

Indexul STIGMA al persoanelor care trăiesc cu HIV

Cercetare sociologică

Chisinau

2017-2018



Abrevieri

ARV – tratament antiretroviral

BSB – bărbați care practică sex cu bărbați

CAPI – interviu față în față cu utilizarea computerului

HG – Hotărîre de Guvern

HIV – virusul imunodeficienței umane

ITS – infecții cu transmitere sexuală

LGBT – lesbiene, gay, bisexuali, transsexuali

LSC – lucrătoare ale sexului comercial

MDL – leu moldovenesc

ONU – Organizația Națiunilor Unite

PN – Program Național

PTHIV – persoane care traiesc cu HIV

PUDI – persoane utilizatoare de droguri injectabile

US \$ - dolar american

SIDA – Sindromul Imunodeficienței Dobîndite

Recunoștințe

Această cercetare a fost realizată de către UNAIDS Moldova în parteneriat cu ONGurile active în domeniul HIV: „Genderdoc-M”, „Credința” și „Inițiativa Pozitivă” din Chișinău, „Respirația a doua” - Bălți, „Pas cu Pas” - Cahul, „Trinitati” – Rîbnița, „Zdorovoe budushee” - Tiraspol și centrele regionale sociale: CSR "Renașterea" din Chișinău, CSR „Viață cu Speranță” din Bălți, CSR „Împreună pentru viață” Comrat și Centrul SIDA Tiraspol. O colaborare fructuoasă cu Spitalul de Dermatologie și Maladii Comunicabile, Unitatea de Management a Programului Național de control și prevenire a infecției HIV/SIDA și ITS și a Centrelor regionale de tratament HIV Chișinău, Bălți, Cahul, Tiraspol, Rîbnița a reprezentat unul din factorii de succes în implementarea studiului. Mulțumiri aducem și Biroului UNAIDS al Europei de Est și Asiei Centrale pentru suportul în planificarea cercetării date.

Cercetarea a fost realizată în cadrul proiectului "Acțiuni comune pentru fortificarea drepturilor omului în regiunea Transnistreană" implementată de către agențiile ONU, cu susținerea financiară a Ambasadei Suediei. Suntem recunoscători Ambasadei Suediei pentru suportul în promovarea drepturilor omului, inclusiv prin intermediul comunităților puternice ale celor direct vizați. Ținem să subliniem că Ambasada Suediei nu poartă responsabilitate pentru conținutul acestui raport.

Suntem recunoscători, Dnei Ludmila Untura, expert, A.O. „Liga persoanelor care trăiesc cu HIV din Republica Moldova”, pentru implicare, facilitare, mobilizare a comunității persoanelor care trăiesc cu HIV și tuturor intervievatorilor care au avut o contribuție valoroasă în procesul de colectare al datelor.

Mulțumim de asemenea, Dlui Vasile Cantarji, Consultant, sociolog, Centrul de Investigații Sociologice și Marketing „CBS-AXA” pentru suportul în analiza, interpretarea datelor și definitivarea raportului respectiv.

În mod deosebit, dorim să subliniem și să recunoaștem rolul important al persoanelor care trăiesc cu HIV, care s-au implicat, au participat și contribuit la realizarea acestui studiu în calitate de intervievatori și intervievați, și au împărtășit experiențele și istoriile lor. Suntem convinși că aceste rezultate vor contribui la îmbunătățirea sănătății și calității vieții acestor persoane.

Conținut

Abrevieri	2
Recunoștințe	3
Conținut	4
Lista figurilor	5
Lista tabelelor	6
Introducere	7
Context privind stigmatizarea și discriminarea legate de HIV	7
Context de țară	8
Obiective	8
Aspecte metodologice	8
Limitările studiului	10
Ce este în acest raport:	10
Caracteristici ale respondenților și gospodăriilor	11
Experiența de stigmă și discriminare	17
Experiența de stigmă și discriminare legate de HIV	17
Accesul la muncă, servicii de sănătate și educație	20
Auto-stigmatizarea	21
Drepturi, legislație și politici	26
Asocierea grupurilor civice ale PTHIV	28
Experiență de testare, dezvăluire, tratament și naștere a copiilor	32
Testarea și stabilirea diagnozei	32
Dezvăluirea și confidențialitatea	36
Starea sănătății și tratamentul	42
Nașterea copiilor	43
Specificul BSB în privința stigmei și discriminării	46
Concluzii	47
Recomandări	49

Lista figurilor

Figura 1. Distribuția grupului țintă pe vârstă și gen	12
Figura 2. Distribuția grupului țintă după stare civilă și gen	12
Figura 3. Nivelul de studii	13
Figura 4. Statutul ocupațional	13
Figura 5. Grad de invaliditate	14
Figura 6. Apartenența la populațiile cheie	14
Figura 7. Structura pe vârste a gospodăriilor PTHIV.....	15
Figura 8. Supunerea la tratamente discriminatorii, inclusiv din cauza statutului HIV+, în ultimele 12 luni.....	17
Figura 9. Motivele care stau la baza discriminării asociate cu HIV.....	18
Figura 10. Motivele tratamentelor discriminatorii, neasociate cu HIV	19
Figura 11. Tratamente discriminatorii în cadrul cuplului sau a comunității PTHIV	19
Figura 12. Incidența cazurilor de încălcare a unor drepturi, inclusiv din cauza statutului HIV+.....	20
Figura 13. Ratele de incidență a restricțiilor de acces din cauza statutului HIV+ pe categorii socio-demografice	21
Figura 14. Sentimente resimțite din cauza statutului HIV+, ultimele 12 luni	22
Figura 15. Auto-restricționări din cauza statutului HIV+, ultimele 12 luni	23
Figura 16. Temeri resimțite din cauza statutului HIV+, ultimele 12 luni.....	24
Figura 17. Ponderea respondenților care au avut temeri că cineva nu ar dori să întrețină relații sexuale din cauza statutului HIV+, ultimele 12 luni	25
Figura 18. Cunoașterea despre Declarația ONU privind HIV/SIDA și Legea HIV/SIDA.....	26
Figura 19. Familiarizarea cu Declarația ONU privind HIV/SIDA și Legea HIV/SIDA	26
Figura 20. Incidența cazurilor de lezare a drepturilor din cauza statutului HIV+, ultimele 12 luni	27
Figura 21. Aprecierea incidenței generale de încălcare a drepturilor din cauza statutului HIV+, ultimele 12 luni	27
Figura 22. Cunoașterea organizațiilor/grupurilor unde se pot adresa pentru ajutor în caz de stigmatizare sau discriminare	28
Figura 23. Cunoașterea organizațiilor/grupurilor unde se pot adresa pentru ajutor în caz de stigmatizare sau discriminare	29
Figura 24. Asocierea acțiunilor comune în susținerea PTHIV	29
Figura 25. Membri ai grupurilor de susținere și/sau rețele ale persoanelor care trăiesc cu HIV, pe categorii socio-demografice.....	30
Figura 26. Aprecierea posibilității de influență asupra luării deciziilor	31
Figura 27. Recomandări pentru organizații întru combaterea stigmatizării și discriminării	31
Figura 28. Scopul realizării testului urmare căruia a fost pusă diagnoza HIV+	32
Figura 29. Independența deciziei de a efectua testul	34
Figura 30. Consiliere la efectuarea testării.....	35
Figura 31. Comunicarea statutului HIV+.....	36
Figura 32. Comunicarea statutului fără acordul persoanei (sumar).....	37
Figura 33. Confidențialitatea documentației medicale	37
Figura 34. Rata de dezvoltare a statutului HIV+	38
Figura 35. Constrângere pentru dezvoltarea statutului.....	39
Figura 36. Reacția diferitor categorii de persoane la aflarea statutului HIV+ a respondentului	40
Figura 37. Beneficii în urma dezvoltării statutului HIV+	41
Figura 38. Aprecierea stării de sănătate	42
Figura 39. Accesul la tratament antiretroviral	42
Figura 40. Accesul la preparate pentru profilaxia sau tratarea infecțiilor oportuniste, ultimele 12 luni	42
Figura 41. Ponderea respondenților care au avut discuții constructive cu lucrătorii medicali cu privire la tratament în ultimele 12 luni	43
Figura 42. Ponderea respondenților care au copii, incl. cu statut HIV+	43
Figura 43. Consilierea cu privire la drepturile reproductive și îngrijirea dreptului la nașterea unui copil	44
Figura 44. Consilierea femeilor de către lucrătorii medicali cu privire la sarcină, metoda nașterii și alăptare, în ultimele 12 luni	44
Figura 45. Accesul la tratament ARV	45
Figura 46. Informarea referitor la sarcina sănătoasă și maternitate ca parte componentă a programului de profilaxie a transmiterii infecției HIV de la mamă la copil.....	45

Lista tabelelor

Tabelul 2. Structura socio-demografică a eșantionului	9
Tabelul 3. Structura socio-demografică a grupului țintă	11
Tabelul 4. Apartenența la populațiile cheie dezagregat în funcție de gen și mediu de reședință	15
Tabelul 5. Veniturile gospodăriilor	16
Tabelul 6. Incidența tratamentelor discriminatorii (indiferent de formă) pe categorii socio-demografice	17
Tabelul 7. Sentimente resimțite din cauza statutului HIV+, ultimele 12 luni, pe categorii socio-demografice.....	22
Tabelul 8. Auto-restricționări din cauza statutului HIV+, ultimele 12 luni, pe categorii socio-demografice.....	23
Tabelul 9. Scopul realizării testului urmare căruia a fost pusă diagnoza HIV+ pe categorii de vârstă și durată a vieții cu HIV	33

Introducere

Context privind stigmatizarea și discriminarea legate de HIV

Stigma este definită drept "atribut care discreditează profund", care rezultă în a reduce o persoană sau un grup "de la o persoană integrită, obișnuită la una viciată, de neîncredere"¹. Astfel efectul final al stigmei este reducerea șansei unei vieți calitative și demne a celui supus stigmei prin acțiuni discriminatorii².

Discriminarea la rândul său implică un tratament diferit și injust, nedrept și prejudiciabil, deseori în baza apartenenței reale sau percepute a persoanei supuse discriminării la un grup particular. Discriminarea constă în acțiuni sau omisiuni care sunt rezultatul stigmei și sunt aplicate sau îndreptate spre persoanele care sunt stigmatizate. Cu alte cuvinte, discriminarea este o acțiune sau inacțiune cauzată de "stigmatizare"³. Totodată, o persoană poate simți stigmă față de alta, dar nu neapărat să acționeze într-un mod incorect sau discriminatoriu. Discriminarea poate fi de diferite niveluri: individuală, familială, comunitară sau națională⁴.

În Republica Moldova, Legea Nr. 121 din 25.05.2012 cu privire la asigurarea egalității, discriminarea este definită ca „orice deosebire, excludere, restricție ori preferință în drepturi și libertăți ale persoanei sau a unui grup de persoane, precum și susținerea comportamentului discriminatoriu bazat pe criterii reale”. Legea dată își propune să prevină și combată discriminarea „precum și asigurarea egalității tuturor persoanelor aflate pe teritoriul Republicii Moldova în sferile politică, economică, socială, culturală și alte sfere ale vieții, fără deosebire de rasă, culoare, naționalitate, origine etnică, limbă, religie sau convingeri, sex, vârstă, dizabilitate, opinie, apartenență politică sau orice alt criteriu similar”. Aceasta identifică câteva tipuri de discriminare, precum cea „directă – tratarea unei persoane în baza oricăruia dintre criteriile prohibitive în manieră mai puțin favorabilă decât tratarea altei persoane într-o situație comparabilă; discriminare indirectă – orice prevedere, acțiune, criteriu sau practică aparent neutră care are drept efect dezavantajarea unei persoane față de o altă persoană în baza criteriilor stipulate de prezenta lege, în afară de cazul în care acea prevedere, acțiune, criteriu sau practică se justifică în mod obiectiv, printr-un scop legitim și dacă mijloacele de atingere a aceluși scop sînt proporționale, adecvate și necesare; discriminare prin asociere – orice faptă de discriminare săvîrșită împotriva unei persoane care, deși nu face parte dintr-o categorie de persoane identificată potrivit criteriilor stipulate de prezenta lege, este asociată cu una sau mai multe persoane aparținînd unei astfel de categorii de persoane”.

Stigma asociată cu HIV se bazează adesea și se consolidează pe alte prejudecăți existente, cum ar fi cele legate de sex, sexualitate și rasă. De exemplu, stigmatizarea asociată cu HIV se bazează adesea pe asocierea HIV și SIDA cu comportamente deja marginalizate și stigmatizate, cum ar fi munca sexuală, consumul de droguri și practicarea de sex cu persoane de același gen sau relații transsexuale⁵. Stigma legată de HIV afectează persoanele care trăiesc cu HIV și, adesea, persoanele cu care sunt asociate, cum ar fi partenerii sau soții, copiii lor sau alți membri ai gospodăriilor lor.

Stigma internă, denumită și stigmă "resimțită" sau "auto-stigmatizare" este un concept utilizat pentru a descrie modul în care o persoană care trăiește cu HIV se autodefinește, mai ales dacă simte rușinea că este HIV-positiv. Stigma internă poate duce la o autoapreciere scăzută, la un sentiment de lipsă de valoare și / sau depresie. Stigma internă poate, de asemenea, să determine o persoană care trăiește cu HIV să renunțe la relații sociale sau intime.

¹ Goffman, E. (1963). Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. New York: Simon & Schuster Inc.

² Ibid.

³ IPPF (2008) HIV/AIDS Update Issue 13

UNAIDS (2005) HIV-related stigma, discrimination and human rights violations: case studies of successful programmes. UNAIDS best practice collection. Geneva.

⁴ UNAIDS (2005) HIV-related stigma, discrimination and human rights violations: case studies of successful programmes. UNAIDS best practice collection. Geneva

⁵ Ibid.

Context de țară

În Republica Moldova primul caz de infecție HIV a fost înregistrat în anul 1987. Până la finele anului 2017, erau înregistrate 11887 cazuri de infecție pe ambele maluri ale râului Nistru. Țara rămâne a fi una cu infecția HIV caracterizată ca fiind una concentrată⁶. Moldova continuă să înregistreze o epidemie de HIV concentrată în rândul persoanelor utilizatoare de droguri injectabile (PuDI), bărbații care practica sex cu bărbați (BSB), lucrătorii sexului comercial (LSC) și clienții acestora precum și partenerii lor sexuali, în populația generală. Tot în această perioadă transmisia sexuală este principala cale probabilă de infectare în cazurile noi înregistrate⁷.

În anul 2017, în Republica Moldova au fost înregistrate 835 de cazuri noi HIV+, dintre care 217 în teritoriile de est ale țării. Printre cazurile înregistrate în anul 2017 - 55,9% sunt bărbați, 49,5% sunt din mediul urban, ponderea tinerilor de 15-24 ani constituie circa 11,9%⁸.

Republica Moldova este parte a angajamentelor globale în cadrul Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă, inclusiv Obiectivul 3.3.1 „Până în 2030, reducerea transmiterii HIV și infecțiilor cu transmitere sexuală, în special în populațiile cheie, precum și a mortalității asociate cu HIV”, la Declarația de Angajament a Sesiunii Speciale a Adunării Generale a ONU în HIV/SIDA din 2016, inițiativei 90-90-90 și de acces universal.

Răspunsul național HIV este reflectat în programele naționale de control al infecției HIV/ITS. Primul Program Național de prevenire și control al infecției HIV/SIDA și infecțiilor cu transmitere sexuală (PN) a fost aprobat în anul 1995 (HG 692/09.10.1995), apoi au urmat PN pe anii 2001-2005 (HG 482/18.06.2001), 2006-2010 (HG 948/05.09.2005), 2011-2015 (HG 1143/16.12.2010). PN pentru anii 2011-2015 a fost revizuit prin aprobarea unui nou program pentru anii 2014-2015 (HG 806/06.10.2014).

Aceste programe identifică prioritățile în domeniu, rezultatele care trebuie atinse, intervențiile, bugetul necesar, cadrul de monitorizare și evaluare al PN, cât și managementul acestuia. Direcțiile strategice ale programului în vigoare sunt orientate către prevenirea transmiterii infecției HIV în grupurile cheie, diagnostic, tratament și îngrijire și suport a persoanelor care trăiesc cu HIV, campanii de informare în domeniul protecției și realizării drepturilor PTHIV și combaterii stigmatizării și a discriminării, sinergiei cu alte programe naționale.

Obiective

Prezentul studiu urmărește furnizarea de date în scopul reflectării situației în ceea ce privește stigma și discriminarea persoanelor care trăiesc cu HIV în Republica Moldova.

Aspecte metodologice

Datele au fost colectate în perioada septembrie-decembrie 2017.

Populația studiului: persoane diagnosticate cu HIV, malul drept al r. Nistru, în vârstă de 18 ani și peste.

Criterii de includere: Persoanele selectate din populația țintă au fost incluse în studiu în următoarele condiții:

- Persoana trăiește cu HIV și are diagnoza confirmată;
- Persoana este capabilă mental și psihic să răspundă la întrebările din chestionar;
- A oferit consimțământ informat în vederea participării în studiu.

Mărimea eșantionului: 469 interviuri.

⁶ [REPUBLIC OF MOLDOVA, PROGRESS REPORT ON HIV/AIDS, UNAIDS, 2017](#)

⁷ Idem

⁸ Idem

Metoda de interviu: interviu față în față cu aplicația computerului (CAPI).

Strategia de eșantionare:

Baza de eșantionare a inclus 4352 cazuri de pe malul drept al Nistrului.

Din lista inițială au fost eliminate cazurile de:

- Persoane decedate;
- Lipsa informațiilor despre teritoriul administrativ;
- Cetățeni ai altor state;
- Persoane în vârstă sub 18 ani.

Tipul eșantionului: stratificat, simplu aleatoriu în cadrul straturilor.

Criterii de stratificare: gen, vârstă, calea probabilă de infectare.

Structura eșantionului proiectat

	Universul de eșantionare			Eșantion proiectat		
	Feminin	Masculin	Total	Feminin	Masculin	Total
Malul drept	2102	2250	4352	217	233	450
18-19 ani	459	235	694	47	24	72
30-39 ani	938	938	1876	97	97	194
40-49 ani	470	752	1222	49	78	126
50+ ani	235	325	560	24	34	58

În tabelul 1 este prezentată structura eșantionului rezultat.

Tabelul 1. Structura socio-demografică a eșantionului

		PTHIV	
		Count	%
Genul respondentului:	Bărbat	237	50,5%
	Femeie	232	49,5%
Grup de vârstă:	18 - 29 ani	78	16,6%
	30 - 39 ani	204	43,5%
	40 - 49 ani	130	27,7%
	50+ ani	57	12,2%
Durata vieții cu HIV:	Mai puțin de un an	40	8,5%
	1 – 4 ani	169	36,0%
	5 – 9 ani	123	26,2%
	10 – 14 ani	80	17,1%
	Mai mult de 15 ani	57	12,2%
Stare civilă:	Căsătorit	246	52,5%
	Celibatar	127	27,1%
	Divorțat/văduv	96	20,5%
Statut ocupațional:	Angajat permanent	231	49,3%
	Angajat ocazional	69	14,7%
	Neangajat	169	36,0%
Mediul de reședință:	Localitate rurală	182	38,8%
	Oraș mic	88	18,8%
	Oraș mare	199	42,4%

Înainte de lansarea studiului, metodologia și instrumentele de lucru au fost aprobate de Comitetul Etic Național.

