



**Ключевые проблемы сексуального и репродуктивного здоровья
женщин, живущих с ВИЧ в Таджикистане через призму прав человека
(по результатам исследования)**

ДУШАНБЕ - 2019

СЛОВА БЛАГОДАРНОСТИ

Общественная организация «Таджикистанская сеть женщин, живущих с ВИЧ», выражает глубокую признательность голландской некоммерческой организацией Фонд AFEW Интернешнл, зарегистрированной в Торговой Палате города Амстердама, Нидерланды за предоставленную поддержку в проведении исследования «Ключевые проблемы сексуального и репродуктивного здоровья женщин, живущих с ВИЧ в Таджикистане через призму прав человека».

Особые слова благодарности Государственному учреждению «Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИДом», областным и городским центрам СПИД, местным общественным организациям, таким как ОО «СПИН+», ОО «Гули сурх» ОО «Равные возможности» ОО «Сафи», ОО «Марворид» за консультирование и бесценную поддержку в проведении исследования.

ОО «Таджикистанская сеть женщин, живущих с ВИЧ» очень признательна всем респондентам, принявшим участие в исследовании и поделившимся своим опытом, высказавшим свои мнения и оценки. Благодаря их искренности и заинтересованности можно увидеть реальную картину по доступу ЖЖВ к услугам в сфере сексуального и репродуктивного здоровья и другим социальным услугам.

Выражаем благодарность всем членам сети, обеспечившим сбор эмпирической информации по регионам республики.

Авторы отчета: гендерный эксперт, канд.филос.наук, Бозрикова Татьяна, Хайдарова Тахмина, руководитель ОО «Таджикистанская сеть женщин живущих с ВИЧ».

ПРЕДИСЛОВИЕ

Вашему вниманию предоставляется отчет по результатам проведенного исследования «Ключевые проблемы сексуального и репродуктивного здоровья женщин, живущих с ВИЧ в Таджикистане через призму прав человека»

Исследование уникально тем, что впервые в Таджикистане его организовали и провели сами женщины, затронутые эпидемией ВИЧ, являющиеся членами общественной организации «Таджикистанская сеть женщин, живущих с ВИЧ».

Таджикистанская сеть женщин, живущих с ВИЧ, была создана в 2010 году при поддержке Общественной организации «Центр психического здоровья и ВИЧ/СПИД» и 23 декабря 2011 года официально зарегистрирована в Министерстве юстиции Республики Таджикистан. Миссия организации: защита прав и лоббирование интересов людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ) в Республике Таджикистан. ТСЖ+, объединяющая 48 членов сети во всех регионах страны, представляет интересы женщин и девочек, живущих с ВИЧ, и их детей. За последние годы оказана помощь более 2 500 ЛЖВ. В настоящее время 150 женщин, живущих с ВИЧ и затронутых эпидемией, получают поддержку ТСЖ+.

Основная цель исследования заключается в выявлении ключевых проблем и потребностей ЖЖВ в сфере сексуального и репродуктивного здоровья через призму прав человека, а также в определении приоритетов для включения в национальные стратегии и планы действий по мерам воздействия на эпидемию ВИЧ/СПИД с учетом гендерных аспектов и прав человека ЖЖВ.

При проведении исследования мы исходили из того, что в основе обеспечения благополучия и поддержания достоинства женщин, живущих с ВИЧ, лежит комплексный подход к охране здоровья и соблюдению прав человека. Право на СРЗ — это неотъемлемая часть права на здоровье, закрепленного в статье 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах.

Внимание к вопросам СРЗ женщин, живущих с ВИЧ, обусловлено также и тем, что из года в год в Таджикистане отмечается рост доли полового пути передачи ВИЧ-инфекции (56,1%) и увеличивается количество женщин в репродуктивном возрасте среди взятых на учёт с диагнозом, установленным впервые. Если в 2014 году число женщин репродуктивного возраста среди взятых на учёт с диагнозом, установленным впервые, составляло 354, то в 2018 году уже 438 женщин.¹

СРЗП и ВИЧ неразрывно связаны между собой. Приобретение ВИЧ и раскрытие информации может негативно повлиять на возможность людей защищать и осуществлять свои права в сфере СРЗ, может привести к стигматизации и дискриминации, а также к насилию по признаку пола, в том числе в рамках услуг.

Мы надеемся, что представленные материалы будут полезны всем, кто работает в сфере принятия мер по противодействию распространения ВИЧ и оказанию поддержки женщин, живущих с ВИЧ.

¹ Агентство по статистике при Президенте РТ. Здоровоохранение в РТ. Душанбе.2019, с.32

СОДЕРЖАНИЕ

	ПРЕДИСЛОВИЕ	3
	Список таблиц, рисунков и приложений.....	4
1	Методология исследования.....	8
2	Краткая информация о распространенности ВИЧ в Таджикистане с фокусом на гендерные аспекты.....	10
3	Социально-демографические характеристики опрошенных женщин, живущих с ВИЧ.....	14
4	Права человека и опыт получения услуг в сфере репродуктивного здоровья.....	17
5	Опыт и проблемы по различным аспектам повседневной жизни женщин, живущих с ВИЧ в сфере сексуального и репродуктивного здоровья и других сфер.....	23
5.1.	Здоровая сексуальная жизнь.....	23
5.2.	Беременность и способность забеременеть (фертильность).....	28
5.3.	Насилие и дискриминация в отношении женщин.....	34
5.4.	Психическое здоровье и ЖЖВ.....	38
5.5.	Лечение ВИЧ-инфекции и побочные эффекты.....	39
6.	Социальные детерминанты доступа ЖЖВ к медицинским другим социальным услугам.....	43
	ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ.....	51

СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ

Таблица 1. Выборка для опроса ЖЖВ по регионам и типу поселения (человек)

Таблица 2. Выборка для опроса ЖЖВ по возрасту (человек)

Таблица 3. Распространение ВИЧ в РТ с 1991 по 30.09.2019 г.

Таблица 4. Численность беременных женщин с ВИЧ инфекцией

Таблица 5. Наличие детей у респондентов по регионам (в %).

Таблица 6. Сексуальный опыт респондентов (в %).

Таблица 7. Оценки респондентов безопасности секса со своим (ми) партнерами (в %).

Таблица 8. Оценка респондентов доступа к услугам, связанных с беременностью и родами (в %).

Таблица 9. Состояния, которые переживали ЖЖВ длительный период (более 1 месяца), в том числе из-за диагноза по ВИЧ.

Таблица 10. Статус занятости респондентов в разрезе типа поселения (в %).

Рисунок 1. Число людей, живущих с ВИЧ (взрослые и дети), в РТ по полу и годам

Рисунок 2. Распределение живущих с ВИЧ по полу и регионам (взрослые и дети) на 30.09.19 (в %)

Рисунок 3. Достижения Таджикистана по целевым показателям Стратегии ЮНЭЙДС на 2016-2021гг. (цель 1 Стратегии – 90-90-90)

Рисунок 4. Охват людей, живущих с ВИЧ, антиретровирусной терапией по регионам

Рисунок 5. Распределение респондентов по возрасту (в%)

Рисунок 6. Семейный статус опрошенных ЖЖВ (в%)

Р

Рисунок 8. Наличие и количество детей у опрошенных ЖЖВ (в%)

Рисунок 9. Уровень образования опрошенных ЖЖВ (в %)

Рисунок 10. Источник информации о ВИЧ-положительном статусе респондентов по регионам (в%)

Рисунок 11. Респонденты по статусу сексуальных отношений (в%)

Рисунок 12. Статус респондентов по сексуальным отношениям в разрезе возраста (в%)

- Рисунок 13. Респонденты по статусу сексуальных отношений (в%)
- Рисунок 14. Оценка ЖЖВ доступа к услугам и информации по СРЗ
- Рисунок 15. Оценка качества услуг и отношения медработников к ЖЖВ в сфере
- Рисунок 16. Оценка ЖЖВ: "Если мои права как женщины, живущей с ВИЧ, будут нарушены, я уверена, что смогу получить необходимую правовую защиту" (в %)
- Рисунок 17. Предложения опрошенных ЖЖВ по расширению доступа и качества услуг по СРЗ
- Рисунок 18. Я могу обсудить в доверительной атмосфере свой ВИЧ-статус с моим партнером/ партнерами (в%)
- Рисунок 19. Я могу поговорить со своим врачом о моем сексуальном здоровье и потребностях (в %)
- Рисунок 20. Доступ и использование ЖЖВ контрацепции (в %)
- Рисунок 21. Респонденты о доступе к информации и лечению ИППП (в%)
- Рисунок 22. Негативные факторы, мешающие ЖЖВ наслаждаться сексуальной жизнью.
- Рисунок 23. Когда респонденты узнали о ВИЧ-положительном статусе в разрезе типа поселения
- Рисунок 24. Доступ ЖЖВ к информации по безопасному материнству
- Рисунок 25. Доступ ЖЖВ к услугам по планированию семьи/контрацепции
- Рисунок 26. Основные причины и страхи ЖЖВ при принятии решения о рождении детей
- Рисунок 27. Что больше всего мешало или чего боялись ЖЖВ при принятии решения в отношении рождения детей?
- Рисунок 28. Проявление насилия и дискриминации в отношении опрошенных ЖЖВ со стороны различных людей и организаций до и после выявления ВИЧ-положительного статуса
- Рисунок 29. Частота посещения ЖЖВ врачей или консультантов по ВИЧ
- Рисунок 30. Когда респонденты последний раз проверяли количество клеток СД4?
- Рисунок 31. Информированность ЖЖВ о количестве клеток СД4 по регионам
- Рисунок 32. Состояния, которые ЖЖВ регулярно испытывают
- Рисунок 33. Проблемы, больше всего мешающие ЖЖВ получать качественные медицинские и другие социальные услуги в разрезе возраста
- Рисунок 34. Статус занятости респондентов.
- Рисунок 35. Респонденты о наличии недвижимости и возможностях ею распоряжаться.
- Рисунок 36. Мнение респондентов о доступе к услугам в сфере образования

Рисунок 37. Оценка респондентов своих возможностей в поиске работы и открытии своего бизнеса.

Рисунок 38. Бремя ухода респондентов за членами семьи.

Рисунок 39. ЖЖВ о получении поддержки по уходу за ребенком и больным мужем/партнером.

Рисунок 40. Распределение различной работы по обеспечению жизнедеятельности домохозяйства.

Рисунок 41. Предложения ЖЖВ по предотвращению различных видов дискриминации.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Количество опрошенных ЖЖВ по районам

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Число людей, живущих с ВИЧ (взрослые и дети), в РТ по полу и годам

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Число людей, живущих с ВИЧ (взрослые и дети), получающих АРВ-терапию, в РТ

ПРИЛОЖЕНИЕ 4. Причины, принятые религиозными законодателями, по которым допускается применение контрацепции (составлено из различных фикх)

ПРИЛОЖЕНИЕ 5. Перечень проблем, больше всего мешающие ЖЖВ получать качественные медицинские и другие социальные услуги в разрезе возраста опрошенных

ПРИЛОЖЕНИЕ 6. Распределение бремени ухода ЖЖВ за другими членами семьи

1. Методология исследования

Методология исследования базируется на основе методологии и адаптированного инструментария организации Salamander Trust, используемого на глобальном уровне. Подобные исследования проведены в Украине, Молдове² и других странах.

Цели исследования:

1. Исследовать ключевые проблемы и потребности ЖЖВ в сфере сексуального и репродуктивного здоровья через призму прав человека.
2. Обозначить приоритеты для включения в национальные стратегии и планы действий по мерам воздействия на эпидемию ВИЧ/СПИД с учетом гендерных аспектов и прав человека ЖЖВ

Задачи:

- ✓ Провести анализ нормативной правовой базы по данной проблематике.
- ✓ Изучить опыт ЖЖВ по получению услуг в сфере сексуального и репродуктивного здоровья.
- ✓ Выявить уровень информированности ЖЖВ по вопросам своих прав, безопасного материнства и др.
- ✓ Определить уровень доступности и использования услуг в сфере сексуального и репродуктивного здоровья.
- ✓ Определить ключевые факторы, влияющие на доступ ЖЖВ к различным социальным услугам и их возможности.
- ✓ Выявить основные нужды и потребности ЖЖВ в сфере сексуального, репродуктивного здоровья и полноценной здоровой жизни.
- ✓ Разработать рекомендации по соблюдению прав и расширению доступа ЖЖВ к услугам в сфере сексуального, репродуктивного здоровья и другим социальным услугам.

Объект исследования – женщины, живущие с ВИЧ в возрасте 18 лет и старше, признающие свой статус, из разных регионов республики.

Целевые регионы

- ✓ г. Душанбе
- ✓ Хатлонская область, включая Кулябский и Бохтарский регионы
- ✓ Районы республиканского подчинения (РРП)
- ✓ Согдийская область

Методы исследования

Для достижения поставленных задач использовался комплекс методов исследования:

1. Кабинетное исследование (анализ нормативной правовой базы, национальных стратегических и программных документов, статистических данных и др.)

² http://www.ewna.org/wp-content/uploads/2019/07/Report_Moldova_SRHR_2018.pdf

http://www.ewna.org/wp-content/uploads/2017/08/SRHR_Ukraine_2016.pdf

2. Количественный метод: опрос ЖЖВ методом интервью «лицом к лицу» на основе стандартизированной анкеты.
3. Фокус групповые дискуссии.

Опрос ЖЖВ методом интервью «лицом к лицу».

Опрос проводился на основе стандартизированной анкеты, включающей несколько разделов:

1. Общая информация о респонденте.
2. Права человека и опыт получения услуг по сексуальному и репродуктивному здоровью.
3. Опыт и проблемы по различным аспектам повседневной жизни ЖЖВ в сфере СРЗ и других сфер:
 - a. Здоровая сексуальная жизнь.
 - b. Беременность и фертильность.
 - c. Насилие и дискриминация в отношении ЖЖВ.
 - d. Психическое здоровье и ВИЧ.
 - e. Бремя ухода за членами семьи.
 - f. Лечение ВИЧ-инфекции и побочные эффекты.
 - g. Экономические возможности и доступ к социальным услугам.

В каждом разделе анкеты кроме закрытых вопросов были предусмотрены открытые вопросы по предложениям и рекомендациям целевой группы, а также по конкретным случаям получения тех или иных услуг.

Выборка для опроса ЖЖВ.

Выборка была территориальная, квотная. Объем выборки составлял 400 человек. Опрос проводился во всех регионах, кроме ГБАО. В каждом регионе объем выборки был равный – по 100 человек. Квоты были установлены по месту проживания (город, село) и возрасту.

Таблица 1. Выборка для опроса ЖЖВ по регионам и типу поселения (человек)

Регион	Всего	Город	Село
г. Душанбе	100	100	
РРП	100	30	70
Хатлон	100	30	70
Согд	100	70	30
ИТОГО	400	230	170

Общее количество районов/городов, в которых были опрошены респонденты составило 20 единиц (см. приложение 1). Перечень районов/городов и количество респондентов в них были определены с учетом бремени эпидемии.

Выборка респондентов осуществлялась среди бенефициаров-посетителей организаций, предоставляющих услуги ЛЖВ.

Квоты по возрасту для опроса ЖЖВ были рассчитаны пропорционально соотношению в генеральной совокупности взятых на учет с диагнозом, установленным впервые за период 2014-2018 годы.

Таблица 2. Выборка для опроса ЖЖВ по возрасту (человек)

Возрастные группы	Генеральная совокупность ³		Выборка кол-во
	Кол-во	%	
18-29	698	34,3	137
30-39	793	39,0	156
40- 49	380	18,6	74
50 лет и старше	164	8,1	32
Итого	2035	100	400

Фокус групповые дискуссии.

Всего было проведено 4 фокус групповые дискуссии. Две фокус группы были проведены с участниками из целевой группы в г. Душанбе и районов республиканского подчинения. В каждой фокус группе было по 10 участников. В фокус группах участвовали активисты из числа ЖЖВ возрасте от 24 до 36 лет. В центре обсуждений были такие темы, как «Семейный статус ЖЖВ и их отношения с членами семьи», «Доступ ЖЖВ к услугам в сфере сексуального и репродуктивного здоровья», «Насилие и дискриминация в отношении ЖЖВ».

В рамках фокусных встреч во время дискуссий были также собраны кейсы, предложения ЖЖВ по улучшению качества доступа к услугам, профилактике и предотвращению насилия в отношении ЖЖВ, которые отображены в данном отчете.

2. Краткая информация о распространенности ВИЧ в Таджикистане с фокусом на гендерные аспекты.

Правительство Республики Таджикистан в целях противодействия распространению ВИЧ-инфекции приняло целый ряд стратегических и программных актов:

- ✓ Национальная программа по противодействию эпидемии ВИЧ в РТ на 2017–2020 годы.
- ✓ Государственная программа по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку на 2017–2020 годы.
- ✓ Национальный план действий по охране сексуального и репродуктивного здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков на 2016–2020 годы и др.

Стратегические направления Национальной программы в контексте гендера включают целый ряд вопросов по профилактике ВИЧ-инфекции, тестирования на ВИЧ, лечения и оказания помощи при ВИЧ-инфекции, а также правовые аспекты, направленные на противодействие стигме и дискриминации по отношению к людям, затронутым эпидемией ВИЧ. В 2016 – 2017 годах пересмотрены и внесены изменения в клинические протоколы по антенатальному уходу беременных женщин. Тестирование на ВИЧ в стране проводится на бесплатной основе среди представителей ключевых групп населения, а также среди таких уязвимых групп населения, как беременные женщины и дети, в рамках реализуемой программы профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку.⁴

³ Агентство по статистике при Президент РТ. Здравоохранение в РТ. Душанбе.2019, с.32

⁴ См.: Национальный обзор РТ по осуществлению Пекинской декларации и платформы действий (1995 года) в рамках внедренной повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года и итоговых

С 1991 года по 30.09.2019 года в Таджикистане всего было выявлено 11762 случая ВИЧ, включая взрослых и детей. Из них умерли 26,8%. На 30.09.2019 года число ЛЖВ составляет 8613 человек.

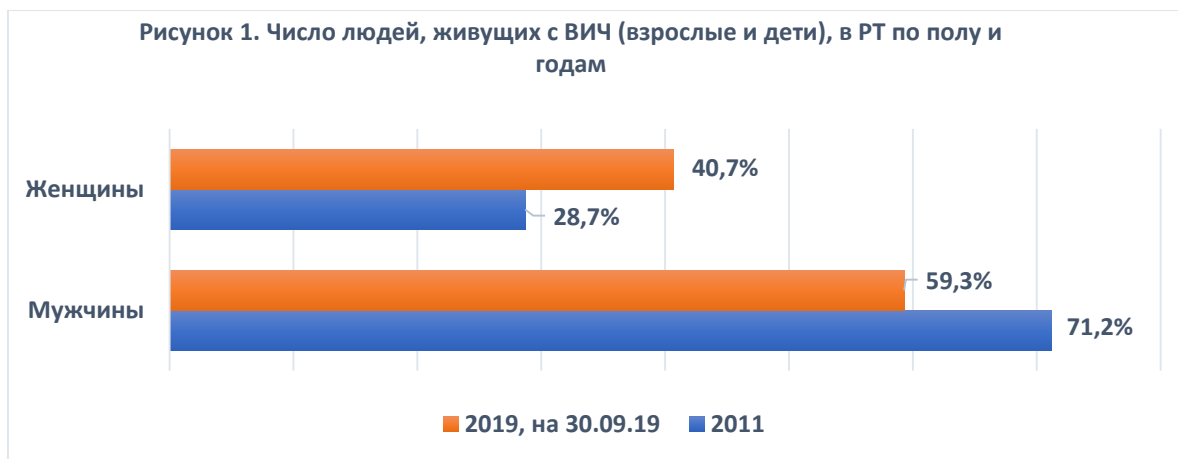
Эпидемия ВИЧ в Таджикистане характеризуется в последние годы нижеследующими тенденциями:

- ✓ Рост числа выявляемых новых случаев ВИЧ.
- ✓ Изменения в структуре путей передачи инфекции за счет увеличения полового пути и снижение доли инъекционного пути передачи ВИЧ.
- ✓ Рост доли женщин среди новых случаев ВИЧ, особенно за счёт женщин репродуктивного возраста.
- ✓ Снижение доли вертикального пути передачи ВИЧ в структуре путей передачи инфекции.
- ✓ Снижение уровня заболеваемости ВИЧ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики.
- ✓ Рост среди новых случаев ВИЧ людей из числа трудовых мигрантов.

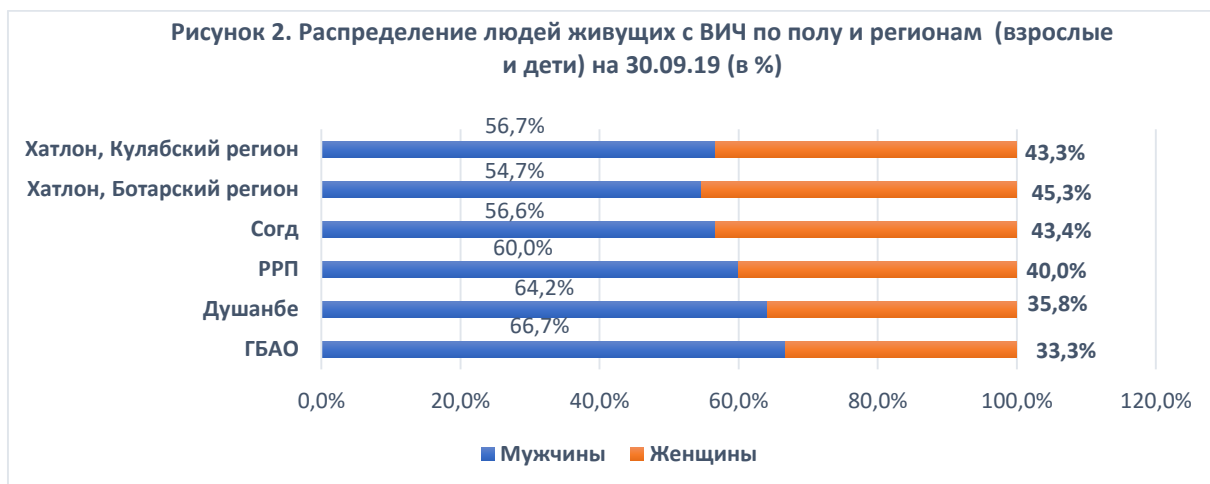
Таблица 3. Распространение ВИЧ в РТ с 1991 по 30.09.2019 г.

