HIV. Când prezervativele masculine sunt utilizate corect la fiecare contact sexual sunt înregistrate aproximativ 2 sarcini la 100 de femei având parteneri care utilizează prezervative masculine. În cadrul utilizării obișnuite însă, aproximativ 13 sarcini la 100 de femei având parteneri care utilizează prezervative masculine.
- Nu îl fac pe bărbat steril sau impotent.
- Nu scad dorința sexuală a bărbaților.
- Nu cauzează îmbolnăvirea bărbatului prin faptul că spermatozoizii „dau înapoi”.
- Nu se pot pierde în corpul femeii.
- Nu cauzează îmbolnăvirea femeii.
- Nu au orificii prin care să poată trece HIV. Nu sunt contaminate cu HIV.
- Nu sunt utilizate doar în relații extramaritale, dar și de către cuplurile căsătorite.
- Nu cauzează cancer și nu conțin substanțe chimice cancerigene.
- Nu se rup sau nu alunecă frecvent în cazul utilizării corecte în timpul contactelor sexuale.
- Nu se utilizează 2-3 prezervative concomitent, pentru o protecție mai bună. Utilizarea a 2-3 prezervative concomitent, ar putea crește riscul de rupere a acestora.
- Nu este o formă de alergie frecvent întâlnită, alergia la latex.

## CONTRACEPTIVELE ORALE COMBinate (COC)

- Este o metodă eficientă de contracepție. Când nu se fac greșeli în utilizarea pilulelor, mai puțin de 1 sarcină la 100 de femei, în timpul primului an de utilizare a COC. Iar în cadrul utilizării obișnuite, aproximativ 7 sarcini la 100 de femei, în timpul primului an de utilizare a COC.
- Nu determină acumularea de hormoni în corpul femeii.
- Nu este necesară „pauză” în utilizare, care poate duce la apariția unei sarcini nedorite. COC pot fi utilizate în siguranță timp de mulți ani fără a fi necesară oprirea lor periodică.
- Trebuie luate în fiecare zi, indiferent dacă femeia are sau nu contact sexual în acea zi, preferențial la aceeași oră (pentru a ameliora unele efecte secundare și pentru a ajuta femeile să-și amintească să ia pilulele consecvent).
- Tableta nu se acumulează în stomac, ba dimpotrivă, ea se dizolvă zilnic.
- Femeia este protejată de sarcina nedorită, doar atât timp cât administrează pilulele cu regularitate.
- Femeile care stopează utilizarea COC pot rămâne însărcinate la fel de rapid ca și femeile care stopează folosirea metodelor nehormonale.
- Nu produc infertilitate femeilor după întreruperea utilizării.
- Nu întrerup evoluția unei sarcini deja existente. Nu produc avort.
- Nu produc anomalii congenitale și nu vor dăuna dezvoltării fătului dacă femeia rămâne însărcinată în timp ce utilizează contraceptive hormonale.
- Studiile arată că, în mod obișnuit, COC nu influențează greutatea. Cele mai multe femei nu cresc și nu scad în greutatea datorită administrării COC. Greutatea se modifică în mod firesc datorită schimbărilor ce apar pe parcursul vieții și datorită înaintării în vârstă. Deoarece modificările greutății sunt atât de frecvente, multe femei cred că aceste creșteri sau scăderi în greutate sunt produse de COC. Totuși, studiile arată că, în mod obișnuit, COC nu influențează greutatea.
- În general nu modifică dispoziția și comportamentul sexual. Unele femei care utilizează COC relatează aceste tulburări. Este dificil de apreciat dacă asemenea modificări se datorează COC sau altor cauze.
- Atât utilizatoarele COC, cât și femeile care nu le utilizează, pot avea cancer de sân (glanda mamară). Este posibil ca acesta să fi fost deja prezent înainte de utilizarea COC, dar nu a fost depistat mai devreme la utilizatoare.
- Nu există o vârstă minimă sau maximă pentru utilizarea COC. Poate fi potrivită pentru cele mai multe femei, de la debutul menstruației (menarhă) până la

menopauză. Nu există dovezi științifice disponibile care ar demonstra o legătură cauzală între utilizarea COC și prevenirea menopauzei precoce.

- Nu este necesară examinarea ginecologică sau alte consultații înainte ca femeia să înceapă utilizarea COC. Este de dorit ca înainte de inițierea oricărei metode contraceptive hormonale, fiecărei femei să i se măsoare tensiunea arterială.
- COC pot fi utilizate și ca pilule pentru contracepția de urgență după contact sexual neprotejat sau dacă o metodă de contracepție a dat greș, cât mai curând posibil, dar nu mai târziu de 120 de ore (5 zile).

## CONTRACEPȚIA DE URGENȚĂ

- Poate fi folosită de femei de orice vârstă, inclusiv de către adolescente.
- Nu previne sau nu afectează implantarea unui ovul deja fecundat; nu produce avort; nu acționează asupra evoluției sarcinii dacă femeia este deja însărcinată.
- Nu produce anomalii congenitale și nu dăunează fătului dacă sarcina se instalează în timpul utilizării sau dacă femeia este deja gravidă.
- Nu este periculoasă pentru sănătatea femeii.
- Nu promovează comportamentul sexual cu risc.
- Nu produce infertilitate.
- Dacă este nevoie, femeia poate utiliza pilulele contraceptive de urgență (PCU) de mai multe ori într-un ciclu menstrual. Dacă o femeie recurge în mod repetat la PCU, trebuie să ia în considerare o metodă de planificare familială utilizată în mod regulat.
- PCU cu Levonorgestrel pot fi utilizate în primele 72 ore (3 zile) după actul sexual neprotejat, iar alte metode ale contracepției de urgență, precum COC, dispozitivul intrauterin și Ulipristal acetatul, pot fi utilizate în primele 120 de ore (5 zile) după contactul sexual neprotejat. Cu cât sunt luate mai repede după contactul sexual neprotejat cu atât sunt mai eficiente în prevenirea sarcinii.
- Femeile cu statut HIV care utilizează sau nu terapie antiretroviral, pot utiliza în siguranță contracepția de urgență.
- Nu este un risc mai mare de survenirea sarcinii ectopice, în caz de eșec al contracepției de urgență.