Colectarea datelor a fost realizată prin interviu față în față, chestionar tipărit. Chestionarul a fost disponibil în limba română și rusă, limba de realizare a interviului fiind lăsată la alegerea respondentului.

Datele au fost colectate de către angajații organizațiilor prestatoare de servicii persoanelor care trăiesc cu HIV. Interviurile au avut loc în incinta locațiilor/site-urilor de prestare a serviciilor PTHIV.

Calitatea lucrărilor a fost asigurată prin observarea directă de către supervizori ai procesului la fiecare site de colectare (faptul că interviul a avut loc), validarea fiind realizată în comun de supervizor și intervievator.

Rezultatele studiului au fost procesate și prelucrate în programul SPSS.

Limitările studiului

Deși selectarea subiecților studiului a avut loc aleatoriu, datorita accesibilității reduse pentru prestatorii de servicii să ajungă la unele segmente ale PTHIV se admite o deplasare a eșantionului către PTHIV cuprinse de serviciile prestate, fapt care nu poate fi cuantificat.

Ce este în acest raport:

Raportul conține trei capitole tematice:

1. Caracteristici ale respondenților și gospodăriilor;
2. Experiența de stigmă și discriminare, inclusiv barierele ce țin de accesul la muncă, serviciile de sănătate și educație, auto-stigmatizarea, drepturile omului, legislația și politicile și asocierea grupurilor civice ale PTHIV;
3. Experiența de testare, dezvăluire, tratament și naștere a copiilor.

Caracteristici ale respondenților și gospodăriilor

Grupul persoanelor care trăiesc cu HIV este unul echilibrat în funcție de gen, cu o ușoară supra-pondere a bărbaților: 50,5% față de 47,4% în populația generală. Ca și structură de vârstă populația care trăiește cu HIV este concentrată pe grupurile de vârstă medie, 43,5% de 30-39 ani și 27,7% de 40-49 ani. Sumar, aceste două categorii în rândul PTHIV au o pondere dublă, comparativ cu populația generală.

În ceea ce ține de durata vieții cu HIV grupul țintă este concentrat în intervalele 1 - 4 ani (36,0%) și 5-9 ani (26,2%). Sumar peste 70% respondenți au o durată a vieții cu HIV până la 10 ani.

Peste jumătate din respondenți (52,5%) la momentul studiului erau căsătoriți sau trăiau în concubinaj. Totodată ponderea acestora este considerabil mai mică decât în populația generală (66,9%). În schimb ponderea persoanelor celibatate în rândul PTHIV este dublă comparativ cu populația generală (27,1% față de 14,7%). În condițiile în care ponderea persoanelor divorțate sau văduve este aproximativ aceeași, (20,5% în rândul PTHIV și 18,4% în populația generală, ținând cont și de diferențele în distribuția de vârstă, discrepanțele în funcție de starea civilă sugerează că HIV este asociată cu renunțarea la căsătorie sau cel puțin întârzierea cu prima căsătorie).

Fiecare al doilea respondent (49,3%) la momentul studiului avea un post de muncă permanent, iar 14,7% ocazional.

Pe tip de localitate, populația care trăiește cu HIV este concentrată în mun. Chișinău și Bălți (42,4% față de 23,4% în cazul populației generale), având cel mai scăzut nivel de prezență în mediul rural (38,8% față de 54,3% în populația generală).

Tabelul 2. Structura socio-demografică a grupului țintă

		PTHIV		Populația generală ⁹
		Count	%	%
Genul respondentului:	Bărbat	237	50,5%	47,4%
	Femeie	232	49,5%	52,6%
Grup de vârstă:	18 - 29 ani	78	16,6%	26,9%
	30 - 39 ani	204	43,5%	20,7%
	40 - 49 ani	130	27,7%	15,5%
	50+ ani	57	12,2%	36,9%
Durata vieții cu HIV:	Mai puțin de un an	40	8,5%	
	1 – 4 ani	169	36,0%	
	5 – 9 ani	123	26,2%	
	10 – 14 ani	80	17,1%	
	Mai mult de 15 ani	57	12,2%	
Stare civila:	Căsătorit/concubinaj	246	52,5%	66,9%
	Celibatar	127	27,1%	14,7%
	Divorțat/văduv	96	20,5%	18,4%
Statut ocupațional:¹⁰	Angajat permanent	231	49,3%	
	Angajat ocazional	69	14,7%	
	Neangajat	169	36,0%	
Mediul de reședință:	Localitate rurală	182	38,8%	54,3%
	Oraș mic	88	18,8%	22,3%
	Oraș mare	199	42,4%	23,4%

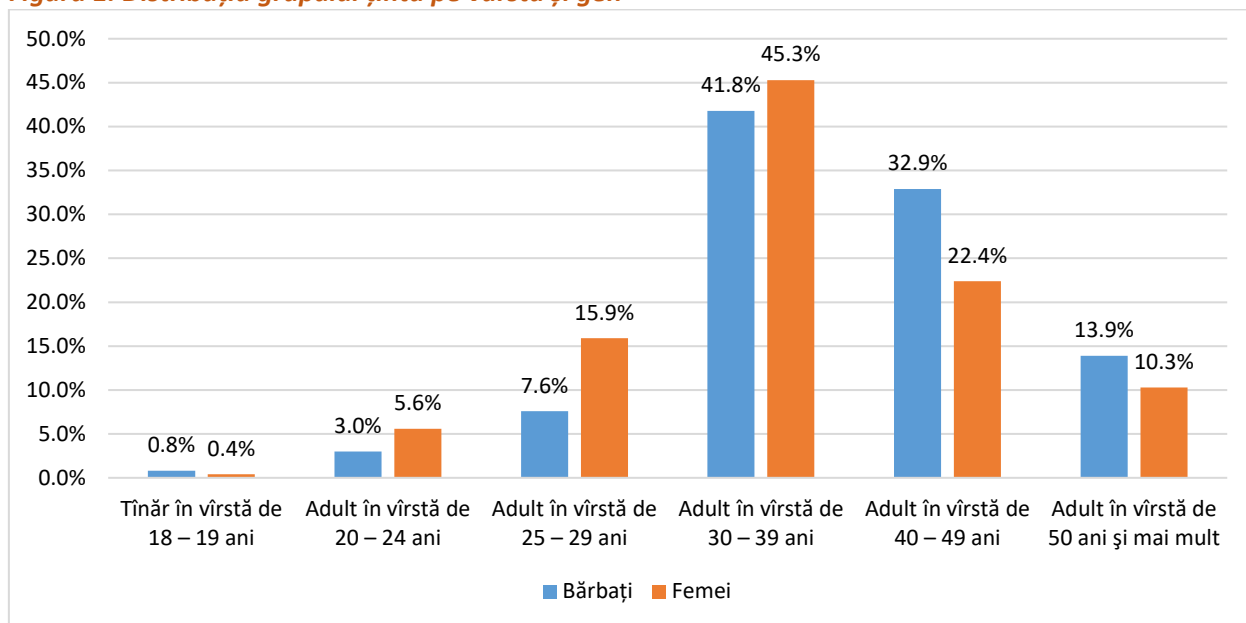
Spre deosebire de populația generală, unde vârsta medie a bărbaților este mai scăzută decât a femeilor din cauza speranței de viață mai mici, în rândul PTHIV populația masculină este un pic mai îmbătrânită

⁹ Biroul Național de Statistică

¹⁰ Pentru populația generală sunt prezentate datele Barometrului de Opinie Publică din noiembrie 2017

decât cea feminină, ponderea persoanelor de peste 40 ani fiind mai mare decât în cazul femeilor. Sumar, persoanele de 40 ani și peste au o pondere 46,8% în rândul PTHIV bărbați și doar 32,4% în cazul femeilor.

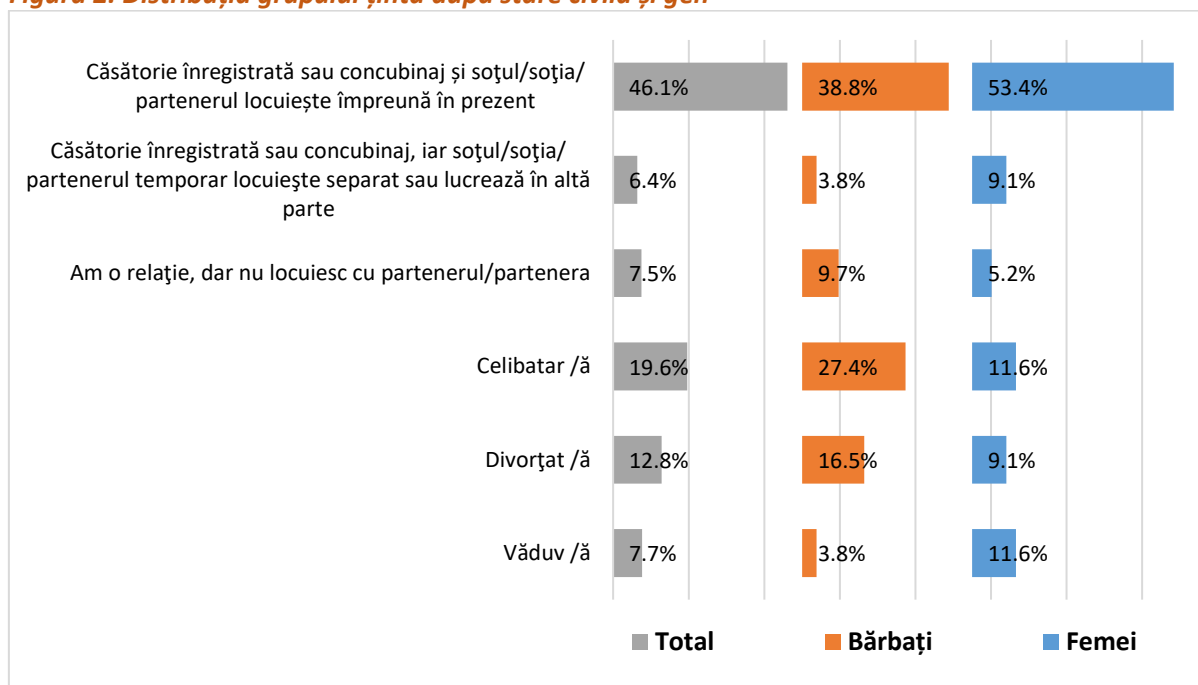
Figura 1. Distribuția grupului țintă pe vârstă și gen



Ca și stare civilă, 52,5% persoane la momentul studiului erau căsătorite, inclusiv 6,4% care, în același moment, locuiau separat de soț/soție. Alții 27,1% sunt celibatari, inclusiv 7,5% care au declarat existența unei relații, însă cu trai separat.

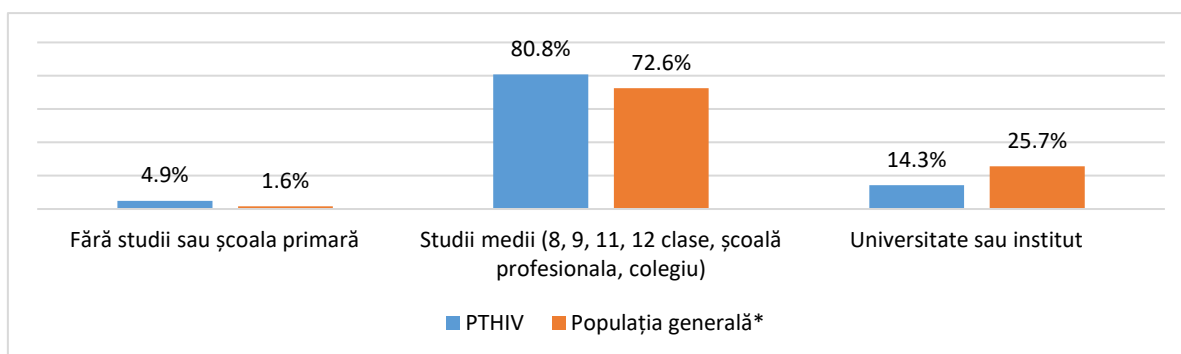
De remarcat și în acest caz diferențe între PTHIV bărbați și femei. În cazul bărbaților este mai mică ponderea celor căsătoriți și văduvi, fiind mai sporite ponderile celor celibatari și divorțați.

Figura 2. Distribuția grupului țintă după stare civilă și gen



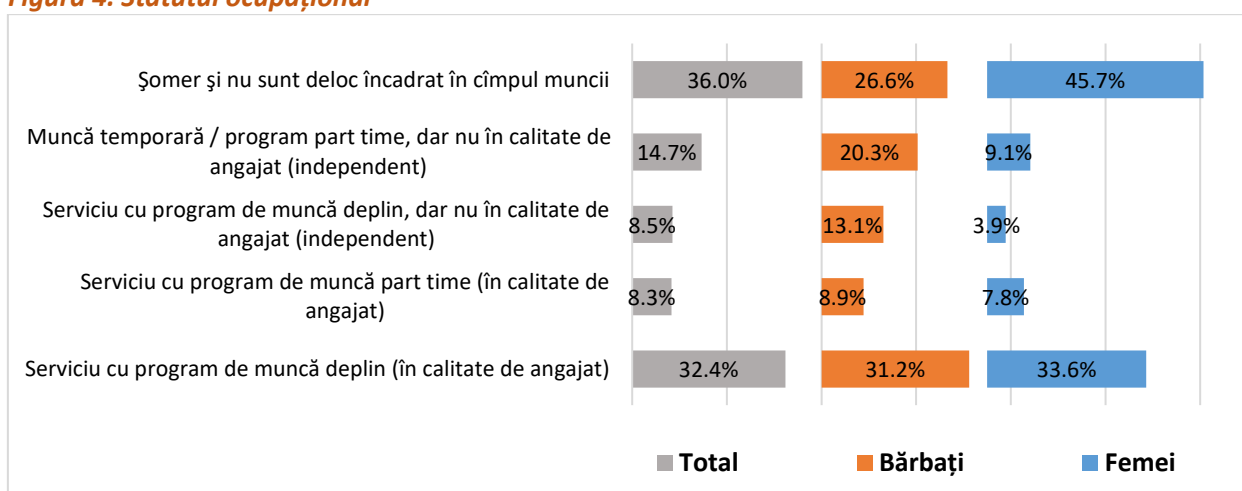
Opt din zece PTHIV au studii medii incomplete, medii sau medii profesionale. Studii superioare au 14,3%, aproape de două ori mai puțini față de populația generală (25,7%).

Figura 3. Nivelul de studii



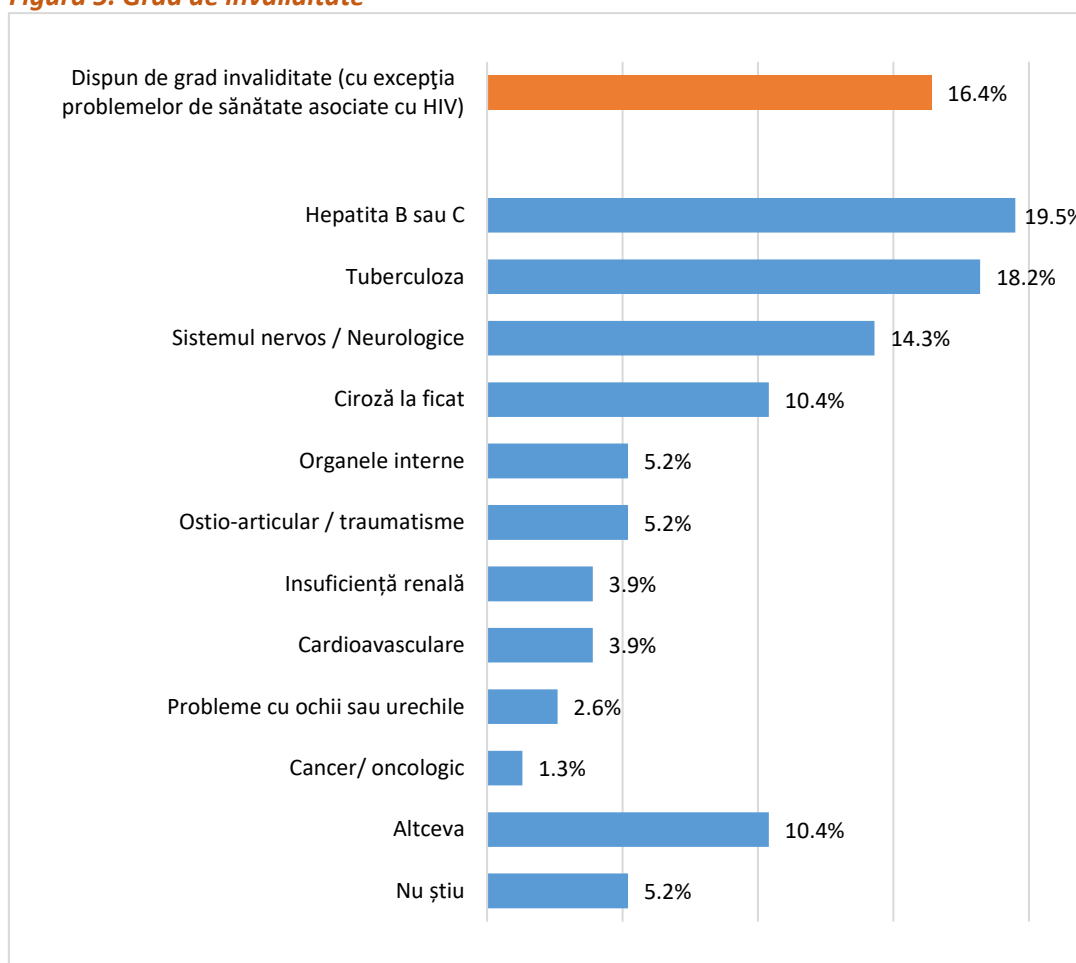
După cum s-a menționat anterior circa o treime (36,0%) respondenți nu sunt încadrați în câmpul muncii, iar 14,7% au angajări temporare. În restul cazurilor, 32,4% sunt angajați cu program deplin de muncă, alții 8,5% sunt auto-angajați, iar 8,5% sunt angajați part-time. Sumar mai mult de jumătate din respondenți nu au o angajare deplină, fiind șomeri, ocupați ocazional sau cu angajare parțială. În mod special sunt afectate femeile care trăiesc cu HIV, în cazul cărora 45,7% nu sunt deloc încadrate în câmpul muncii.

Figura 4. Statutul ocupațional



La momentul studiului 16,4% respondenți dispuneau de grad de invaliditate acordat pentru alte boli decât HIV. Cel mai des acesta a fost atribuit în baza hepatitelor virale B și C (19,5%), tuberculozei (18,2%), problemelor sistemului nervos (14,3%) și cirozei (10,4%).