Показатели	С 1991 года по 30.09.2019	В %
Выявленные случаи ВИЧ (взрослые и дети)	11 762	100
Мужчины	7576	64,4
Женщины	4186	35,6
Пути передачи		
Половой	6601	56,1
Инъекционный	3763	32,0
Вертикальный	467	4,0
Неустановленный	931	7,9
Умерли	3149	26,8
Число ЛЖВ	8613	73,2

В республике на 30.09.2019 года среди общего числа людей, живущих с ВИЧ, 5105 составляют – мужчины и 3508 – женщины. Однако темпы роста заболеваемости ВИЧ среди женщин значительно выше, чем у мужчин. Если с 2011 по 2019 год (на 30.09.) число мужчин возросло в 3 раза, то у женщин - в пять с лишним раз.



По регионам соотношение мужчин и женщин среди ЛЖВ различается. Наибольшая доля женщин приходится на Хатлонскую и Согдийскую области. Менее всего представлены женщины среди ЛЖВ в ГБАО и Душанбе (см. приложение 2).



Предпринятые меры по оптимизация диагностического, лечебного процессов и мониторинга лечения в республике способствуют улучшению показателей по нескольким направлениям. С 2014 года число беременных женщин с ВИЧ инфекцией в республике с 99 случаев уменьшилось до 77 случаев на 30.09.2019 г.

Таблица 4. Численность беременных женщин с ВИЧ инфекцией ⁵

	2014	2015	2016	2017	2018
ГБАО	1	2	1	4	2
Хатлонская область	25	31	12	21	30
Согдийская область	29	26	19	10	18
г.Душанбе	27	8	18	3	7
РРП	17	22	25	22	20
РТ	99	89	75	60	77

⁵ Агентство по статистике при Президент РТ. Здравоохранение в РТ. Душанбе.2019, с.33

Таджикистан постепенно продвигается к достижению целей Стратегии ЮНЕЙДС на 2016-2021 годы. Целью 1 Стратегии ЮНЕЙДС к 2021 году является 90-90-90: 90% ЛЖВ (взрослые и дети) знают о своем статусе; 90% ЛЖВ, знающих о своём статусе, получают антиретровирусную терапию (АРТ) и 90% ЛЖВ, получающих АРТ, достигают подавления вирусной нагрузки (подавление ВИЧ).

Согласно глобальной статистике в 2018 году 79% [67-92%] людей, живущих с ВИЧ, знали свой статус. Среди людей, знавших свой статус, 78% [69-82%] имели доступ к лечению. А среди людей, получающих лечение, 86% [72-92%] достигают подавления вирусной нагрузки.

Рисунок 3. Достижения Таджикистана по целевым показателям Стратегии ЮНЭЙДС на 2016-2021гг. (цель 1 Стратегии – 90-90-90) ⁶



В целях как можно большего охвата людей, живущих с ВИЧ, спасительным для них лечением (АРТ), в Таджикистане осуществлён переход на рекомендации ВОЗ по назначению пациентам (взрослые, подростки, дети) лечения в ближайшее время после установления им диагноза ВИЧ-инфекции. В рамках оптимизации лечебного процесса, в Таджикистане почти 100% беременных женщин, живущих с ВИЧ, получают АРТ. Подготовлено и утверждено МЗСЗН РТ новое Национальное клиническое руководство по лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции у взрослых, подростков и детей.⁷

⁶ См.: Использованы глобальные данные из: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet> «Глобальная статистика ВИЧ / СПИДа-2019 информационный бюллетень» и данные по РТ из презентации «Состояние эпидемии и меры по противодействию ВИЧ среди женщин и молодежи в рамках национальной повестки в области ЦУР». Нурляминова З.А., зав.диспансерным отделом ГУ «РЦ СПИД». Душанбе, Форум, 4 декабря 2019 г.

⁷ Из презентации «Состояние эпидемии и меры по противодействию ВИЧ среди женщин и молодежи в рамках национальной повестки в области ЦУР». Нурляминова З.А., зав.диспансерным отделом ГУ «РЦ СПИД». Душанбе, Форум, 4 декабря 2019 г.

Согласно официальным данным на 2019 год в целом по республике 77,2% ЛЖВ, знающих о своём статусе, получают АРТ. Однако анализ данных по регионам фиксирует различный уровень охвата АРТ. Наиболее высокие показатели охвата людей, живущих с ВИЧ, антиретровирусной терапией демонстрирует Согдийская область и РРП (81,3%). В противоположной группе находятся ЛЖВ г.Душанбе (66,7%)⁸. (см. рисунок 4 и приложение 3).

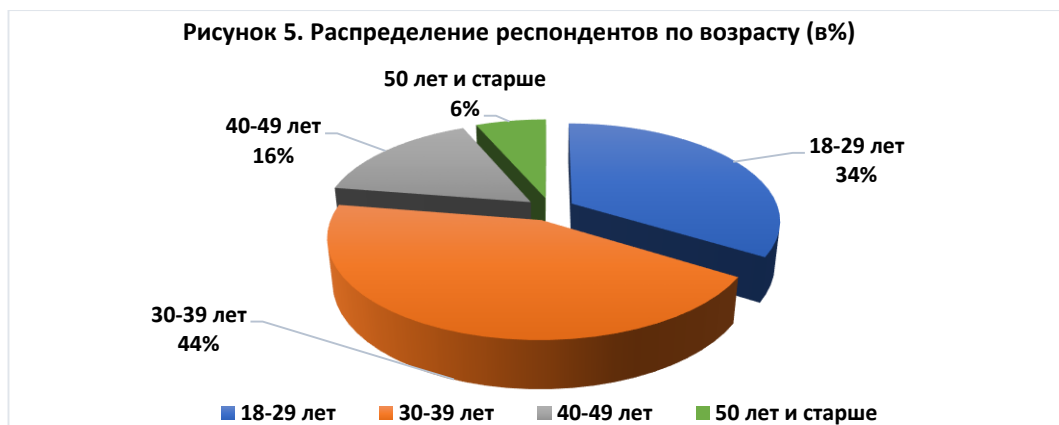


3. Социально-демографические характеристики опрошенных ЖЖВ.

Около 57% опрошенных ЖЖВ являются выходцами из городской местности, 43% - из сельской местности. Средний возраст респондентов около 35 лет (в рамках 95% доверительного интервала). Самим младшим респондентам в настоящее время 18 лет, самой старшей – 64 года. По регионам данный показатель немного различается. В г.Душанбе средний возраст составляет 34 года, в Согдийской области – 38 лет, в Хатлонской области – 31 год, в РРП – 36 лет.

Подавляющая часть респондентов (93,5%) из группы репродуктивного возраста. Соотношение возрастных групп следующее: 18-29 лет – 135 человек, 30-39 лет – 175 человек, 40-49 лет – 64 человека и 50 лет и старше – 26 человек.

⁸ Расчет сделан на основе данных: <http://www.nc-aids.tj/statistika.html>



Фиксируются некоторые различия по возрастным группам в разрезе города и села. Среди городских опрошенных ниже доля возрастной группы 18-39 лет (75%) и выше доля группы 50 лет и старше (9%), по сравнению с сельскими (соответственно 80% и 3%).



По семейному статусу примерно каждая вторая женщина состоит в зарегистрированном браке, либо в браке по мусульманскому обряду (никох). Из второй половины 16% женщин - не замужем, 18% - вдовы и 15% -разведены.



Как свидетельствуют данные рисунка 6, среди городских респондентов, по сравнению с сельскими, выше доля ЖЖВ, состоящих в незарегистрированном браке в ЗАГСе, разведенных и не замужних.

Подавляющая часть ЖЖВ имеют детей (83,2%). Из них: у 30% один ребенок, у 34% - два ребенка и у 36% - три и более. Следует отметить, что у пяти ЖЖВ шесть детей, у девяти человек – 5 детей. Существенных различий по наличию и количеству детей в разрезе города и села не отмечается.



В г.Душанбе 86% опрошенных имеют детей, в Согде – 73%, Хатлоне – 94% и РРП – 80%. По сравнению с ЖЖВ из Согдийской области, среди женщин в г.Душанбе, Хатлонской области и РРП фиксируется значительно выше доля многодетных матерей (три и более).

Таблица 5. Наличие детей у респондентов по регионам (в %).

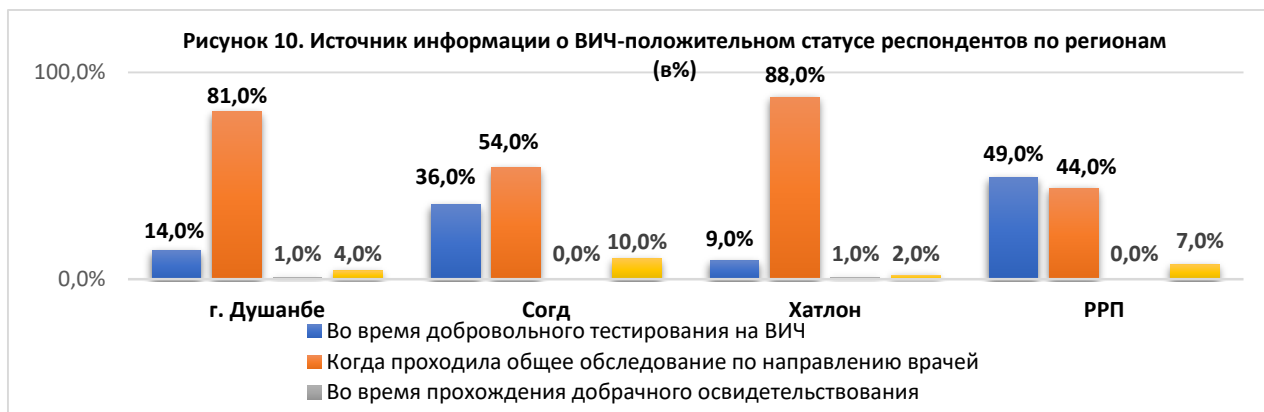
Регион	От общего числа имеющих детей			Нет детей
	Один	Два	Три и более	
г. Душанбе	20,9	37,2	41,9	14,0
Согд	45,2	31,5	23,3	17,0
Хатлон	23,4	37,1	39,3	6,0
РРП	33,7	28,8	37,5	20,0

Подавляющая часть ЖЖВ (71,2%) имеет неполное среднее и полное среднее образование. Около 21% респондентов имеют профессиональное образование, которые владеют какой-либо специальностью. При этом высшее и неполное высшее образование только у 8,3% респондентов. Около 3% ЖЖВ вообще не имеют никакого образования. Чуть более 5% закончили только начальную школу. Между респондентами из сельской и городской местности не обнаруживается существенной разницы.



Со слов наших респондентов две трети наших респондентов (66,8%) узнали о ВИЧ-положительном результате во время общего обследования по направлению врачей или

учреждений. Во время добровольного тестирования на ВИЧ узнали 27%. Менее одного процента узнали во время прохождения добрачного освидетельствования. При других обстоятельствах узнали о своем статусе 10% опрошенных.



В разрезе регионов, кроме РРП, большинство респондентов узнали во время прохождения общего обследования по направлению врачей. В г.Душанбе и Хатлонской области этот показатель составляет свыше 80%. По регионам во время добровольного тестирования на ВИЧ наибольшее число узнали опрошенные из РРП и Согда.

4. ПРАВА ЧЕЛОВЕКА И ОПЫТ ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ В СФЕРЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

В основе обеспечения благополучия и поддержания достоинства женщин, живущих с ВИЧ, лежит комплексный подход к охране здоровья и соблюдению прав человека. Право на СРЗ — это неотъемлемая часть права на здоровье, закрепленного в статье 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах.

В 2016 г. Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам (КЭСКП) определил, что право на СРЗ является «неотъемлемой частью права на здоровье»⁹. Для обеспечения сексуального и репродуктивного здоровья и защиты прав женщин и девочек, живущих с ВИЧ, необходимо выполнить следующие важнейшие условия:

- ✓ В основу комплексного подхода к построению программ системы здравоохранения, в частности в сфере сексуальности и сексуального здоровья, должны быть положены соблюдение прав человека и обеспечение гендерного равенства.
- ✓ Системы здравоохранения должны учесть существующее неравенство в доступе к медицинской помощи и качестве оказываемых услуг, которое неблагоприятно сказывается на положении женщин, живущих с ВИЧ.
- ✓ Следует наделять женщин, живущих с ВИЧ, необходимыми правами и возможностями и привлекать их к разработке политики и программ, затрагивающих их интересы.
- ✓ В целях обеспечения высокого качества данных и предоставления средств правовой защиты в случае нарушений прав женщин, живущих с ВИЧ, необходимо укрепить процедуры мониторинга, оценки и отчетности.

Одним из принципов надлежащей практики в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав (СРЗП) женщин, живущих с ВИЧ разработанных ВОЗ является принцип «Здоровая половая жизнь на протяжении всей жизни». Согласно данному принципу, следует поддерживать выбор женщин, живущих с ВИЧ, во всем их многообразии, которые хотят состоять в безопасных и полноценных половых отношениях и получать удовлетворение от половой жизни в любом возрасте. С другой стороны, следует

⁹ ООН. Комитет по экономическим, социальным и культурным правам. Замечание общего порядка № 22 (2016) о праве на сексуальное и репродуктивное здоровье

с пониманием относиться к решению тех женщин, живущих с ВИЧ, которые предпочитают отказаться от активной половой жизни.¹⁰

Статус ЖЖВ по сексуальным отношениям.

Подавляющая часть наших респондентов (88%) идентифицируют себя, как сексуально активная. При этом 26% указали, что они сексуально активны, но не имеют партнера, то есть они имеют физиологическую и эмоциональную потребность в половых контактах. В связи с тем, что у них есть потребность в половых отношениях, они в случае нахождения партнера ведут сексуальную жизнь.

Среди оставшихся групп 39% имеют одного или более сексуального партнера, живущих с ВИЧ. Имеют два или более партнеров, среди которых один и более с ВИЧ и один и более без ВИЧ - 5%. Группа ЖЖВ, у которых один или два партнера, не имеющих ВИЧ, составляет 18%.

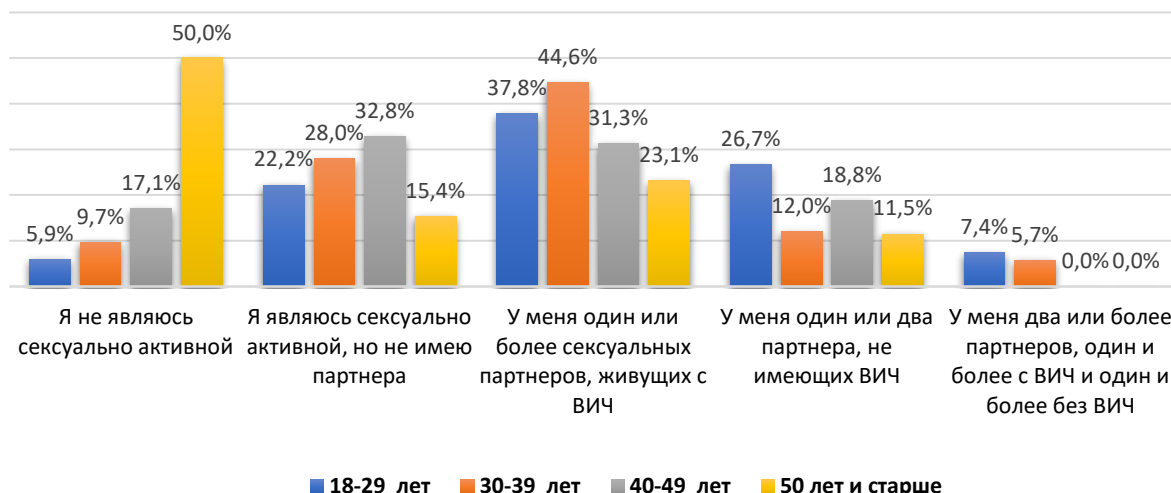


Дифференцирующим фактором, воздействующим на статус в сексуальных отношениях, выступает возраст респондентов. Как видно из данных рисунка 12, чем моложе ЖЖВ, тем выше активность. Среди респондентов, у которых есть ВИЧ-инфицированные сексуальные партнеры наибольшая доля приходится на возрастные группы от 18 до 39 лет.

В группе опрошенных, у которых сексуальные партнеры не имеют ВИЧ наибольший процент приходится на ЖЖВ в возрасте 18-29 лет и 40-49 лет.

¹⁰ См.: ВОЗ. Сводное руководство по охране сексуального и репродуктивного здоровья и защите прав женщин, живущих с ВИЧ. 2018.с. 10. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/srhr-women-hiv/ru/

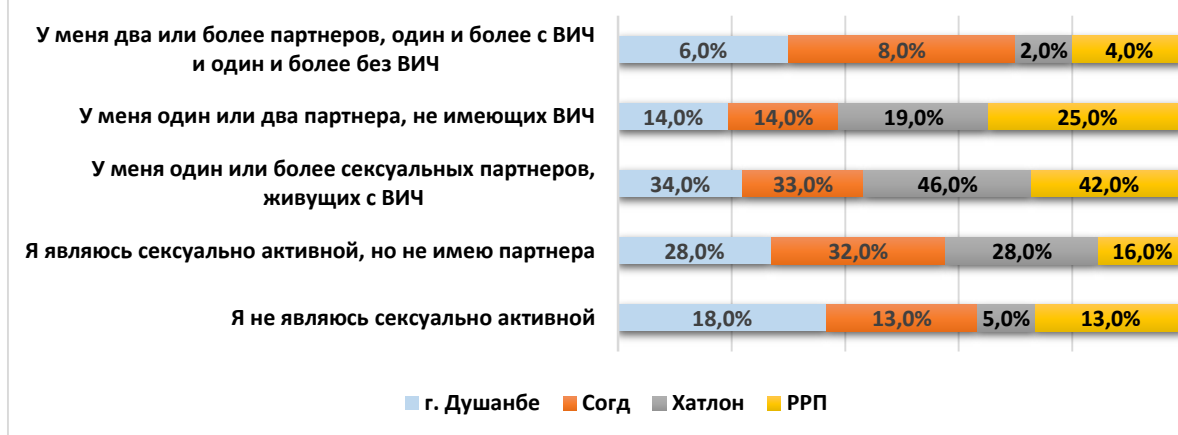
Рисунок 12. Статус респондентов по сексуальным отношениям в разрезе возраста (в%)



Сравнительный анализ статуса женщин по регионам фиксирует, что во всех регионах большая часть ЖЖВ имеют одного или более партнера, живущего с ВИЧ.

В группе женщин, которые не являются сексуально активными наибольшая доля (18%) приходится на г.Душанбе, а наименьшая – на Хатлонскую область.

Рисунок 13. Респонденты по статусу сексуальных отношений (в%)



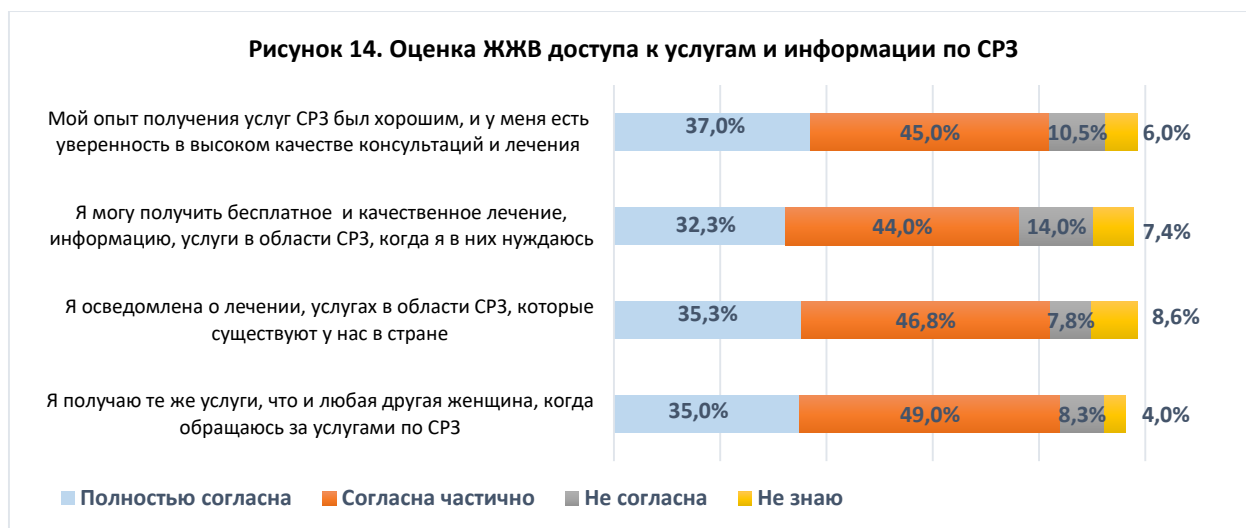
С учетом того, что подавляющая часть женщины, живущих с ВИЧ находится в репродуктивном возрасте, очень важно обеспечить полноценный доступ к имеющимся в наличии, приемлемым и качественным услугам по охране репродуктивного и сексуального здоровья.

Проведенный опрос фиксирует, что большая часть ЖЖВ имеют ограниченный доступ к качественным услугам СРЗ. В-первую очередь это касается системы ПМСП. Именно здесь ЖЖВ чаще всего сталкиваются с дискриминацией в получении мед.услуг. Поэтому большинство ВИЧ-позитивных женщин боятся открыть свой статус и не обращаются за услугами в медучреждения ПМСП по месту жительства.

Результаты опроса показывают, что, в среднем каждая третья опрошенная ЖЖВ однозначно считает, что она:

- ✓ получает те же услуги, что и любая другая женщина, когда обращается за услугами по СРЗ;
- ✓ может получить бесплатное и качественное лечение, информацию, услуги в области СРЗ, когда в них нуждается;
- ✓ осведомлена о лечении, услугах в области СРЗ, которые существуют у нас в республике.

При этом 37% респондентов однозначно оценивают свой опыт получения услуг сексуального и репродуктивного здоровья как хороший, и у них есть уверенность в высоком качестве получаемых консультаций и лечения.



В тоже время около половины участников опроса только частично согласны с этими утверждениями, а от 7,8% до 14% не согласны с этими утверждениями. При этом от 4% до 8,6% респондентов вообще затруднились оценить доступ к услугам по СРЗ.

Как показали проведенные фокус групповые дискуссии с представителями ключевой группой, данные оценки в значительной степени обусловлены тем, что подавляющая часть ЖЖВ обращается за услугами в Центры СПИД или к личному врачу. По их оценкам отношение медработников доброжелательное, а качество услуг, как правило, хорошее. Обращения ЖЖВ за услугами в учреждения первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) носят редкий характер. В качестве основных аргументов отказа от использования услуг ПМСП назывались два основных: боязнь и страх, что узнают об их статусе, а также проявление дискриминации и стигмы в этих медучреждениях.