## CONTRACEPTIVELE INJECTABILE NUMAI CU PROGESTOGEN (CIP)

- Pot opri sângerarea lunară, dar aceasta nu este dăunătoare pentru sănătatea femeii și poate ajuta la prevenirea anemiei. Este similară cu lipsa menstruației din timpul sarcinii. Sângele nu se acumulează în corpul femeii.
- Nu întrerup evoluția unei sarcini deja existente (nu produc abort).
- Nu produc anomalii de dezvoltare la făt.
- Nu produc infertilitate. Femeile care opresc utilizarea CIP, așteaptă în medie cam cu 4 luni mai mult pentru a rămâne însărcinate, comparativ cu femeile care au utilizat alte metode.
- Femeile care au risc de ITS, inclusiv infecție HIV pot utiliza CIP.
- O femeie care alăptează poate utiliza în siguranță CIP, începând de la 6 săptămâni după naștere. Ele sunt sigure pentru mamă și sugar, și nu afectează producerea laptelui matern.
- Femeile care utilizează CIP, cresc în greutate în medie 1-2 kg pe an. Creșterea în greutate se poate datora parțial creșterii obișnuite în greutate pe măsura înaintării în vârstă.
- În general, nu modifică dispoziția femeilor sau libidoul.

## IMPLANTELE

- Nu sunt dăunătoare deși cauzează lipsa sângerării vaginale lunare. Este similar cu lipsa menstruației din timpul sarcinii. Sângele nu se acumulează în corpul femeii.
- Nu sunt necesare vizite de urmărire periodice, de rutină.
- Acțiunea lor încetează după ce sunt extrase. Hormonii din implantate nu rămân în corpul femeii.
- În general nu se recomandă păstrarea implantelor mai mult timp decât durata de utilizare eficientă. Implantate ca atare nu sunt periculoase dar, pe măsură ce scade nivelul de hormoni din implantate, ele devin tot mai puțin eficiente.
- Nu întrerup evoluția unei sarcini deja existente.
- Nu produc anomalii de dezvoltare la făt.
- Nu cresc riscul de sarcină ectopică.
- Nu produc infertilitate. Femeile care opresc utilizarea implantelor pot rămâne însărcinate la fel de repede ca și femeile care opresc metode ne hormonale.

- Nu cauzează cancer.
- Pot fi utilizate de către femeile care alăptează, indiferent de cât timp a trecut de la naștere.
- Unele studii au descoperit că eficiență implantelor la femeile obeze scade ușor după  $\geq 4$  ani de utilizare. Ca precauție, femeile care au  $\geq 80$  kg ar trebui să solicite înlocuirea lor după 4 ani, pentru eficiență mai mare.

## DISPOZITIVUL INTRAUTERIN (DIU)

- Poate fi utilizat la orice vârstă, inclusiv de către adolescente.
- Poate fi utilizat de către femeile care au născut și de cele care nu au născut.
- Nu cresc riscul de infectare cu ITS, inclusiv infecția HIV.
- Nu este necesar de extras DIU, dacă femeia are ITS sau deține risc crescut de ITS.
- Dacă o femeie face o nouă ITS după inserția DIU, ea nu deține neapărat riscul de a dezvolta boala inflamatorie pelviană. Femeia poate continua utilizarea DIU în timp ce este tratată pentru ITS.
- Nu cresc riscul de avort spontan dacă femeia rămâne însărcinată după extragerea DIU.
- Nu cauzează anomalii fetale.
- Scade semnificativ riscul de sarcină ectopică.
- Nu produce infertilitate.
- Nu există dovezi științifice care să sugereze că utilizarea DIU poate cauza apariția miomului uterin.
- Nu cauzează cancer. Nu există dovezi științifice care să demonstreze că DIU provoacă cancer. Dimpotrivă, unele studii au arătat că DIU cu Cupru poate avea chiar un efect protector împotriva anumitor tipuri de cancer, cum ar fi cancerul endometrial.
- Nu migrează către inimă sau creier.
- Nu cauzează disconfort sau durere femeii sau bărbatului în timpul actului sexual.
- Modificarea greutateii este un efect secundar raportat de unele utilizatoare ale DIU cu Levonorgestrel, unele femei pot observa o ușoară creștere în greutate, dar aceasta este adesea atribuită altor factori, cum ar fi schimbările stilului de viață, alimentației sau vârstei. Poate fi recomandată revizuirea dietei.

- În general, o femeie care nu a născut poate utiliza DIU, dar ea trebuie să înțeleagă că este mai probabil ca DIU să fie expulzat deoarece uterul ei este mai mic decât uterul unei femei care a născut.
- DIU nu trebuie inserat doar în timpul menstruației, dar în orice moment al ciclului menstrual, dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că femeia nu este însărcinată. Inserția DIU în timpul menstruației poate fi convenabilă pentru că este mai puțin probabil femeia să fie însărcinată și inserția poate fi mai ușoară.
- Nu este necesar ca femeia să facă „pauză” dacă a folosit mai mulți ani DIU sau după ce DIU a ajuns la momentul extragerii. Extragerea vechiului DIU, urmată de inserția imediată a unui nou DIU, presupune un risc de infecție mult mai mic decât efectuarea a 2 proceduri separate. De asemenea, femeia ar putea rămâne însărcinată în „pauză”, înaintea inserției noului DIU.
- Durata utilizării DIU este între 3-5 ani iar pentru DIU hormonal și 12 ani pentru DIU cu Cupru.
- De obicei, nu este necesară administrarea de rutină a antibioticelor înainte de inserția DIU. Studii recente arată că riscul apariției bolii inflamatorii pelvine este mic, cu sau fără antibiotice.
- Este important a se ține cont de respectarea drepturilor fundamentale umane. Inserarea unui DIU fără consimțământul femeii este o încălcare a drepturilor fundamentale ale omului (dreptul la autonomia corporală și integritate fizică, dreptul la consimțământ informat, dreptul la viață privată).

## STERILIZAREA FEMININĂ

- Nu cauzează slăbiciune fizică sau durere.
- Nu presupune îndepărtarea chirurgicală a uterului și nici nu va determina această necesitate.
- Nu produce dereglări hormonale.
- Nu cauzează dereglarea caracteristicii menstruației (sângerări mai abundente sau neregulate) și nici alte modificări ale ciclului menstrual.
- Nu produce modificarea masei corporale, apetitului sau aspectului fizic.
- Nu modifică comportamentul sexual sau libidoul femeii.
- Nu crește riscul pentru sarcina ectopică.
- Nu trebuie oferită doar femeilor care au un anumit număr de copii, au o anumită vârstă sau sunt căsătorite.

- În general femeia care a recurs la sterilizare chirurgicală (metodă permanentă, ireversibilă), nu ar trebui să mai fie vreodată îngrijorată că ar putea rămâne însărcinată.