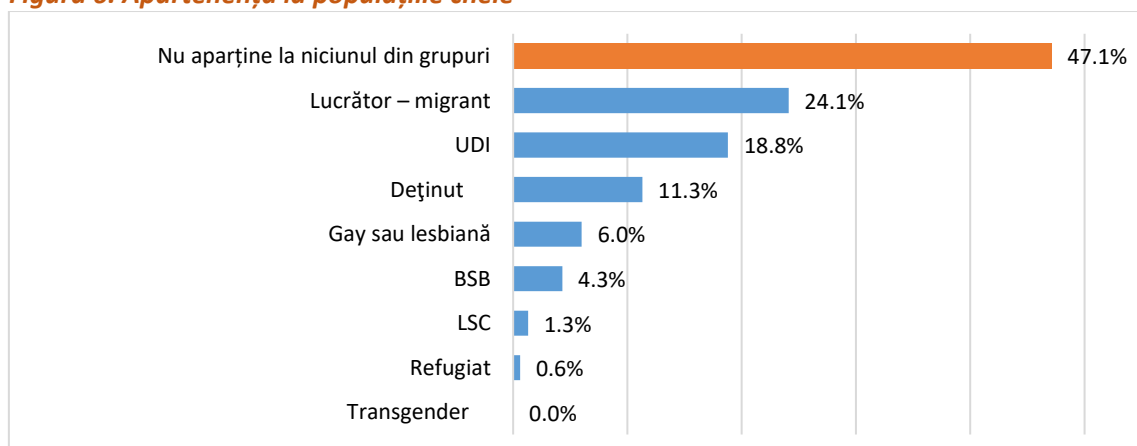
Figura 5. Grad de invaliditate



Nouă din zece respondenți au raportat că sunt sexual activi (88,5%) iar variația indicatorului este ne semnificativă în rândul diferitor categorii socio-demografice, cu excepția vârstei și stării civile. Cea mai mare pondere de respondenți activi sexual înregistrează grupul celor tineri (98,7%) și cea mai mică cei în vârstă de 50 ani și mai mult (63,2%). În funcție de starea civilă, rata cea mai mare de activi sexual se înregistrează în rândul celor căsătoriți (97,6%), cea mai mică în rândul celor văduvi/divorțați (68,8%).

Unul din doi respondenți aparține cel puțin la una din populațiile cheie, asociate riscului sporit de infectare. Fiecare al patrulea a fost implicat în migrația în scop de muncă, 18,8% sunt consumatori de droguri, iar 11,3% sunt foști deținuți. BSB sumare constituie 10,3% din totalul PTHIV.

Figura 6. Apartenența la populațiile cheie



În mod special ponderile PTHIV care aparțin populațiilor cheie sunt sporite în rândul bărbaților – gay (11,8%) și BSB (8,4%), PUDI (26,6%), foști deținuți (19,0%). Lucrătorii migranți sunt concentrați în mediul rural (41,2%), iar grupurile precum BSB, PUDI și foști deținuți aparțin într-o măsură mai mare PTHIV domiciliați în orașele mari.

Tabelul 3. Apartenența la populațiile cheie dezagregat în funcție de gen și mediu de reședință

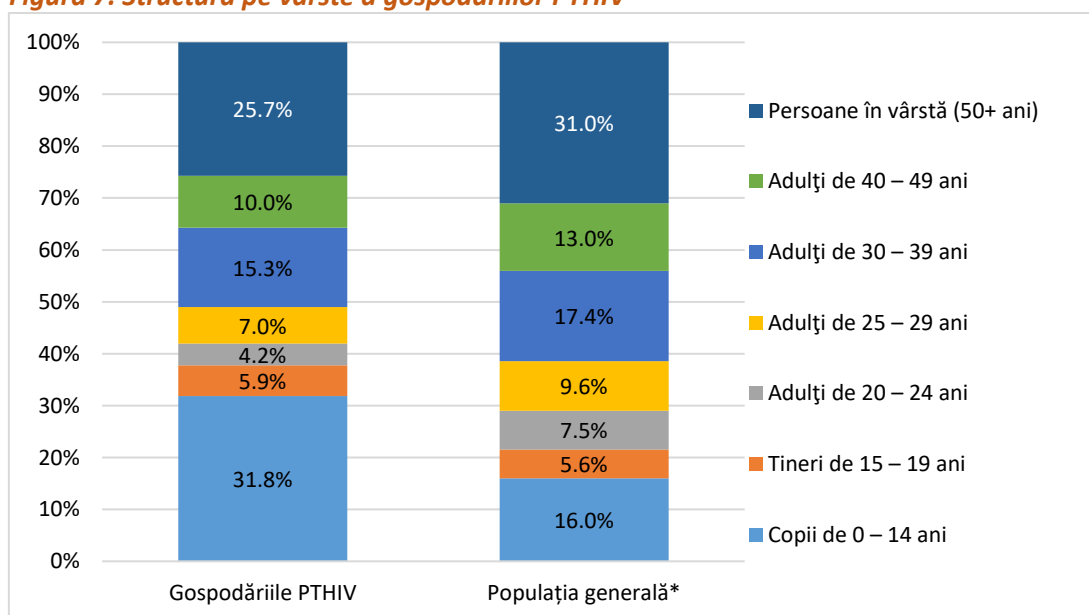
	Genul respondentului:		Mediul de reședință:		
	Bărbați	Femei	Localitate rurală	Oraș mic	Oraș mare
BSB	8,4%	-	2,7%	4,5%	5,5%
Gay sau lesbiană	11,8%	0,0%	0,5%	2,3%	12,6%
LSC	-	2,6%	0,5%	2,3%	1,5%
PUDI	26,6%	10,8%	4,9%	21,6%	30,2%
Refugiat	0,4%	0,9%	1,1%	1,1%	0,0%
Lucrător migrant	26,6%	21,6%	41,2%	19,3%	10,6%
Deținut	19,0%	3,4%	10,4%	4,5%	15,1%
Niciuna	29,1%	65,9%	50,5%	55,7%	40,7%

Gospodăriile PTHIV sunt semnificativ mai mici față de populația generală, fiind compuse în mediu din 2,0 persoane, față de 2,9 în populația generală¹¹.

În 40,3% gospodăriile ale PTHIV sunt copii de 0-14 ani, 9,8% au tineri de 18-19 ani și în 37% gospodăriile sunt prezente persoane de 50 ani și mai mult.

Structura pe vârste a gospodăriilor PTHIV diferă substanțial de populația generală, ceea ce vine în concordanță cu discrepanțele constatate din comparația structurii de vârstă și stare civilă a populației care trăiește cu HIV comparativ cu populația generală, descrise anterior. În rândul PTHIV predomină ca și pondere persoanele de vârstă medie. Drept urmare în gospodăriile PTHIV este de două ori mai mare, comparativ cu populația generală, ponderea copiilor (31,8% față de 16,0%) și ceva mai mică ponderea persoanelor de vârsta treia (25,7% față de 31,0%). Discrepanța, în mod special în ponderea copiilor, face ca rata de dependență economică, exprimată ca și raport între numărul de persoane în vârstă inaptă de muncă (copii și vârstnici) și ponderea persoanelor în vârstă aptă de muncă în gospodăriile PTHIV este ceva mai mare – 0,9 copii și persoane de 50+ ani per o persoană în vârstă aptă de muncă, comparativ cu 0,7 în populația generală.

Figura 7. Structura pe vârste a gospodăriilor PTHIV



¹¹ Recensământul Populației și Locuințelor, 2014

**** Biroul Național de Statistică**

Venitul mediu al gospodăriei raportat de respondenți echivalează cu 4348 (249,9\$) și circa 52 000 lei anual. Cel mai sporit nivel de venituri dețin gospodăriile din orașele mari, cu circa 25% mai mare decât media pe eșantion.

De menționat totodată că 1,3% respondenți au raportat lipsa veniturilor monetare.

Tabelul 4. Veniturile gospodăriilor

		Per persoană		Per gospodărie		
		Total		Rural	Oraș mic	Oraș mare
Venitul mediu lunar	MDL	2288	4348	3423	3721	5417
	US\$	131,5	249,9	196,7	213,9	311,3
Venitul mediu anual	MDL	27464	52181	41076	44658	64999
	US\$	1578,4	2998,9	2360,7	2566,6	3735,6

Venitul mediu lunar per persoană a constituit 2288 lei (131,5\$). În fiecare a doua gospodărie a PTHIV venitul mediu lunar per persoană este sub minimul de existență, estimat de Biroul Național de Statistică pentru anul 2017 – 1862,4 lei.

Fiecare al zecelea respondent (11,1%) a raportat existența cazurilor de confruntare cu insuficiență de produse alimentare pe parcursul ultimilor 30 zile.

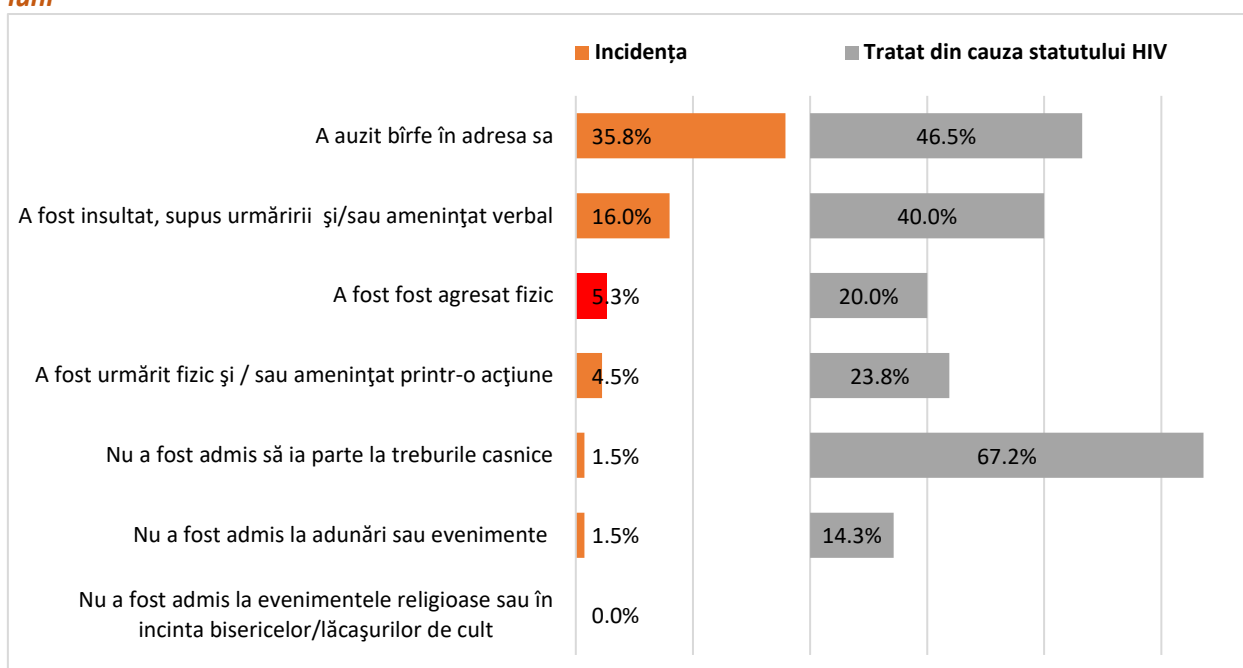
Experiența de stigmă și discriminare

Acest capitol abordează expunerea la stigmă și discriminare a PTHIV, prin prisma a cinci dimensiuni ale vieții sociale: experiențe de stigmă și discriminare, accesul la muncă, servicii de sănătate și educație, auto-stigmatizarea, protecția drepturilor PTHIV, legislația și politicile relevante, precum și schimbările resimțite în timp.

Experiența de stigma și discriminare legate de HIV

Tratamentele discriminatorii își au locul destul de des, la adresa PTHIV. Acestea cel mai des iau forma de bârfe (35,8%), insulte și amenințări verbale (16,0%). Ceva mai rar, însă își au locul și tratamente mai grave, precum agresare fizică (5,3%) sau amenințări cu agresare fizică (4,5%). Totodată asemenea tratamente nu neapărat au drept bază statutul HIV. Mai jos vom vedea că expunerea la tratamente discriminatorii ale PTHIV este agravată și de apartenența multiplă la grupuri aflate în risc. Dacă ne referim strict la tratamentele cauzate de statutului HIV direct sau parțial, este cauzat de statutul HIV+ fiecare al doilea caz de discriminare sub formă de bârfe (46,5%), patru din zece cazuri de insulte sau amenințări verbale și unul din cinci cazuri de agresiune fizică.

Figura 8. Supunerea la tratamente discriminatorii, inclusiv din cauza statutului HIV+, în ultimele 12 luni



Sumar tratamentelor discriminatorii în ultimele 12 luni au fost supuși 39,3% respondenți. În mod special acestor tratamente sunt supuse persoanele tinere (18-29 ani – 43,9%), cei relativ recent diagnosticați (mai puțin de un an – 48,1%) sau deopotrivă care trăiesc cu HIV mai mult de 15 ani (55,4%), celibatari (50,8%).

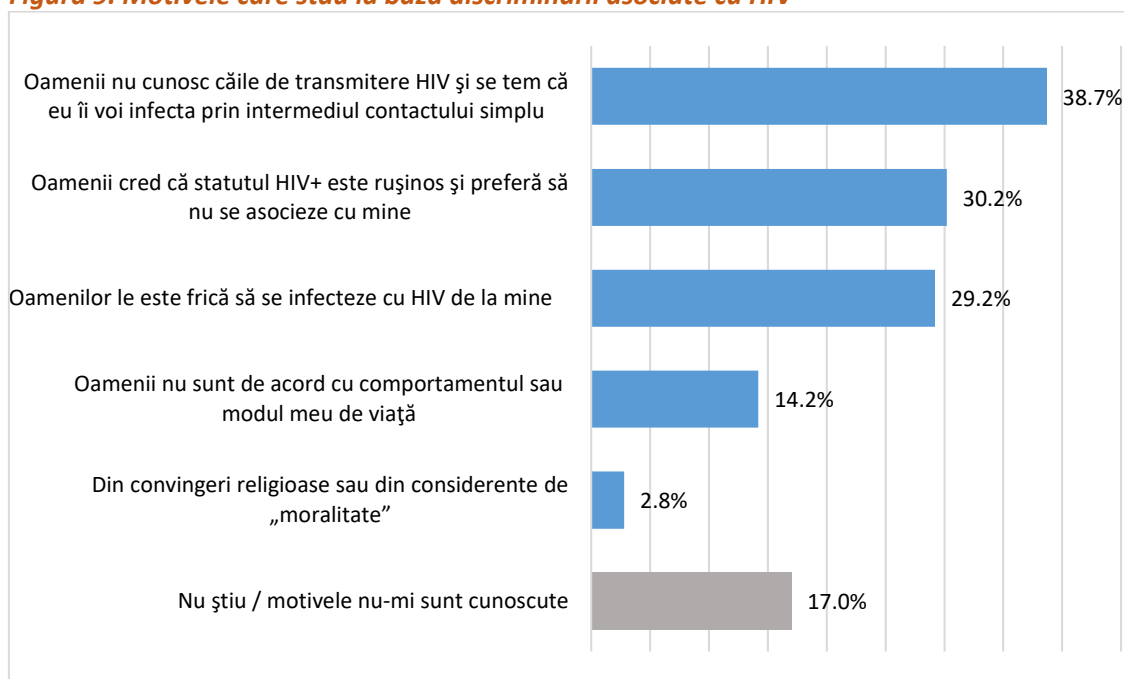
Tabelul 5. Incidența tratamentelor discriminatorii (indiferent de formă) pe categorii socio-demografice

		%
Total		39,3%
Genul respondentului:	Bărbat	38,0%
	Femeie	40,6%
Grup de vârstă:	18 - 29 ani	43,9%
	30 - 39 ani	41,7%
	40 - 49 ani	38,9%
	50+ ani	25,3%
Durata vieții cu HIV:	Mai puțin de un an	48,1%
	1 – 4 ani	35,1%
	5 – 9 ani	36,6%
	10 – 14 ani	38,2%

		%
	Mai mult de 15 ani	55,4%
Stare civila:	Căsătorit	36,3%
	Celibatar	50,8%
	Divorțat/văduv	32,8%
Statut ocupațional:	Angajat permanent	38,5%
	Angajat ocazional	38,0%
	Neangajat	41,0%
Mediul de reședință:	Localitate rurală	39,9%
	Oraș mic	35,8%
	Oraș mare	41,0%

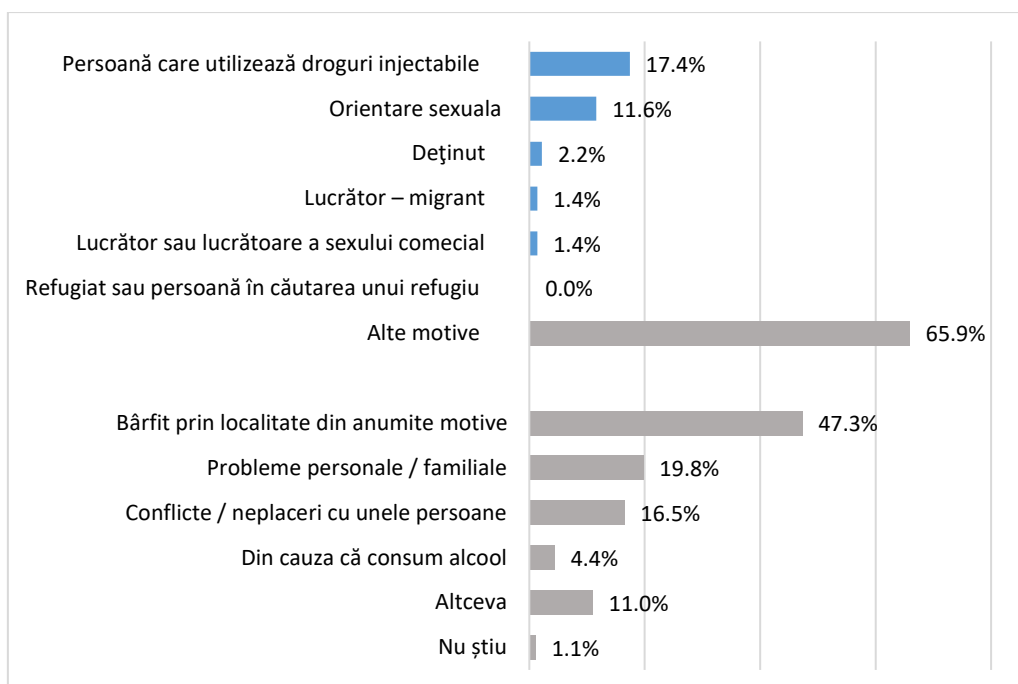
Discriminarea și marginalizarea PTHIV este cauzată în primul rând de nivelul scăzut și fragmentar al populației despre infecția HIV. Cel mai des PTHIV care au raportat tratamente discriminatorii pe motiv de statut HIV consideră că acestea sunt cauzate de frica celor din jur să nu se infecteze prin contact simplu din cauza necunoașterii căilor de transmitere a infecției (38,7%) sau la general frica de infectare (29,2%). A doua cauză ține de asocierea infecției HIV cu comportamente indezirabile, statutul HIV+ fiind unul rușinos (30,2%).