Со слов участников фокус групп «если ты обращаешься за медицинской помощью в обычную поликлинику, женскую консультацию или даже частное медицинское учреждение, то все зависит от того, откроешь ты свой статус или нет. В случае не раскрытия статуса, отношение и качество услуг врача, среднего медицинского персонала обычное, как и ко всем клиентам. Но стоит только открыть свой статус, ситуация резко меняется. Как врач, так и средний медицинский персонал сразу начинают плохо обращаться, находят миллион причин, чтобы не оказать помощь и т.д. Одним словом сплошная стигма и дискриминация».

Истории ЖЖВ о получении услуг по сексуальному и репродуктивному здоровью, приведенные во время основного опроса, подтверждают высказывания участников фокус групп.

После того как мне поставили диагноз в 2017 году во время беременности, я обратилась за помощью к врачу гинекологу по месту жительства в городе Вахдат. Но меня там вообще не

приняли и-за того, что у меня ВИЧ и перенаправили в РЦ СПИД. Врачи из этого центра помогли мне, поставили на временный учет, и я до родов была под их наблюдением. Родила здорового ребенка, и я очень благодарна врачам из центра СПИД особенно гинекологу.

ЖЖВ, 42 года, г. Душанбе. Вдова, имеет 3-детей.

Из-за статуса ВИЧ я только обращаюсь в Центр СПИДа. Я не хожу к другим врачам от того, что я боюсь обращаться в другие медицинские учреждения. Гинеколог в Центре СПИД хорошо относится ко мне, консультирование всегда проводит по поводу других инфекций, передающихся половым путём. Я очень довольна услугами гинеколога в РЦ СПИД. Она понимает и поддерживает меня.

ЖЖВ, 31 год, г.Худжанд, разведена, имеет 1 здорового ребёнка.

Я обращаюсь к гинекологу, но только в Центр СПИД. Я боюсь ходить к другим гинекологам по вопросам репродуктивного здоровья. Мой страх из-за статуса и не уверенность, что я смогу постоять за себя, привели меня к выводу, что я не буду обращаться к другим врачам. Поэтому по месту жительства не хожу и не обращаюсь к гинекологам.

ЖЖВ, 36 лет, Бохтар, разведена, имеет 2 детей.

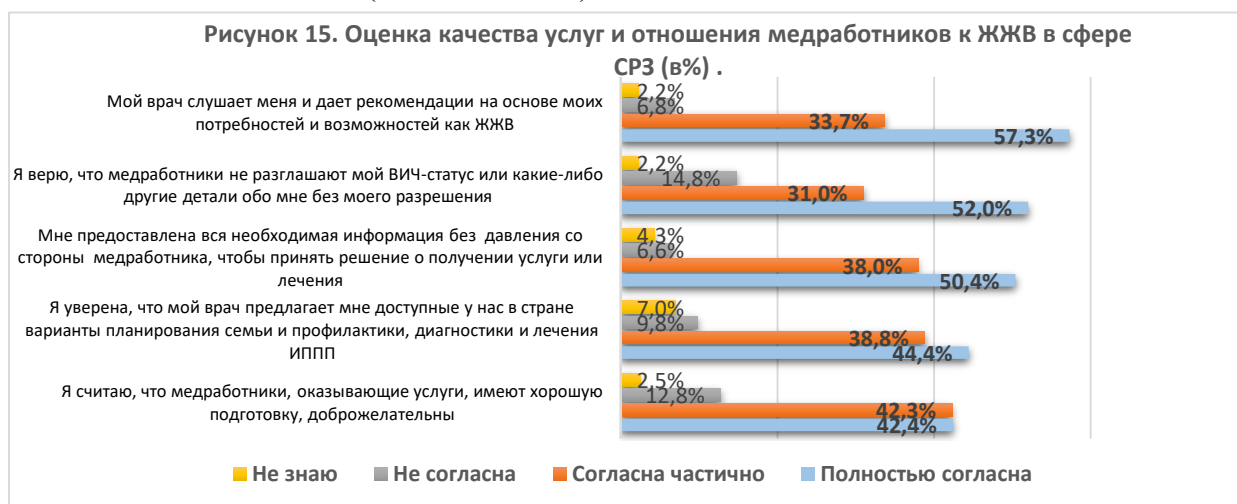
Когда была беременная, пошла в поликлинику по месту жительства к гинекологу. Хотела поставить себя на учёт, чтобы контролировать беременность. Но я очень сильно расстроилась, так как когда узнали, что я ВИЧ инфицированная стали сразу брезговать и дискриминировать меня.

ЖЖВ, 22 года, г. Канибадам, замужем.

В Таджикистане в 2018 году, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, начато пилотирование интеграции предоставления услуг в связи с ВИЧ в учреждениях ПМСП. С учетом немалого числа случаев дискриминации и распространения информации о статусе обратившихся женщин в учреждения ПМСП со стороны медработников для окружающих, многие женщины высказывали беспокойство по поводу возможного ограничения их доступа к услугам по СРЗ в связи с их переводом в учреждения ПМСП. Поэтому очень важно на начальном этапе, да в последующем, для интеграции предоставления услуг в связи с ВИЧ в учреждения ПМСП провести массированное обучение сотрудников ПМСП в части особенностей работы с ключевой группой и обратить особое внимание на усиление ответственности медработников за раскрытие статуса ЖЖВ.

Согласно представленным данным на рисунке 14, свыше 57% ЖЖВ считают, что во время приема врач дает рекомендации на основе ее потребностей и возможностей как ЖЖВ. Каждая вторая ЖЖВ уверена, что медработники не разглашают ее ВИЧ-статус или какие-либо другие детали без ее разрешения, а также предоставляют все необходимую информацию, чтобы принять решение о получении услуги или лечения.

В отличие от этой группы респондентов, другая группа респондентов только частично согласна с этой оценкой (от 31% до 38%).



При оценке уровня подготовки и доброжелательности медработников уже менее половины ЖЖВ полностью согласны с утверждением, что медработники имеют хорошую подготовку. Только 44% полностью согласны с утверждением, что врач предлагает им доступные у нас в республике варианты планирования семьи и профилактики, диагностики и лечения ИППП. Примерно такая же группа по численности присоединилась к этому мнению только частично.

Анализ ответов ЖЖВ фиксирует не высокий уровень информированности целевой группы в области своих прав. Только каждая третья женщина полностью согласна с мнением, что знает свои права, и в случае их нарушений в медучреждениях, знает, куда нужно подать жалобу. Примерно столько же ЖЖВ подтвердили частичное согласие с этим мнением. В свою очередь, свыше 32% либо не согласны с этим мнением, либо затрудняются оценить свой уровень информированности.

Со слов наших респондентов только 34% однозначно уверены в том, что в случае нарушения их прав, как ЖЖВ, они смогут получить необходимую правовую защиту. В то время как 19% придерживаются противоположного мнения, а 16% затруднились ответить на этот вопрос.



Проведенные фокус группы также фиксируют различный уровень информированности участников о своих правах. Из общего числа ЖЖВ только одна треть относительно хорошо знает свои права. Другие участники не имеют полноценных знаний для защиты своих прав, либо вообще ничего не знают (обычно из числа тех, кто недавно узнал о своем статусе).

У меня был печальный опыт с моими правами. Я обратилась в поликлинику. Но после того, как я рассказала о своем положительном ВИЧ статусе, мне сразу отказали в оказании медицинских услуг. Я стала говорить, что это нарушение моих Конституционных прав. В ответ они сказали вы больны, и мы ничем уже не можем вам помочь. Больше всего меня задело то, что это говорили врачи. Жаловаться я никуда не ходила.

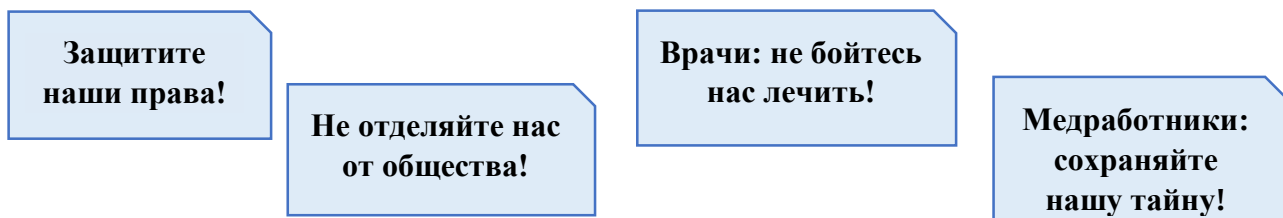
ЖЖВ, 36 лет, Восейский р-н

Результаты опроса и фокус групп фиксируют влияние образования респондентов на уровень их информированности. Чем ниже уровень образования, тем ниже информированность о своих правах.

Слабая мотивация ЖЖВ к повышению уровня своих знаний по защите своих прав обусловлена, судя по дискуссиям в группах, уверенностью в том, что полноценные услуги они все равно смогут получить только в Центрах СПИД или на платной основе в частных медучреждениях. В государственных медучреждениях от них «шарахаются, как от прокаженных», «да еще и расскажут всему свету про мой статус».

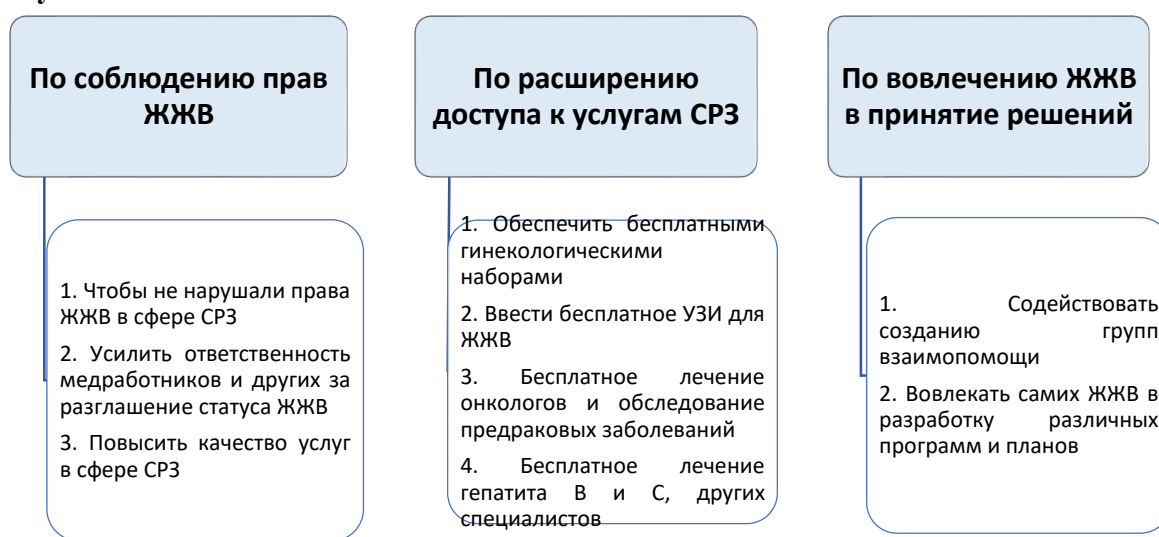
В качестве потенциальных структур, которые им помогут защитить их права все единогласно называют Центры СПИД и профильные общественные организации. На вопрос какие еще государственные структуры им могут помочь, были получены ответы: «никто», «никому больше не доверяем», «все равно в других структурах нет специалистов, которые знают о нас (ЛЖВ) или просто под любым предлогом, когда узнают о статусе, откажут в правовой поддержки» и др.

От участников исследования поступил целый комплекс предложений и призывов к министрам, депутатам, врачам по расширению и улучшению качества услуг в сфере СРЗ.



Высказанные предложения респондентов по расширению и улучшению качества услуг в сфере СРЗ можно сгруппировать по трем направлениям: по соблюдению прав ЖЖВ, расширению доступа к услугам СРЗ, по вовлечению в процессы принятия решений.

Рисунок 17. Предложения опрошенных ЖЖВ по расширению доступа и качества услуг по СРЗ



5. ОПЫТ И ПРОБЛЕМЫ ПО РАЗЛИЧНЫМ АСПЕКТАМ ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ ЖЖВ В СФЕРЕ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И ДРУГИХ СФЕР

5.1. Здоровая сексуальная жизнь

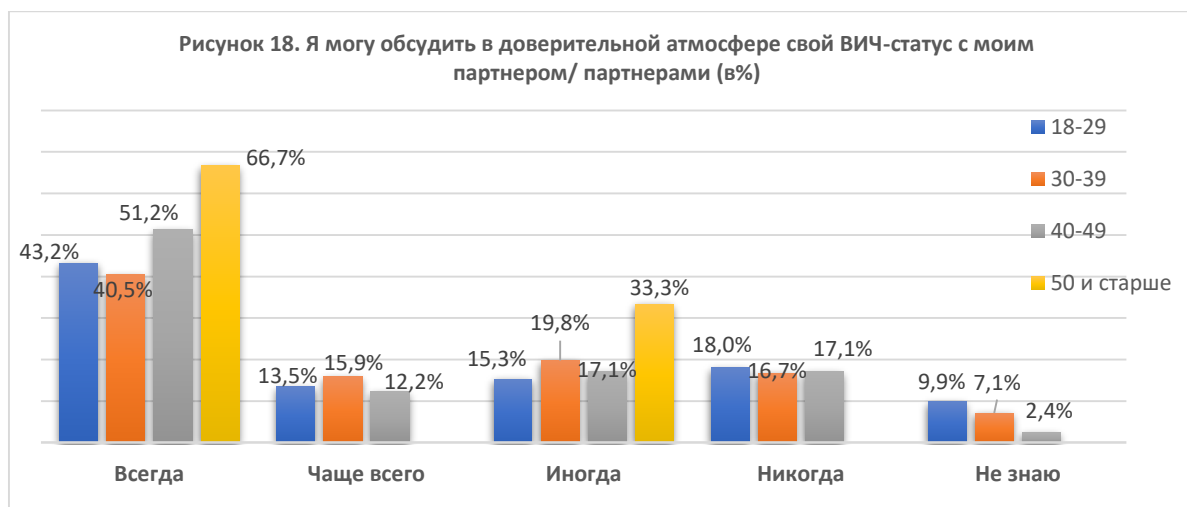
У женщин с ВИЧ есть такое же право и возможность, как и у всех женщин, наслаждаться здоровой, безопасной и приносящей удовлетворение сексуальной жизнью, свободной от принуждения, дискриминации и насилия. Однако как показал опрос ЖЖВ, на эту тему многие респонденты стесняются говорить и не всегда готовы обсуждать эти вопросы со своими партнерами, врачами. На наш взгляд, это связано с тем, что сексуальная сфера в

целом в республике подвержена традиционным гендерным стереотипам. В первую очередь, тему сексуальных отношений не принято обсуждать в таджикских семьях.

Одним из наиболее распространенных стереотипов в этой сфере является такой, как: «мужчина и женщина должны иметь разные модели сексуального поведения». Под воздействием устоявшихся мнений находится и тема о том, чем является секс для женщин и мужчин. Для мужчин – это прежде всего средство для удовлетворения желания, и лишь на втором месте, средство для продолжения рода. Для женщин же, секс в первую очередь – средство для рождения детей, одна из главных супружеских обязанностей по законам шариата. При этом говорить о сексе и проявлять инициативу в половых отношениях женщины, как правило, также не могут – это расценивается как распутство.

Наличие ВИЧ не является признаком сексуального нездоровья, а выступает особенностью партнера, к которой следует адаптироваться для достижения сексуальной гармонии, т. е. адаптировать свое сексуальное поведение к поведению партнера. Для людей, живущих с ВИЧ, важным является соблюдение определенных условий и правил сексуального поведения, связанных с предупреждением инфицирования.

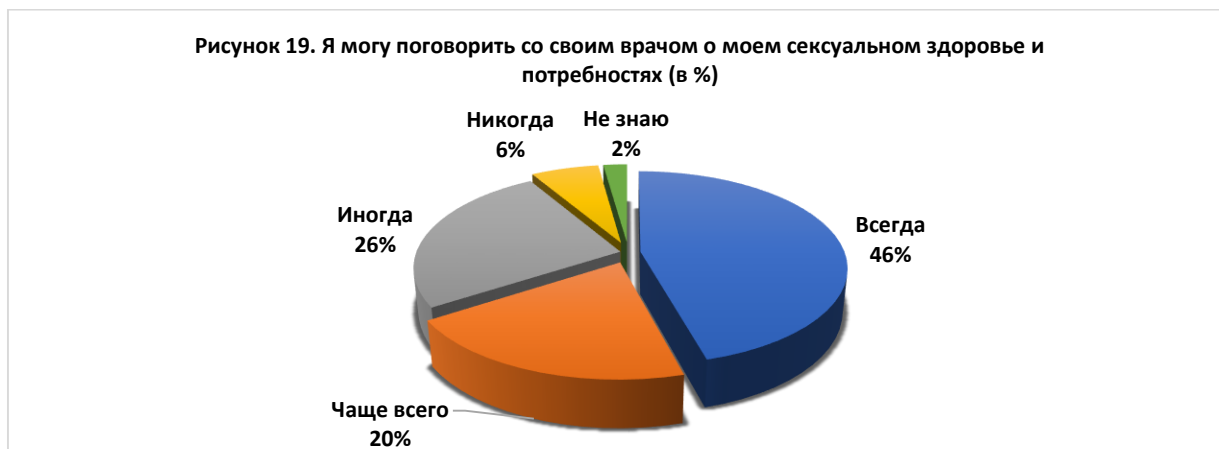
Одним из таких условий является раскрытие ВИЧ-статуса сексуальному партнеру. С учетом того, что большая часть наших респондентов инфицировалась от своих мужей или партнеров, в данной ситуации на первый план выдвигается вопрос об обсуждении особенностей сексуальных отношений в доверительной атмосфере. Со слов ЖЖВ только 58% всегда или чаще всего могут обсудить в доверительной атмосфере свой ВИЧ-статус со своим партнером/партнерами. Для 18% респондентов это допустимо только иногда. Никогда это не могут сделать 18%, а 7% - затруднились оценить.



Определенное воздействие на обсуждение в доверительной атмосфере ВИЧ-статуса со своим партнером/партнерами оказывают возраст и место проживания респондентов. В отличие от возрастной группы 50 лет и старше, среди респондентов репродуктивного возраста (18-49 лет) меньшее число ЖЖВ, которые обсуждают этот вопрос «всегда» и немалую долю составляют группа, которая «никогда» не обсуждает (см. рисунок 17). В разрезе места проживания городские женщины, по сравнению с сельскими, чаще обсуждают этот вопрос со своим партнером/партнерами. Наиболее уязвимой группой в этом вопросе являются ЖЖВ из числа настоящих/бывших РС. Из них 54% отметили, что они никогда не могут обсуждать свой статус со своим партнером.

Согласно результатам опроса две трети респондентов могут «всегда» или «чаще всего» поговорить со своим врачом об их сексуальном здоровье и потребностях. Каждая четвертая

женщина только «иногда» может обсудить эти вопросы со своим врачом. Существенных различий в этом вопросе между сельскими и городскими женщинами не отмечается. Среди респондентов репродуктивного возраста группы в возрасте 18-29 лет и 40-49 лет чаще могут обсудить эти вопросы со своим врачом.



Одним из условий сексуального поведения, способствующего здоровой сексуальной жизни, являются равноправные отношения между партнерами, отсутствие принуждения и насилия.

Как видно из данных таблицы 6, чуть более 40% из числа опрошенных хотят заниматься сексом часто. Каждая вторая женщина имеет такое желание иногда. Чуть более 5% респондентов никогда не испытывают такого желания. При этом 57% ЖЖВ считают секс приятным для себя и для своего партнера(ов) «всегда» или «чаще всего».

Таблица 6. Сексуальный опыт респондентов (в %)¹¹.

	Всегда	Чаше всего	Иногда	Никогда	Не знаю
Я хочу заниматься сексом часто / имею сильное сексуальное желание	18,3	24,2	50,2	5,2	2,1
Я считаю секс приятным для себя и для моего партнера(ов)	26,1	30,8	34,0	3,1	6,0
Я занимаюсь сексом для удовлетворения моего партнера	25,1	29,8	36,6	4,4	4,1
Я сама предлагаю секс моему партнеру (партнерам) и предлагаю, как заняться сексом	14,0	16,4	42,3	24,2	3,1,
Я занимаюсь сексом, когда я хочу	13,9	28,6	43,5	10,9	3,1
Я занимаюсь сексом, когда хочет мой партнер(ы)	23,5	33,3	37,1	2,0	4,1
Мне легко испытать оргазм во время секса	20,9	26,0	37,5	4,1	11,5

Важное значение для профилактики заражения ВИЧ и обеспечения здоровья и продолжительности жизни людей, живущих с ВИЧ, имеют предпринимаемые меры по защите и содействию СРЗ. Среди этих мер целесообразно выделить способность ЖЖВ принимать решения о том, когда, как и с кем заниматься сексом, вступать в брак и сколько иметь детей и т.д. При этом сексуальное насилие со стороны интимного партнера увеличивает риск заражения ВИЧ.

¹¹ На эти вопросы не отвечали ЖЖВ, которые не являются сексуально активными.

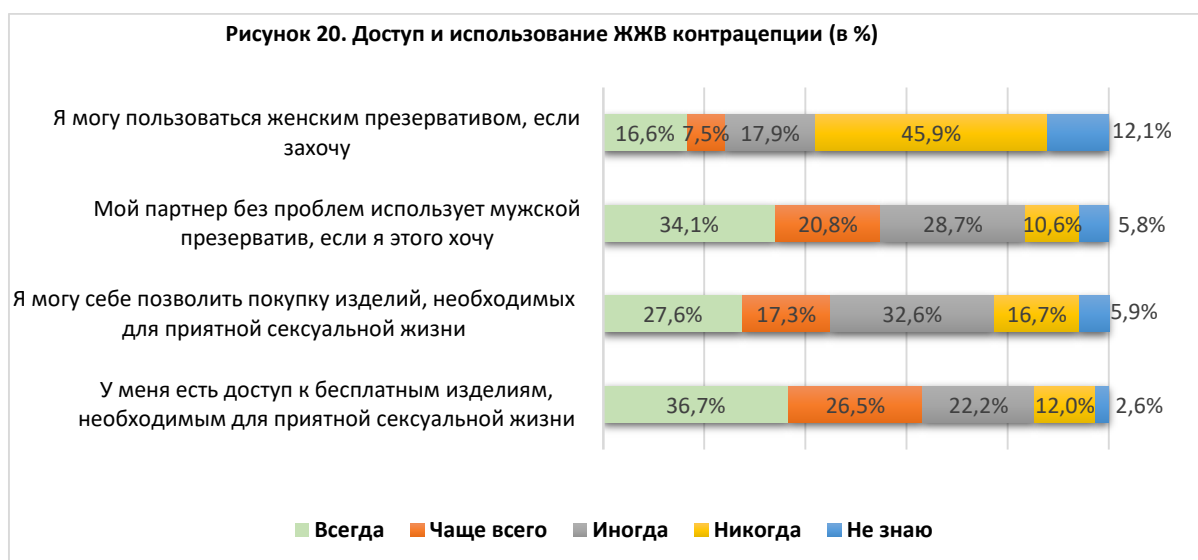
Со слов респондентов около 57% занимаются сексом тогда, когда хочет их партнер(ы) и 55% занимаются сексом для удовлетворения своего партнера. Среди опрошенных менее половины (42,5%) занимаются сексом по их желанию. Чуть более 30% часто сами проявляют инициативу заняться сексом.