## VASECTOMIA

- Sunt blocate canalele care transportă spermatozoizii produși în testicule; testiculele nu se îndepărtează.
- Nu scade dorința sexuală.
- Nu afectează funcția sexuală. Ereția are aceeași intensitate și durată, inclusiv ejacularea.
- Nu provoacă schimbări în masa corporală, nu scade masculinitatea sau capacitatea de a lucra.
- Nu cauzează vreo maladie în viitor (cancer, maladie cardiovasculară).
- Nu previne ITS, inclusiv HIV.
- În primele 3 luni după procedură, este necesar de utilizat o metodă de contracepție, pentru a preveni o sarcină.
- În general vasectomia este o metodă permanentă (ireversibilă). Fertilitatea nu revine deoarece, în general, vasectomia nu poate fi oprită sau reversibilă. Intervenția trebuie considerată ca fiind permanentă. Chirurgia de restabilire este dificilă, costisitoare și, în cele mai multe zone, nu este disponibilă. Atunci când este efectuată, intervenția de reversibilitate adesea nu este urmată de apariția sarcinii. Uneori vasectomia eșuează și ca urmare, partenera poate rămâne însărcinată.
- Nu trebuie oferită doar bărbaților care au un anumit număr de copii, au o anumită vârstă sau sunt căsătoriți.

## SPERMICIDELE

- Nu reduc secrețiile vaginale și nu produc femeilor sângerare în timpul contactului sexual.
- Nu cauzează cancer de col uterin sau anomalii congenitale.
- Nu protejează împotriva ITS, inclusiv HIV.
- Toate femeile pot utiliza în siguranță spermicide, cu excepția celor care: au risc crescut pentru infecția HIV sau sunt infectate cu HIV.

- Nu modifică dorința sexuală a bărbaților sau femeilor și nu reduc plăcerea sexuală.
- Nu stopează menstruația femeilor.

## **COITUL ÎNTRERUPT (ACTUL SEXUAL ÎNTRERUPT)**

Este una dintre cel mai puțin eficiente metode – “mai bună decât nimic”. Eficiența depinde de abilitatea cuplului de a utiliza coitul întrerupt la fiecare contact sexual. În cadrul utilizării obișnuite, aproximativ 20 de sarcini la 100 femei având parteneri care utilizează coitul întrerupt. Atât pentru femeie, cât și pentru bărbat, actul sexual întrerupt poate genera stres și anxietate, din cauza concentrării pe momentul retragerii și a fricii de o sarcină neplanificată. Iar o sarcină neplanificată și nedorită se poate asocia și cu alte riscuri pentru sănătatea femeii. La fel grija privind momentul ejaculării poate afecta plăcerea actului sexual.

## **CONSTATĂRI FINALE**

Nici o metodă contraceptivă nu este 100% eficientă în prevenirea sarcinii. Eficiența fiecărei metode variază. Cele mai eficiente metode de contracepție sunt Implantele, DIU, Sterilizarea Feminină și Vasectomia.

În cazul în care o metodă nu a funcționat în trecut, există alternative care ar putea fi mai potrivite anume pentru cuplu respectiv. Analizarea diferitelor opțiuni prin consultarea unui medic, poate ajuta cuplul să găsească o soluție care să le ofere mai multă încredere.

Efectele secundare pot să fie sau să nu fie cauzate de metoda de contracepție. Nu sunt semne de boală și de obicei, se atenuează sau dispar în cursul primelor luni de utilizare. Totodată efectele secundare afectează satisfacția femeii și utilizarea metodei de contracepție, de aceea dacă clienta raportează efecte secundare – prestatorul de servicii îi oferă consiliere și asistentă, în funcție de necesitate.

## CONCLUZII

### Factorii ce influențează utilizarea metodelor de contracepție în rîndul grupurilor vulnerabile

Participanții la studiu au menționat o gamă largă de metode de contracepție, metodele tradiționale precum **contactul sexual întrerupt și metoda calendarului** fiind frecvent enunțate. Acestea sunt percepute ca fiind cele mai inofensive pentru sănătatea femeii, dar în același timp cu un grad mai scăzut de eficiență comparativ cu alte metode contraceptive.

**Contactul sexual întrerupt** este cea mai cunoscută și utilizată metodă, dar este percepută ca fiind o metodă neeficientă și stresantă pentru cuplu. **Prezervativul** este considerat o metodă accesibilă și eficientă, care protejează inclusiv de infecțiile sexual transmisibile, dar este asociat în mare parte cu relațiile ocazionale, de asemenea mulți bărbați afirmă că utilizarea prezervativului reduce plăcerea sexuală.

În general, există reticențe față de utilizarea **metodelor de contracepție bazate pe hormoni** din cauza temerilor legate de efectele adverse asupra sănătății. **Contraceptivele orale** sunt percepute ca prezentând o serie de riscuri majore pentru sănătatea femeilor tinere, unul dintre ele fiind afectarea fertilității. De asemenea, frecvent acestora li se atribuie creșterea în greutate a femeilor și diverse probleme de sănătate fizică și psiho-emoțională. **Steriletul** este perceput ca ceva testat în timp, potrivit pentru femeile care au născut și doresc o metodă de contracepție comodă, de lungă durată, iar îngrijorarea vitală este riscul de apariție a cancerului în urma utilizării acestuia.

**Contracepția de urgență** este cunoscută de respondenți preponderent din discuții informale cu prieteni sau colegi, iar termenul corect de administrare rămâne neclar pentru unele femei. Utilizarea frecventă a pastilelor de urgență este considerată asociată cu riscuri hormonale, iar majoritatea femeilor consideră că acestea nu ar trebui folosite mai des de o dată la 6 luni.

Mai mulți dintre cei intervievați au evidențiat că **cunoștințele lor privind contraceptivele moderne sunt limitate** și adesea provin din surse neoficiale, precum rețelele sociale sau anturajul. Aspect ce contribuie semnificativ la creșterea reticenței și neîncrederii în anumite metode, cum ar fi contraceptivele orale.

Mai mulți respondenți au pus la îndoială **eficiența utilizării contraceptivelor orale și a steriletului în protejarea de o sarcină neplanificată**, în contextul în care cunosc mai multe cazuri când femeile din anturajul lor au rămas însărcinate chiar dacă utilizau aceste metode. Specialiștii intervievați au evidențiat că în aceste situații cauza principală este nerespectarea corectă a modului de administrare/inserare, astfel se stabilește percepția că metodele contraceptive nu sunt complet sigure.