Figura 9. Motivele care stau la baza discriminării asociate cu HIV



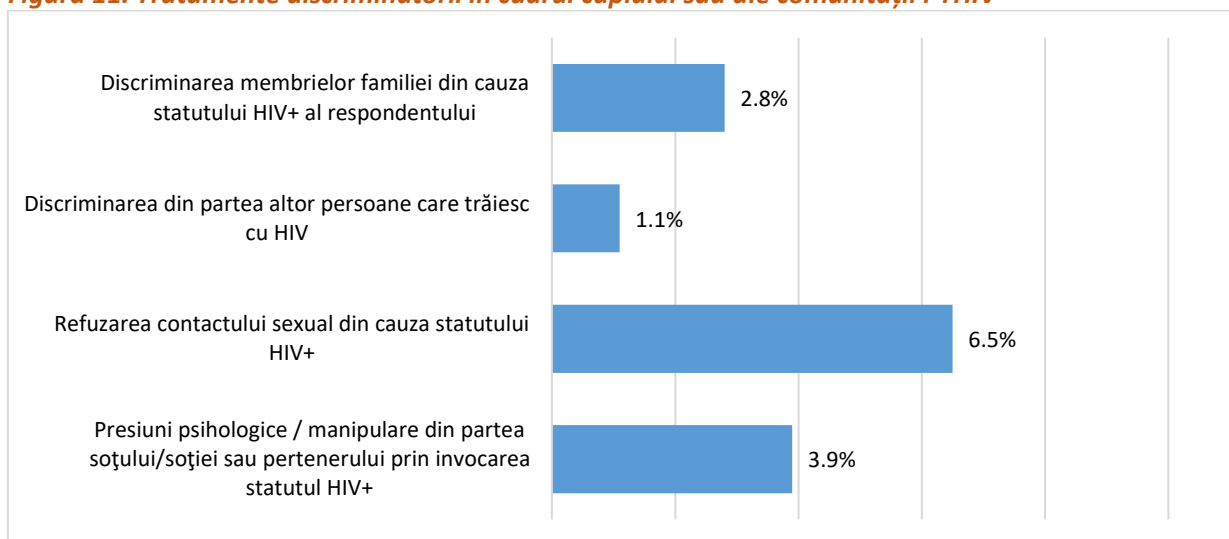
Discriminării asociate cu statutul HIV i se suprapune și discriminarea din cauza asocierii PTHIV cu alte grupuri marginalizate. În cazurile în care tratamentele discriminatorii nu au avut loc din cauza statutului HIV acestea au fost asociate consumului de droguri (17,4%) sau orientării sexuale (11,6%).

Figura 10. Motivele tratamentelor discriminatorii, neasociate cu HIV



Deși mai rar, însă PTHIV se confruntă și cu respingere în cadrul cuplului sau chiar comunității PTHIV, precum și răsfrângerea discriminării cauzate de statutul HIV+ asupra membrilor familiei. Astfel, 6,5% respondenți au raportat cazuri de refuz ale relațiilor sexuale din cauza statutului pe parcursul ultimelor 12 luni, 3,9% au fost supuși careva presiuni în cadrul cuplului prin invocarea statutului HIV+, iar 2,8% raportează repercusiuni asupra membrilor familiei cauzate de statutul HIV+ al respondentului.

Figura 11. Tratamente discriminatorii în cadrul cuplului sau ale comunității PTHIV

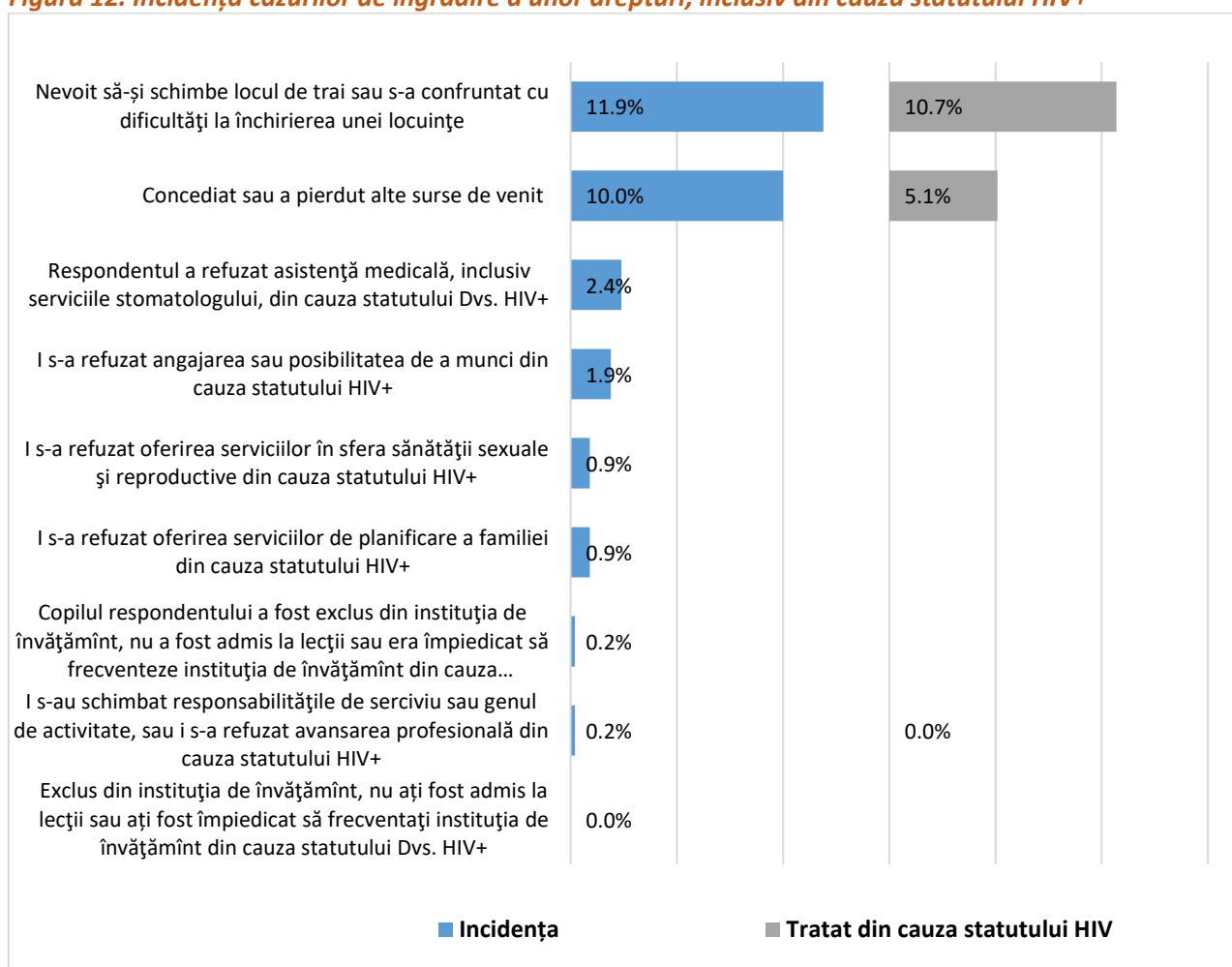


Accesul la muncă, serviciile de sănătate și educație

În realizarea drepturilor și libertăților fundamentale PTHIV se confruntă cu două probleme majore, care indică încălcări ale articolelor 27 și 43 din Constituția Republicii Moldova. În decursul a 12 luni până la data interviului 11,9% respondenți au declarat situații în care au fost nevoiți să-și schimbe locul de trai sau au întâmpinat greutăți în a închiria o locuință. Alții 10,0% au fost concediați sau au pierdut alte surse de venit. Aceste două impedimente majore sunt puternic asociate cu statutul HIV. Astfel, fiecare al zecelea caz (10,7%) de îngădire a dreptului de a-și stabili domiciliul sau reședința a fost cauzat, în aprecierea respondenților, de statutul HIV pozitiv. În cazul îngădirii dreptului la muncă statutul HIV+ a fost invocat în 5,1% cazuri. Acestor cazuri trebuie adăugate și 1,9% din întregul eșantion când respondenții apreciază că le-a fost refuzată angajarea sau posibilitatea de a munci din cauza statutului HIV+, cât și 0,2% cazuri de schimbare a responsabilităților de serviciu sau refuz în avansarea profesională invocând același motiv.

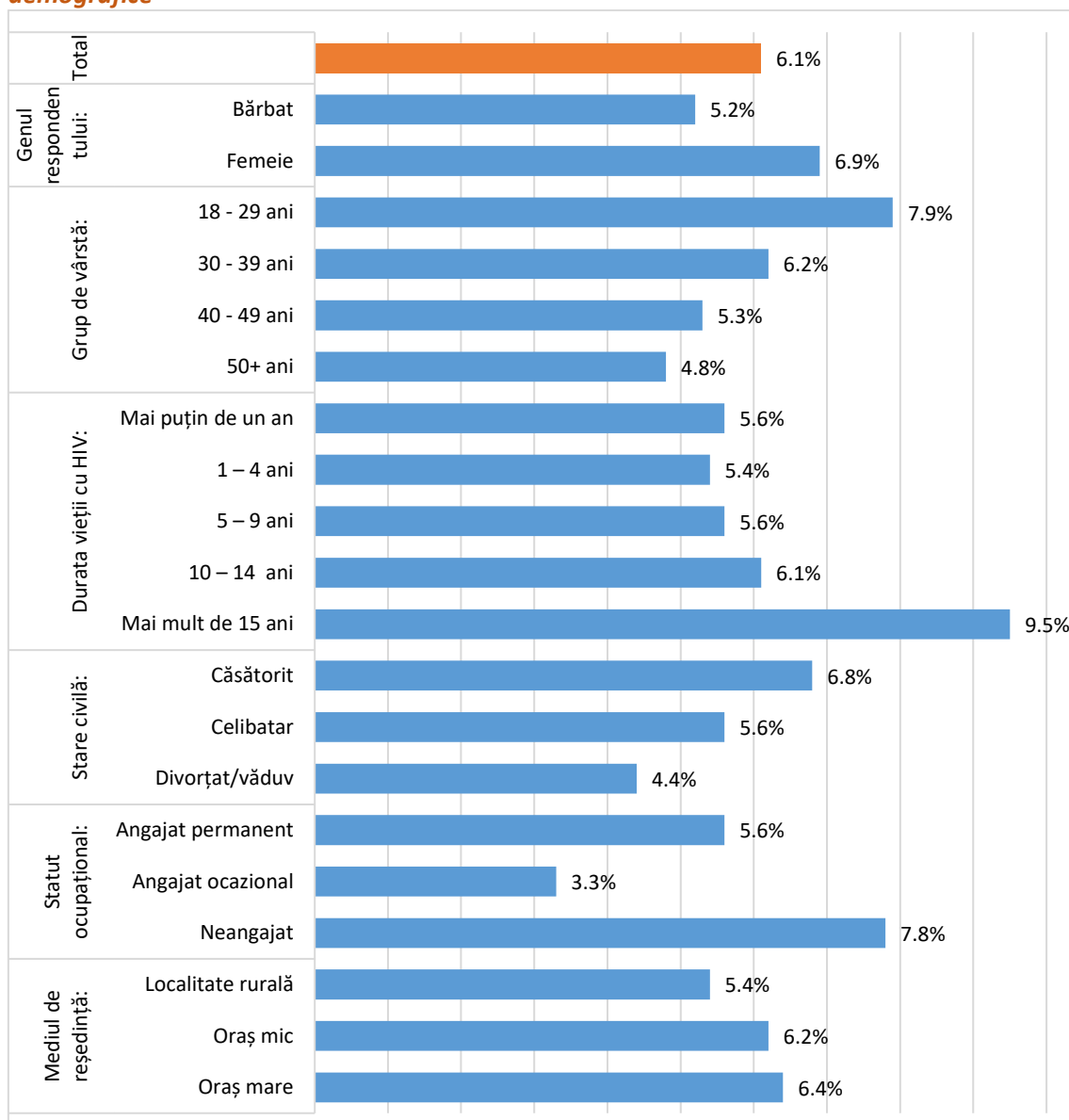
În proporții mai mici, dar totuși constatate sunt cazurile de îngădire în realizarea dreptului la ocrotirea sănătății, sub forma refuzului la asistență medicală din cauza statutului (2,4%) sau refuzul în a oferi servicii în sfera sănătății sexuale și reproductive (0,9%).

Figura 12. Incidența cazurilor de îngădire a unor drepturi, inclusiv din cauza statutului HIV+



Sumar, 6,1% respondenți au relatat că pe parcursul ultimelor 12 luni s-au confruntat cu cel puțin una din situațiile de îngădire în realizarea drepturilor enumerate mai sus (figura 11), cu specificația că încălcările date au drept bază statutul HIV+ al respondentului. Comparația ratelor de incidență permit să identificăm categoriile PTHIV cele mai expuse la asemenea riscuri. Astfel, ceva mai des cu încălcarea drepturilor de liber consimțământ în a-și stabili locul de trai, dreptul la muncă, ocrotirea sănătății și la educație se confruntă PTHIV care au o durată de viață cu HIV mare (peste 15 ani) – 9,5%, cei neîncadrați în câmpul muncii – 7,8%, femeile – 6,9%. La fel există o relație inversă între incidență și vârsta respondentului, categoriile mai tinere confruntându-se mai des cu încălcări/îngădiri în realizarea drepturilor.

Figura 13. Ratele de incidență a restricțiilor de acces din cauza statutului HIV+ pe categorii socio-demografice



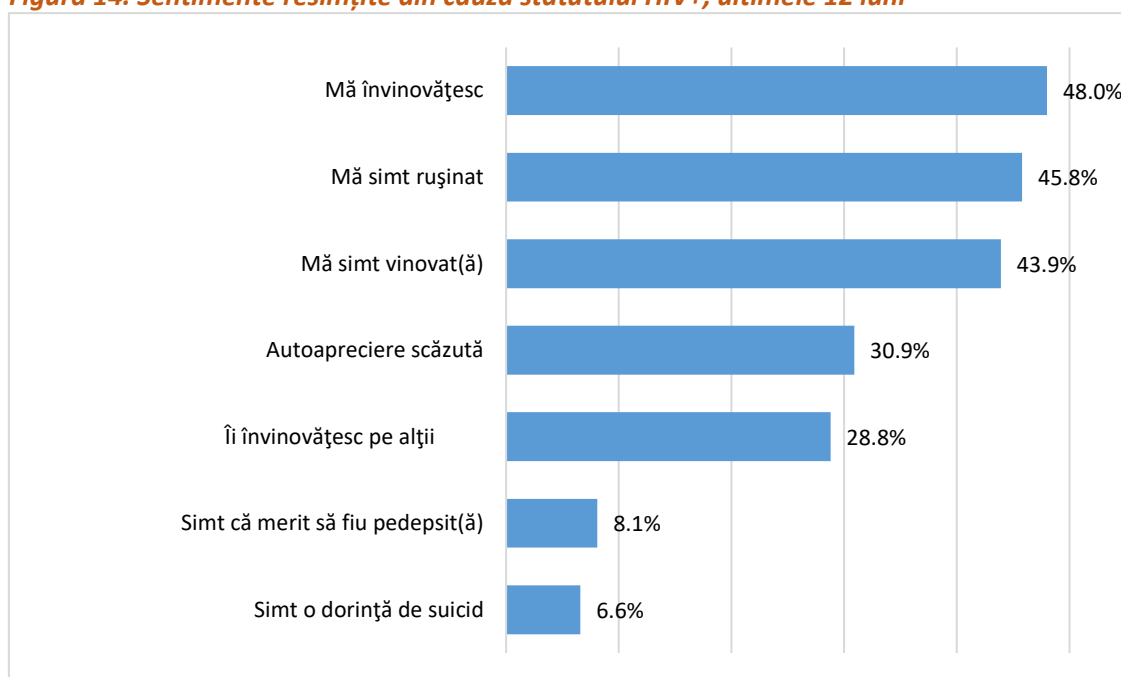
Auto-stigmatizarea

Acest subcapitol vizează formele de stigmă internalizată (auto-stigmatizarea) a PTHIV. Așa cum sugerează datele studiului în condițiile vieții cu infecția HIV, asociată cu riscuri sociale sporite, adesea PTHIV recurg din propriile convingeri și temeri la adoptarea de poziții de auto-izolare și stări de auto-deprimare.

Majoritatea respondenților au raportat diferite stări deprimante, pe care le-ar fi resimțit în ultimele 12 luni din cauza statutului HIV+. Cel mai des acestea sunt sentimente de vinovăție și rușine. Aproape fiecare al treilea respondent a resimțit o auto-apreciere scăzută, iar 28,8% au avut tendințe de a învinovăți pe alții.

Nu sunt rare nici formele mai grave, cum ar fi acceptarea meritului de a fi pedepsit (8,1%) sau dorința de a se sinucide (6,6%).

Figura 14. Sentimente resimțite din cauza statutului HIV+, ultimele 12 luni



Există, în mod evident, anumite variații ale stărilor de auto-stigmatizare pe diferite categorii socio-demografice ale PTHIV. Tendințele indică faptul că ceva mai des stări depresante resimt femeile, tinerii, cu o durată vieții cu HIV scurtă, celibatari sau divorțați/văduvi, fără angajare permanentă, din mediul rural.

Tabelul 6. Sentimente resimțite din cauza statutului HIV+, ultimele 12 luni, pe categorii socio-demografice

		Mă simt rușinat	Mă simt vinovat(ă)	Mă învinovățesc	Îmi învinovățesc pe alții	Autoapreciere scăzută	Simt că merit să fiu pedepsit(ă)	Simt o dorință de suicid
Total		41%	41%	46%	25%	28%	8%	6%
Genul respondentului:	Bărbat	32%	44%	49%	19%	24%	8%	5%
	Femeie	50%	38%	43%	32%	33%	7%	6%
Grup de vârstă:	18 - 29 ani	42%	52%	47%	37%	37%	8%	6%
	30 - 39 ani	41%	41%	48%	24%	26%	8%	6%
	40 - 49 ani	37%	35%	43%	21%	27%	5%	4%
	50+ ani	48%	42%	43%	28%	28%	12%	7%
Durata vieții cu HIV:	Mai puțin de un an	48%	41%	46%	52%	28%	7%	11%
	1 – 4 ani	48%	51%	53%	28%	28%	6%	6%
	5 – 9 ani	38%	37%	40%	21%	28%	9%	5%
	10 – 14 ani	40%	37%	43%	24%	34%	8%	5%
	Mai mult de 15 ani	27%	37%	47%	14%	20%	4%	5%
Stare civila:	Căsătorit	41%	42%	46%	25%	26%	8%	5%
	Celibatar	37%	41%	49%	23%	33%	7%	10%
	Divorțat/văduv	47%	39%	43%	31%	30%	7%	4%
Statut ocupațional:	Angajat permanent	35%	35%	40%	24%	24%	6%	5%
	Angajat ocazional	42%	50%	52%	20%	32%	10%	5%
	Neangajat	49%	48%	52%	29%	34%	8%	7%
Mediul de reședință:	Localitate rurală	54%	48%	50%	29%	33%	10%	6%
	Oraș mic	35%	37%	42%	18%	20%	5%	5%
	Oraș mare	34%	39%	45%	27%	30%	8%	6%

Pe lângă stările emoționale interne negative, infecția HIV duce la modelări restrictive ale comportamentului. În primul rând infecția HIV diminuează natalitatea și nupțialitatea. În aceeași perioadă

(ultimele 12 luni) fiecare a treia PTHIV a luat decizia de a nu avea copii (32,2%), iar 17,1% de a nu se căsători.