Следует обратить внимание на ответы по безопасности сексуальных отношений. Только 58% ЖЖВ отметили, что «всегда и чаще всего» могут заниматься сексом, не опасаясь передачи ВИЧ своему партнеру (ам). При этом чувствуют себя в безопасности со своим партнером (ами) «всегда и чаще всего» 61%. Каждая четвертая женщина, судя по ответам, только иногда может заниматься сексом, не опасаясь передачи ВИЧ своему партнеру (ам) и сама себя чувствуют в безопасности со своим партнером (ами). При этом немалая доля опрошенных либо «никогда» не чувствуют себя в безопасности с партнером (ами), либо не может оценить ситуацию. Еще выше процент женщин, которые опасаются передачи ВИЧ своему партнеру.

Таблица 7. Оценки респондентов безопасности секса со своим (ми) партнерами (в %).

	Всегда	Чаще всего	Иногда	Никогда	Не знаю
Я могу заниматься сексом, не опасаясь передачи ВИЧ своему партнеру (ам)	39,9	17,7	25,8	8,8	7,8
Я чувствую себя в безопасности с моим партнером (ами)	41,6	19,8	25,8	7,1	5,7

Для сексуального поведения ЖЖВ очень важны еще два условия: правильное и постоянное использование презервативов и регулярное обследование на инфекции, передающиеся половым путем. Согласно ответам 55% респондентов их партнер без проблем использует мужской презерватив, если они его просят. Только иногда партнеры выполняют это условие у 28,7% ЖЖВ. Около 11% партнеров никогда не используют презерватив по желанию опрошенных. Около 6% затруднились дать ответ.



Вызывает тревогу информация о том, что только менее половины респондентов (42%) при желании могут пользоваться женским презервативом. Из них: всегда могут пользоваться – 16,6%, чаще всего – 7,5%, иногда – 17,9%. При этом около 46% никогда не пользуются женским презервативом. Чуть более 12% затруднились ответить, что может быть связано и с тем, что они вообще не знают, что такое «женский презерватив».

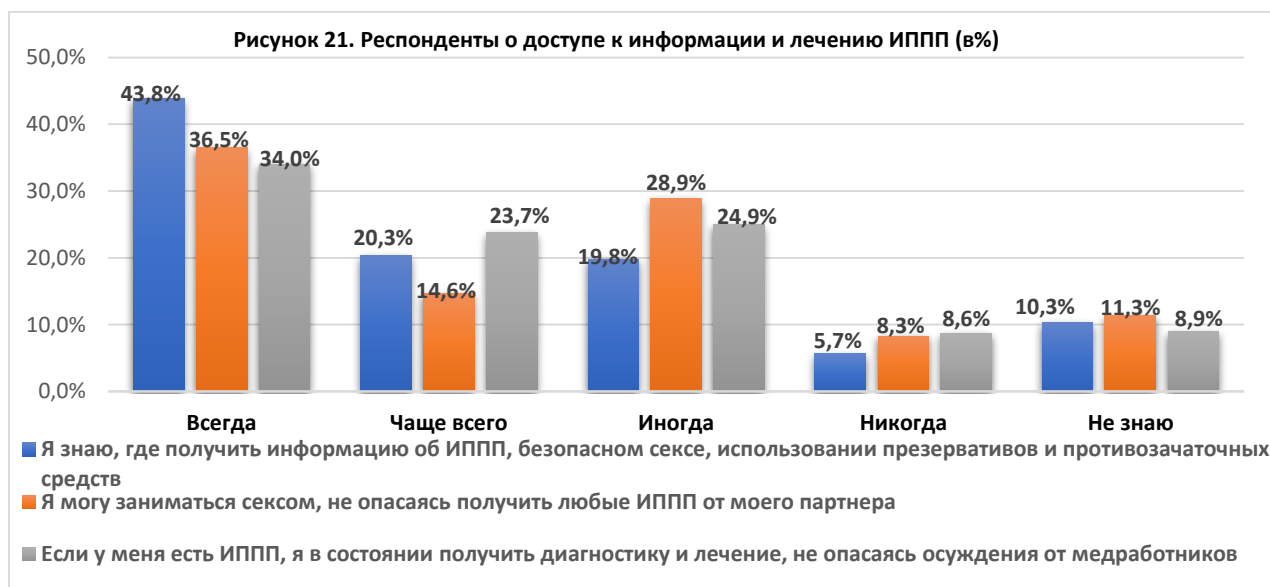
Одной из причин не использования, судя по ответам ЖЖВ, может выступать и ограниченный доступ к средствам контрацепции. Только 63,2% респондентов имеют доступ к контрацепции всегда или чаще всего. У каждой третьей женщины либо никогда нет доступа к бесплатным изделиям, необходимым для приятной сексуальной жизни, включая презервативы, либо только иногда. Около 3% затруднились ответить.

При этом доступ молодых ЖЖВ в возрасте 18-29 лет, по сравнению с более старшими женщинами, более ограничен к бесплатным средствам контрацепции. Если среди возрастной группы 18-29 лет только 52% имеют доступ к этим средствам, то среди группы 40-49 лет 74%.

Покупку изделий, необходимых для приятной сексуальной жизни могут позволить себе всегда около 28%, чаще всего – чуть более 17%, иногда – примерно каждая третья ЖЖВ.

На отношении к использованию презервативов может сказаться и распространение псевдорелигиозных стереотипов о запрете на использование контрацепции. В связи с этим в работе по профилактике ВИЧ среди населения на основе сотрудничества с религиозными организациями целесообразно обратить внимание на перечень причин, принятых религиозными законодателями, по которым допускается и не допускается применение контрацепции (см. приложение 4)¹²

Для наших респондентов очень актуальны вопросы регулярного обследования на инфекции, передающиеся половым путем, так как только около 37% могут постоянно заниматься сексом, не опасаясь получить любые ИППП от своего партнера. Чаще всего такая возможность фиксируется у 14,6%. Около 29% уверены в безопасности получения ИППП только иногда. Чуть более 8% никогда не уверены в том, что не подвергнутся ИППП. Свыше 11% затруднились оценить данную ситуацию.



При этом примерно только каждая третья женщина полностью уверена в том, что в случае наличия ИППП, она сможет получить диагностику и лечение, не опасаясь осуждения от медработников. Чаще всего могут получить адекватную диагностику и лечение ИППП около 24% женщин. Каждая пятая опрошенная имеет такую возможность только иногда.

¹² Абдел Рахим Омран. Планирование семьи в толковании ислама. Перевод с английского. Душанбе, 2001, с.53-54.

При этом примерно по 9% ЖЖВ считают, что никогда не смогут получить необходимые услуги по ИППП без осуждения медработников.

С доступом к информации об ИППП, безопасном сексе, использовании презервативов и противозачаточных средств картина фиксируется чуть получше. Почти 44% точно знают, где можно получить необходимую для них информацию об ИППП. Чуть более 20% чаще всего знают эти источники. Но при этом достаточно большая группа ЖЖВ, которые только иногда знают эти источники, либо вообще никогда не знают, либо затрудняются оценить свои возможности (соответственно 19,8%, 5,7% и 10,3%).

Следует отметить, что возраст, место проживания, как правило не оказывает существенного влияния на те или иные вопросы по безопасному сексу и получению услуг. Единственное, что следует отметить – это более высокий уровень осведомленности у более молодых ЖЖВ по источникам информации об ИППП.

Среди факторов, наиболее воздействующих на информированность, доступность различных услуг в сфере безопасного секса является уровень образования респондентов. Чем выше уровень образования, тем шире возможности. К примеру, если среди ЖЖВ с высшим образованием 75% знают, где можно получить необходимую для них информацию об ИППП, то среди респондентов без образования или с начальным образованием, только 37%.

Все негативные факторы, которые мешают ЖЖВ наслаждаться сексуальной жизнью можно объединить по четырем группам: связанные со статусом и состоянием здоровья, с отсутствием партнера, условиями жизни и ограниченным доступом к услугам СРЗ. Немалая часть респондентов (20%) затруднились обозначить наиболее значимые факторы.

Рисунок 22. Негативные факторы, мешающие ЖЖВ наслаждаться сексуальной жизнью.



По мнению подавляющего большинства участников фокус групп одна из острых проблем ЖЖВ – это проблема жилья. Как правило, даже замужние женщины живут в доме родителей мужа, который оформлен на них или братьев мужа, других родственников. Из-за этого очень часто возникают семейные конфликты, скандалы. Нередко после того, как родственники узнают о статусе, женщину с детьми просто на просто выгоняют из дома.

Среди позитивных факторов, помогающих или которые могут помочь женщине иметь приятную сексуальную жизнь, наиболее часто обозначенные по иерархии, назывались такие, как:

- ✓ Поддержка со стороны мужа/партнера
- ✓ Хорошее здоровье самой женщины и партнера
- ✓ Выйти замуж
- ✓ Быть равноправной с мужем
- ✓ Отдельное жилье от родителей мужа/ моих родителей
- ✓ Отсутствие страха заразить партнера и др.

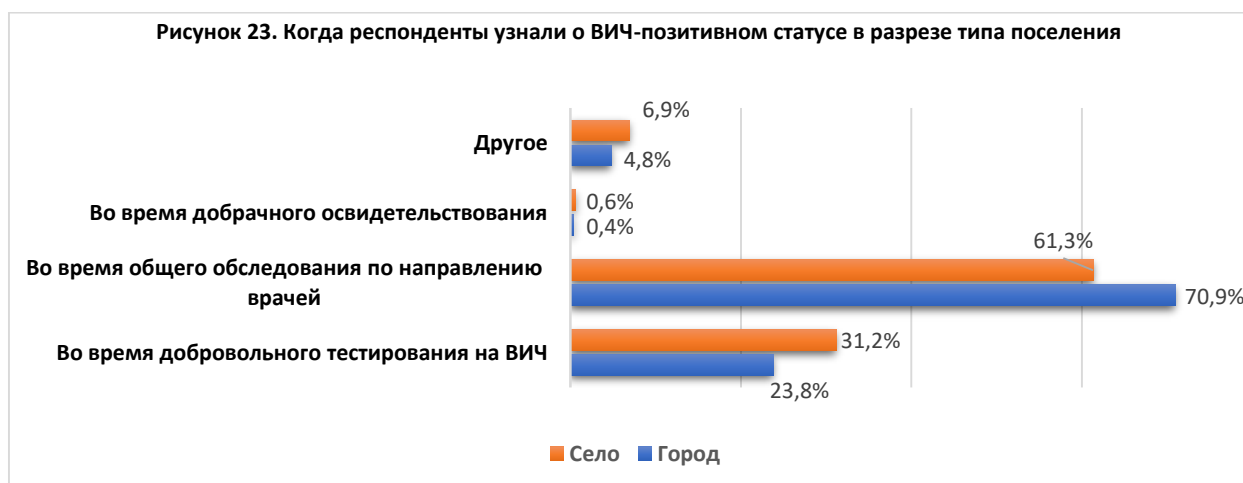
Согласно результатам опроса в сфере сексуального здоровья и безопасности ЖЖВ испытывают наибольшие потребности в психологической помощи. При этом они очень заинтересованы в создании или расширении групп взаимопомощи, получении поддержки со стороны общественных и других организаций помочь наладить взаимопонимание с членами семьи и родственниками. Не менее востребованной является и правовая помощь в решении различных семейных и других проблем.

5.2.Беременность и способность забеременеть (фертильность)

Ответственное отношение женщин к вопросам беременности, независимо она из числа общего населения, или женщин, живущих с ВИЧ, является ключевым условием рождения здорового ребенка. При этом ответственность должна проявляться не только на когнитивном уровне, но и на эмоциональном, и на поведенческом уровне.

Важность соблюдения этого условия еще больше высвечивается на фоне полученной информации по вопросу тестирования во время беременности и наличия незапланированных беременностей. Согласно ответам респондентов только каждая вторая женщина добровольно про тестировалась на ВИЧ во время беременности. При этом практически у каждой второй женщины была одна или несколько незапланированных беременностей.

Подавляющая часть опрошенных узнала о своем ВИЧ-положительном статусе во время общего обследования (66,8%). Во время добровольного тестирования на ВИЧ о своем статусе узнали только 27%%. По полученным данным среди сельских женщин выше доля респондентов, узнавших о своем ВИЧ-положительном статусе во время добровольного тестирования на ВИЧ.



Фиксируются значительные различия по этому вопросу в разрез регионов. Если в г.Душанбе во время добровольного тестирования узнали 14%, в Хатлонской области – 9%, то в Согдийской области – 36%, в РРП – 49%. При этом во время беременности большее

число ЖЖВ узнали о своем ВИЧ-положительном статусе в Хатлонской области (39%) и РРП (31%), по сравнению с Душанбе (24%) и Согдийской областью (21%).

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), репродуктивное здоровье - это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней во всех сферах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов. Репродуктивное здоровье согласно описанию, данному в Программе действий Международной конференции по народонаселению и развитию, связано с возможностью иметь детей и свободой принимать обдуманные, свободные и ответственные решения. Оно также включает в себя доступ к ряду товаров, услуг, учреждений и информации в области репродуктивного здоровья, позволяющих лицам принимать обдуманные, свободные и ответственные решения относительно их репродуктивного поведения¹³.

У женщин с ВИЧ есть такое же право, как и у всех женщин, делать выбор: хотят ли они иметь детей и если хотят, то когда. И делать этот выбор в безопасном и благоприятном окружении, зная, что могут быть здоровыми матерями здоровых детей. Или, наоборот, иметь поддержку в их выборе не иметь детей, если они этого не хотят.

По мнению большей части опрошенных ЖЖВ (76,3%) они могут сделать выбор и решить **иметь ребенка** (первого, второго, и т.д.), не опасаясь, что скажут люди. При этом число женщин при принятии решения **не иметь ребенка** без оглядки на окружающих чуть меньше (68,6%).

Следует отметить, что на принятие решение об отказе иметь ребенка место проживания (город и село) не оказывает существенного влияния, но по возрасту фиксируются некоторые различия. Молодой возрастной когорте 18-29 лет, по сравнению с группой 30-49 лет, сложнее решиться на этот шаг.

Очень важно, что большинство респондентов получили поддержку в решении иметь или не иметь детей как со стороны партнера (80,8%), так и семьи (73,5%), и медицинского работника (71,1%). Следует отметить, что городские медработники и члены семьи, по сравнению с сельскими, чаще поддерживали женщин в этом решении.

Однако не малая часть опрошенных ЖЖВ подвергалась давлению со стороны родственников, медицинских работников при принятии решения иметь ребенка.

Во время беременности я обратилась в нашу поликлинику. Врач гинеколог всячески уговаривала меня сделать аборт и говорила, что зачем рожать больного ребенка, живите для себя. Я не послушала ее, родила здорового ребенка. Когда лежала в роддоме на сохранении, медсестра, когда узнала о моем диагнозе запретила мне ходить в общий туалет по причине того, что у меня ВИЧ.

ЖЖВ, 39-лет, г. Душанбе, имеет 4-детей.

Я хотела ребенка, и я посоветовалась с мужем. Мы оба имеем положительный ВИЧ статус. Он был положительно настроен и его родители. Но мои родители всячески шли против нашего решения, мотивируя это тем, что зачем нам больной ребенок. Они думали, что, если я рожаю ребенка он будет патологически больным ребенком. Они приводили врачей для консультации, которые подтверждали слова моих родителей, что и за моего положительного ВИЧ статуса у меня будет больной ребенок. Но не взирая ни на что мой ребенок здоров, и он без ВИЧ статуса.

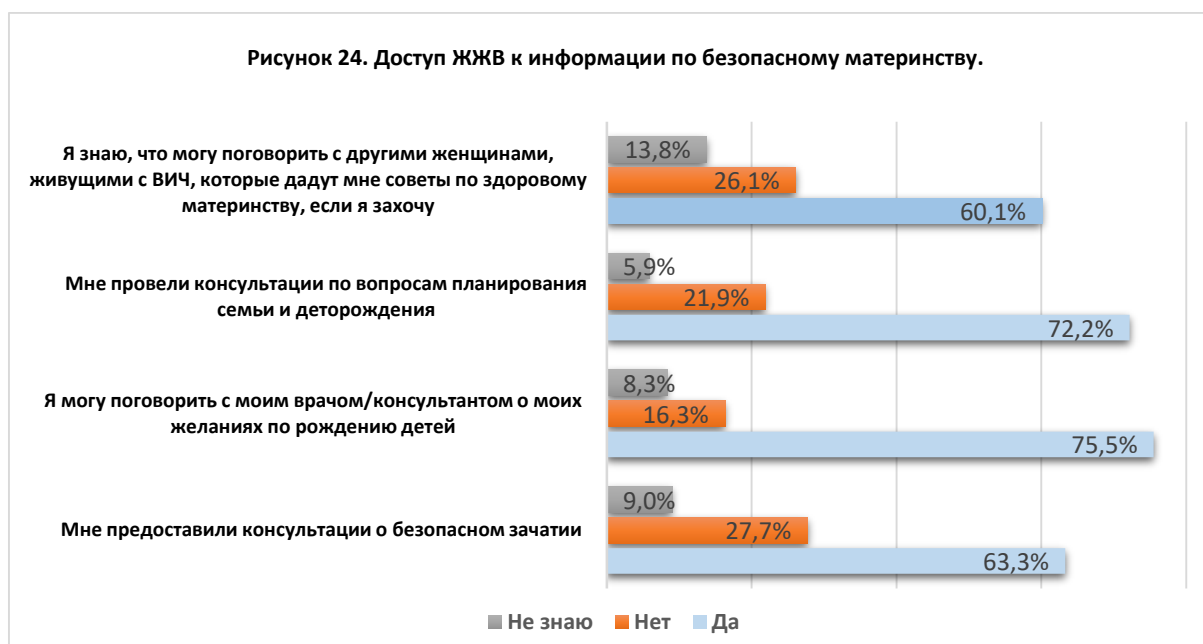
ЖЖВ, 34 года, район Рудаки, имеет 3 детей,

¹³ См. Программу действий Международной конференции по народонаселению и развитию, глава 7.

Я забеременела после инфицирования. Сначала сотрудники Центра СПИД меня отговаривали рожать. Говорили, зачем мне это надо, ребёнок может родиться больным или умереть. Поддерживал меня муж, он очень хотел ребёнка. И сотрудники общественной организации, которые пригласили меня на группу взаимопомощи, объяснили мне, что если я буду принимать лекарства и рожать путём кесарева сечения, то ребёнок будет здоров. Но, к сожалению, ребёнок умер сразу после родов.

ЖЖВ, г. Худжанд, имеет 1 ребенка

Право на репродуктивное здоровье включает в себя и право мужчин и женщин на получение информации и на доступ к безопасным и эффективным способам регулирования рождаемости, в соответствии с их выбором, а также право на доступ к надлежащим службам здравоохранения, которые могут обеспечить для женщин безопасные беременность и роды, а также создать для супружеских пар наилучшие возможности для того, чтобы иметь здорового ребенка.



Обращает на себя внимание тот факт, что большинство ЖЖВ смогли реализовать свое право на получение информации по безопасным и эффективным способам регулирования рождаемости в соответствии с их выбором, благодаря усилиям врачей и медработников.

Свыше 72% опрошенных указали, что для них провели консультации по вопросам планирования семьи и деторождения. Консультации о безопасном зачатии получили 63,3%. Около 76% могут поговорить со своим врачом/консультантом о желаниях по рождению детей. Чуть более 60% при желании могут поговорить с другими женщинами, живущими с ВИЧ, которые дадут им советы по здоровому материнству.

Как показали результаты опроса показатели по доступу к лечению, по сравнению с услугами по информации, уже значительно ниже. Согласно представленным данным в таблице 6 помощь с безопасным зачатием (т.е. не подвергая женщину или ее партнера риску передачи ВИЧ или других ИППП) получили только 54,1%. Выбрать медучреждение, где рожать ребенка смогла только каждая вторая женщина. Поддержку в принятии решений о том, как кормить ребенка, не опасаясь, что скажут люди, получили около 56%.

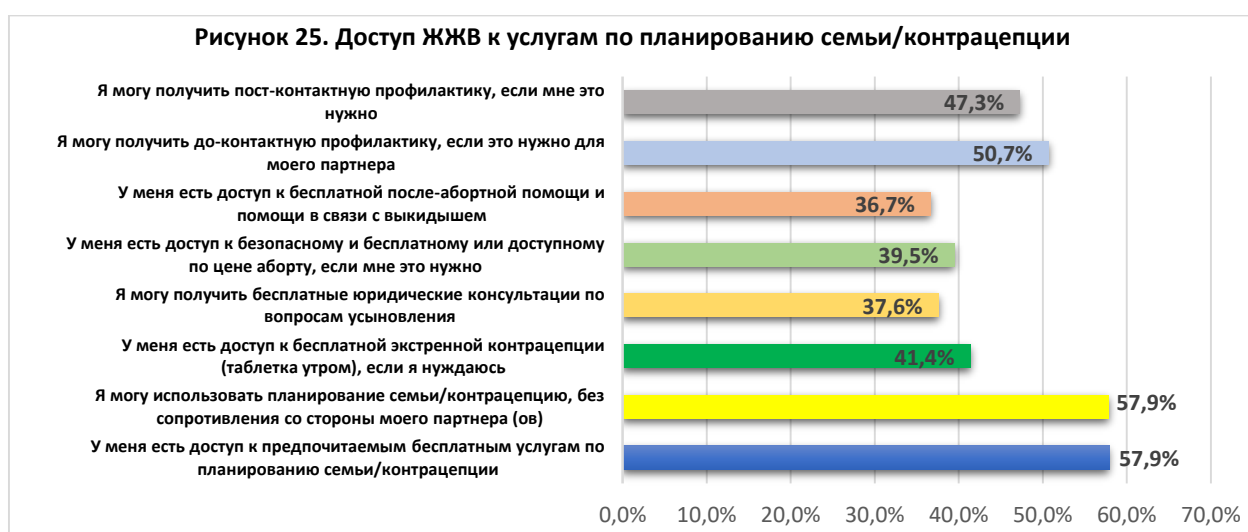
Таблица 8. Оценка респондентов доступа к услугам, связанных с беременностью и родами (в %).