Studiul a constatat existența mai multor **mituri privind contracepția și utilizarea unor practici ineficiente în scop de prevenire a unei sarcini neplanificate**, transmise adesea din generație în generație. Unele femei încă recurg la astfel de practici precum: spălăturile vaginale, urinarea imediat după actul sexual sau introducerea unor substanțe străine în vagin, considerate a fi măsuri de prevenire a sarcinii, un aspect pozitiv este că se atestă o pondere semnificativă a femeilor care contestă aceste metode.

**Avortul** este perceput de unele respondente ca o metodă de contracepție, fiind considerat o soluție „de urgență” atunci când metodele de contracepție utilizate au eșuat sau nu au fost utilizate fapt ce denotă o lipsă de informare a populației privind diferența dintre contracepție și avort. Totodată, există femei care resping în totalitate posibilitatea utilizării metodelor de contracepție, în special pe baza credințelor religioase, considerându-le o atentare la viața unui posibil copil. Carențele în educația sexuală și a accesului la informații corecte despre contracepție contribuie la perpetuarea miturilor și practicilor riscante, accentuând nevoia unor campanii de informare mai ample și consiliere medicală specializată privind contracepția.

Studiul a evidențiat mai multe tendințe în ceea ce privește **deciziile legate de contracepție**, printre care: decizia de cuplu, decizia individuală a femeii cu consultarea unui medic ginecolog și influența unor persoane terțe, în special în cazul adolescenților sau persoanelor cu dizabilități mintale. Respondenții care consideră că decizia aparține cuplului subliniază importanța alegerii comune pentru o viață sexuală sănătoasă, iar unele femei care afirmă că responsabilitatea le revine lor, evidențiază faptul că majoritatea metodelor de contracepție și consecințele unei sarcini neplanificate le vizează în primul rând pe ele. În unele cazuri a fost menționată presiunea partenerului de a renunța la protecție, iar în altele, bărbații au fost cei care insistau asupra utilizării metodelor contraceptive.

Decizia femeii privind contracepția este esențială, deoarece aceasta influențează sănătatea fizică și bunăstarea emoțională a acesteia, permițându-i să aibă control asupra propriului corp, să își planifice viața în funcție de nevoile și dorințele personale. În același timp contracepția nu este doar responsabilitatea femeii. Implicarea activă și a bărbaților contribuie la o distribuție mai echitabilă a responsabilităților în cadrul cuplului și respectiv la combaterea stereotipurilor de gen.

În viziunea specialiștilor intervievați femeile cu probleme de sănătate mintală au dificultăți în gestionarea contracepției orale zilnice, caz în care metodele contraceptive cu administrare pe termen lung, cum ar fi dispozitivele intrauterine (DIU) sau injecțiile hormonale, sunt preferate. Implicarea membrilor familiei, specialiștilor este necesară, dacă femeia are nevoie de suport pentru a alege și administra metoda contraceptivă, dar această implicare trebuie să se facă întotdeauna cu consimțământul femeii și cu respectarea drepturilor sale reproductive.

În ceea ce privește **responsabilitatea prevenirii unei sarcini neplanificate**, percepțiile sunt împărțite. O bună parte dintre respondenți consideră că responsabilitatea le revine ambilor parteneri, având în vedere că actul sexual este o decizie comună. Pe de altă parte, există participanți la studiu, în special femei, care consideră că femeia poartă o responsabilitate mai mare, dat fiind că viața personală și profesională este profund afectată de o sarcină neplanificată. De asemenea, unii respondenți susțin că bărbații ar trebui să se ocupe de prevenirea sarcinii, în special în contextul utilizării metodelor de protecție, precum contactul sexual întrerupt și prezervativul. Deși femeia poate insista ca bărbatul să utilizeze prezervativul, responsabilitatea de a-l procura revine de obicei bărbatului.

Participanții la studiu utilizează diverse metode contraceptive, cel mai frecvent fiind coitul întrerupt. Frecvent sunt utilizate prezervativele și dispozitivele intrauterine, iar femeile care au primit o consiliere adecvată și suport din partea medicilor sunt în general mulțumite de utilizarea contraceptivelor orale. Multe femei consideră că, deși metodele precum steriletul și contraceptivele orale sunt mai eficiente, temerile legate de efectele secundare și disconfortul asociat le influențează alegerea.

Barierile în utilizarea contracepției sunt diverse și reflectă aspecte precum efecte adverse percepute, atitudini privind eficiența acestora, frecvența relațiilor sexuale, tipul de metodă de protecție, factori socio-economici. Cel mai des au fost menționate **efectele adverse percepute asociate contraceptivelor** pe bază de hormoni/contraceptivelor orale: creșterea în greutate, dereglările hormonale și infertilitatea. **Utilizarea steriletului** de asemenea **provoacă îngrijorări** legate de: disconfort, hemoragii și riscul de sarcină neplanificată.

Unele femei întâmpină dificultăți în **selectarea metodei potrivite de contracepție**, adesea din cauza îngrijorărilor privind posibilele efecte adverse sau a lipsei de cunoștințe privind metodele disponibile. Lipsa de informației accentuează temerile și neîncrederea în contraceptivele moderne. Această neîncredere se amplifică prin percepția că nici o metodă **nu oferă protecție garantată**, ceea ce perpetuează întreținerea relațiilor sexuale fără o metodă de protecție modernă, recurgând, în mare parte, la actul sexual întrerupt. **Relațiile sexuale neregulate**, inclusiv din cauza migrației partenerilor, limitează utilizarea metodelor contraceptive și

contribuie la **utilizarea neconsistentă a prezervativului**, deși este recunoscută ca o metodă de protecție eficientă în respectivele cazuri.

**Accesul la metodele de contracepție** este influențat de **constrângerile sociale și teama de a fi judecat/ă**, în special în comunitățile rurale, unde stigma poate împiedica tinerii să achiziționeze contraceptive sau să se adreseze la medicul de familie pentru obținerea gratuită a acestora. **Factorii socio-economici**, cum ar fi costurile ridicate ale contraceptivelor, constituie o barieră suplimentară, în special pentru bărbații cu venituri mici care fie nu cunosc că sunt eligibili pentru a beneficia de contraceptive oferite gratuit de către medicul de familie, fie nu se adresează la medicul de familie din cauza jenei/disconfortului de a discuta despre contracepție. La aceste bariere se adaugă și absența **conștientizării riscurilor**, unii tineri aflați în euforie sau unele persoane aflate în stare de ebrietate nu conștientizează necesitatea protecției; **percepții legate de fertilitate/infertilitate**, unele femei cred că nu vor putea rămâne însărcinate și, prin urmare, nu simt nevoia de a se proteja. De asemenea **credințele religioase** pot constitui un obstacol semnificativ în acceptarea utilizării contracepției, dar și **interese economice**, unele femei/cupluri aleg să aibă copii în speranța de a beneficia de ajutoare financiare sau alte beneficii oferite de stat.