Unul din zece a recurs la restricționarea vieții sexuale (11,7%).

Sunt frecvente cazurile de renunțare în adresarea pentru servicii de sănătate, 12,6% au evitat vizita la policlinică, iar 9,6% la spital, deși au avut nevoie. La fel se (auto)restricționează și contactele sociale, 8,3% au renunțat la vizite, evenimente, întâlniri, 7,9% s-au îndepărtat de cercul social restrâns (familia, prietenii).

Figura 15. Auto-restricționări din cauza statutului HIV+, ultimele 12 luni



Renunțarea la relații sexuale, căsătorie și nașterea copiilor din cauza statutului HIV este caracteristică într-o măsură mai mare PTHIV mai în vârstă, cu durata vieții cu HIV mai scurtă, care la moment nu trăiesc în cuplu.

Renunță să acceseze servicii medicale mai des femeile și persoanele cu o viață cu HIV mai îndelungată.

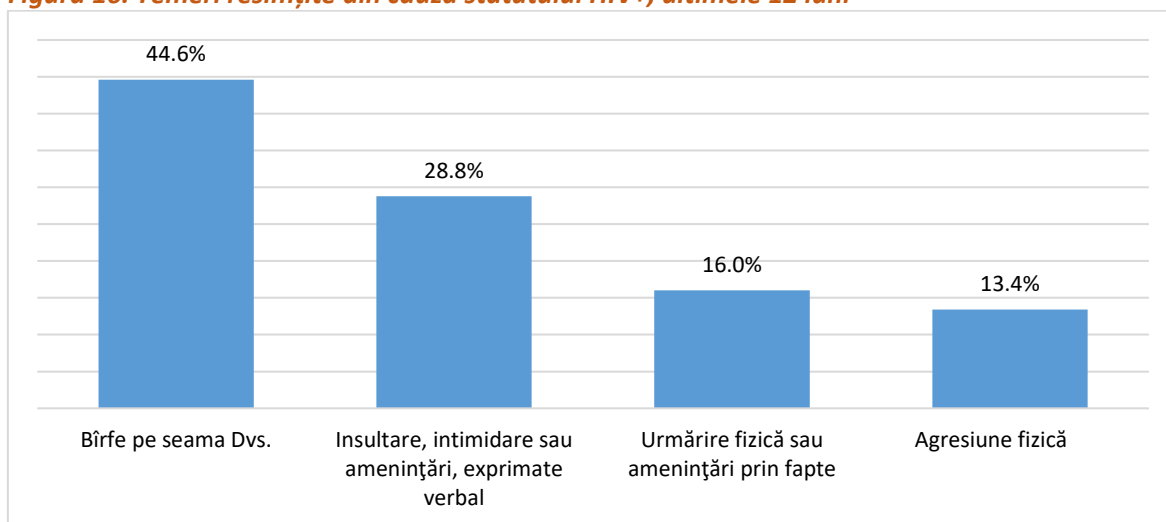
Tabelul 7. Auto-restricționări din cauza statutului HIV+, ultimele 12 luni, pe categorii socio-demografice

		Am hotărât să nu mă căsătoresc	Am hotărât să nu mai întrețin relații sexuale	Am hotărât să nu (mai) am copii	Am evitat vizita la policlinică, deși am avut nevoie	Am evitat vizita la spital, deși am avut nevoie
Total		15%	11%	31%	10%	8%
Genul respondentului:	Bărbat	16%	10%	29%	7%	4%
	Femeie	15%	13%	34%	13%	12%
Grup de vârstă:	18 - 29 ani	9%	9%	22%	10%	5%
	30 - 39 ani	14%	8%	29%	11%	9%
	40 - 49 ani	19%	16%	40%	11%	11%
	50+ ani	19%	16%	34%	6%	5%
Durata vieții cu HIV:	Mai puțin de un an	11%	15%	24%	4%	7%
	1 - 4 ani	22%	14%	34%	11%	9%
	5 - 9 ani	10%	8%	28%	7%	6%
	10 - 14 ani	15%	11%	33%	12%	9%

		Am hotărât să nu mă căsătoresc	Am hotărât să nu mai întrețin relații sexuale	Am hotărât să nu (mai) am copii	Am evitat vizita la policlinică, deși am avut nevoie	Am evitat vizita la spital, deși am avut nevoie
	Mai mult de 15 ani	15%	11%	37%	16%	14%
Stare civila:	Căsătorit	3%	3%	26%	10%	9%
	Celibatar	25%	15%	36%	9%	7%
	Divorțat/văduv	36%	27%	41%	11%	9%
Statut ocupațional:	Angajat permanent	16%	11%	35%	10%	9%
	Angajat ocazional	14%	15%	27%	8%	4%
	Neangajat	15%	10%	28%	11%	9%
Mediul de reședință:	Localitate rurală	12%	10%	26%	11%	9%
	Oraș mic	14%	11%	27%	8%	7%
	Oraș mare	19%	12%	38%	11%	9%

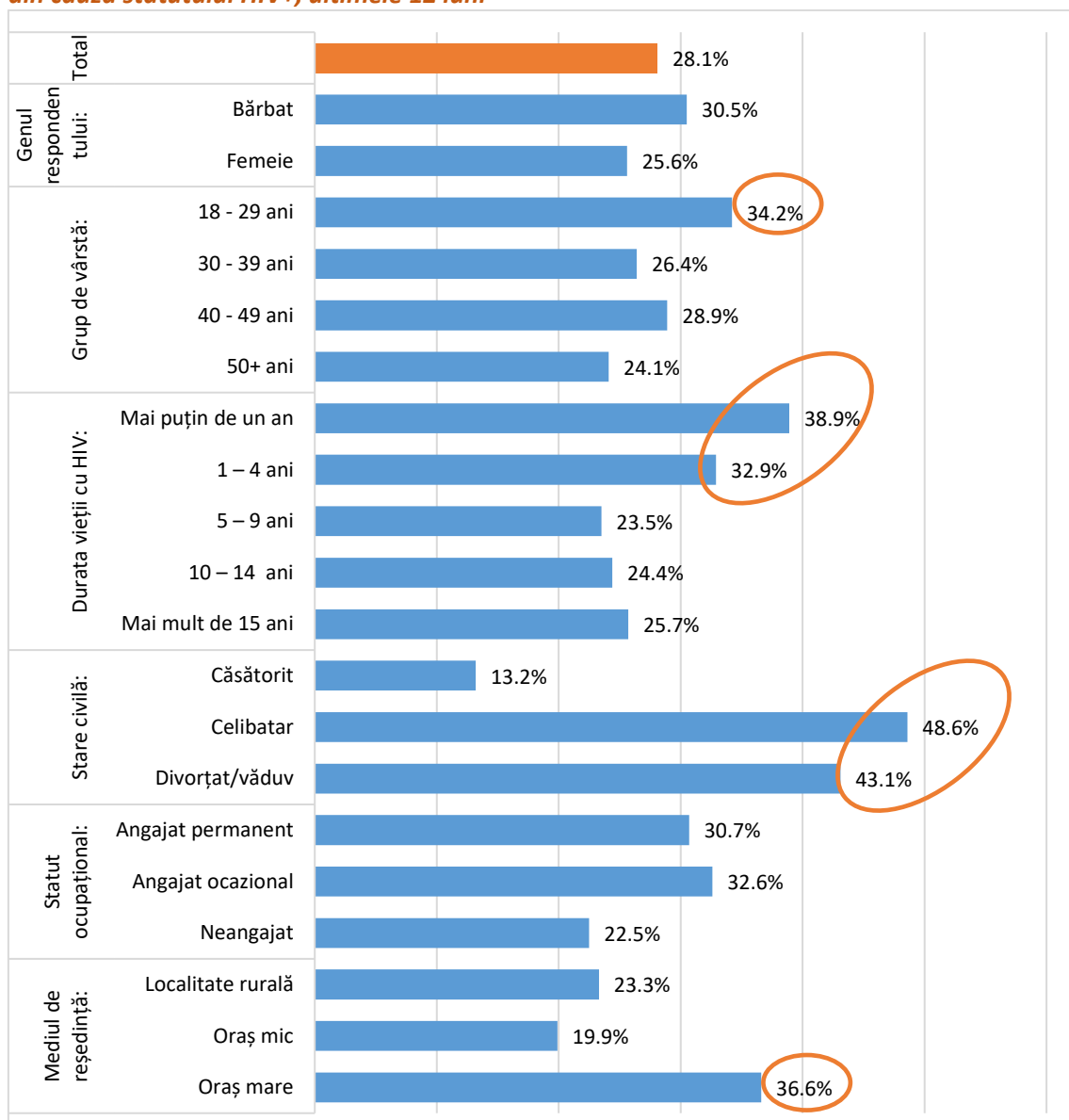
Auto-stigmatizarea este determinată de așteptările stigmatizante din partea societății. Respondenții raportează temeri că ar fi bârșiți de cei din jur (44,6%), că vor fi intimidați sau amenințați verbal (28,8%), prin fapte (16,0%) sau chiar agresați fizic (13,4%).

Figura 16. Temeri resimțite din cauza statutului HIV+, ultimele 12 luni



La fel o pondere semnificativă de respondenți raportează temeri că vor fi refuzați la întreținerea relațiilor sexuale din cauza statutului HIV+ - 28,1%. Mai des asemenea temeri resimt persoanele tinere, cu o durată a vieții cu HIV scurtă, cei care nu trăiesc în cuplu la moment, și, în mod surprinzător locuitorii orașelor mari.

Figura 17. Ponderea respondenților care au avut temeri că cineva nu ar dori să întrețină relații sexuale din cauza statutului HIV+, ultimele 12 luni

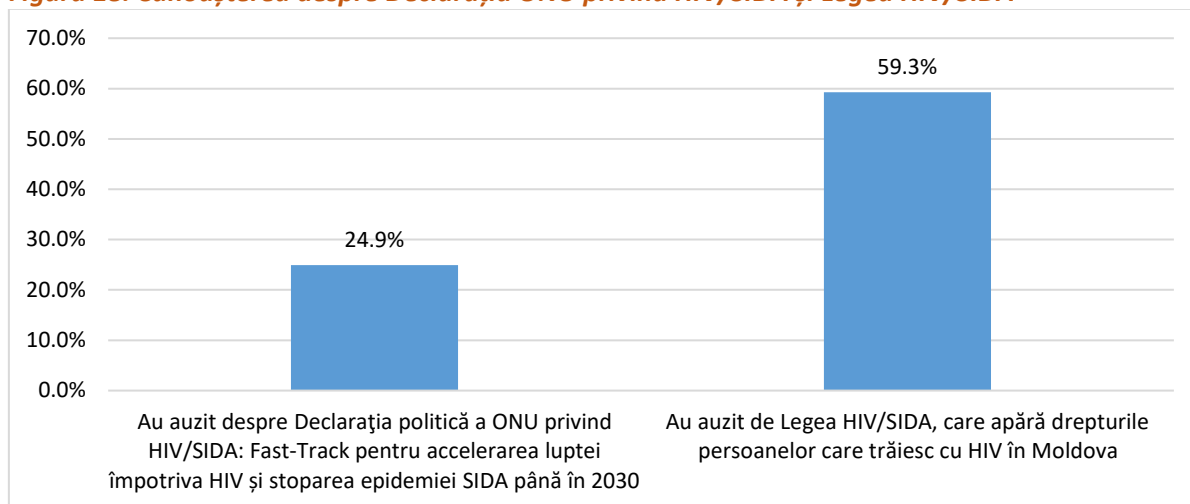


Drepturi, legislație și politici

Acest sub-capitol vizează notorietatea și familiarizarea cu Declarația ONU privind HIV/SIDA din 2016¹² și a Legii naționale cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA¹³, aprecieri cu privire la lezarea drepturilor omului în baza statutului HIV+, precum și eforturile de apărare ale acestor drepturi.

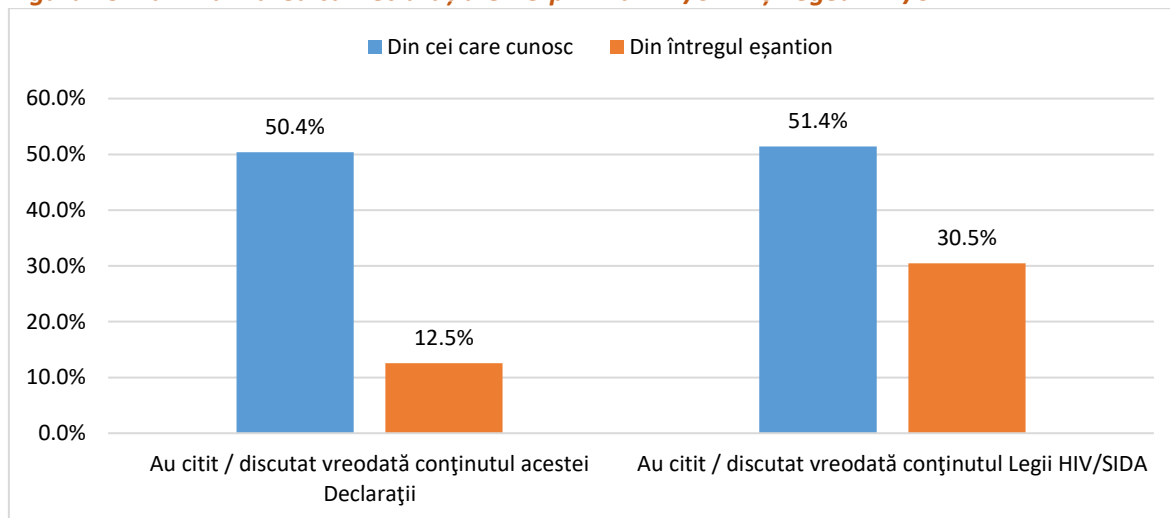
Cel puțin la nivel declarativ fiecare al patrulea respondent susține că cel puțin cunosc despre existența Declarației ONU privind HIV/SIDA și 59,3% despre Legea cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA.

Figura 18. Cunoașterea despre Declarația ONU privind HIV/SIDA și Legea HIV/SIDA



Totodată familiarizarea cu aceste documente pare a fi una scăzută, doar unul din doi respondenți din totalul celor care au afirmat că au auzit despre declarația și Legea HIV/SIDA au discutat vreodată conținutul acestora. Per eșantion total, au auzit și au discutat vreodată despre Declarația ONU privind HIV/SIDA 12,5% și 30,5% Legea cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA.

Figura 19. Familiarizarea cu Declarația ONU privind HIV/SIDA și legea HIV/SIDA



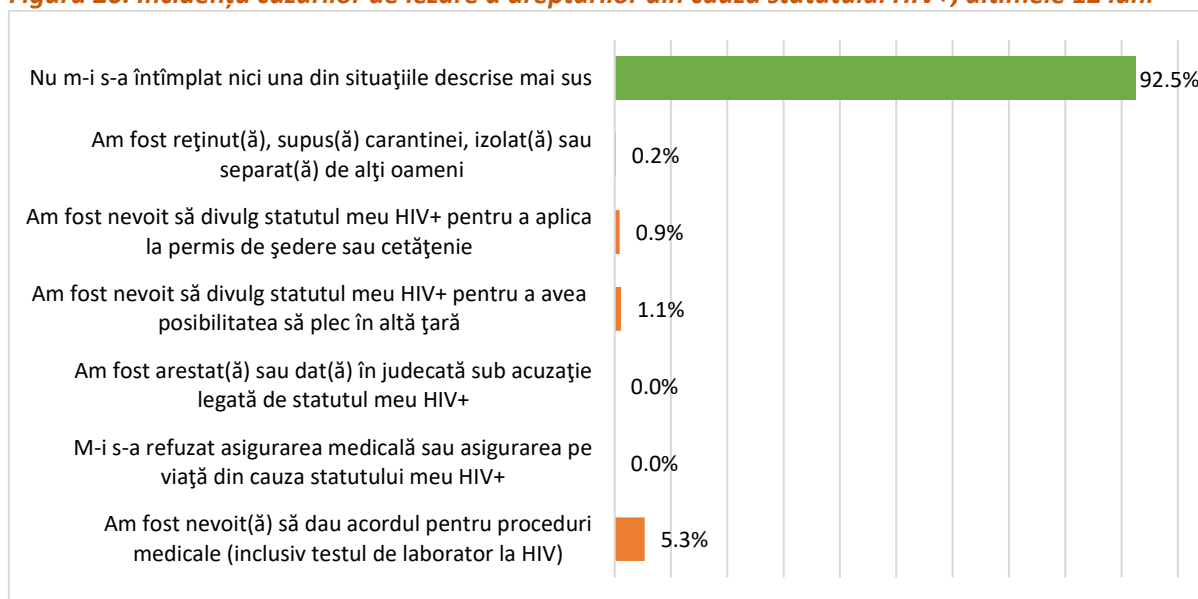
Întrebați despre întâmplări pe parcursul ultimelor 12 luni când le-au fost lezate câteva din drepturi prin practici discriminatorii din partea instituțiilor de stat, 92,5% au raportat lipsa a asemenea experiențe. În rest 5,3% le-au fost impus să ofere acordul pentru proceduri medicale (inclusiv testul de laborator HIV), 1,1% respondenți au fost nevoiți să-și divulge statutul HIV pentru a avea posibilitatea de a pleca în altă țară, iar 0,9% pentru a aplica la permis de ședere sau cetățenie. Alții 0,2% au raportat cazuri (n=1) când au fost reținuți, supus carantinei, izolat sau separat de alți oameni. Nu a fost înregistrat niciun caz când

¹² <http://aids.md/aids/files/628/law-hiv-aids-2007-en.pdf>

¹³ http://lex.justice.md/document_rom.php?id=1A87453F:B292311C

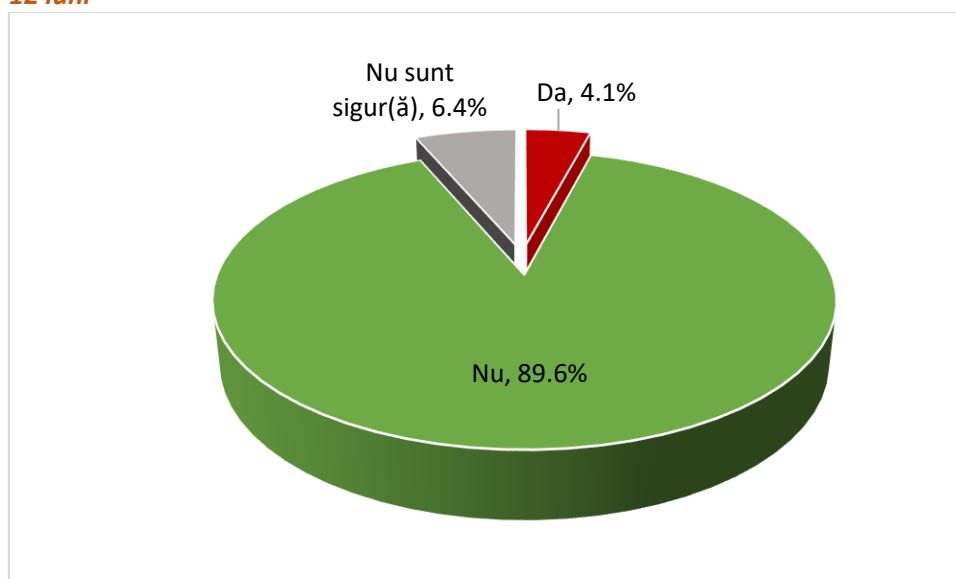
respondentul să fie arestat, dat în judecată sau acuzat în legătură cu statutul HIV sau să-i fie refuzată asigurarea medicală sau de viață.