	Да	Нет	Не знаю
Мне помогли с безопасным зачатием (т.е. не подвергая меня или моего партнера риску передачи ВИЧ или других ИППП)	54,3	36,0	9,7
Я получала / могу получить бесплатное лечение бесплодия, вспомогательные репродуктивные технологии, если мне это нужно	23,1	50,2	26,7
Я могла сделать выбор, где мне рожать моего ребенка	51,8	41,3	6,9
Мне была оказана поддержка в принятии решений о том, как кормить ребенка, не опасаясь, что скажут люди	55,6	30,7	13,7
Я регулярно прохожу профилактические осмотры/сдаю мазки на цитологию для ранней диагностики рака шейки матки	31,9	62,4	5,7
Я регулярно прохожу осмотры маммолога	25,9	68,9	5,2

Наиболее критическая ситуация с доступом ЖЖВ к бесплатным услугам по лечению бесплодия, вспомогательным репродуктивным технологиям. Всего 23,1% респондентов получили или смогут получить при желании это вид услуг. Каждая вторая женщина утверждает, что у нее нет доступа к этому виду лечения, а около 27% затрудняются ответить.

Не лучше ситуация с доступом респондентов к услугам по диагностике наиболее распространенных в республике онкозаболеваний рака шейки матки (31,9%) и молочной железы (25,9%).

Реализация права на выбор женщин «не иметь ребенка» тесно связана с целым комплексом услуг в сфере СРЗ. Данные, представленные на рисунке 25, наглядно демонстрируют, что среди ЖЖВ имеют доступ к предпочитаемым бесплатным услугам по планированию семьи/контрацепции и могут использовать планирование семьи/контрацепцию, без сопротивления со стороны партнера (ов) только около 58%. По другим видам услуг по планированию семьи у опрошенных еще меньше возможностей (от 36,7% до 50,7%).



Следует обратить внимание на то, что со слов респондентов в среднем только каждая вторая женщина, живущая с ВИЧ, может получить до-контактную и после-контактную профилактику, если это нужно ей или для ее партнера.

Из Руководства ЮНЕЙДС по терминологии. 2015, с.24,41.

Под до-контактной профилактикой понимаются антиретровирусные лекарственные средства, прописываемые перед контактом или возможным контактом с источником ВИЧ. В ходе ряда исследований было доказано, что ежедневная пероральная доза подходящих антиретровирусных препаратов позволяет снизить риск ВИЧ-инфицирования половым или инъекционным путём как среди мужчин, так и женщин.

Под пост-контактной профилактикой понимаются антиретровирусные лекарственные средства, принимаемые после контакта или возможного контакта с источником ВИЧ. Контакт с источником может произойти в результате профессиональной деятельности, как при травме в результате неосторожного обращения с иглами, или по причинам, не связанным с профессиональной деятельностью, как при незащищенном сексе с партнёром, имеющим ВИЧ-инфекцию.

От матери к ребенку ВИЧ может перейти во время вынашивания, при родах или с грудным молоком. По разным оценкам если мать ВИЧ-положительна, то без специальных мер профилактики риск передачи инфекции малышу во время беременности и родов составляет 20 – 45 %. Существующая профилактика антиретровирусной терапией, адекватное вирусной нагрузке родоразрешение и отказ от грудного вскармливания позволяют уменьшить риск передачи ВИЧ до 1–2 %.

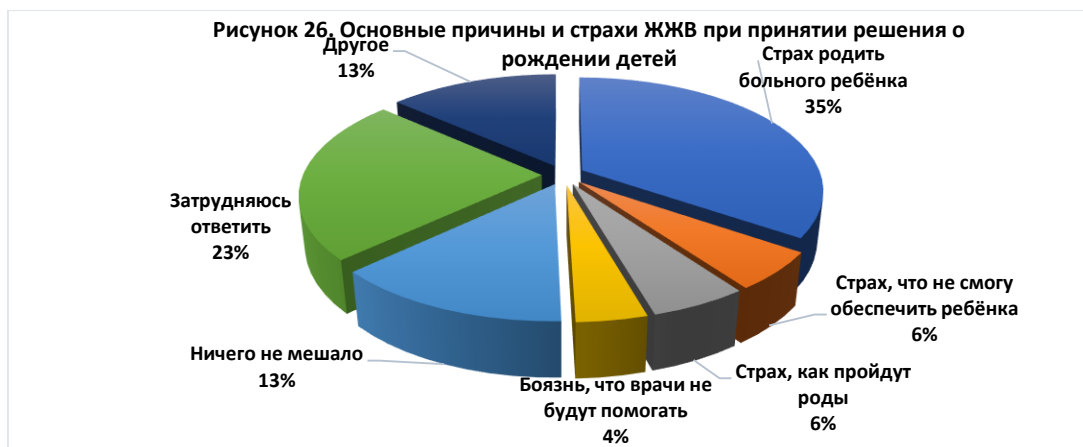
Среди ожидаемых результатов Национальной программы по противодействию эпидемии ВИЧ в РТ на 2017-2020 годы один из ключевых результатов непосредственно связан с передачей ВИЧ от матери ребенку: 1.2. Снижение уровня передачи вируса иммунодефицита человека от матери ребенку до 2% и менее к концу 2020 года.

Согласно результатам опроса каждая третья опрошенная женщина не принимала АРВ-препараты на протяжении всей беременности. На момент зачатия, со слов респондентов, АРВ-терапию принимали 44, 1%. Чуть более 45% начали принимать АРВ-препараты как профилактику во время беременности. Использование профилактики только в родах характерно для 18,3% ЖЖВ. При интерпретации этих данных необходимо учитывать, что в опросе участвовали респонденты, которые были беременны в различные годы, в том числе до 2014 года.

Ответы респондентов по профилактике детей ЖЖВ фиксируют также не утешительные результаты. Около 60% младенцев принимали сироп в первые дни жизни. Искусственными смесями со стороны детских поликлиник/центров СПИД обеспечиваются менее половины детей (47%). Анализ методом ПЦР сделали детям до 2 месяцев у 60% ЖЖВ¹⁴

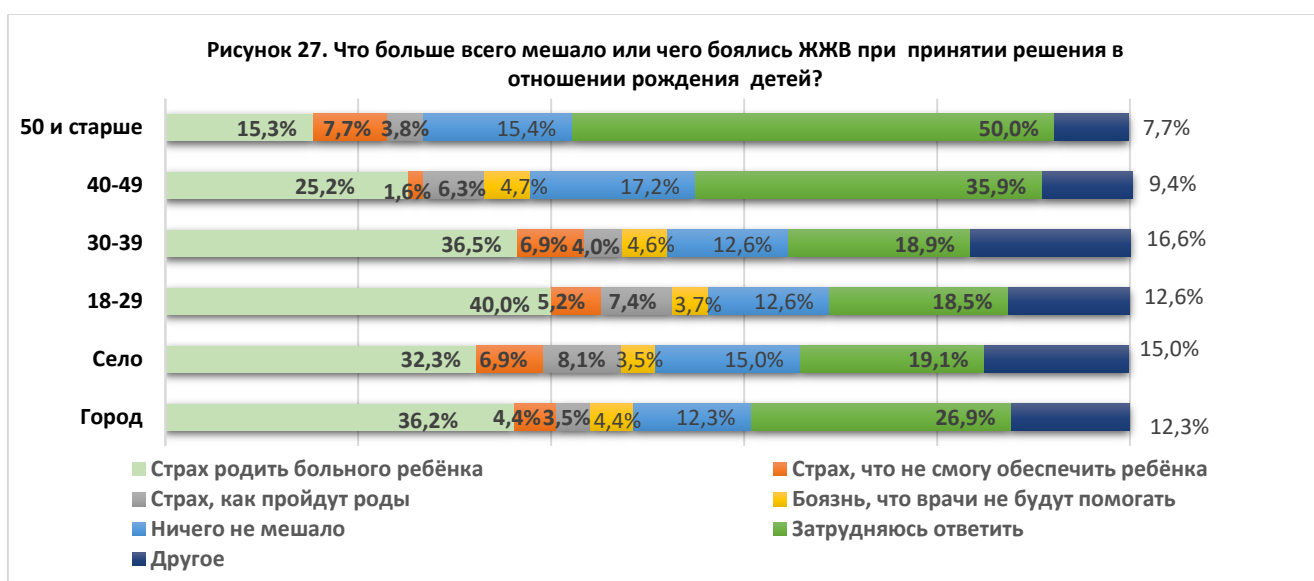
Результаты опроса показывают, что права женщин, живущих с ВИЧ в сфере СРЗ часто нарушаются, доступ женщин к услугам по СРЗ ограничен в силу множества причин, сексуальные отношения усложняются из-за проблем договариваться с партнером о безопасном сексе и др. На принятие решения женщиной иметь ребенка часто оказывается давление со стороны партнера, родственников, не квалифицированных медработников и других лиц. В результате большая часть женщин испытывает страхи и сомнения. Над принятием решения иметь или не иметь ребенка довлеет страх родить больного ребенка. В дополнение к нему женщины переживают: «а вдруг врачи не будут помогать», «не известно как пройдут роды», «смогу ли я обеспечить ребенка» и др.

¹⁴ **Полимеразная цепная реакция** – анализ крови, позволяющий с малым процентом погрешности определить присутствие заражения инфекцией в организме. Практическая суть данного способа тестирования в анализе молекул дезоксирибонуклеиновой и рибонуклеиновой кислоты.



Только не большая часть опрошенных указали на то, что им ничего не мешало при принятии решения иметь или не иметь ребенка (около 14%). Место проживания респондентов (город или село) не оказали существенного влияния на ответы респондентов. И среди городских (36,2%), и среди сельских женщин (32,3%) в перечне различных причин фиксируется наибольшее число респондентов, над которыми висел страх, что они родят больного ребенка.

Однако возрастной фактор дифференцировал переживания женщин. Если в возрастной группе 18-29 лет ключевой причиной был страх родить больного ребенка – у 40%, 30-39 лет – у 36,5%, то среди 40-49 лет – 25,2% и в группе 50 лет и старше – 15,3%. Значительное число опрошенных из групп старше 40 лет затруднились идентифицировать причины и страхи своих переживаний.



Потому не случайно опрошенные, независимо от места проживания, возраста, образования и других факторов особо обозначили потребность в психологической поддержке.

5.3. Насилие и дискриминация в отношении женщин

Насилие и дискриминация в отношении женщин, живущих с ВИЧ, является широко распространенной практикой. Гендерное насилие в отношении ЖЖВ является следствием воздействия сложившейся системы гендерных отношений в Таджикистане. С другой

стороны, ЖЖВ подвергаются насилию не только на основе половой принадлежности к женщинам, но и принадлежности к группе с ВИЧ-положительным статусом.

Европейская экономическая комиссия. Региональное совещание по обзору осуществления «Пекин+25». Женева, 29 и 30 октября 2019 года. Прекращение насилия в отношении женщин и девочек: уроки и решения из региона ЕЭК (входят и страны Центральной Азии).

2. Насилие в отношении женщин и девочек представляет собой сохраняющееся и усиливающееся явление, которое наносит значительный ущерб женщинам, детям и обществу в целом. В глобальном масштабе каждая третья женщина продолжает страдать от насилия со стороны интимного партнера. Патриархальные нормы, дискриминационные гендерные функции, гендерная дискриминация и терпимость общества к насилию в отношении женщин и девочек по-прежнему широко распространены в регионе, затрудняя доступ женщин к правосудию и снижая действенность ответных мер со стороны органов власти.

Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам в своем Замечании общего порядка № 22 (2016) о праве на сексуальное и репродуктивное здоровье подчеркивает, что *«Лица, принадлежащие к конкретным группам, могут в несоразмерно большей степени подвергаться перекрестной дискриминации в контексте сексуального и репродуктивного здоровья.такие группы, как, в частности, малоимущие женщины, инвалиды, мигранты,и лица, живущие с ВИЧ/СПИДом, чаще других подвергаются множественной дискриминации».*

Согласно результатам опроса случаи насилия и дискриминации в отношении опрошенных ЖЖВ со стороны различных людей и организаций после выявления ВИЧ-положительного статуса значительно увеличились. Женщины, живущие с ВИЧ, подвергаются дискриминации и насилию и в семье, и обществе, и со стороны интимного партнера, и со стороны других членов семьи, и со стороны медработников, и со стороны сотрудников милиции и др.



Если до выявления ВИЧ насилие со стороны членов семьи или соседа испытали 6,8% опрошенных, то после установления ВИЧ-положительного статуса в 4,5 раза больше – 30,8%. В пять с лишним раз увеличилось число ЖЖВ, подвергшихся насилию в обществе (соответственно 5,3% и 28,6%). Особо обращает на себя внимание огромный рост проявления дискриминации женщин при обращении в медицинские учреждения с 2% до 34%. Под воздействием всего этого практически каждая вторая ЖЖВ пережила страх

любых форм насилия или дискриминации. В то время как до выявления ВИЧ только около 7% респондентов испытали этот страх.

Согласно результатам опроса, фокус групповых дискуссий ЖЖВ подвергаются различным формам насилия:

- ✓ Психологическому насилию в форме оскорблений, унижений, изоляции и другое.
- ✓ Различному роду запретов на беременность и рождение ребенка, на прием АРВ – терапии, наблюдение у врачей и др.
- ✓ Физическому насилию в форме побоев и избиений, в результате которых наносится вред здоровью вплоть до тяжких.
- ✓ Экономическому насилию – не дают денег, ограничивают в еде, выгоняют из дома родственники мужа, не принимают в доме родителей и родственников самих ЖЖВ и др.

Несмотря на то, что очень часто источником ВИЧ инфекции для женщины является ее муж, она подвергается насилию и дискриминации со стороны мужа, родителей и родственников мужа. Насилие совершается не только со стороны мужа, братьев мужа, но и со стороны свекрови, золовок, жен братьев мужа.

Я постоянно подвергалась насилию со стороны моего бывшего мужа. Он избивал меня до полусмерти. Однажды он набросил на меня утюг, и он попал прямо в голову. Я упала в обморок, но никто мне не помог в это время. Муж избивал меня постоянно и обзывал спидовская. Свекровка меня не пускала к дастархану, не разрешала чтоб я с ними сидела и кушала. Она говорили не садись с нами вместе, ты можешь заразить нас., Самая обидное то, что мой муж был ВИЧ инфицирован, но меня никогда не поддерживал, а наоборот всегда унижал избивал.

ЖЖВ, 42 года, Нурек, разведена.

Муж издевался и избивал меня. Я не знала куда обратиться, он сам инфицировал меня, но не считал себя виноватым. Были случаи, когда закрывал дверь и уходил из дома, я оставалась без еды, голодная и беспомощная. Однажды он меня привязал веревкой к столбу и избивал, а после этого он ушёл, и я два дня была голодной. После такого отношения и издевательств мужа от беспомощности я ушла к своим родителям. Но ситуация не улучшилась, мои братья дискриминировали меня. Они говорили мне, не садись с нами, не ешь вместе с нами, ты можешь инфицировать нас. Мама была тоже против меня и говорила лучше было бы чтобы ты не родилась в нашей семье.

ЖЖВ, 21 год, Куляб

Во время исследования было выявлено немало случаев, когда женщину просто на просто выгоняли из дома, отбирали детей и не давали видеться с ними.

Я не знаю, как и от куда инфицировалась ВИЧ. После того как мне поставили диагноз семья мужа узнала о моем статусе. Муж не поддерживал меня содействовал в том, чтобы меня из дома выгнали. Они меня опозорили перед всеми соседями и до сих пор всем, кого они видят из моих знакомых говорят, что я живу с ВИЧ. Они отняли у меня моих детей, настроили против меня и не пускают чтоб я их видела. Сделали так что дети не навидели меня, наверно про меня все что есть в мире плохое они сказали, наверно поэтому мои дети избегают меня.

ЖЖВ, Шахринау, 35 лет.

Четыре ЖЖВ - участницы фокус группы рассказали о жутких случаях физического и психологического насилия со стороны мужей-наркопотребителей. При этом ни свекровь, ни братья мужа, ни другие родственники не защищали их.

Распространению насилия против ЖЖВ в семье способствует воздействие целого комплекса факторов: социально-экономических, социально-культурных и социально-психологических.

Долговременное воздействие ряда отрицательных факторов на мужчин и других членов семьи, таких как потеря работы, или ее полное отсутствие, гендерные стереотипы, а также употребление алкоголя, наркотиков и другое негативно отражаются на положении семьи и способствуют жестокости по отношению к женщинам, живущим с ВИЧ. Насилие мужчин по отношению к женщинам является прямым следствием существующего неравенства в отношениях между ними, которое порождает убежденность мужчин в необходимости обеспечивать и поддерживать свою власть и контроль в семейных отношениях.

Многие ЖЖВ не нашли поддержки и помощи и со стороны своих родителей, родственников.

После того как мои близкие узнали, что я ВИЧ инфицирована, все от меня отказались. А брат меня силой выгнал из дома. Когда я направилась к родственникам, то меня и там не приняли, все говорили, что я больная и много других оскорбляющих слов.

На работе, как только стало известно, что я ВИЧ инфицированная, меня сразу уволили. Я не знала, что мне делать я осталась без работы. Как-то я хотела зайти на работу за своими вещами, но меня охрана ни в какую не пускала. Более того охранник сначала меня сильно толкнул от чего я упала, а после того, как я встала ударил и сказал «если ты еще раз придешь сюда, то тебе будет хуже».

ЖЖВ, 34 года, р-н Рудаки, сейчас живет в Душанбе в общежития, имеет 3 детей

Насилие и дискриминацию ЖЖВ испытывают и от сотрудников милиции. Участники исследования рассказывали о том, что при обращении к ним за помощью, они, наоборот, пугали и унижали. Кроме этого, в нарушение элементарных прав обзывали знакомых ЖЖВ, рассказывали об их статусе и требовали, чтобы знакомые прошли тестирование на ВИЧ.

Когда я столкнулась со случаем насилия и дискриминации на почве ВИЧ статуса, я обратилась в органы милиции. Но и там я не смогла найти помощи. В отделении милиции не приняли мое заявление и сказали, в том, что я больна никто не виноват и когда меня побьют или убьют тогда, я могу прийти и обратиться к ним.

ЖЖВ, 40 лет, г. Душанбе.

Сотрудники милиции, взяв мои данные из Центра СПИД, без моего ведома сделали детализацию моих звонков. Звонили всем моим знакомым и родственникам. Вызывали всех, кто был в контактах моего телефона в милицию, направляли на обследование на ВИЧ, всем раскрыли мой статус, брали с них объяснительные – кто они мне и почему со мной общаются. Потом вызвали меня в отдел. Спрашивали кому и почему я звонила, обвиняли меня в том, что я заражаю других людей, угрожали, говорили, что посадят меня в тюрьму.

Я обратилась в Центр СПИД. Они поддержали меня, успокоили, дали мне хорошую характеристику, и сотрудники милиции извинились и отпустили меня.

ЖЖВ, Куляб, 24 года.

В адрес лечащих врачей были высказаны преимущественно положительные отзывы. Некоторые респонденты рассказывали и были очень благодарны врачам из общей системы медучреждений.

Не давно обращалась, в центр по репродуктивному здоровью и меня поразило, как вел себя медицинский персонал. Не взирая на то, что они все квалифицированные врачи, они боялись ко мне подойти и обращались ко мне как к прокаженной за-за моего положительного ВИЧ статуса. Они стигматизировали меня и в конце перенаправили к эпидемиологу, ссылаясь на то, что я сначала должна сходить именно к нему. При этом у меня были все документы, также я предоставила им справку о не выявляемой вирусной нагрузке. Но, несмотря на это, они меня не приняли. Больше всего меня задел их непрофессионализм и то, что именно врачи меня стигматизировали. ЖЖВ, 28 лет.

Когда я лежала в роддоме, я сказала о своём статусе акушерке. Она рассказала об этом моей соседке, и та рассказала всему дому. Соседи стали меня терроризировать, говорить, что я больная и заражаю других. Моя подруга, зная о моем статусе, приводила мне своих детей, чтобы я за ними

присматривала. Но соседи и участковый все время говорили, что мне нельзя смотреть за детьми. Я стала пускать квартирантов, домком говорил квартирантам, что я инфицированная. Не давали мне заработать. Если я брала смотреть детей, они говорили родителям этих детей, что я больна и мне нельзя общаться с детьми. Если я пускала квартирантов, соседи сообщали о моей болезни квартирантам. Никто из родственников со мной не общается после того, как узнали о моем статусе, меня не приглашают ни на какие мероприятия ни родственники, ни соседи. Полностью отделили меня от общества. Я постоянно плакала, обида, стыд перед соседями и родственниками, иногда бывает желание покончить с собой. Нигде не могу работать. Постоянно боюсь, что узнают и опять выгонят. ЖЖВ, 30 лет, Гиссар, 1 ребенок.

Я обратилась к окулисту областной больницы. Он осмотрел меня и назначил лечение. Перед уходом я сказала ему о своём ВИЧ-статусе. Врач сказал мне прийти в понедельник. Когда я пришла в понедельник, врач мне сказал, что я здорова и все у меня в порядке. Я обратилась в Облздрав к куратору по СПИД. Она позвонила главврачу областной больницы, чтобы меня приняли и пролечили. Главврач направил меня к другому врачу, тот врач отправил меня к третьему. А третий врач сказал опять прийти в понедельник. После этого я больше не пошла в больницу. Я испугалась, что после моей жалобы они сделают мне хуже.

ЖЖВ, 45 лет, г.Худжанд

5.4. Психическое здоровье и ВИЧ

Нарушения психического здоровья тесно связаны с ВИЧ. Лишь в единичных случаях ВИЧ-инфицированные люди могут быть психологически подготовлены к возникшей ситуации.

Если до выявления ВИЧ-инфекции у не большой части ЖЖВ проявлялись те или иные нарушения психического здоровья, то после выявления ВИЧ эти нарушения практически характерны для большинства. Как видно из данных таблицы 9 подавляющая часть опрошенных испытывает состояние депрессии, стыда, растерянности, ощущение беспомощности, невозможности самостоятельно разобраться в ситуации и определиться со своими дальнейшими планами.

Судя по ответам респондентов, большинство испытали первоначально шок от полученного положительного анализа на «ВИЧ-инфекцию» и свыше 63% не желали принять свой диагноз.

Таблица 9. Состояния, которые переживали ЖЖВ длительный период (более 1 месяца), в том числе из-за диагноза по ВИЧ.