Se atestă o implicare redusă a medicilor de familie în informarea și recomandarea metodelor contraceptive pentru grupurile vulnerabile ale populației. Studiul a constatat că sunt **lacune cu privire la menționarea categoriilor care pot beneficia de contraceptive gratuite**, iar mulți specialiști, fie că sunt ginecologi sau medici de familie, se concentrează predominant pe femeile cu mulți copii sau cele cu comportamente de risc. Această abordare restrânsă contribuie la o distribuție inefficientă a contraceptivelor beneficiarilor eligibili și drept urmare stocuri de pastile contraceptive/dispozitive intrauterine care expiră, subliniind necesitatea unei strategii mai eficiente de a asigura accesul echitabil la contracepție pentru categoriile vizate de legislația în vigoare.

Marea majoritate a respondenților **nu consideră medicul de familie o resursă pentru informații relevante** despre contracepție, preferând să se adreseze direct medicilor obstetricieni-ginecologi. Îngrijorările legate de confidențialitate, percepția de lipsă de competență specializată, genul medicului de familie (bărbat) și relațiile tensionate sau distante contribuie la această situație. De asemenea, medicii de familie sunt adesea suprasolicitați și nu dispun de timpul necesar pentru a aborda subiectul contracepției, ceea ce limitează accesul la informații esențiale pentru persoanele de vârstă reproductivă, în special din grupurile vulnerabile cu privire la contracepție.

**Medicii ginecologi sunt considerați cea mai de încredere sursă pentru alegerea metodelor de contracepție.** Totodată, unele femei preferă să se adreseze la clinicile private pentru servicii medicale de calitate și o atitudine mai empatică,

după ce au auzit sau au avut experiențe neplăcute în instituțiile publice. De asemenea anumite categorii de femei care riscă să fie supuse stigmatizării și discriminării (femeile HIV infectate, consumatoarele de droguri etc.) preferă să se adreseze la ginecologi recomandați de ONG-uri.

Tinerii participanți la studiu care cunosc serviciile oferite de **Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor (CSPT)**, dar și specialiștii intervievați au evaluat înalt activitatea acestora. Aceștia apreciază atât informațiile utile, resursele disponibile, modul în care sunt realizate diferite activități cât și abordarea prietenoasă a personalului. Totuși, există și unii tineri care nu cunosc despre existența acestor centre, în special cei din zonele cu acces limitat la transport. De asemenea, deși majoritatea tinerilor sunt cunoscuți cu serviciile oferite de CSPT, unii se arată sceptici cu privire la calitatea contraceptivelor oferite gratuit din cauza percepției legate de gratuitate că ceea ce este oferit gratuit este de o calitate joasă. Specialiștii din cadrul CSPT confirmă că dispun de suficiente resurse pentru a oferi metode de contracepție tuturor tinerilor care se adresează, acoperind și alte categorii de femei care se adresează la ei.

**Relațiile sexuale și contracepția continuă să fie subiecte tabu în majoritatea familiilor**, tinerii evită discuțiile cu părinții despre aceste teme. Deși unii dintre ei consideră că părinții lor sunt deschiși, mulți preferă să se adreseze fraților sau surorilor mai mari, adulților din familia extinsă pentru informații. În rândul respondentelor de peste 30 de ani, există percepția că lucrurile s-au schimbat în ultimii ani și subiectul relațiilor sexuale este abordat în discuțiile dintre copiii și părinți. Totuși, tinerii intervievați se simt incomod să discute aceste subiecte cu părinții lor.

Discuțiile despre contracepție **între prieteni** se desfășoară într-un mod natural, fiind adesea bazate pe experiențe personale. Prietenii devin o sursă importantă de informație, însă există riscul de dezinformare, cum ar fi perpetuarea miturilor. Tinerii au tendința de a avea mai multă încredere în prieteni decât în specialiști, ceea ce poate influența alegerile lor privind contracepția.

Mulți tineri, inclusiv din mediul rural, au discutat despre contracepție și prevenirea infecțiilor cu transmitere sexuală (IST) în cadrul orelor de dirigenție, biologie sau educație pentru sănătate. Cu toate acestea, există și tineri care nu au abordat deloc aceste subiecte **la școală**. Discuțiile deschise despre contracepție în instituțiile de învățământ, instituții care promovează și oferă o educație sexuală completă și corectă, adecvată vârstei și nivelului de înțelegere al elevilor pot facilita comunicarea între parteneri.

Unele femei au recunoscut că **lipsa educației sexuale le-a afectat experiențele sexuale**, generând anxietate și o percepție distorsionată asupra relațiilor intime, evidențiind astfel necesitatea unor sesiuni de informare și sprijin pentru tineri.

Educația sexuală poate oferi tinerilor cunoștințele necesare pentru a lua decizii informate cu privire la viața lor sexuală și relațională, contribuind la creșterea încrederii în sine și la dezvoltarea unor relații mai sănătoase în cuplu.

Respondenții consideră că **educația sexuală este esențială pentru prevenirea sarcinilor neplanificate** și subliniază necesitatea introducerii subiectului contracepției în școli începând cu ciclul gimnazial și continuând pe parcursul liceului, colegiului și universității. Este important ca **informațiile să fie transmise de către persoane competente, iar resursele online să fie utilizate mai eficient**, având în vedere accesibilitatea acestora pentru toate categoriile de vârstă. De asemenea este nevoie de o **implementare mai eficientă a acordurilor și regulamentelor existente în domeniul sănătății reproductive**, prin colaborarea activă între instituții și specialiști din diferite domenii.

Este necesară **asigurarea unei game mai largi de contraceptive orale gratuite și garantarea unei aprovizionări constante** cu acestea pentru a spori utilizarea acestei metode și a menține aderența femeilor. Specialiștii intervievați au sugerat considerarea **oferirii contraceptivelor printr-un sistem de compensare similar cu cel al medicamentelor compensate**, astfel încât grupurile vulnerabile să beneficieze de acces gratuit, iar alte categorii să primească o compensație parțială. Unii specialiști au sugerat ideea posibilității eliberării contraceptivelor în farmacii pe bază de rețetă medicală.