Figura 20. Incidența cazurilor de lezare a drepturilor din cauza statutului HIV+, ultimele 12 luni



Per total 4,1% respondenți au raportat încălcări ale drepturilor sale din cauza statutului HIV în ultimele 12 luni, iar alții 6,4% au sesizat că au întâmpinat cazuri de încălcare, însă nu pot cataloga cu precizie dacă a fost din cauza statutului.

Figura 21. Aprecierea incidenței generale de încălcare a drepturilor din cauza statutului HIV+, ultimele 12 luni



Din cei 4,1% (n=19) respondenți care au afirmat experiențe de încălcare ale drepturilor sale din cauza statutului, doar 5 persoane au încercat să primească asistență juridică pentru apărarea și restabilirea drepturilor, 4 persoane au încercat să oblige funcționarii publici să întreprindă măsuri împotriva încălcării drepturilor sale, iar 3 au încercat să oblige persoanele publice la nivel local să întreprindă măsuri împotriva îngădirii drepturilor sale.

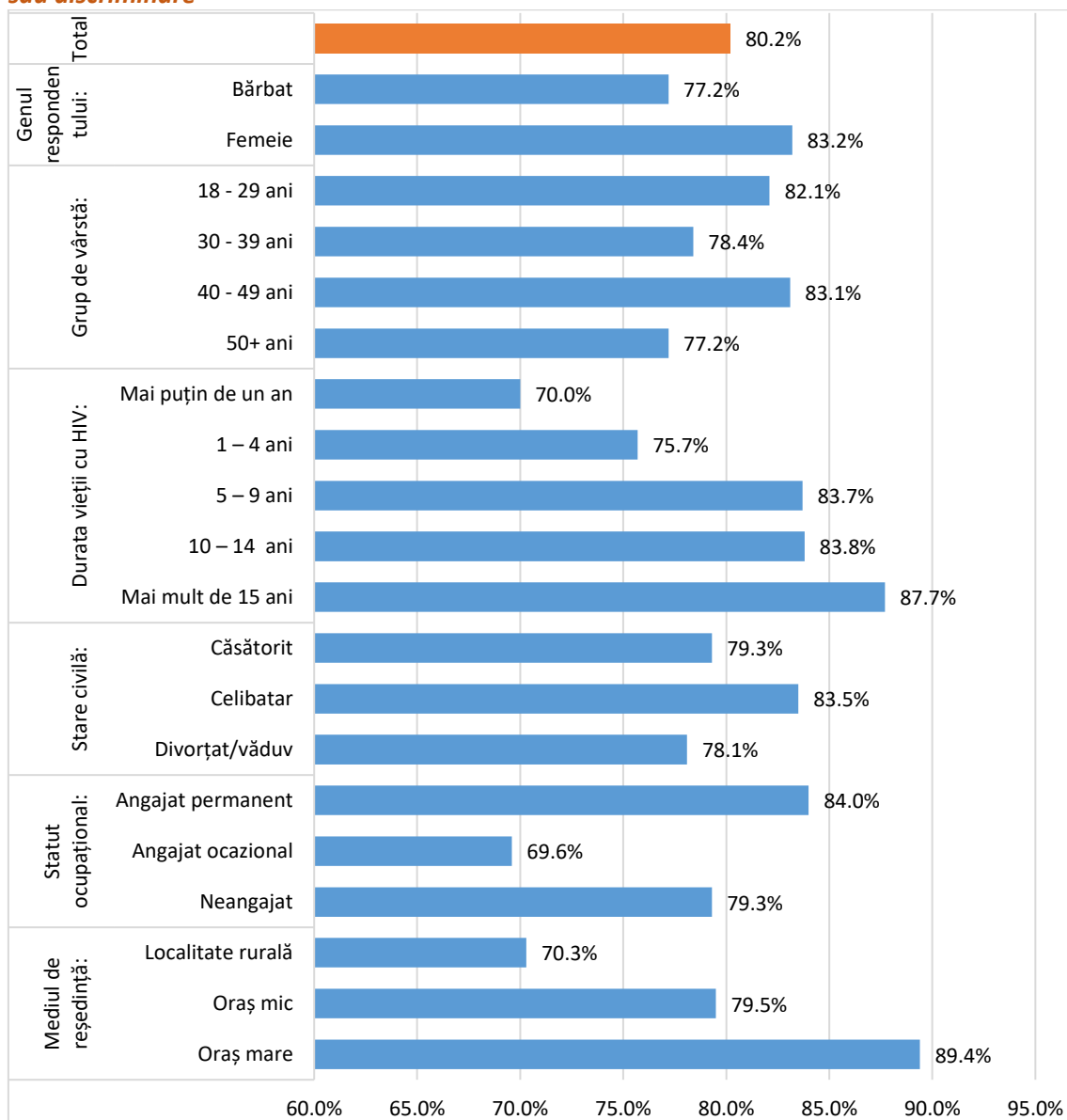
Asocierea grupurilor civice ale PTHIV

Unul din zece respondenți (11,9%) au fost supuși stigmatizării și atitudinilor discriminatorii în cadrul a careva dezbateri, discuții aprinse despre HIV cu o altă persoană pe parcursul ultimelor 12 luni.

În ceea ce privește accesibilitatea serviciilor destinate PTHIV, instituțiile și organizațiile societății civile prestatoare de servicii în continuu depun eforturi spre lărgirea accesului și includerii grupului țintă în spectrul de servicii prestate. În acest context 80,2% respondenți au afirmat că dispun de informații despre organizații sau grupuri, unde se pot adresa pentru ajutor în caz de stigmatizare sau discriminare.

Există, evident, discrepanțe la acest indicator în rândul diferitor grupuri socio-demografice, ceea ce indică indirect asupra categoriilor PTHIV care sunt mai dificil de cuprins în cadrul serviciilor prestate. Astfel, cele mai mari discrepanțe se atestă în funcție de durata vieții cu HIV, de la 70,0% în rândul celor care trăiesc cu HIV mai puțin de un an față de 87,7% în rândul celor care trăiesc cu HIV mai mult de 15 ani. La fel discrepanțe majore atestăm în funcție de mediul de reședință, de la 70,3% în rândul celor domiciliați în sate față de 89,4% în rândul locuitorilor din orașele mari. De remarcat totodată că niciun grup nu se remarcă printr-un nivel de cunoaștere a organizațiilor sub 50% sau chiar 60%.

Figura 22. Cunoașterea organizațiilor/grupurilor unde se pot adresa pentru ajutor în caz de stigmatizare sau discriminare

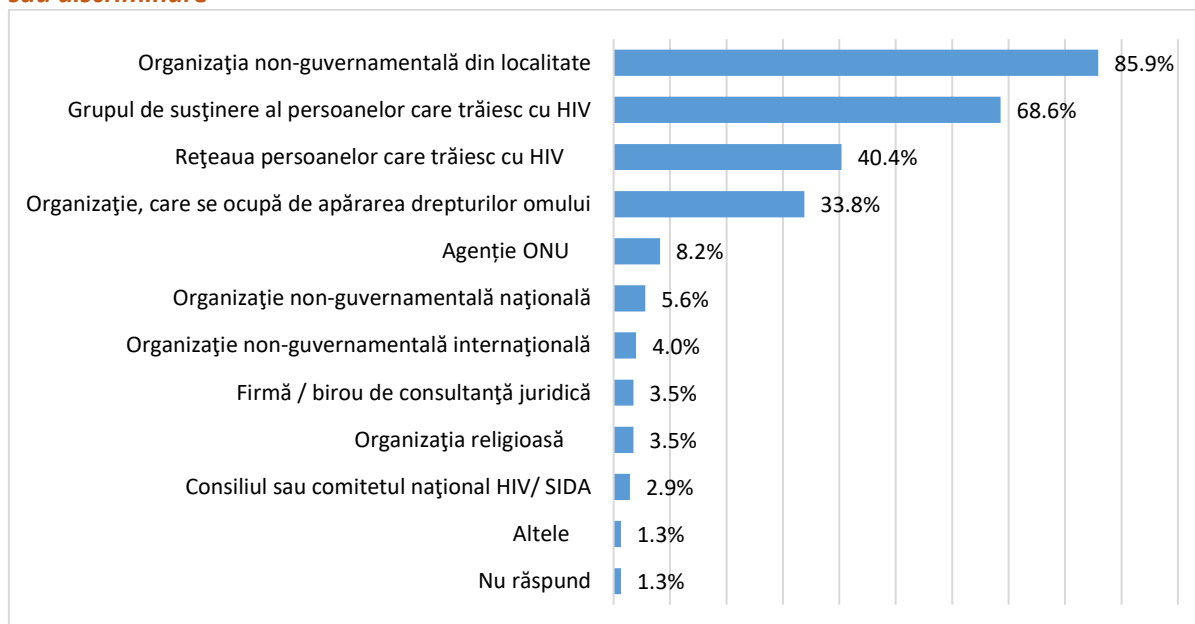


Sunt patru tipuri de organizații care sunt cele mai recunoscute PTHIV. Cel mai sporit nivel de acoperire oferă organizațiile care activează în localitatea de reședință a PTHIV (85,9%), care, însă variază pe măsura

prezenței acestui tip de organizații în teritoriu. Astfel au indicat că cunosc asemenea organizații 67,8% PTHIV domiciliați în orașele mari, și doar 50,0% și 43,4% din orașele mici și respectiv sate.

Urmează ca și nivel de notorietate grupurile de susținere a PTHIV – 68,6%. Un nivel remarcabil înregistrează în acest sens și rețeaua / liga PTHIV cu 40,4% respondenți care afirmă că cunosc și, cu un nivel de 33,8% alte ONG-uri preocupate de apărarea drepturilor omului printre care și PTHIV. Celelalte tipuri de organizații și instituții sunt mai puțin notate de respondenți.

Figura 23. Cunoașterea organizațiilor/grupurilor unde se pot adresa pentru ajutor în caz de stigmatizare sau discriminare



Rata de implicare a PTHIV în acțiuni de asociere în sensul ajutorării comunității PTHIV pe interior, conform datelor studiului, este una impunătoare. Fiecare al treilea respondent susține că a acordat ajutor altor PTHIV în decursul ultimelor 12 luni (35,8%), iar nivelul de asociere grupurilor/rețelelor PTHIV este la nivelul a 24,5%. Unul din zece (11,9%) au oferit voluntariat pentru programe/proiecte adresate PTHIV. Totodată, chiar dacă studiul a vizat procedee de selecție aleatorie a respondenților, substituirile din motiv de acces dificil la respondentul selectat cu siguranță au deplasat eșantionul spre PTHIV mai implicate, drept urmare mai accesibile pentru prestatorii de servicii prin intermediul cărora a fost asigurată colectarea de date. În acest context ratele de participare estimate în studiu trebuie tratate mai degrabă ca unele majorate.

Figura 24. Asocierea acțiunilor comune în susținerea PTHIV

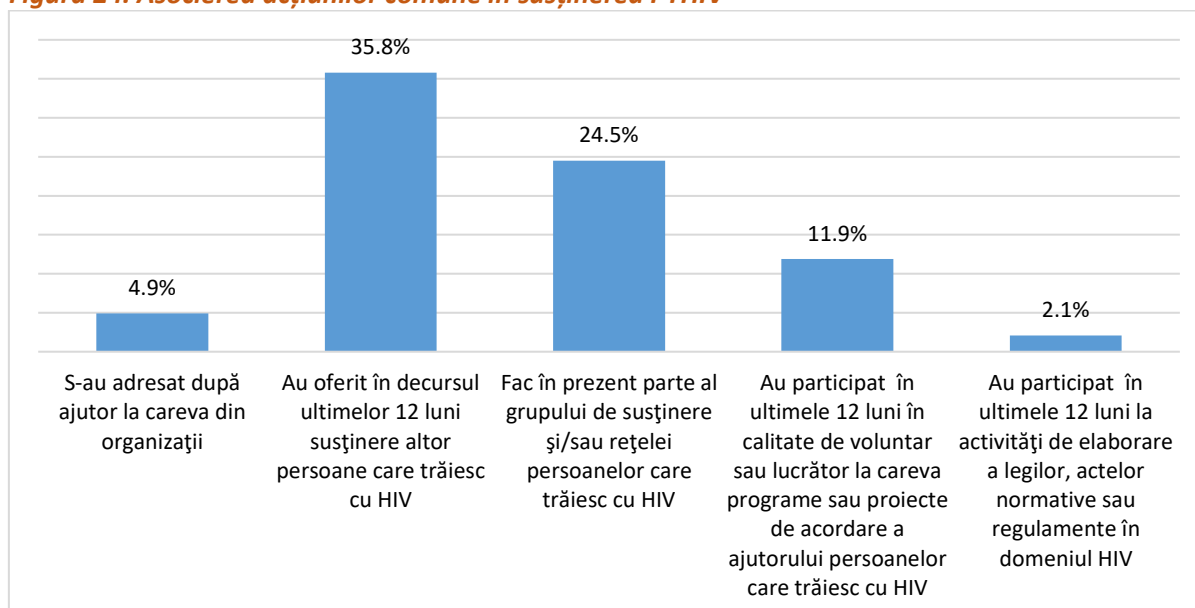
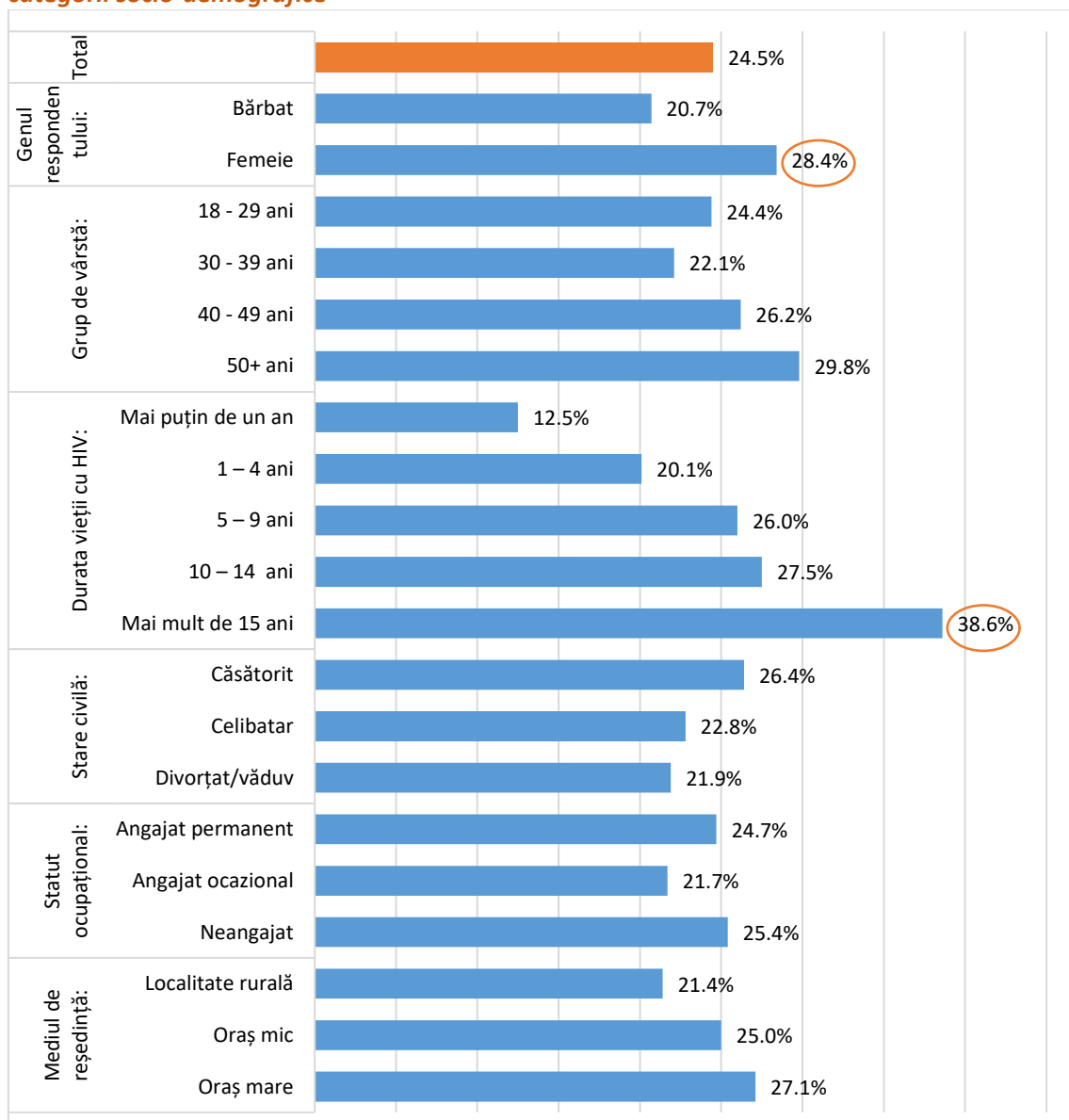