	До того, как у меня выявили ВИЧ	Начиная с момента, когда у меня выявили ВИЧ	Из-за диагноза по ВИЧ	Никогда	Затрудняется ответить
Депрессия	26,3%	46,8%	17,3%	8,0%	1,8%
Стыд	12,3%	43,5%	25,0%	15,8%	3,5%
Самообвинение	6,3%	31,5%	21,3%	35,3%	5,8%
Проблемы низкой самооценки	6,0%	33,5%	23,5%	31,0%	6,0%
Отрицание, нежелание принять свой диагноз	3,8%	51,0%	16,3%	21,8%	7,3%
Сильное чувство изоляции	6,5%	37,8%	23,8%	27,0%	5,0%
Тревога / страх / панические атаки	9,3%	48,3%	26,3%	14,3%	2,0%

Бессонница / проблемы со сном	10,0%	41,8%	21,0%	23,5%	3,8%
Анорексия / Трудности с едой	12,3%	31,8%	17,8%	34,3%	4,0%
Сложность с выходом на улицу и пребыванием в социуме	4,0%	29,8%	23,5%	37,5%	5,3%
Одиночество	5,5%	36,3%	20,8%	35,0%	2,5%
Суицидальные мысли	2,8%	24,0%	15,3%	54,5%	3,5%
Посттравматическое стрессовое расстройство	3,8%	31,8%	14,5%	43,8%	6,3%
Злоупотребление наркотиками и /или алкоголем	2,3%	9,3%	3,8%	72,5%	12,3%

Возникающие психологические трудности и стигма, дискриминация оказывают не меньшее влияние на женщин, чем сама болезнь. Все это вызывает множество стрессов и трудностей в межличностном общении с другими людьми, боязнь заразить своего партнера, страх, что все узнают о ее статусе. Любые психологические проблемы влияют на качество жизни человека.

Свыше 64% респондентов отметили, что они длительный период испытывают депрессию, около 75% - тревогу, страх, около 62% угнетает сильное чувство изоляции, у 57% состояние одиночества и проблемы низкой самооценки. Около 40% испытали мысли и желание о суициде.

После того как выяснилось, что я ВИЧ инфицирована от меня ушел муж. Оказалось, что он был здоров и не был ВИЧ инфицирован. То что он от меня ушел я восприняла сначала это как предательство, но потом начала себя стигматизировать и более 2 месяцев была в депрессии, по ночам я не могла уснуть, постоянно думая о суициде. Но я во время встретила хороших специалистов, которые мне объяснили, что ВИЧ - это не смертный приговор и что многие люди живут с ВИЧ статусом.

ЖЖВ, г.Худжанд, 26 лет.

У меня часто бывает депрессия из-за болезни, когда чувствую себя плохо, думаю о том, что, наверное, скоро умру, из-за этого становится совсем плохо. Здесь, в городе, знают только в Центре СПИД, мой врач гинеколог и сотрудники общественной организации. В моем кишлаке никто не знает, ни родственники, ни соседи. Постоянно боюсь, что они узнают и все от меня отвернутся, выгонят из дома. Иногда состояние здоровья сильно ухудшается и не знаю, то ли это из-за инфекции, то ли из-за, постоянных плохих мыслей, депрессии, страха, стыда и обиды.

ЖЖВ, г.Бохтар, 23 года.

Как уже отмечалось в предыдущих разделах, ЖЖВ испытывают острую потребность в психологической поддержке, заинтересованы в расширении групп взаимопомощи, в создании круглосуточного телефона доверия и другое.

5.5.Лечение ВИЧ-инфекции и побочные эффекты.

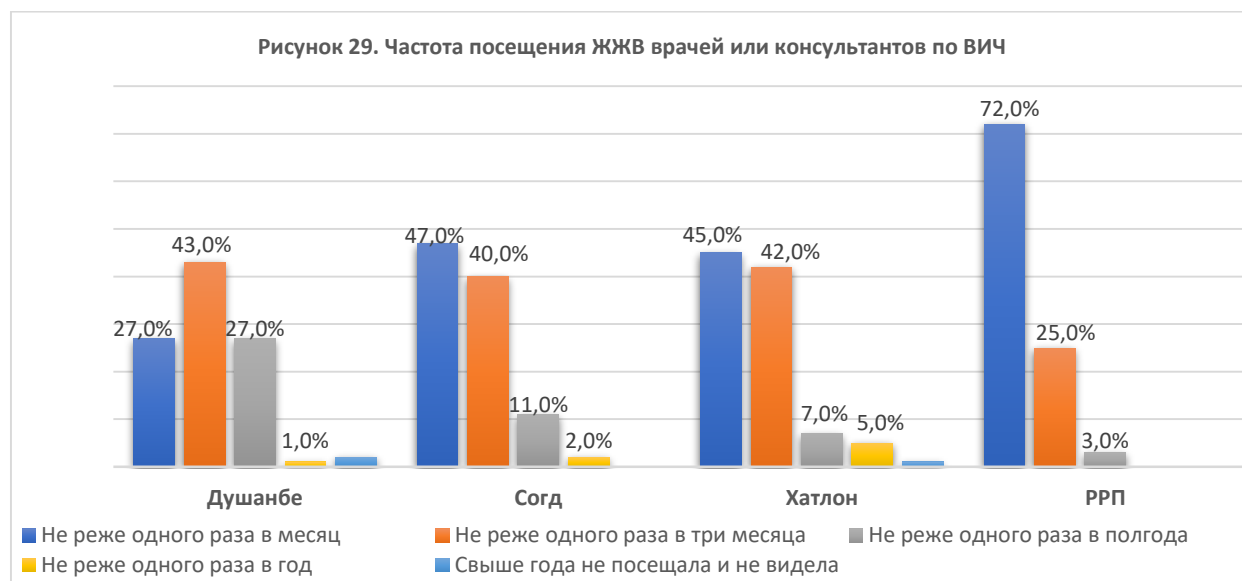
В рамках реализации стратегии ЮНЭЙДС на 2016-2021 годы «Ускорение мер для прекращения эпидемии СПИД» и Национальной программы по противодействию эпидемии вируса иммунодефицита человека в РТ на 2017-2020 годы в Таджикистане из года в год расширяется охват ЛЖВ антиретровирусной терапией.

В целях как можно большего охвата людей, живущих с ВИЧ, спасительным для них лечением (АРТ), в республике осуществлён переход на рекомендации ВОЗ по назначению пациентам (взрослые, подростки, дети) лечения в ближайшее время после установления им диагноза ВИЧ-инфекции.

Антиретровирусная терапия улучшает состояние здоровья пациентов и позволяет существенно увеличить продолжительность жизни людей, живущих с ВИЧ. Наряду с этим в последние годы в мире накоплены убедительные свидетельства того, что получение пациентами АРВ позволяет предотвратить передачу ВИЧ половым путем их партнерам, а также того, что использование АРВ препаратов ВИЧ отрицательными людьми в серодискордантных парах¹⁵ может предохранить их от заражения.¹⁶

Подавляющая часть опрошенных ЖЖВ старается более или менее регулярно посещать врачей или консультантов по ВИЧ. Около 48% посещают врачей не реже одного раза в месяц, около 38% - не реже одного раза в три месяца, 12% - не реже одного раза в полгода. При этом 2% респондентов бывают не реже одного раза в год и менее 1% - свыше года.

Как показал опрос ЖЖВ из сельской местности, по сравнению с городскими, чаще наносят визиты к врачам. Если среди городских жителей 40,5% бывают не реже одного раза в месяц, то среди сельских этот показатель составляет – 57,2%. Также среди сельских респондентов значительно меньше доля тех, кто посещает врачей с более длительным интервалом - свыше трех месяцев (7,5%), по сравнению с городскими (20,3%).



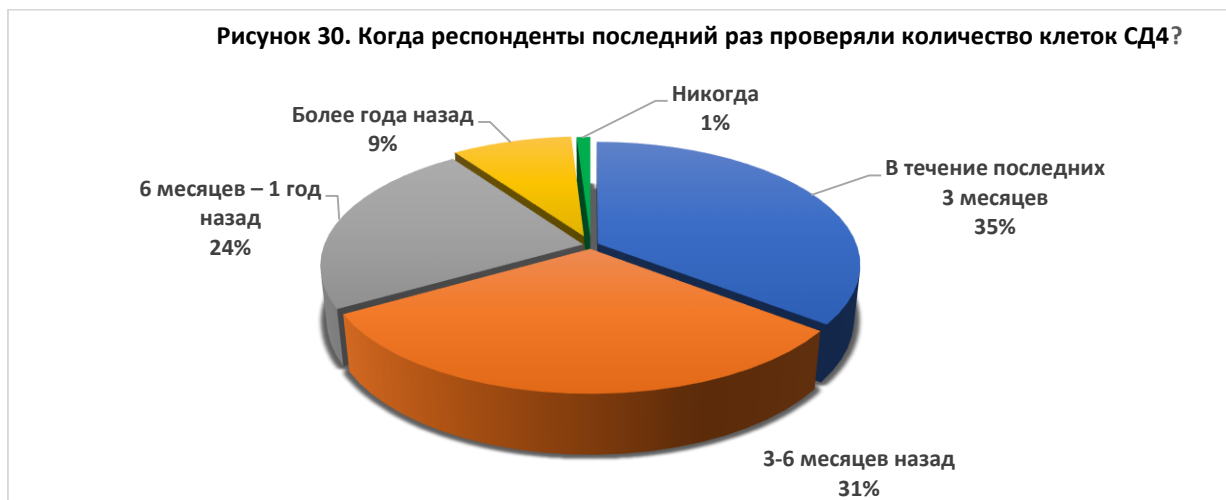
В региональном разрезе отмечаются существенные различия. Со слов респондентов в группе наиболее часто посещающих врачей большую часть составляют выходцы из РРП. К противоположной группе относятся ЖЖВ из Душанбе.

Подавляющая часть респондентов (98,5%) принимают АРВ препараты. Из 400 человек не принимают АРВ-терапию 6 человек. Из них: 3 человека из г.Душанбе, 2 – из РРП и 1 женщина из Согдийской области. В качестве причины отказа от АРВ-терапии была названа - «не считаю нужным».

¹⁵ серодискордантные пары – это пары, в которых один партнер является ВИЧ-положительным, а второй — ВИЧ-отрицательным.

¹⁶ См. ВОЗ. Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ -инфекции.2013. https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/short_summary/ru/

Для мониторинга и оценки того, как ВИЧ влияет на здоровье, используется два вида тестов: на количество клеток CD4 (показывает, насколько сильна иммунная система) и тест на вирусную нагрузку (отображает количество вируса ВИЧ в крови). В связи с этим ЖЖВ очень важно проходить регулярную проверку на количество клеток CD4 и вирусной нагрузки.

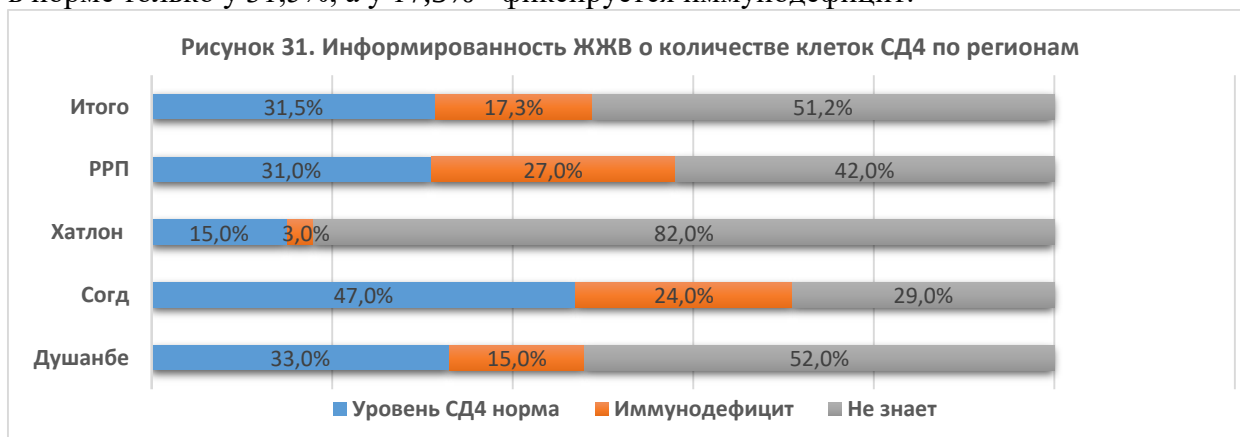


Согласно представленным данным на рисунке 30, чуть более одной трети ЖЖВ (35,5%) последний раз проверяли количество клеток CD4 в течение последних трех месяцев, 31,3% - в период от 3 до 6 последних месяцев, около 24% - от 6 месяцев до года. Вызывает беспокойство группа опрошенных, которые прошли проверку более года назад (8,8%) и 1% (4 человека), которые ни разу не проверяли количество клеток CD4.

Среди городских респондентов, по сравнению с сельскими доля лиц проходивших последнюю проверку количества клеток CD4 более года назад или вообще ни разу не проходивших контроль в два раза больше (соответственно город: 11,0% и 1,3%, село – 5,8% и 0,6%).

В разрезе регионов в критической зоне находятся наибольшее число респондентов из Согдийской области, г.Душанбе. Со слов ЖЖВ из Душанбе 10% последний раз проходили мониторинг количества клеток CD4 более года назад, а 3% - вообще никогда не проходили данную проверку. Среди опрошенных Согдийской области эти показатели еще хуже: 17% - более года назад и 1% - никогда не проходили.

Обращает на себя внимание тот факт, что примерно только половина женщин знают свой уровень CD4. Из числа осведомленных ЖЖВ, судя по ответам респондентов, уровень CD4 в норме только у 31,5%, а у 17,3% - фиксируется иммунодефицит.

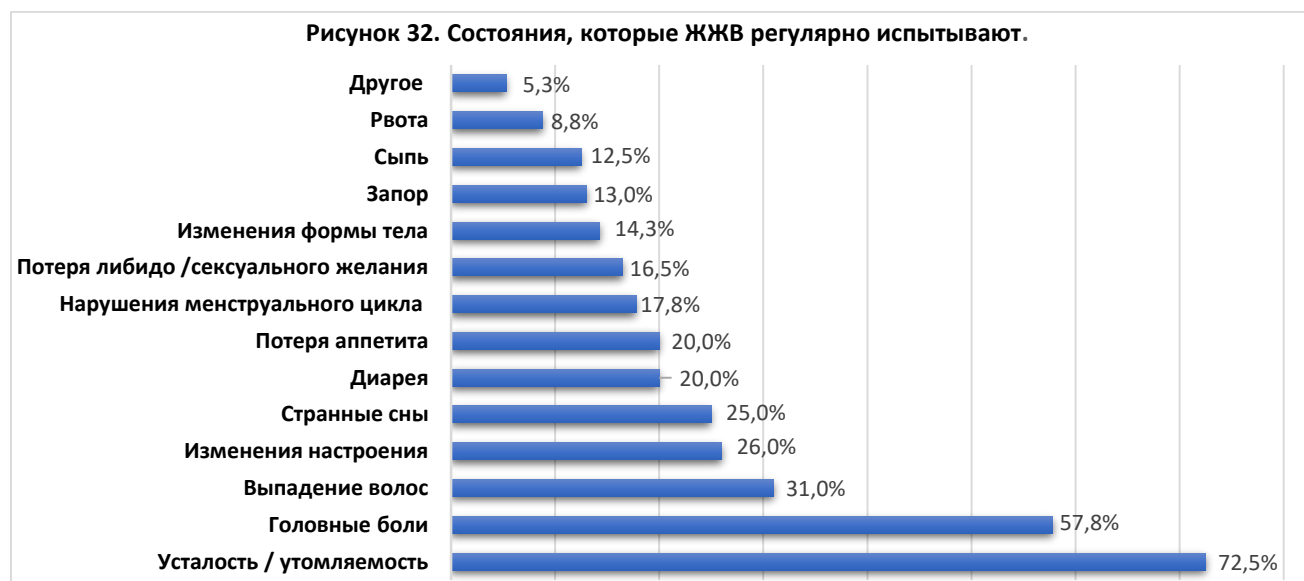


На уровень информированности респондентов в этом вопросе тип поселения (город и село) не оказал особого воздействия. Однако в разрезе регионов фиксируются существенные различия. Как видно из представленных данных рисунка 31, крайне низкий уровень осведомленности о своем уровне клеток СД4 отмечается у респондентов Хатлонской области (18%). В столице, г. Душанбе менее половины (48%) ЖЖВ знают количество клеток СД4. В свою очередь опрошенные из Согдийской области продемонстрировали высокий уровень осведомленности о состоянии своей иммунной системы (71%).

По результатам опроса каждая четвертая женщина затруднилась назвать принимаемые препараты. Со слов респондентов, знающих названия АРВ-препаратов, более половины принимают ТДФ\ FTC\ EFY-30. Остальные ответы распределились следующим образом:

- ✓ ТДФ\ ЗТС\ ДТА-14 – 11,5%
- ✓ АЗТ\ ЗТС\ EFY-4 – 6,0%
- ✓ АЗТ\ ЗТС\ НУР-2 – 2,7%
- ✓ АЗТ\ ЗТС\ ЛУР\ R-1 – 2,1%

Как показал опрос, около 9% респондентов не испытывают никаких побочных действий. Однако подавляющая часть регулярно испытывает те или иные не приятные состояния организма. Около 73% ЖЖВ жалуются на усталость/утомляемость. Около 58% мучают головные боли. Также к наиболее распространенным побочным эффектам, как наглядно демонстрирует рисунок 32, относятся выпадение волос, изменение настроения, странные сны и др.



По результатам опроса показатели по проверке вирусной нагрузки особо не отличаются от показателей по проверке на количество клеток СД4. В целом свыше 94% прошли тесты на вирусную нагрузку менее года назад. Из них: 71,6% последний раз проходили проверку менее полугода назад, 23% - от 6 месяцев до года назад.

Но также есть группы ЖЖВ, которые проходили тест более года назад (4,3%) и вообще никогда не проходили еще (1,3%). Как в случае с первым тестом среди них наибольшее число составляют респонденты из Душанбе – 8% проходили последний раз более года и 2% - вообще не проходили проверку. Но теперь к ним добавились ЖЖВ из Хатлонской

области, среди которых 8% также проходили проверку на вирусную нагрузку последний раз более года.

Как выяснилось, около 37% опрошенных не знают свою вирусную нагрузку. При этом между городскими и сельскими респондентами в этом вопросе нет разницы. В то время как регион проживания выступает дифференцирующими факторами. На общем фоне сильно выделяются опрошенные из Хатлонской области, среди которых 61% не знают свою последнюю вирусную нагрузку. Затем следуют респонденты из г. Душанбе, среди которых 36% не знают свою последнюю вирусную нагрузку. Опрошенные из РРП и Согдийской области продемонстрировали более высокий уровень осведомленности. Среди ЖЖВ из Согда 22% не знают вирусную нагрузку, а РРП – 37%.

Одним из ключевых факторов, влияющих на уровень знаний и осведомленности ЖЖВ выступает образование. Если среди респондентов без образования и с начальным образованием 69% не знают количество клеток CD4, то среди респондентов с незаконченным и высшим образованием – 42%. Такая же картина и со знанием уровня вирусной нагрузки. В то время как среди опрошенных с незаконченным и высшим образованием 27,3% не знают свою вирусную нагрузку, среди респондентов без образования и с начальным образованием этот показатель достигает 45,5%.

6. Социальные детерминанты доступа ЖЖВ к медицинским и другим социальным услугам

По определению ВОЗ, социальные детерминанты здоровья – это условия, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и стареют. Эти обстоятельства (включая системы здравоохранения) формируются в результате распределения денег, власти и ресурсов на глобальном, национальном и местном уровнях, на которые, в свою очередь, влияет проводимая политика.¹⁷

Социальные детерминанты здоровья являются основной причиной неравенства, несправедливых и предотвратимых различий в состоянии здоровья, наблюдаемых внутри стран и между ними. В системе общественного здравоохранения обычно используют термин «социальные детерминанты здоровья» для обозначения общей концепции, в которую входят не только социальные факторы, влияющие на здоровье, но также экономические и культурные факторы, состояние окружающей среды, включая и те, что регулируются законодательством и политикой или общественными нормами.¹⁸

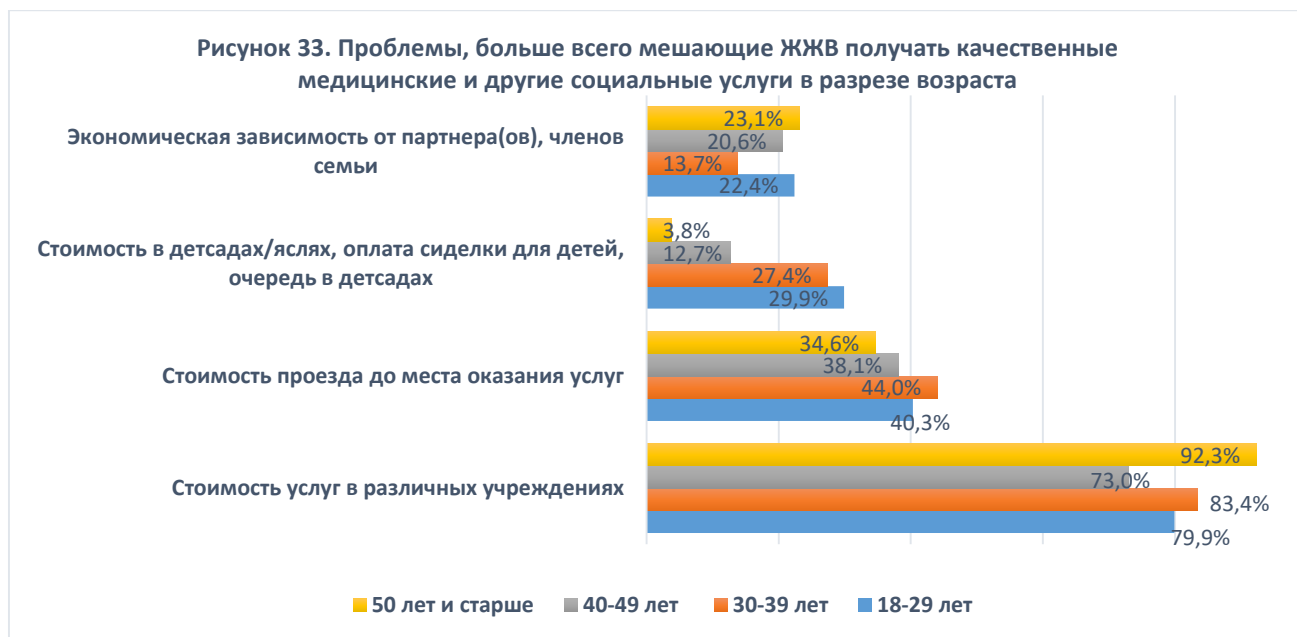
На состояние СРЗП женщин, живущих с ВИЧ, сильно влияет целый ряд социальных, культурных, политических и экономических факторов. Обеспечению СРЗП могут препятствовать, в частности, следующие из них: общественные нормы, способствующие неравенству между мужчинами и женщинами; насилие со стороны интимного партнера и гендерное насилие (НИП и ГН); стигматизация и дискриминация; отсутствие прав и возможностей у женщин и девочек; нарушения прав человека; а также наличие ограничительных и нередко репрессивных законов и мер политики, которые усугубляют уязвимость женщин, живущих с ВИЧ, и ограничивают их возможности по достижению здоровья и благополучия и осуществлению их прав. Эти же факторы создают значительные

¹⁷ https://www.who.int/social_determinants/ru/

¹⁸ См.: Руководство ЮНЭЙДС по терминологии. 2015, с.50

барьеры на пути получения и использования высококачественных услуг в сфере охраны СРЗ и услуг, связанных с ВИЧ.¹⁹

Согласно оценкам опрошенных ЖЖВ, на доступ к получению качественных медицинских и других социальных услуг влияют, в первую очередь, финансовые и экономические факторы. Как видно из данных рисунка 33, независимо от возраста, ЖЖВ среди проблем на 1 и 2 место поставили стоимость услуг в различных учреждениях и стоимость проезда до места оказания услуги. Далее идут вопросы, связанные с оплатой за дошкольные учреждения, сиделок для детей и экономическая зависимость от партнера, членов семьи.