Astfel factorii care influențează utilizarea metodelor de contracepție în rândul grupurilor vulnerabile pot fi grupate în următoarele grupuri:

## Factorii sistemici

### A. Sistemul de sănătate

1. Aprecierea cea mai înaltă privind consilierea și oferirea serviciilor de planificare familială, inclusiv a metodelor de contracepție a fost oferită pentru activitatea Centrelor de Sănătate Prietenoase Tinerilor atât din partea prestatorilor de servicii cât și din partea grupurilor vulnerabile care au menționat că au beneficiat de serviciile lor.
2. Lacune cu privire la cunoașterea tuturor categoriilor care pot beneficia de contraceptive gratuite din partea lucrătorilor medicali, deși dintre cei intervievați doar un medic de familie nu a beneficiat de instruire privind metodele de contracepție.
3. Cunoștințele limitate privind metodele de contracepție din partea medicilor de familie și neîncrederea lor în abilitățile proprii de consilierea privind alegerea unei metode de contracepție, deși au participat la instruire și au primit materialul metodic de suport.

4. Abilități insuficiente de comunicare eficientă privind consilierea la subiectul contracepției în rândul medicilor de familie.
5. Suprasolicitarea medicilor de familie cu multe responsabilități face ca discuțiile la subiectul contracepției să fie amânat; inclusiv neîncrederea din partea grupurilor vulnerabile în păstrarea confidențialității de către medicul de familie.
6. Lipsa medicilor de familie sau fluctuația mare a lor, în special în mediul rural, nu permite stabilirea unei relații de încredere cu beneficiarii.
7. Lacune în cunoștințe privind estimarea necesității de contraceptive pentru grupurile vulnerabile, gestionarea stocurilor de contraceptive, inclusiv și lipsa condițiilor pentru păstrarea lor în unele cazuri face ca managementul lanțului de aprovizionare cu contraceptive să fie perceput ca o sarcină grea din partea lucrătorilor medicali.
8. Convingerile personale ale medicilor privind anumite metode de contracepție, situației demografice caracterizată prin scăderea natalității.
9. Convingerile medicilor de familie că subiectul contracepției este sarcina medicilor obstetricieni-ginecologi.
10. Lipsa unei abordări bazate pe drepturile omului și consilierea bazată pe necesitățile persoanelor în special pentru persoanele din anumite grupuri vulnerabile: persoane cu dizabilități inclusiv mintale, persoane care trăiesc cu HIV și din grupurile cu risc de infectare HIV, etc.
11. Concentrarea distribuirii gratuite a contraceptivelor doar prin medicul de familie. A fost menționat lipsa contraceptivelor gratuite în cabinetele medicilor obstetricieni-ginecologi la care mai des se adresează beneficiarii pentru consiliere, în special pentru femeile care se adresează pentru avort.
12. Accesibilitatea metodelor de contracepție în special pentru populația din mediul rural: fie din lipsa medicului de familie, fie din cauza relației de neîncredere a populației în medicul de familie, fie lipsa comunicării populației cu medicul de familie.
13. Lipsa contraceptivelor în cabinetele medicilor obstetricieni-ginecologi la care populația se adresează direct pentru consilierea inclusiv privind planificarea familială și alegerea metodei de contracepție.

## B. Sistemul de educație

14. Educația pentru sănătate fiind disciplină opțională, nu pot beneficia de aceste instruiri toți elevii din țară.
15. Educația sexuală este predată în cadrul anumitor discipline în instituțiile de învățământ selectiv și de personal care nu are tot timpul pregătirea necesară pentru discuta subiectul dat cu adolescenții.

## Factori ce țin de grupurile vulnerabile și comunitate

1. Cunoștințele limitate sau lipsa cunoștințelor despre anumite metode de contracepție: lipsa încrederii în eficiența metodelor contraceptive; lipsa de informare adecvată; experiențe negative anterioare sau în mediul apropiat; percepția eronată asupra propriei fertilități;
2. Miturile și superstițiile despre diferite metode de contracepție care circulă și se perpetuează de-a lungul timpului între generații: îngrijorări privind efectele secundare în urma utilizării contraceptivelor orale, sterilului;
3. Factorii sociali și comportamentali: relații sexuale neregulate, la intervale mari de timp asociată cu lipsa consilierii pentru alegerea metodei potrivite de contracepție; utilizarea neregulată a prezervativului; consumul de alcool; costurile de procurare a contraceptivelor asociate cu convingerea că tot ce este gratuit nu este calitativ; convingeri religioase; interese economice pentru păturile sărace (indemnizația unică la nașterea copilului);
4. Normele și așteptările sociale, inclusiv frica de a fi judecați: legat de procurarea prezervativelor, frica că medicul de familie nu va asigura confidențialitatea, în special în comunitățile mici, preconcepții legate de gen în cazul medicului de familie bărbat, incomoditatea de a aborda subiectul contracepției cu medicul de familie;
5. Stigma și discriminarea cu care se confruntă persoanele din anumite grupuri specifice: persoane cu dizabilități inclusiv mintale, persoane care trăiesc cu HIV și din grupurile cu risc de infectare HIV;
6. Lipsa implicării comunitare sau implicarea scăzută a comunității în activitățile de informare, educare, acceptare și promovare pentru utilizarea contracepției pentru a forma din aceasta o normă socială.