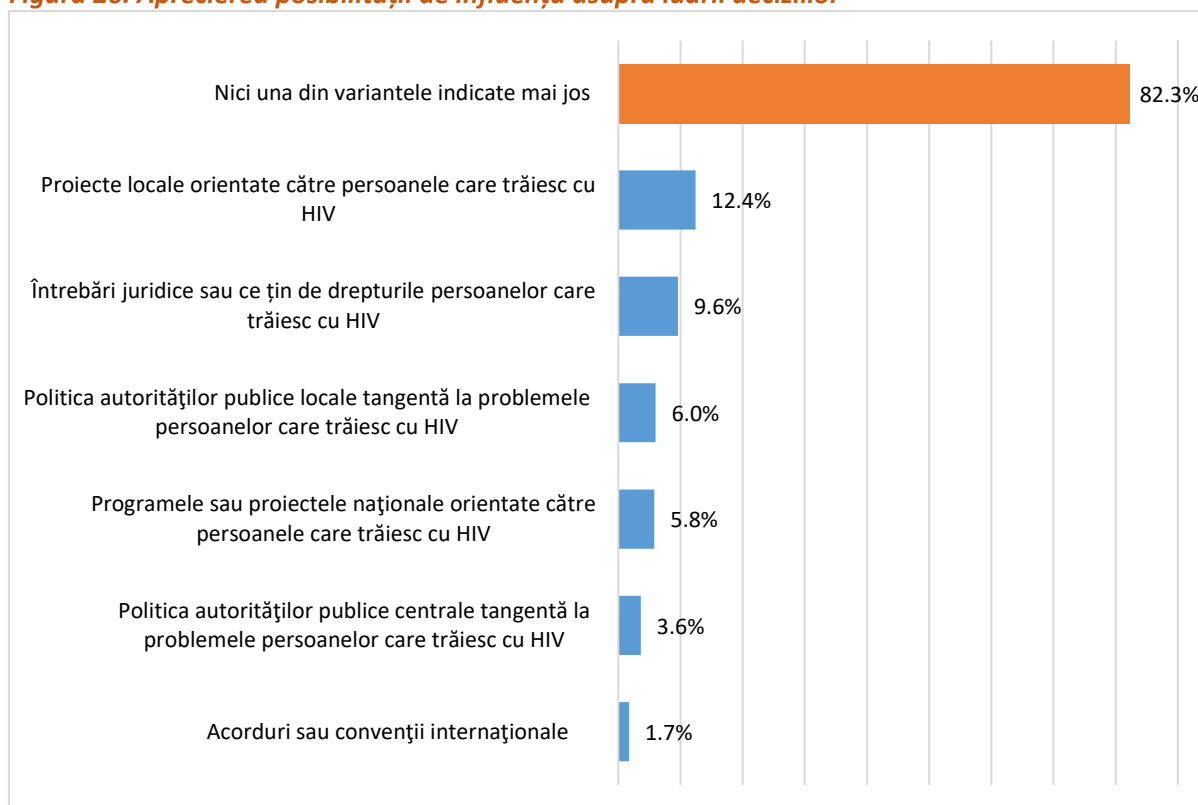
Figura 25 oferă o imagine foarte sugestivă asupra ratei de implicare a diferitor categorii ale PTHIV în grupuri/rețele de susținere ai PTHIV. Rezultatele studiului indică asupra unei mai mari implicări a femeilor, care sporește odată cu înaintarea în vârstă și în mod special (foarte pronunțat de altfel) cu sporirea duratei vieții cu HIV. La fel există o variație, deși nu atât de mare în funcție de mediul de reședință, cu o implicare ceva mai scăzută a celor din mediul rural și ceva mai sporită a celor din urban, în special orașele mari.

Figura 25. Membri ai grupurilor de susținere și/sau rețele ale persoanelor care trăiesc cu HIV, pe categorii socio-demografice



În pofida unui nivel oarecum impunător de implicare la moment (cel puțin declarativ), marea majoritate a PTHIV neagă existența a careva posibilități pentru influență asupra deciziilor care se iau la diferite nivele și în diferite circumstanțe în cadrul organizațiilor spre eradicarea stigmatizării și discriminării. Astfel 82,3% au negat posibilitatea de influență indiferent de tipul și natura deciziei.

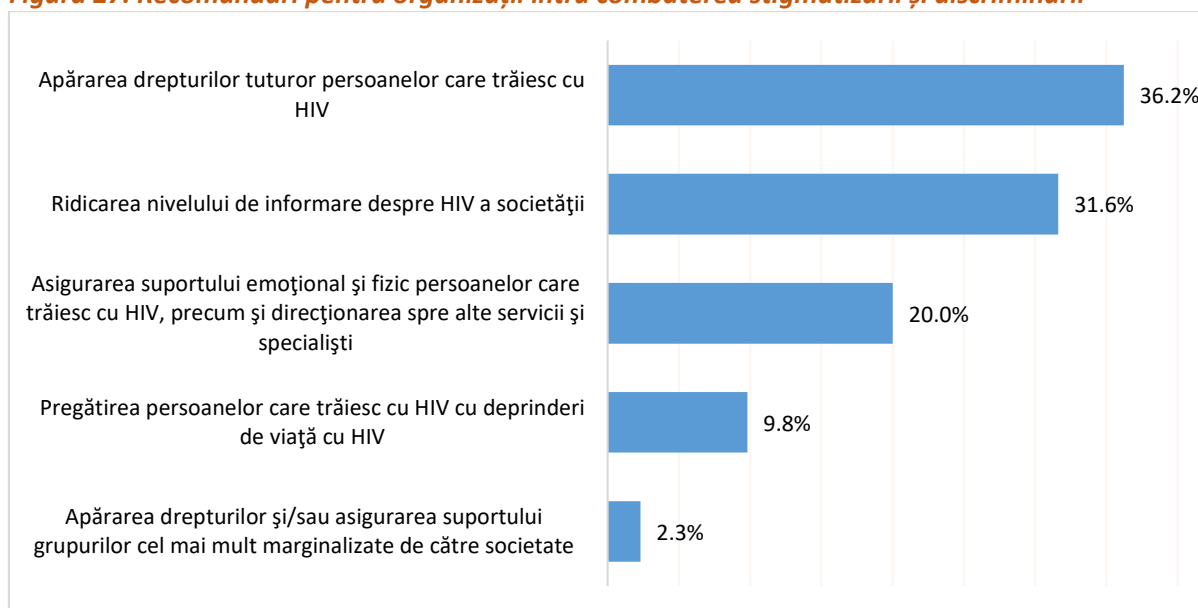
Figura 26. Aprecierea posibilității de influență asupra luării deciziilor



Totodată se profilează trei recomandări de bază în sensul combaterii stigmatizării și discriminării PTHIV pentru organizațiile cu activități în această direcție. Este curios faptul că aceste recomandări în primul rând vizează gradul de acoperire a comunității PTHIV – „apărarea drepturilor tuturor persoanelor care trăiesc cu HIV” (36,2%), și eliminarea fonului informațional pe care se bazează discriminarea, și anume „ridicarea nivelului de informare despre HIV a societății” (31,6%).

Și abia apoi, ca și pondere, urmează suportul la propriu a PTHIV (20,0%).

Figura 27. Recomandări pentru organizații întru combaterea stigmatizării și discriminării



Experiență de testare, dezvoltare, tratament și nașterea copiilor

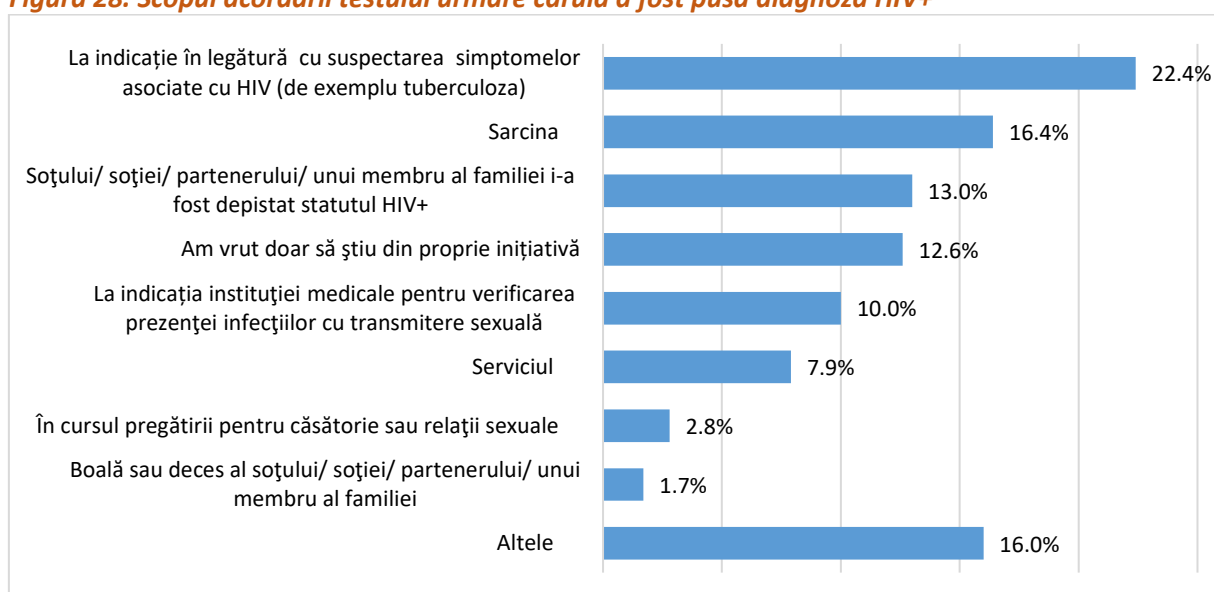
Acest capitol vizează particularitățile eventualelor tratamente discriminatorii în procesele de stabilire ale diagnozei, de păstrare a anonimatului, de acordare a tratamentului precum și aspectele care vizează dreptul la nașterea unui copil.

Testarea și stabilirea diagnozei

Circumstanțele de stabilire ale diagnozei sunt foarte variate. Cel mai des (dar departe de a fi predominant) testul urmare căruia a fost stabilit statutul HIV+ a fost realizat la indicația în legătura cu suspectarea simptomelor asociate cu HIV (22,4%). Urmează ca și pondere, evident în totalitate asociat femeilor, testul pe durata sarcinii (16,4%). Stabilirea diagnozei unuia din membri familiei / cuplului a servit drept motiv pentru test în cazul a 13,0% respondenți.

Mai rar statutul a fost stabilit urmare testelor în cursul înainte de căsătorie sau pentru relații sexuale (2,8%) sau urmare îmbolnăvirii sau decesului cuiva din familie/cuplu (1,7%).

Figura 28. Scopul acordării testului urmare căruia a fost pusă diagnoza HIV+



Evident există variații specifice în funcție de vârstă, dar și în funcție de durata a vieții cu HIV. Testarea în cadrul sarcinii este caracteristică femeilor, în vârsta aferentă natalității maxime (18-39 ani). Acelorași grupuri de vârstă le este caracteristică stabilirea statutului urmare a testului realizat la propria inițiativă.

Testul la indicația în legătură cu suspectarea simptomelor asociate cu HIV este mult mai caracteristică persoanelor mai în vârstă (50+ ani).

Variația în funcție de durata vieții cu HIV indică schimbarea accentelor în modul de stabilire a diagnozelor. Astfel rezultatele studiului arată sporirea în timp a testelor realizate la propria inițiativă (ponderi mai sporite de respondenți în rândul celor cu durată mai scăzută a vieții cu HIV care au stabilit statutul în aceste circumstanțe). Între timp s-a redus frecvența cazurilor de depistare a infecției urmare testului realizat la indicația instituției medicale (pondere dublă a cazurilor în rândul persoanelor cu cea mai mare durată de viață cu HIV).

Stabilirea statutului HIV+ urmare a sarcinii deopotrivă este mai caracteristic grupurilor cu o durată de viață cu HIV medie sau mică, deși, totodată pare a se reduce în timp.

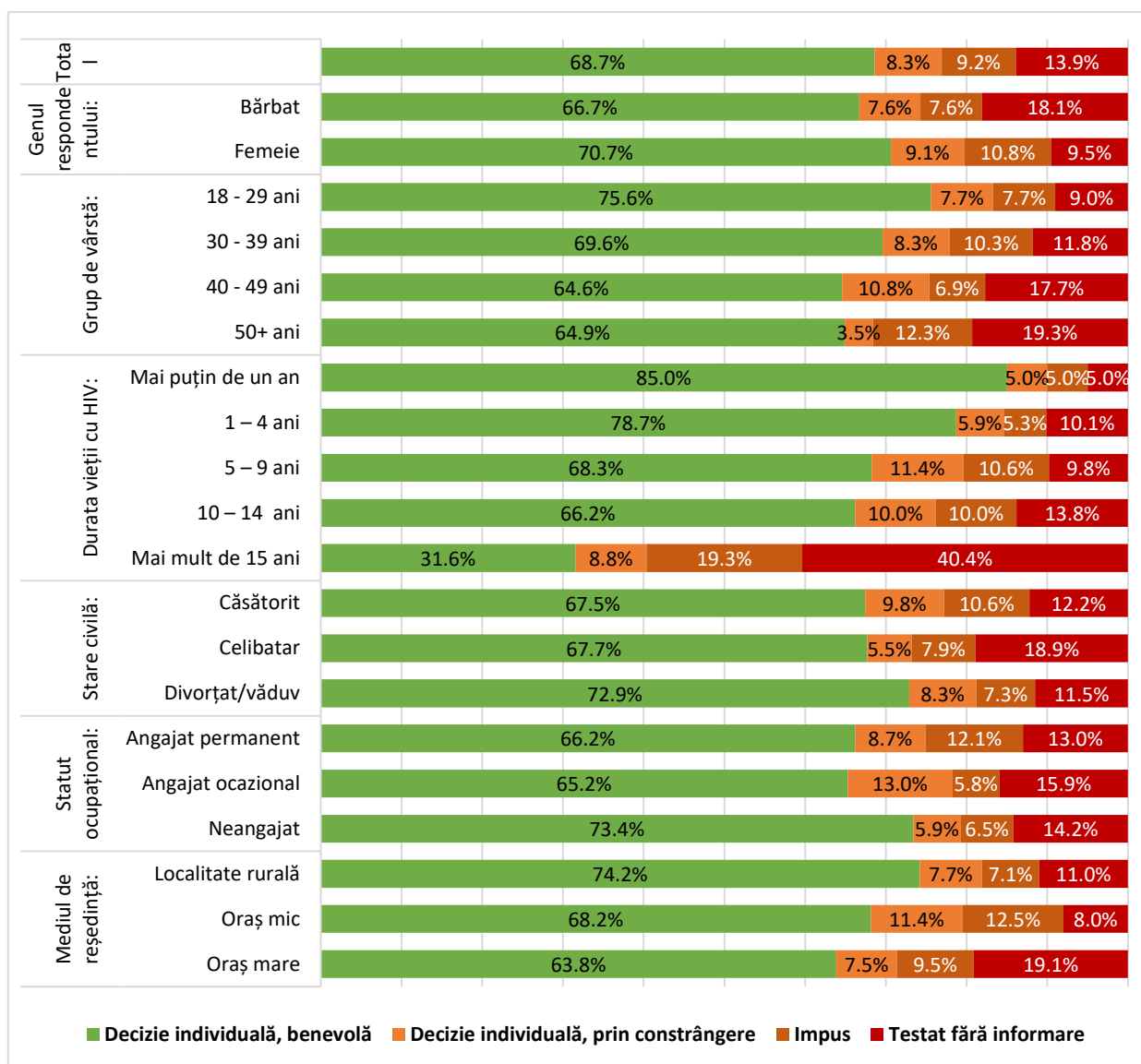
Tabelul 8. Scopul acordării testului urmare căruia a fost pusă diagnoza HIV+ pe categorii de vârstă și durată a vieții cu HIV

		Serviciul	Sarcina	În cursul pregătirii pentru căsătorie sau relații sexuale	La indicația instituției medicale pentru verificarea prezenței infecțiilor cu transmitere sexuală	La indicație în legătură cu suspectarea simptomelor asociate cu HIV	Soțului/ soției/ partenerului/ membru al familiei i-a fost depistat statutul HIV+	Boală sau deces al soțului/ soției/ partenerului/ unui membru al familiei	Am vrut doar să știu din proprie inițiativă
Total		8%	16%	3%	10%	22%	13%	2%	13%
Grup de vârstă:	18 - 29 ani	8%	33%	4%	9%	8%	12%	1%	15%
	30 - 39 ani	7%	20%	3%	11%	19%	15%	2%	13%
	40 - 49 ani	7%	7%	2%	9%	28%	12%	2%	12%
	50+ ani	12%	2%	2%	12%	44%	9%	2%	9%
Durata vieții cu HIV:	Mai puțin de un an	5%	13%	0%	10%	20%	8%	0%	33%
	1 – 4 ani	8%	17%	1%	8%	23%	14%	2%	15%
	5 – 9 ani	9%	19%	5%	9%	24%	13%	2%	10%
	10 – 14 ani	10%	24%	5%	8%	26%	14%	0%	8%
	Mai mult de 15 ani	4%	4%	4%	21%	14%	14%	2%	4%

În majoritatea cazurilor testul urmare căruia a fost stabilit statutul HIV+ a fost efectuat benevol, la decizia respondentului (68,7%). Totodată testările prin constrângere sau chiar fără știrea celui testat rămân a fi o realitate. Consideră că au luat decizia de a efectua testul fiind constrânși în acest sens 8,3% respondenți, iar 9,2% au raportat că au fost chiar impuși. Alții 13,9% la momentul efectuării testului nu au fost informați că proba va fi prealată pentru testul la HIV.

Variațiile pe categorii socio-demografice semnifică îmbunătățiri în timp. Ponderea testelor benevole scade o dată cu durata vieții cu HIV. Astfel, ponderea testelor benevole constituie 85,0% în rândul respondenților care trăiesc cu HIV mai puțin de un an și doar 31,6% în rândul celor diagnosticați cu 15 ani în urmă sau mai mult. La fel notăm diferențe în funcție de mediul de reședință, cu o pondere mai mare a testărilor benevole în mediul rural (74,2% față de 68,2% în orașele mici și 63,8% în orașele mari).