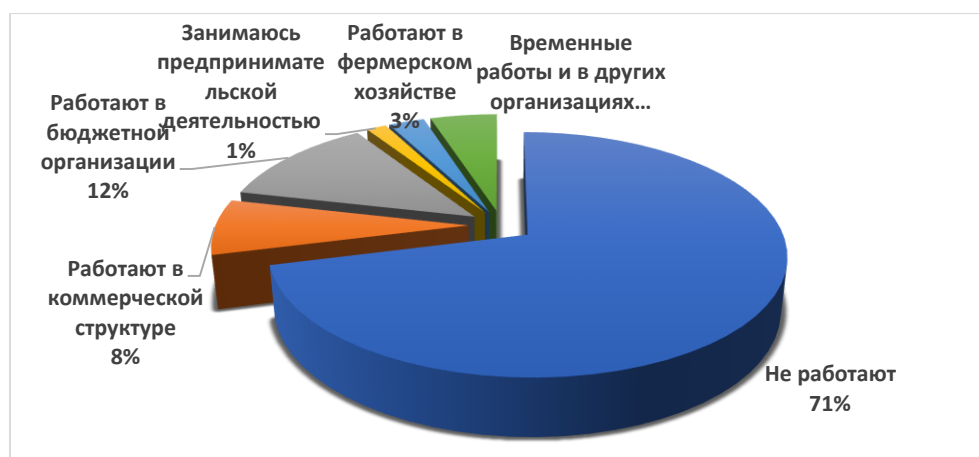
Наряду с этими проблемами немалую долю составляют проблемы, связанные со стигмой и ущемлением прав на рабочем месте в связи с ВИЧ; с разводом, вдовством; с бременем ухода за другими членами семьи, отсутствие поддержки со стороны семьи и др. (см. приложение 5).

Экономические возможности ЖЖВ.

Только каждая четвертая женщина работает в различных учреждениях или учится. Остальные женщины в силу различных причин не работают. При этом примерно каждая вторая женщина являются домохозяйкой. Примерно по 10% опрошенных являются безработными или не работают по состоянию здоровья.

Рисунок 34. Статус занятости респондентов.

¹⁹ ВОЗ. Сводное руководство по охране сексуального и репродуктивного здоровья и защите прав женщин, живущих с ВИЧ. 2018, с.23. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/srhr-women-hiv/ru/



Из общего числа в целом работающих только 59,3% работают официально. В городе процент официально работающих выше – 63,8%, в сельской местности ниже – 52,3%

Таблица 10. Статус занятости респондентов в разрезе типа поселения (в %).

	Всего	Город	Село
Учащаяся (студентка)	1,3	1,3	1,2
Работаю в коммерческой структуре	7,5	7,5	7,5
Работаю в бюджетной организации	11,3	12,3	9,8
Занимаюсь предпринимательской деятельностью	1,5	1,8	1,2
Работаю в фермерском хозяйстве	2,8	2,2	3,5
Безработная (ищу работу)	10,8	11,0	10,4
Не работаю, по состоянию здоровья	9,8	11,5	7,5
Домохозяйка	49,0	44,5	54,9
Пенсионерка	1,0	1,3	0,6
Временные, разовые работы	5,0	6,6	3,4
Всего	100,0	100,0	100,0

Не случайно среди проблем, мешающих получать качественные медицинские и другие социальные услуги, женщины выделили проблему экономической зависимости от партнера и членов семьи. Каждая вторая опрошенная является домохозяйкой. Наряду с этим часть женщин безработные или не работают по состоянию здоровья.

Определяющую роль в расширении возможностей и конкурентоспособности женщин на рынке труда играет наличие профессионального образования и специальности. Как уже отмечалось при описании социально-демографических характеристик наших респондентов, только около 21% респондентов имеют профессиональное образование, то есть владеют какой-либо специальностью. При этом высшее и неполное высшее образование только у 8,3% респондентов.

Ограниченные экономические возможности ЖЖВ обусловлены проблемами гендерного неравенства в целом в республике. В то время как доля мужчин среди занятого населения республики увеличилась с 53,4 процента в 2004 году до 59,5 процента в 2016 году, доля женщин заметно снизилась с 46,6 процента в 2004 году до 40,5 процента в 2016 году.²⁰

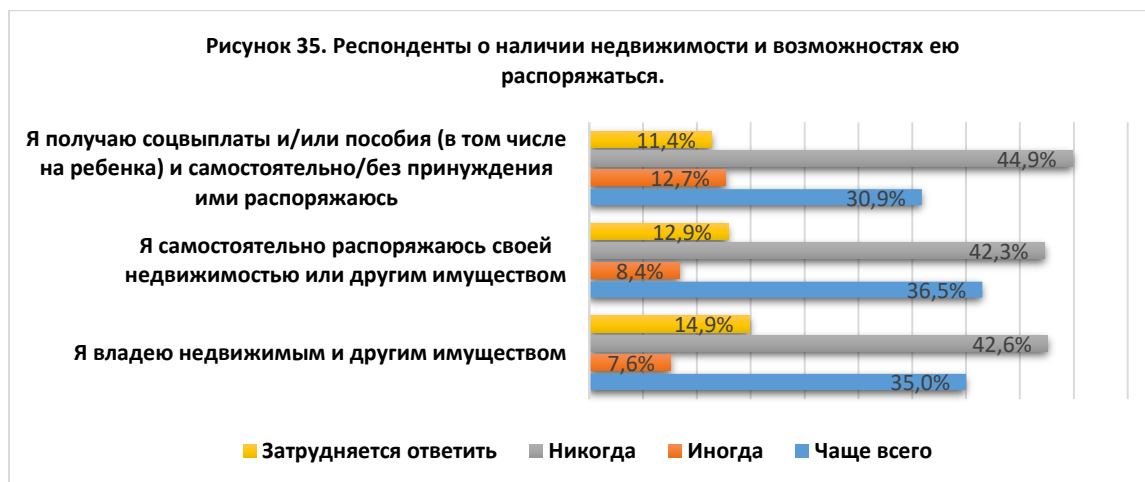
²⁰ См.: Агентство по статистике при Президенте РТ. Положение на рынке труда в РТ. (Отчет, подготовленный по результатам обследования рабочей силы, проведенного с 20 июля по 20 августа 2016 года). Душанбе. 2017. с.17.

По данным переписи населения, 2010 года доля женщин среди занятого населения республики с профессиональным образованием почти в два раза ниже, по сравнению с мужчинами. У сельских женщин еще меньше возможностей в получении профессионального образования не только по сравнению с мужчинами, но и по сравнению с городскими женщинами. Согласно данным переписи населения 2010 года, если среди занятых городских женщин 39,1% имеют профессиональное образование (высшее, неполное высшее, среднее профессиональное), то среди сельских женщин – только 8,7%.²¹

По оценке свыше 55% респондентов они постоянно зависимы от партнера. Каждая четвертая женщина отметила, что она иногда зависима от своего партнера.

При этом по мнению свыше 38% опрошенных рождение ребенка отразилось на ее карьере на работе и доходах. Однако чуть выше 16% затруднились оценить воздействие рождения ребенка на их карьеру и доходы.

Со слов респондентов 35% владеют недвижимым и другим имуществом. Около 8% иногда могут владеть недвижимым и другим имуществом. При этом из них только около 37% могут самостоятельно распоряжаться этим имуществом. Менее половины получают чаще всего социальные выплаты или пособия и могут самостоятельно ими распоряжаться. (см. рисунок 35).



У немалой части ЖЖВ единственным источником дохода является пособие по уходу за больным ребенком ВИЧ. При этом, как правило, респонденты живут в многопоколенных семьях. Средний размер домохозяйства городских респондентов составляет 6,2 человека, сельских – 8,4 человека. В домохозяйствах, в которых проживают ЖЖВ средний доход на одного члена семьи в месяц составляет 296 сомони, что примерно составляет один доллар в день.

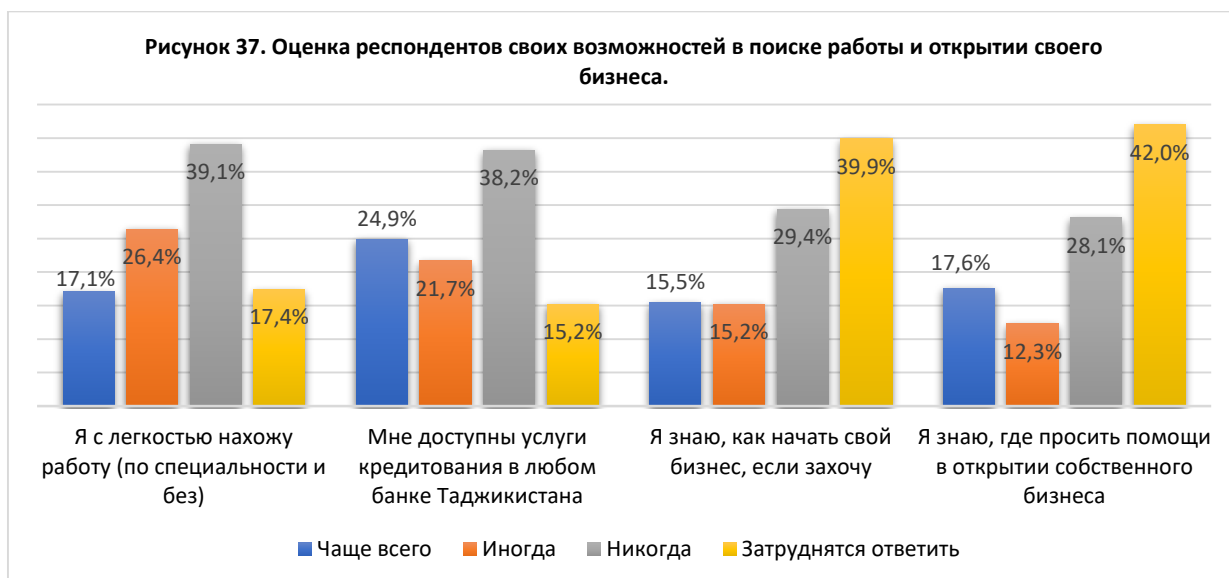
Результаты опроса фиксируют ограниченные возможности респондентов к получению высшего образования или обучения на курсах профессионального образования. Только каждая четвертая женщина уверена в том, что она чаще всего имеет доступ к высшему образованию. В то время как 46,1% отметили, что они никогда не смогут иметь доступ к высшему образованию. Затруднились ответить на этот вопрос 17,5%.

²¹См.: Агентство по статистике при Президенте РТ. Перепись населения и жилищного фонда РТ 2010 года. Образовательный уровень населения РТ. Том IV. Душанбе. 2012, с.47

По мнению ЖЖВ обучение на курсах для получения дополнительной специальности/новых навыков более доступно. Свыше 36% считают, что они смогут обучиться на таких курсах. Однако почти каждая четвертая опрошенная уверена, что никогда не сможет воспользоваться такой возможностью. Кроме этого, 19,4% затруднились оценить свои возможности в этом вопросе.



Судя по ответам респондентов, отраженных на рисунке 37, им более доступно получение кредита в банке, нежели найти работу. Каждая четвертая опрошенная считает, что ей доступны услуги кредитования в любом банке страны.

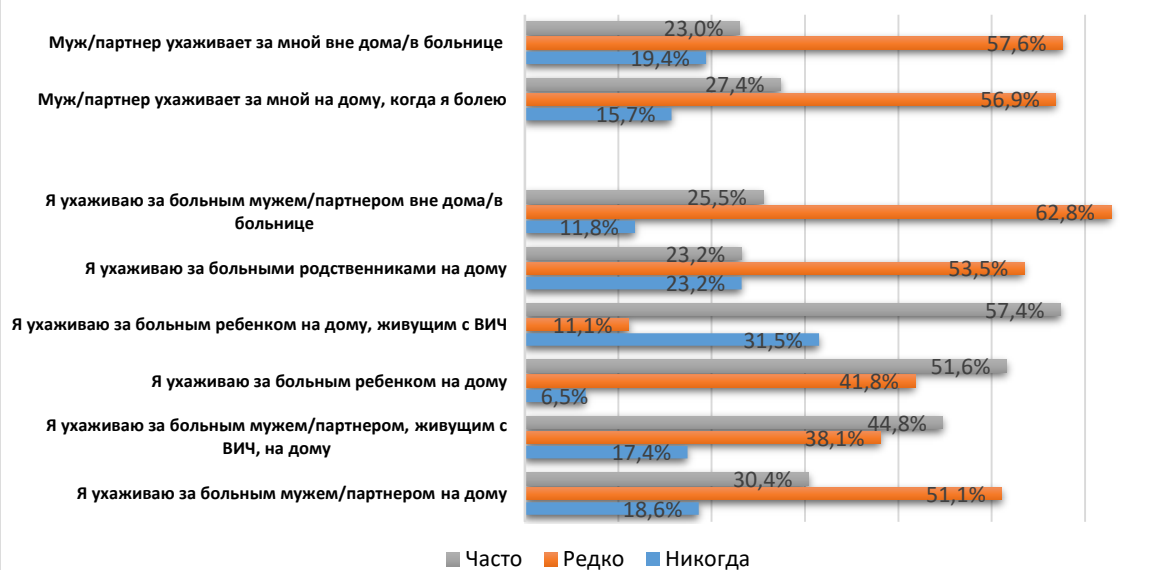


Только около 31% ЖЖВ знают, как начать свой бизнес и около 30% знают где просить помощи в открытии своего бизнеса.

Бремя ухода

Как уже отмечалось выше, по мнению респондентов среди причин, препятствующих их доступу к качественным медицинским и другим социальным услугам, выделяется загруженность женщин по уходу за членами семьи. Свыше 93% ЖЖВ часто ухаживают на дому за больным ребенком, свыше 68% заняты уходом за ребенком, живущим с ВИЧ. Около 83% респондентов ухаживают на дому и около 89% вне дома, в больнице за больным мужем/партнером, живущим с ВИЧ. Кроме этого, ЖЖВ приходится ухаживать за больными родственниками на дому.

Рисунок 38. Бремя ухода респондентов за членами семьи.



При этом 84,3% респондентов отметили, что их муж/партнер ухаживает за ними дома, когда они болеют. Около 81% ЖЖВ получают со стороны мужа/партнера уход вне дома, в больнице.

Рисунок 39. ЖЖВ о получении поддержки по уходу за ребенком и больным мужем/партнером.



Результаты исследования фиксируют потребность ЖЖВ в получении государственной и негосударственной поддержки по уходу за ребенком и больным мужем/партнером. Данные рисунка 39 наглядно показывают, что только не большая часть респондентов часто получает необходимую поддержку. Подавляющая же часть женщин лишена поддержки, как со стороны государственных структур, так и негосударственных.

В целях реализации ст. 15 закона РТ «О противодействии вирусу иммунодефицита человека и синдрому приобретенного иммунодефицита» было принято Постановление Правительства РТ «Об утверждении порядка назначения и выплаты государственного пособия детям в возрасте до 16 лет, инфицированным ВИЧ или больным СПИД» (3 мая 2010 года № 232).

Согласно этому Постановлению с 1 января 2011 года выплата ежемесячного пособия предусмотрена в размере семикратного показателя для расчетов. Таким образом, в 2011 году ежемесячно родителям детей до 16 лет с ВИЧ-статусом выплачивалось пособие в размере 245 сомони. В 2019 году размер пособия составляет 350 сомони.

Для получения пособия попечители (родители, или лица, ответственные за опеку детей) должны предоставить заявление на получение пособия в органы занятости с приложением справки, подтверждающей статус ребенка, копию паспорта попечителя, копию свидетельства о рождении ребенка, на кого будет оформлено пособие, и справку с места жительства. По мнению экспертов сама процедура оформления несложная. Основная проблема заключается в сохранении конфиденциальности на протяжении всего процесса, начиная от сдачи документов до выплаты пособия.

Устоявшиеся гендерные стереотипы и распределение гендерных ролей в таджикских семьях диктуют распределение домашней работы и других видов деятельности по обеспечению жизнедеятельности домохозяйства (см. приложение 6).



Подавляющая часть домашней работы, то есть что необходимо делать внутри дома, ложится на плечи ЖЖВ. В свою очередь то, что связано с деятельностью за пределами дома и оплатой тех или иных товаров и услуг, в большей степени выполняет муж/партнер и другие члены семьи. К примеру, приготовление пищи, уборка жилья, стирка, глажка – это прерогатива респондента (от 81,5% до 90,7%). Оплатой же коммунальных услуг, покупкой различных товаров занимается не большая часть женщин, либо уже вместе с мужем и другими членами семьи.

На обеспечении фактического равноправия и соблюдении прав ЖЖВ в сфере СРЗ и других сферах напрямую отражаются общие проблемы гендерного неравенства в республике. Тем более, что ЖЖВ подвергаются множественной дискриминации, в первую-очередь косвенной дискриминации. Ключевая группа подвергается как дискриминации по полу, так по принадлежности к группе ВИЧ-позитивным, не считая дискриминации по другим признакам (принадлежности к РС, ЛУИН и др.)

Несмотря на предпринимаемые меры Правительства РТ по расширению прав женщин и обеспечению равноправия женщин и мужчин за последние годы во многих сферах фиксируются дискриминация женщин (как правило, косвенная), снижение целого ряда

показателей у женщин, по сравнению с мужчинами, в реализации предоставленных законодательных прав.

Реализации национальных стратегий по продвижению гендерного равенства и Целей устойчивого развития до 2030 года существует целый ряд системных факторов, препятствующих эффективной реализации политики по расширению возможностей женщин и обеспечению фактического равноправия женщин и мужчин в республике.

В перечень системных факторов, препятствующих реализации как политики в целом по обеспечению фактического гендерного равноправия в стране, так и для различных групп женщин, включая ЖЖВ, по доступу к различным видам социальных услуг следует отнести:

- ✓ Отсутствие полноценного межсекторального подхода при разработке мер политики по расширению возможностей женщин и обеспечению гендерного равноправия в различных сферах. Чаще всего не учитывается, что решение той или иной проблемы неравноправия женщин в конкретных сферах зависит от целого комплекса факторов и от деятельности различных институциональных структур по защите прав женщин не только в этой сфере, но и других сфер.
- ✓ Слабый учет при разработке планируемой деятельности по тем или иным направлениям структурных причин неравноправия женщин и мужчин (ограниченный доступ женщин к различным видам ресурсов, процессам принятия решений, насилие в отношении женщин).
- ✓ Слабая ориентация разрабатываемых программ и мер на оценку реальных возможностей женщин и результат, по сравнению с мужчинами.
- ✓ Редкое применение дифференцированного подхода в оценке возможностей и потребностей различных групп женщин (сельских и городских, молодых и пожилых, с инвалидностью и без и др.) при планировании деятельности. Женщины, как правило, оцениваются и воспринимаются как однородная группа.
- ✓ Слабый учет новых вызовов и их влияние на женщин (нерегулируемая миграция, усиление патриархальных норм в обществе, ранние браки и др).

Перечисленные выше факторы непосредственно влияют на результативность реализуемых мер. Необходимо предпринимать активные действия по устранению системных факторов. Таджикистан, уже давно прошел первый этап по формированию гендерной политики и обеспечению прав женщин, созданию общей законодательной основы для государственных гарантий защиты прав женщин, приняты Национальные и отраслевые стратегии, программы, планы по продвижению гендерного равенства до 2030 года, по защите прав ЖЖВ и других уязвимых групп.

В настоящий момент Таджикистан находится на более ответственном этапе - этапе реализации принятых стратегий, законов и планов действий, что требует выбора наиболее эффективных механизмов их реализации с учетом Пекинской платформы действий, Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин и новых подходов и принципов ЦУР, новых вызовов. При разработке планов действий необходимо использовать дифференцированный подход с учетом особенностей и возможностей тех или иных целевых групп женщин.²²

Опрошенные ЖЖВ высказали целый комплекс предложений по защите их прав и расширению доступа к услугам в сфере СРЗ и другим социальным услугам. Предложения

²² См.: Альтернативный отчет коалиции общественных объединений РТ «От равенства юридического – к равенству фактическому» по реализации Пекинской платформы действий +25. 2019.

направлены как на совершенствование нормативной правовой базы, так и на разработку и реализацию программ по их поддержке.

Рисунок 41. Предложения ЖЖВ по предотвращению различных видов дискриминации.



ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

Вопросы сексуального и репродуктивного здоровья ЖЖВ являются очень актуальными в связи с тем, что подавляющая часть наших респондентов (88%) идентифицируют себя, как сексуально активная. При этом большая часть из них имеет сексуальных партнеров, как ВИЧ-позитивных, так и партнеров, не имеющих ВИЧ.

Результаты опроса фиксируют ограниченный доступ ЖЖВ к услугам СРЗ. В среднем каждая третья опрошенная ЖЖВ однозначно считает, что она получает те же услуги, что и любая другая женщина, когда обращается за услугами по СРЗ; может получить бесплатное и качественное лечение, информацию, услуги в области СРЗ, когда в них нуждается; осведомлена о лечении, услугах в области СРЗ, которые существуют у нас в республике. Чуть более одной трети респондентов однозначно оценивают свой опыт получения услуг сексуального и репродуктивного здоровья как хороший, и у них есть уверенность в высоком качестве получаемых консультаций и лечения.

Подавляющая часть ЖЖВ обращается за услугами в Центры СПИД или к личному врачу. По их оценкам отношение медработников доброжелательное, а качество услуг, как правило, хорошее. Каждая вторая ЖЖВ уверена, что медработники не разглашают ее ВИЧ-статус или какие-либо другие детали без ее разрешения, а также предоставляют все необходимую информацию, чтобы принять решение о получении услуги или лечения.