## Recomandări

### Intervenții propuse la nivel de sistem

1. Instruirea lucrătorilor medicali prin cursuri de educație medicală continuă la subiecte precum:
  - 1.1. Consilierea și recomandarea metodelor de contracepție, pentru a fortifica statutul de sursă principală de informare, în special pentru grupurile vulnerabile, și a pune accent pe întrebările parvenite în urma experienței deja existente a acestora;
  - 1.2. Îmbunătățirea calității consilierii prin formarea abilităților de consiliere eficientă, prin învățarea tehnicilor special elaborate în acest scop, inclusiv cu accent pe servicii în sănătatea sexuală și reproductivă;
  - 1.3. Consilierea calitativă privind metodele de contracepție, inclusiv pentru grupuri specifice din populație bazate pe necesitățile lor: persoane cu dizabilități, inclusiv dizabilități intelectuale, persoane cu statut HIV pozitiv și din grupurile cu risc sporit de infectare HIV, etc;
  - 1.4. Recomandarea metodelor de contracepție în funcție de nevoile beneficiarilor;
  - 1.5. Identificarea activă (prin colaborare interinstituțională și vizite în teritoriul deservit) a grupurilor vulnerabile eligibile pentru oferirea contraceptivelor gratuite, estimarea necesităților de contraceptive, gestionarea stocurilor de medicamente;
  - 1.6. Principiile etice și drepturile omului și practicarea activității de medic prin prisma respectării acestora.
2. Promovarea pe larg și încurajarea utilizării platformelor de instruire on-line cu privire la metodele de contracepție ([www.vic.eeirh.org/](http://www.vic.eeirh.org/)) care dețin informație sigură și acreditată.
3. De fortificat cunoștințele medicilor de familie și a echipei acestora cu referire la contracepție, prin:
  - 3.1. organizarea periodică a sesiunilor de comunicare cu experții din domeniul sănătății sexuale și reproductive, inclusiv medicii obstetricieni-ginecologi din cadrul Centrelor de Sănătate Prietenoase Tinerilor și Cabinetele de Sănătate a Reproducerii; în cadrul acestora se va face schimbul de opinii și bune practici și răspunsul la întrebările survenite, astfel încât medicii de familie să-și îmbunătățească abilitățile de a oferi informații corecte și să recomande metodele de contracepție centrate pe nevoile beneficiarului;

- 3.2. colaborarea între medicii obstetricieni-ginecologi și medicii de familie, prin intermediul unor intervenții de mentorat (vizite în teritoriul medicilor ginecologi, comunicarea on-line între medicii ginecologi și medicii de familie etc) pentru a asigura creșterea competențelor medicilor de familie în domeniul planificării familiale, cu oferirea unui flux continuu de informații și recomandări centrate pe nevoile beneficiarului.
4. Diversificarea metodelor de distribuire/eliberare a contraceptivelor:
- 4.1. prin intermediul medicilor obstetricieni-ginecologi,
  - 4.2. prin farmacii,
  - 4.3. automate de auto-deservire pentru distribuirea prezervativelor,
  - 4.4. lucrători sociali,
  - 4.5. asistentele medicale din școli, etc.
5. De dezvoltat mecanismul asigurării disponibilității contraceptivelor în cadrul instituțiilor unde se prestează serviciile de avort în siguranță, ca să fie posibil a fi oferite femeilor imediat după avort.
6. De extins utilizarea telemedicinii în oferirea de consiliere și oferirea contraceptivelor în planificarea familiei și a auto-îngrijirii beneficiarilor.
7. De dezvoltat și introdus sistemul de motivare a medicilor de familie și a echipelor acestora pentru oferirea serviciilor de PF și distribuire a contraceptivelor grupurilor vulnerabile, în funcție de necesitățile acestora: indicatori de calitate, sistem de bonusuri, etc.
8. De introdus în programele de educație a studenților de la colegii și universități (de medicină, pedagogice) a modului de planificare a familiei și contracepție.
9. De extins utilizarea resurselor existente de prestare a serviciilor de sănătate, în special a unităților mobile din cadrul rețelei CSPT ca să fie utilizate mai activ și în mai multe localități rurale pentru asigurarea accesului la servicii a tinerilor care locuiesc în comunități și nu au acces la servicii de sănătate în localitatea de trai sau nu le accesează din cauza că se simt jenați sau se tem de stigmatizare.

### Intervenții propuse focusate pe populație și grupurile vulnerabile

10. De extins organizarea sesiunilor de informare, campanii de educație sexuală în instituțiile publice (școli, licee, colegii, universități), axate pe importanța contracepției moderne și pe sursele de încredere, inclusiv prin promovarea conceptului de la egal la egal.

11. Ajustarea programelor școlare la subiectul educației sexuale, inclusiv privind igiena corectă a organelor genitale și contracepție, ajustarea noului plan de de studii pentru școli și curriculei școlare integrate.
12. Instruirea profesorilor privind predarea educației sexuale elevilor corespunzător vârstei lor.
13. Utilizarea resurselor Centrelor de Sănătate Prietenoase Tinerilor (CSPT) pentru instruirea elevilor din instituțiile de învățământ.
14. Promovarea pe larg și încurajarea utilizării de către populație a platformelor de informare on-line cu privire la metodele de contracepție (<https://sexplicatii.md/>, [YK app etc.](#)), care dețin informație sigură pentru informarea populației inclusiv despre metodele de contracepție, cu accent pe informarea despre beneficii, modalitatea de utilizare, riscuri și contactele CSPT (număr de telefon, locație etc.).
15. Realizarea sesiunilor de informare și de conștientizare la nivel de comunități cu privire la planificarea familială și contracepția, în cadrul cărora să fie combătute miturile despre contracepție, să fie oferite informații veridice cu implicarea tuturor partenerilor interesați (reprezentanți mass-media, reprezentanți ai sectorului privat, experților în domeniul planificării familiale, formatorilor de opinie – influenceri, bloggeri, vloggeri, etc.):
  - 15.1. De dezvoltat programe de educație parentală pentru a încuraja discuțiile deschise despre metodele de contracepție în familie, în comunitate și a combate/reduce transmiterea miturilor/a informației eronate;
  - 15.2. Realizarea la nivel de comunități a sesiunilor de informare structurate cu grupurile vulnerabile bazate pe informații veridice și dovedite științific despre metodele de contracepție cu referirea ulterioară pentru consiliere și alegerea metodelor de contracepție la medicul de familie;
  - 15.3. Organizarea campaniilor de informare orientate spre grupurile vulnerabile privind posibilitatea de a beneficia gratuit de contraceptive în sistemul de asistență medicală primară;
  - 15.4. Elaborarea materialelor informative accesibile pentru toate persoanele (inclusiv persoanele cu dizabilități) sau de asigurat accesul deschis la acestea (broșuri, site-uri web oficiale, video-uri) în colaborare cu experți în domeniu, pentru a oferi informații corecte și ușor de înțeles, pentru a combate miturile și a răspunde la întrebările și neclaritățile existente;

- 15.5. De organizat o campanie de informare despre eficiența metodelor de contracepție oferite gratuit grupurilor vulnerabile și explicarea că oferirea lor gratuită este asociată cu aceeași eficiență ca și a preparatelor comercializate în farmacii și alte rețele de distribuție.
16. Formarea parteneriatelor de colaborare interinstituționale prin elaborarea unor instrucțiuni clare de referire și conlucrare între instituțiile medicale, asistența socială, organizațiile societății civile în vederea prestării serviciilor bazate pe necesitățile persoanelor din grupurile vulnerabile, în special cele cu vulnerabilitate și socială și economică, pentru a răspunde necesităților acestora.
17. Implicarea organizațiilor societății civile care lucrează cu anumite grupuri vulnerabile inclusiv în informarea și educarea persoanelor din grupurile vulnerabile cu privire la metodele de contracepție, dar și informarea despre disponibilitatea acestora pentru a fi primite la adresarea la medicul de familie.