Обращения ЖЖВ за услугами в учреждения первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) носят редкий характер. Именно здесь ЖЖВ чаще всего сталкиваются с дискриминацией в получении медуслуг. Поэтому большинство ВИЧ-позитивных женщин боятся открыть свой статус и не обращаются за услугами в медучреждения ПМСП по месту жительства.

С учетом немалого числа случаев дискриминации и распространения информации о статусе обратившихся женщин в учреждения ПМСП со стороны медработников для окружающих, многие женщины высказывали беспокойство по поводу возможного ограничения их доступа к услугам по СРЗ в связи с их переводом в учреждения ПМСП. Поэтому очень важно для интеграции предоставления услуг в связи с ВИЧ в учреждения ПМСП провести массированное обучение сотрудников ПМСП в части особенностей работы с ключевой группой и обратить особое внимание на усиление ответственности медработников за раскрытие с статуса ЖЖВ.

Анализ ответов ЖЖВ фиксирует не высокий уровень информированности ключевой группы в области своих прав. Только каждая третья женщина полностью согласна с мнением, что знает свои права, и в случае их нарушений в медучреждениях, знает, куда нужно подать жалобу. Одна треть респондентов также однозначно уверена в том, что в случае нарушения их прав, как ЖЖВ, они смогут получить необходимую правовую защиту.

В качестве потенциальных структур, которые им помогут защитить их права большинство называют Центры СПИД и профильные общественные организации. Две трети респондентов могут «всегда» или «чаще всего» поговорить со своим врачом об их сексуальном здоровье и потребностях.

Высказанные предложения респондентов по расширению и улучшению качества услуг в сфере СРЗ можно сгруппировать по трем направлениям: по соблюдению прав ЖЖВ, расширению доступа к услугам СРЗ, по вовлечению в процессы принятия решений.

Актуальны вопросы доверительных отношений ЖЖВ со своим партнером в обсуждении своего ВИЧ-статуса, так как около 40% испытывают с этим определенные трудности.

Фиксируются неравноправные сексуальные отношения с интимным партнером/ами в силу того, что более половины респондентов занимаются сексом тогда, когда хочет их партнер(ы) и делают они это, в-первую очередь, для удовлетворения своего партнера. Менее половины ЖЖВ занимаются сексом по их желанию.

Фиксируются проблемы с безопасностью сексуальных отношений. Только 58% ЖЖВ отметили, что «всегда или чаще всего» могут заниматься сексом, не опасаясь передачи ВИЧ своему партнеру (ам). При этом чувствуют себя в безопасности со своим партнером (ами) «всегда и чаще всего» 61%.

Вызывает тревогу использование презервативов. Немногим более половины партнеров ЖЖВ без проблем использует мужской презерватив, если они его просят. Остальные партнеры только иногда выполняют это условие, а 11% партнеров вообще никогда не используют презерватив. Еще хуже ситуация с использованием женских презервативов. Практически каждая вторая женщина никогда не пользуются женским презервативом. Однако только каждая вторая женщина добровольно про тестировалась на ВИЧ во время беременности. При этом практически у каждой второй женщины была одна или несколько незапланированных беременностей

Отсутствует полноценный доступ ЖЖВ ко всем видам услуг по инфекциям, передающимся половым путем. Примерно только каждая третья женщина полностью уверена в том, что в случае наличия ИППП, она сможет получить диагностику и лечение, не опасаясь осуждения от медработников. Только около 37% могут постоянно заниматься сексом, не опасаясь получить любые ИППП от своего партнера.

Только каждая вторая женщина, живущая с ВИЧ, может получить до-контактную и после-контактную профилактику, если это нужно ей или для ее партнера.

С доступом к информации об ИППП, безопасном сексе, использовании презервативов и противозачаточных средств картина фиксируется чуть лучше. Почти половина женщин всегда знают, где можно получить необходимую для них информацию об ИППП. Но при этом достаточно большая группа ЖЖВ, которые только иногда знают эти источники, либо вообще никогда не знают.

Среди факторов, наиболее воздействующих на информированность, доступность различных услуг в сфере безопасного секса является уровень образования респондентов. Чем выше уровень образования, тем шире возможности.

Все негативные факторы, которые мешают ЖЖВ наслаждаться сексуальной жизнью можно объединить в четыре группы: связанные со статусом и состоянием здоровья, с отсутствием партнера, условиями жизни и ограниченным доступом к услугам СРЗ

ЖЖВ испытывают наибольшие потребности в психологической помощи. При этом они очень заинтересованы в создании или расширении групп взаимопомощи, получении поддержки со стороны общественных и других организаций помочь наладить взаимопонимание с членами семьи и родственниками. Не менее востребованной является и правовая помощь в решении различных семейных и других проблем.

Правом выбора иметь ребенка или не иметь, не опасаясь окружающих, могут воспользоваться подавляющая часть ЖЖВ (до 76%). На принятие решение об отказе иметь ребенка место проживания (город и село) не оказывает существенного влияния, но по возрасту фиксируются некоторые различия. Молодой возрастной когорте 18-29 лет, по сравнению с группой 30-49 лет, сложнее решиться на этот шаг.

Очень важно, что большинство респондентов получили поддержку в решении иметь или не иметь детей как со стороны партнера, так и семьи, и медицинского работника. При этом городские медработники и члены семьи, по сравнению с сельскими, чаще поддерживали женщин в этом решении. Однако не малая часть опрошенных ЖЖВ подвергаются давлению со стороны родственников, медицинских работников при принятии решения иметь ребенка.

Большинство ЖЖВ смогли реализовать свое право на получение информации по безопасным и эффективным способам регулирования рождаемости в соответствии с их выбором, благодаря усилиям врачей и медработников. Для них провели консультации по вопросам планирования семьи и деторождения. Чуть более 60% при желании могут поговорить с другими женщинами, живущими с ВИЧ, которые дадут им советы по здоровому материнству.

Показатели по доступу к лечению, по сравнению с услугами по информации, значительно ниже. Помощь с безопасным зачатием получили около половины женщин. Выбрать медучреждение, где рожать ребенка смогла только каждая вторая женщина. Поддержку в принятии решений о том, как кормить ребенка получили около 56%.

Наиболее критическая ситуация с доступом ЖЖВ к бесплатным услугам по лечению бесплодия, вспомогательным репродуктивным технологиям. Каждая вторая женщина утверждает, что у нее нет доступа к этому виду лечения, а около 27% затрудняются ответить. Не лучше ситуация с доступом респондентов к услугам по диагностике наиболее распространенных в республике онкозаболеваний рака шейки матки и молочной железы (25,9%).

Права женщин, живущих с ВИЧ в сфере СРЗ часто нарушаются, доступ женщин к услугам по СРЗ ограничен в силу множества причин. На принятие решения женщиной иметь ребенка часто оказывается давление со стороны партнера, родственников, не квалифицированных медработников и других лиц. В результате большая часть женщин испытывает страхи и сомнения. Над принятием решения иметь или не иметь ребенка довлеет страх родить больного ребенка и страхи, связанные с возможностью отказа медработников им помочь.

Насилие и дискриминация в отношении женщин, живущих с ВИЧ, является широко распространенной практикой. Гендерное насилие в отношении ЖЖВ является следствием воздействия сложившейся системы гендерных отношений в Таджикистане. С другой стороны, ЖЖВ подвергаются насилию не только на основе половой принадлежности к женщинам, но и принадлежности к группе с ВИЧ-позитивным статусом.

Случаи насилия и дискриминации в отношении опрошенных ЖЖВ со стороны различных людей и организаций после выявления ВИЧ-положительного статуса значительно увеличились. Женщины, живущие с ВИЧ, подвергаются дискриминации и насилию и в семье, и обществе, и со стороны интимного партнера, и со стороны других членов семьи, и со стороны медработников, и со стороны сотрудников милиции и др.

После выявления ВИЧ в многократно раз увеличились случаи насилия со стороны членов семьи или соседа. В пять с лишним раз увеличилось число ЖЖВ, подвергшихся насилию в обществе. Особо обращает на себя внимание огромный рост проявления дискриминации женщин при обращении в медицинские учреждения. Под воздействием всего этого практически каждая вторая ЖЖВ пережила страх любых форм насилия или дискриминации. В то время как до выявления ВИЧ только около 7% респондентов испытали этот страх.

Несмотря на то, что очень часто источником ВИЧ инфекции для женщины является ее муж, она подвергается насилию и дискриминации со стороны мужа, родителей и родственников мужа. Насилие совершается не только со стороны мужа, братьев мужа, но и со стороны свекрови, золовок, жен братьев мужа.

ЖЖВ подвергаются различным формам насилия: психологическому насилию в форме оскорблений, унижений, изоляции и другое, различного рода запретов на беременность и рождение ребенка, на прием АРВ – терапии, наблюдение у врачей и др., физическому насилию в форме побоев и избиений, в результате которых наносится вред здоровью вплоть до тяжких; экономическому насилию.

Если до выявления ВИЧ-инфекции у не большой части ЖЖВ проявлялись те или иные нарушения психического здоровья, то после выявления ВИЧ эти нарушения практически характерны для большинства. Подавляющая часть опрошенных испытывает состояние депрессии, стыда, растерянности, ощущение беспомощности, невозможности самостоятельно разобраться в ситуации и определиться со своими дальнейшими планами.

Распространению насилия против ЖЖВ в семье способствует воздействие целого комплекса факторов: социально-экономических, социально-культурных и социально-психологических. Долговременное воздействие ряда отрицательных факторов на мужчин и других членов семьи, таких как потеря работы, или ее полное отсутствие, гендерные стереотипы, а также употребление алкоголя, наркотиков и другое негативно отражаются на положении семьи и способствуют жестокости по отношению к женщинам, живущим с ВИЧ.

Только каждая четвертая женщина работает в различных учреждениях или учится. Остальные женщины в силу различных причин не работают. При этом примерно каждая вторая женщина являются домохозяйкой. В домохозяйствах, в которых проживают ЖЖВ средний доход на одного члена семьи в месяц составляет 296 сомони, что примерно составляет один доллар в день.

Уязвимость ЖЖВ также усугубляется тем, что они имеют ограниченный доступ к экономическим возможностям и ограниченную самостоятельность, а также в связи с теми многочисленными обязанностями, которые они должны исполнять в домашнем хозяйстве и обществе.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Во всех государственных социально-экономических программах и стратегиях РТ необходимо учесть интересы и права женщин, живущих с ВИЧ и из числа других ключевых групп.

Включить в Государственную программу по предупреждению насилия в семье на 2014-2023гг. мероприятия по защите ЖЖВ и женщин из затронутых ВИЧ групп от дискриминации и повышать осведомленность населения о ВИЧ и путях передачи ВИЧ;

Внести изменения в Закон РТ «О предупреждении насилия в семье» с особым вниманием на потребности в оказании специализированных услуг в вопросах здравоохранения и оказания бесплатной правовой помощи ЖЖВ и других уязвимых групп женщин.

Исключить ст. 125 «Заражение ВИЧ-инфекцией» из Уголовного кодекса РТ, так как судебное преследование людей за неразглашение ВИЧ-статуса и передачу ВИЧ, когда нет доказательств умышленной передачи является чрезмерным и приводит к обратным

результатам для здравоохранения. Преднамеренное инфицирование ВИЧ включить в общую норму о причинении тяжкого вреда здоровью;

Внести изменения в Кодекс об административной ответственности РФ с целью привлечения к административной ответственности медицинских работников, государственных служащих к административной ответственности за разглашение конфиденциальности о лицах в связи с ВИЧ;

Разработать механизм реализации прав лиц, инфицирование ВИЧ которых произошло вследствие медицинских процедур.

За нарушение правил до – и после – тестового консультирования предусмотреть административную ответственность в отношении врачей.

Повышать потенциал судей, сотрудников органов прокуратуры, милиции, пенитенциарной системы по вопросам не дискриминации и ВИЧ/права человека в отношении женщин, живущих с ВИЧ, женщин работниц секса, женщин, употребляющих инъекционные наркотики, женщин бывших заключенных в аспекте международных стандартов прав человека и ВИЧ с учетом гендерных аспектов.

Обеспечить центры-СПИД психологами и юристами. Решить вопросы обеспечения данными кадрами и их финансирование.

Проводить повышение потенциала гинекологов и других медицинских работников в системе оказания первичной медико-санитарной помощи в вопросах не дискриминации ЖЖВ и женщин из затронутых групп;

В целях расширения доступа ЖЖВ к услугам СРЗ:

- ✓ Обеспечить бесплатными гинекологическими наборами
- ✓ Ввести бесплатное УЗИ для ЖЖВ
- ✓ Бесплатное лечение онкологов и обследование предраковых заболеваний
- ✓ Бесплатное лечение гепатита В и С, других специалистов

Разработать систему мониторинга и оценки по пилотированию интеграции предоставления услуг в связи с ВИЧ в учреждения ПМСП. В процесс мониторинга подключить представителей сообщества ЖЖВ и по результатам мониторинга и оценки провести общественные слушания по обсуждению эффективности используемых механизмов.

Содействовать созданию новых и укреплению потенциала действующих групп взаимопомощи ЖЖВ.

Включить гепатит В и С в перечень заболеваний, имеющих право на установление инвалидности и бесплатное лечение. Установить прозрачный порядок предоставления бесплатной медицинской и социально-психологической помощи для всех ЛЖВ, в особенности ЖЖВ, женщин, употребляющих инъекционные наркотики, бывших заключенных и РС.

Активнее вовлекать самих ЖЖВ в разработку различных программ и планов действий.

Разработать механизм реализации права на получение родителями или законными представителями детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей заменителей

грудного молока с момента рождения ребенка до времени постановки окончательного диагноза;

Рассмотреть возможность получения пособия для беременных ЖЖВ на приобретение необходимых лекарств и улучшения их питания.

Учитывая концентрированный характер эпидемии ВИЧ в Таджикистане, заменить обязательное медицинское освидетельствование на ВИЧ лиц, вступающих в брак, добровольным и конфиденциальным тестированием на ВИЧ-инфекцию, с предоставлением до - и после-тестового консультирования согласно рекомендациям ВОЗ и ЮНЭЙДС.

Разработать меры по социальной поддержке женщин, воспитывающих несовершеннолетних детей, мужья которых умерли от СПИДа, и матерей одиночек с ВИЧ.

В рамках национальных политик в сфере образования разработать и внедрить стандарты таких форм обучения, как семейное и дистанционное для начальных и средних школ, учитывающие интересы ЛЖВ в том числе.

Повышать потенциал учителей учебных заведений всех уровней, начиная с дошкольного, заканчивая высшим и послевузовским образованием в вопросах профилактики ВИЧ и не дискриминации ЛЖВ

Гармонизировать нормы Трудового кодекса в соответствии со льготами ЛЖВ, установленными в Кодексе о здравоохранении. Обеспечить соблюдения требования норм трудового законодательства при трудоустройстве ЛЖВ и принять для работодателей руководящие разъяснения с учетом международных стандартов по вопросам прав ЛЖВ на труд и охрану труда. Принять налоговые льготы для работодателей, принимающих на работу ЖЖВ.

Внести в Кодекс об административных правонарушениях дополнительный состав правонарушения, за которое работодатели должны нести административную ответственность за отказ в приеме на работу по дискриминационным признакам и за дополнительное требование документов при приеме на работу, не предусмотренных законодательством РТ. При повторном нарушении должна быть уголовная ответственность. Такой же состав предусмотреть и для учебных заведений, если они требуют справки на ВИЧ и исключают учащихся либо иным способом дискриминируют в связи с ВИЧ.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Количество опрошенных ЖЖВ по районам

№п/п	Районы/города	Кол-во опрошенных
1	Душанбе	100
	РРП	100
2	г. Вахдат	25
3	г. Турсунзода	15
4	г. Ҳисор	20
5	р-н. Шахринав	10
6	р-н. Рудақӣ	30
	Хатлонская область	100
7	Г. Бохтар	10
8	р-н. Кабодиён	10
9	р-н. Ч. Балхӣ	10
10	р-н. Қушониён	10
11	г. Кулоб	20
12	р-н. Фархор	10
13	р-н. Восеъ	10
14	М.С.А.Ҳамадонӣ	10
15	р-н. Данғара	10
	Согдийская область	100
16	г. Хучанд	35
17	г. Бӯстон	15
18	г. Гулистон	15
19	г. Конибодом	20
20	р-н. Спитамен	15

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Число людей, живущих с ВИЧ (взрослые и дети), в РТ по полу и годам

	ГБАО	Душанбе	РРП	Согд	Хатлон Бохтарский регион	Хатлон Кулябский регион	РТ
2011, всего	105	1074	317	343	219	230	2288
2018, всего	367	1927	1704	1662	1146	1006	7812
Мужчин	252	1265	1025	946	634	567	4689
Женщин	115	662	678	716	512	439	3123
2019²³, всего	375	1975	1914	1921	1295	1133	8613
Мужчин	250	1268	1149	1087	709	642	5105
Женщин	125	707	765	834	586	491	3508

²³ На 30.09.2019

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Число людей, живущих с ВИЧ (взрослые и дети), получающих АРВ- терапию, в РТ²⁴

Регион	Число ЛЖВ		Число ЛЖВ, получающих АРВ-терапию		% ЛЖВ, получающих АРВ-терапию	
	2018	2019 на 30.09	2018	2019 на 30.09	2018	2019 на 30.09
ГБАО	367	375	272	287	74,1%	76,5%
Душанбе	1927	1975	1252	1317	65,0%	66,7%
РРП	1704	1914	1388	1557	81,4%	81,3%
Согдийская область	1662	1921	1341	1563	80,7%	81,3%
Хатлонская область, Бохтарский регион	1146	1295	887	1027	77,4%	79,3%
Хатлонская область, Кулябский регион	1006	1133	761	899	75,6%	79,3%
Всего в РТ	7812	8613	5901	6650	75,5%	77,2%

ПРИЛОЖЕНИЕ 4. Причины, принятые религиозными законодателями, по которым допускается применение контрацепции (составлено из различных фикх)²⁵

Контрацепцию можно использовать для того, чтобы:

- ✓ Избежать риска для здоровья новорожденного ребенка в результате изменения состава грудного молока его матери вследствие новой беременности.
- ✓ Избежать риска для здоровья женщины в результате повторной беременности, коротких интервалов между рожденьями детей и юного возраста женщины.
- ✓ Избежать беременность, если женщина больна.
- ✓ Избежать передачу заболеваний потомству от аффектированных родителей.
- ✓ Сохранить женскую привлекательность и нормальное физическое состояние.
- ✓ Избежать экономические трудности, нужду, которые могут иметь место при рождении большого количества детей и которые могут заставить родителей прибегнуть к добыче средств незаконным путем или к тяжелой непосильной работе для того, чтобы прокормить и вырастить детей.
- ✓ Дать соответствующее воспитание, образование и религиозные знания детям, что легче осуществимо в семьях с малым количеством детей.
- ✓ Избежать опасности для детей от обращения в другую от Ислама веру на вражеской территории.
- ✓ Избежать рождения детей во время религиозного упадка.
- ✓ Обеспечить отдельным углом и отдельными спальными принадлежностями каждого ребенка, что легче выполнимо в малочисленных семьях.

Причины, которые не были приняты законодателями

- ✓ Избежание рождения потомства женского рода.
- ✓ Избежание беременности из-за нежелания быть матерью.

²⁴ <http://www.nc-aids.tj/statistika.html>

²⁵ Абдел Рахим Омран. Планирование семьи в толковании ислама. Перевод с английского. Душанбе, 2001, с.53-54.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5. Перечень проблем, больше всего мешающие ЖЖВ получать качественные медицинские и другие социальные услуги в разрезе возраста опрошенных.

	18-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50 лет и старше
Стоимость услуг в различных учреждениях	79,9%	83,4%	73,0%	92,3%
Стоимость проезда до места оказания услуг	40,3%	44,0%	38,1%	34,6%
Стоимость в детсадах/яслях, оплата сиделки для детей, очередь в детсадах	29,9%	27,4%	12,7%	3,8%
Экономическая зависимость от партнера(ов), членов семьи	22,4%	13,7%	20,6%	23,1%
Стигма и ущемление прав на рабочем месте в связи с ВИЧ	17,9%	14,9%	19,0%	23,1%
Развод, вдовство, разъезд	15,7%	13,7%	20,6%	15,4%
Стоимость и бремя ухода за другими членами семьи	14,9%	17,1%	31,7%	3,8%
Отсутствие поддержки семьи	14,2%	17,7%	22,2%	15,4%
Неравные права наследования и имущественные права	9,7%	17,1%	12,7%	23,1%
Ущемление прав на рабочем месте в связи с полом, возрастом или наличием детей	6,0%	5,1%	4,8%	7,7%
Другое	3,7%	4,6%	4,8%	7,7%

ПРИЛОЖЕНИЕ 6. Распределение различных видов деятельности дома между членами семьи

	Деятельность	Только я	Только партнер	Вместе	Иногда он, иногда я	Другие члены семьи
1	Собрать детей утром в детсад/школу	72,5%	1,7%	10,8%	6,7%	8,3%
2	Приготовление пищи	81,5%	0,3%	4,0%	4,0%	10,2%
3	Уборка жилища	87,5%	0,3%	3,0%	2,0%	7,2%
4	Стирка	89,1%	0,7%	3,0%	1,6%	5,6%
5	Глажка	90,7%	0,7%	1,7%	2,0%	5,0%
6	Забрать днем/вечером детей из детсада/школы	59,3%	2,2%	7,8%	5%	8,2%
7	Покупка продуктов питания/бытовой химии	38,7%	14,3%	13,7%	16,7%	16,7%
8	Покупки бытовой техники	32,9%	19,1%	19,8%	7,8%	20,5%
9	Покупки детской одежды	41,1%	11,1%	25,9%	9,3%	12,6%
10	Оплата коммунальных платежей	29,5%	26,5%	10,7%	9,4%	23,8%

11	Организация праздников дома	31,6%	12,2%	26,0%	6,3%	24,0%
12	Организация праздников вне дома	33,3%	13,1%	25,1%	7,9%	20,6%
13	Посещение родительских собраний/детских праздников	54,5%	4,1%	15,0%	18,3%	8,1%
14	Посещение детского врача/покупка лекарств для детей	47,5%	6,5%	22,8%	15,2%	8,0%
15	Посещение в больнице/общение с врачами/покупка лекарств для взрослых членов семьи	34,4%	7,6%	19,9%	19,2%	18,8%
16	Уход на дому за больными детьми	48,4%	1,2%	27,4%	9,5%	13,5%
17	Уход на дому за больными взрослыми членами семьи	32,0%	3,5%	17,0%	13,5%	34,0%
18	Посещение социальных служб, чиновников, соцзащиты, пенсионного фонда, и т.д.	32,5%	15,0%	13,8%	10,8%	27,9%
19	Распределение семейного бюджета (решение - кто и на то должно быть потрачено)	29,0%	16,8%	26,2%	4,3%	23,7%