TABELUL 1. Distribuția discuțiilor de grup

| Cod | Categoria respondenților                                                                            | Nr. FG | Nr. respondenților | Caracteristici grup                                                                                                                                                  | Data       |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1FG | Adolescenți și tineri cu vârsta 16-24 ani                                                           | 1      | 9                  | rural (4), urban (5)<br>2 tineri locuiesc cu partenera, 1 singur și 6 cu unul sau ambii părinți.                                                                     | 10.08.2024 |
| 2FG | Adolescente/fete și tinere cu vârsta 16-24 ani                                                      | 1      | 9                  | rural (4), urban (5)<br>1 tânără locuiește cu soțul, 2 tinere singure, 1 tânără cu sora și 5 cu părinți.                                                             | 10.08.2024 |
| 3FG | Femei cu risc obstetrical                                                                           | 1      | 7                  | Vârsta: 23-47 ani<br>rural (4), urban (3)<br>1 femeie însărcinată, restul au câte 2-3 copii.                                                                         | 11.08.2024 |
| 4FG | Femei din grupul de risc somatic (care suferă de maladii cronice cu risc pentru sarcină și naștere) | 1      | 7                  | Vârsta: 25-42 ani<br>rural (4), urban (3)<br>1 femeie necăsătorită<br>2 femei însărcinate, având încă 1, respectiv 2 copii<br>3 femei – 3 copii<br>1 femei – 4 copii | 11.08.2024 |
| 5FG | Femei HIV pozitive și cele din grupurile cu risc sporit de infectare cu HIV                         | 1      | 8                  | rural (4), urban (4)<br>majoritatea cu studii medii sau profesionale                                                                                                 | 28.08.2024 |
| 6FG | Supraviețuitori ai situațiilor excepționale (refugiați din Ucraina)                                 | 1      | 7                  | Doar o respondentă locuiește în mediul rural.<br>Toate respondentele au copii, de la 1 copil până la 4 copii. Doar 2 respondente locuiesc cu soțul la moment.        | 17.08.2024 |

|       |                                                                                                |       |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 7FG   | Femei cu dizabilități, inclusiv persoane cu dizabilități din cadrul instituțiilor rezidențiale | 1     | 7  | Vârsta: 30-47 ani rural (3), urban (4)<br>3 persoane locuiesc în cuplu, 4 cu părinții sau rude/ prietene                                                                                                                                                                                           | 15.08.2024 |
| 8FG   | Consumatoare de droguri și alte substanțe psihotrope                                           | 1     | 10 | Vârsta: 23-49 ani<br>Toate respondentele locuiesc în mediul urban, 2 persoane locuiesc cu partenerii, 3 închiriază locuință și trăiesc împreună cu prietenii/le, restul cu familia de origine sau extinsă.                                                                                         | 14.08.2024 |
| 9FG   | Femei cu venituri mici sau fără venituri                                                       | 1     | 10 | Vârsta: 19-47 ani rural (6), urban (4)<br>2 din respondente cu studii superioare, restul cu studii gimnaziale sau profesionale.<br>2 respondente fără partener la moment<br>1 respondentă are 4 și alta 5 copii, restul 2-3 copii sau niciunul                                                     | 18.08.2024 |
| 10FG  | Bărbați cu venituri mici sau fără venituri                                                     | 1     | 6  | Vârsta: 24-49 ani rural (3), urban (3)<br>1 persoană necăsătorită,<br>1 separată, 3 copii<br>4 locuiesc cu soțiile și 1-2 copii.                                                                                                                                                                   | 18.08.2024 |
| 11FG  | Femei cu probleme de sănătate mintală din cadrul unui centru de plasament.                     | 1     | 7  | Vârsta: 29-46 ani<br>Majoritatea au locuit de copile în instituții rezidențiale, periodic schimbă instituțiile, inclusiv unele persoane au locuit în case protejate.<br>2 persoane la moment au parteneri stabili.<br>1 singură persoană are 1 copil, alte 2 persoane au avut cel puțin o sarcină. | 14.08.2024 |
| Total |                                                                                                | 11 FG | 87 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |

TABELUL 2. Distribuția interviurilor aprofundate

A. Grupuri cheie

|   | Categoria respondenților                                                                                                                                                               | Nr. interviuri |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 1 | Femei care au efectuat un avort la cerere pe parcursul ultimului an;                                                                                                                   | 3 IA           |
| 2 | Victime/supraviețuitoare al abuzului sexual, pentru contracepția de urgență                                                                                                            | 1IA            |
| 3 | Supraviețuitoare ale situațiilor excepționale, de criză umanitară sau urgențe de sănătate publică, de beneficiar de protecție umanitară în RM, solicitanți de azil, apatrizi, migranți | 2IA            |
| 4 | Membrii familiei persoanelor cu probleme de sănătate mentală, aflate în evidența medicului specialist psihiatru, sau a medicului de familie                                            | 2 IA           |
| 5 | Tânăra                                                                                                                                                                                 | 1IA            |
| 6 | Persoană cu dizabilități mentale                                                                                                                                                       | 1 IA           |
|   | <b>Total</b>                                                                                                                                                                           | <b>10 IA</b>   |

B. Specialiști

|   | Categoria respondenților     | Nr. interviuri | Distribuție/ remarci                                                                                                                                                 |
|---|------------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Medici de familie            | 10             | Mediu: 5 respondenți – rural; 5 respondenți – urban;<br>Regiune: 3 respondenți din regiunea Sud; 4 respondenți din regiunea Centru; 3 respondenți din regiunea Nord. |
| 2 | Ginecologi                   | 5              | Regiune: 3 respondenți din regiunea Nord; 1 respondent din regiunea Centru; 1 respondent din regiunea Sud.                                                           |
| 3 | Ginecologi și moașe din CSPT | 10             | Regiune: 3 respondenți din regiunea Sud; 4 respondenți din regiunea Centru; 3 respondenți din regiunea Nord.                                                         |
| 4 | Asistenți sociali            | 2              | Regiunea: 1 respondent regiunea Nord, 1 respondent regiunea Centru                                                                                                   |
|   | <b>Total</b>                 | <b>27 IA</b>   |                                                                                                                                                                      |



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII  
AL REPUBLICII MOLDOVA