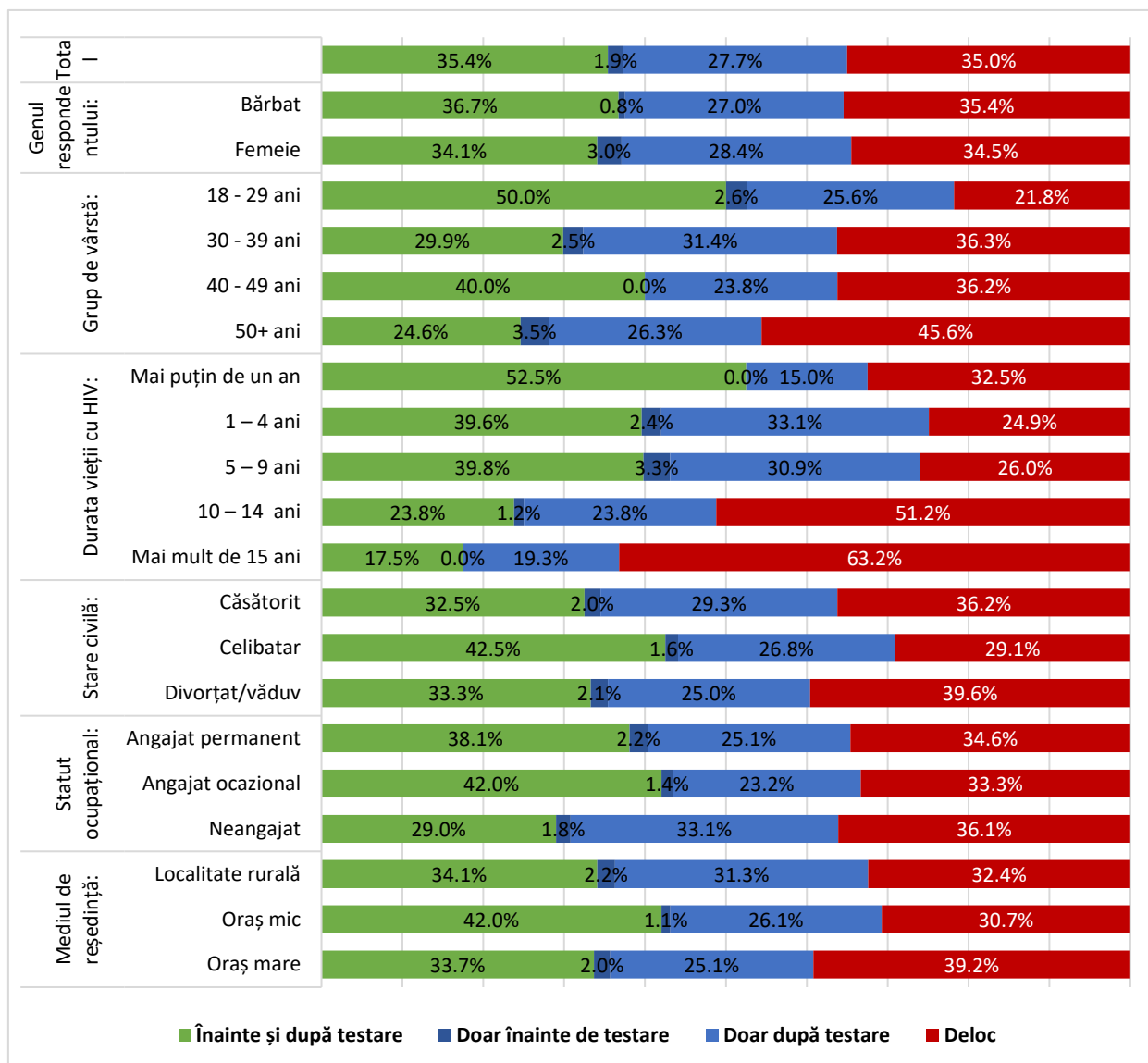
Figura 29. Independența deciziei de a efectua testul



În unul din trei cazuri pacientul nu a primit consiliere nici înainte, nici după testare (35,0%), situație la fel mai caracteristică respondenților mai în vârstă, cu o durată mai mare a vieții cu HIV, din orașele mari).

O pondere similară (35,8%) au beneficiat de consiliere atât înainte, cât și după testare, iar în celelalte cazuri în mare parte consilierea este efectuată după testare (27,7% doar înainte și 1,9% doar după testare).

Figura 30. Consiliere la efectuarea testării



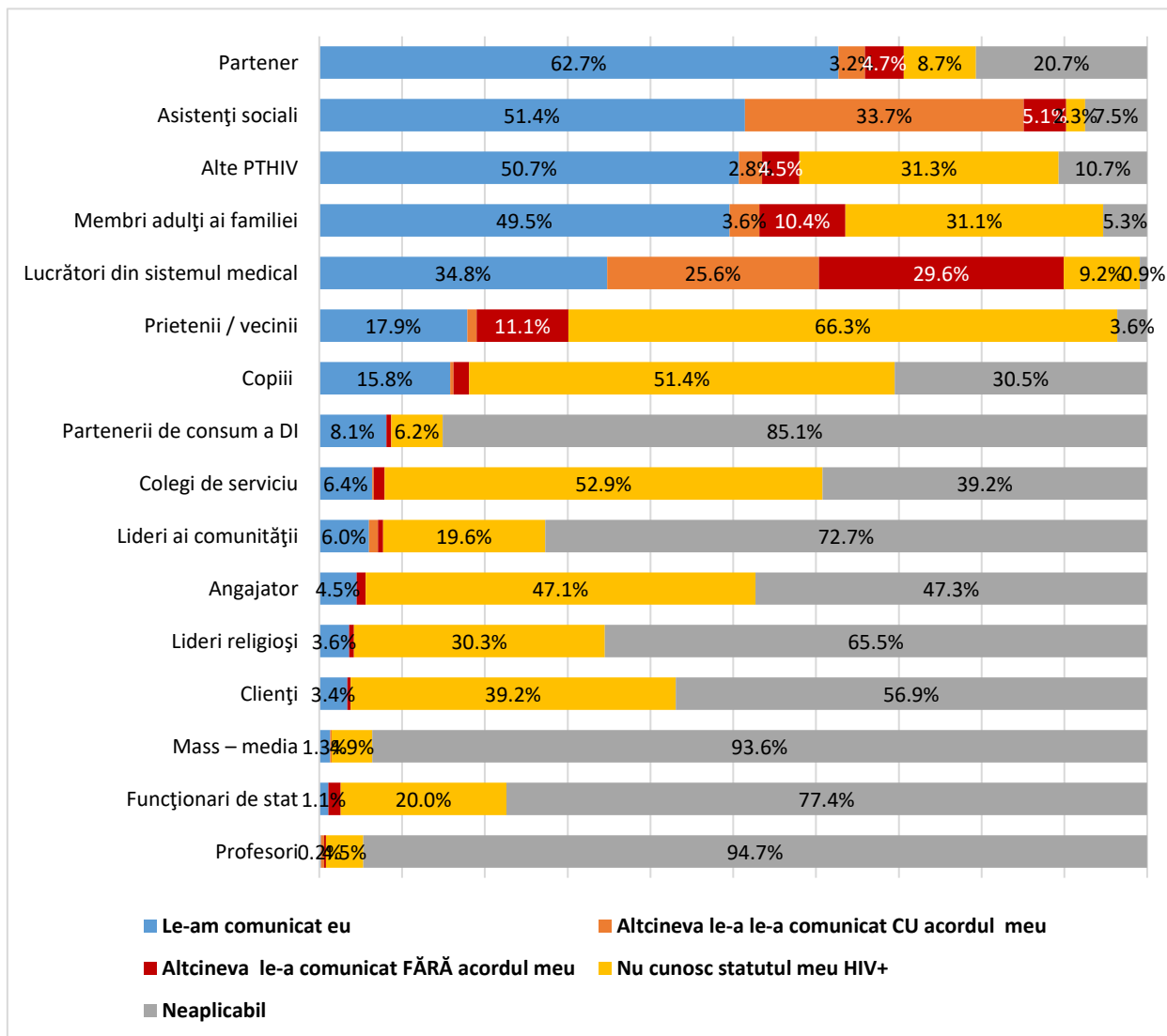
Dezvăluirea și confidențialitatea

Studiul a vizat experiențele respondenților în sensul deschiderii sau deopotrivă păstrării în secret a statutului său HIV, ratele și impactul dezvăluirii statutului.

Sunt câteva categorii în cazul cărora majoritatea respondenților și-au dezvăluit statutul HIV+ din propria inițiativă, și anume partenerului (62,7%), asistenților sociali (51,4%), altor PTHIV (50,7%) și membrilor adulți ai gospodăriei respondentului (49,5%).

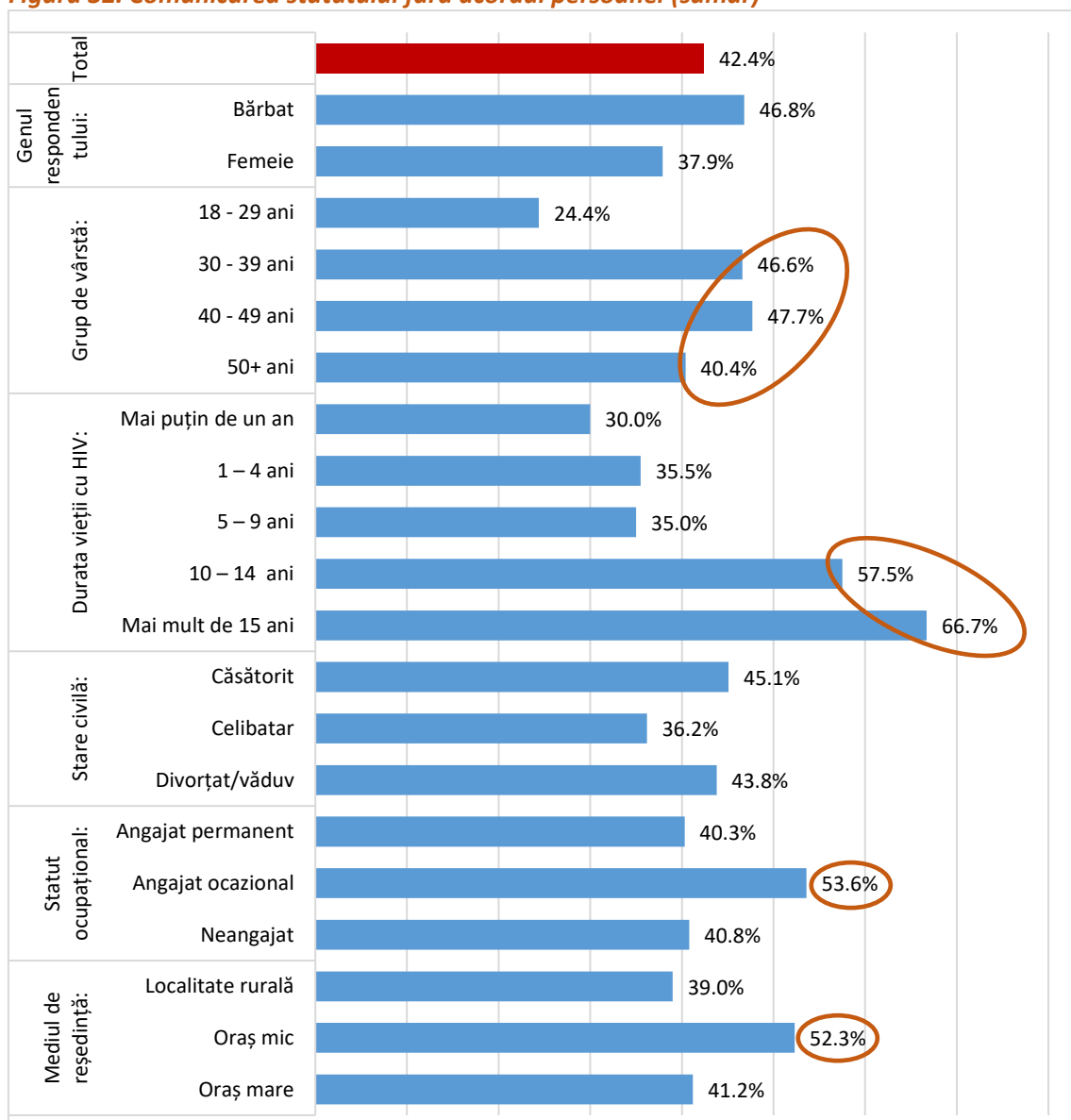
În cazul a câteva categorii ponderea cazurilor de dezvăluire a statutului fără consimțământul acestuia este semnificativă, de ex. în cazul a 29,6% respondenți statutul le-a fost comunicat lucrătorilor medicali fără acordul pacientului, la fel 11,1% prietenilor/vecinilor, 10,4% membrilor adulți ai respondentului.

Figura 31. Comunicarea statutului HIV+



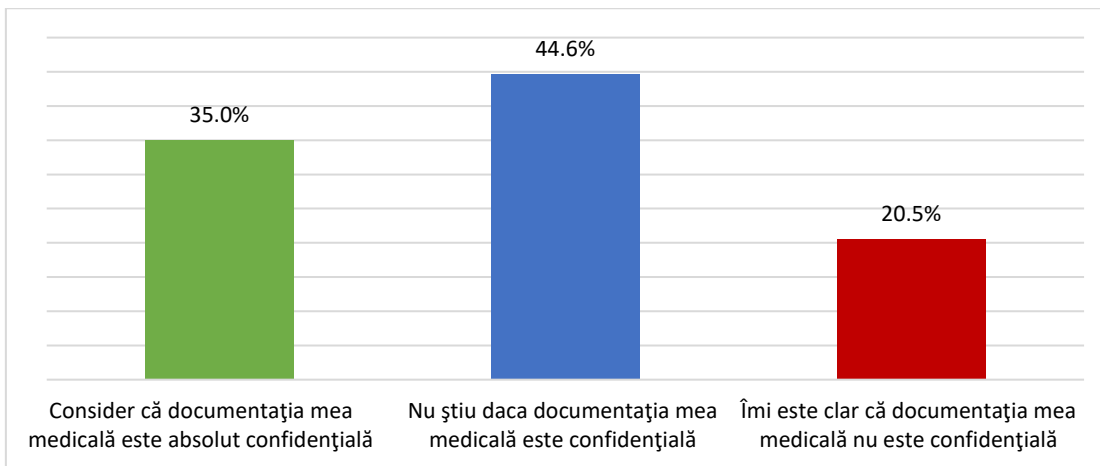
Deși nu este atât de evident din distribuțiile prezentate în Figura 31, dezvăluirea statutului HIV fără consimțământul persoanei este o practică foarte frecventă. Patru din zece respondenți (42,4%) au comunicat că în acest fel li s-au încălcat drepturile, fiind dezvăluit statutul HIV+ cel puțin în cazul a una din categoriile enumerate. Mai des în acest sens sunt încălcate drepturile bărbaților, persoanelor cu o durată îndelungată a vieții cu HIV, de vârstă medie sau înaintată, din orașele mici.

Figura 32. Comunicarea statutului fără acordul persoanei (sumar)



Instituțiile medicale sunt domeniul unde cel mai des au loc cazuri de divulgare ale statutului HIV+, fapt care amplifică neîncrederea în asigurarea secretului documentației medicale. Doar unul din trei pacienți (35,0%) se declară sigur că documentația lui medicală este păstrată în condiții în care să fie asigurată confidențialitatea. În rest nu cunosc dacă acest lucru este valabil 44,6%, iar 20,5% sunt chiar sigur că documentația lor nu este una copnfidențială.

Figura 33. Confidențialitatea documentației medicale

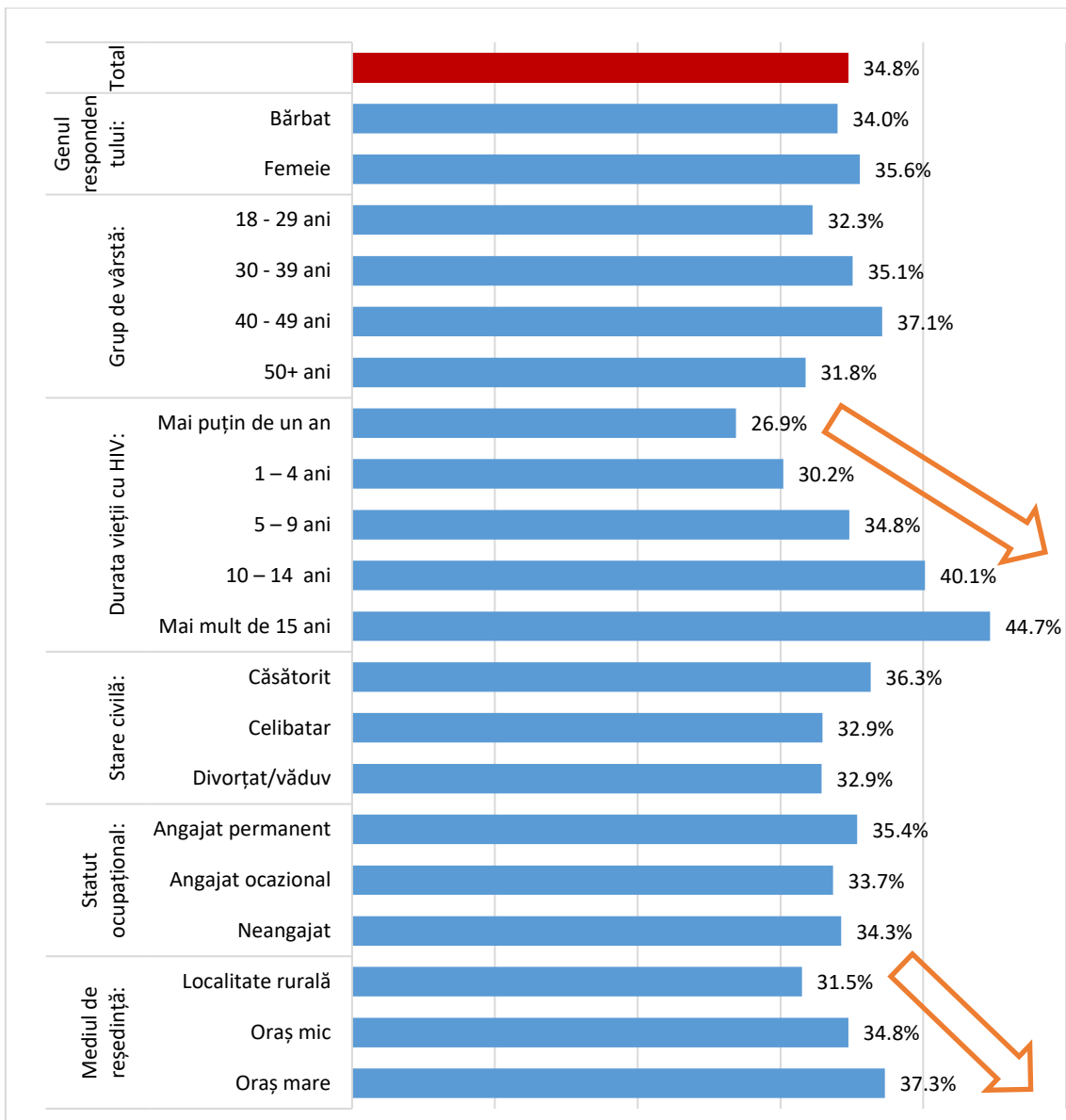


Un indicator care impactează direct, și prin prisma căruia trebuie analizate respectarea drepturilor PTHIV și frecvența încălcării acestora ține de măsura în care mediul social cunoaște statutul PTHIV. Astfel spus frecvența încălcării drepturilor înregistrată în studiu este puternic diminuată din cauza că majoritatea PTHIV își ascund statutul. Rata de dezvăluire a statutului HIV, prezentată în figura 34 exprimă ponderea respondenților, statutul cărora este cunoscut la cel puțin una din categoriile de persoane enumerate în figura 31, indiferent de modul în care acesta a fost comunicat (personal, de persoane terțe, benevol sau fără consimțământ). Astfel conform rezultatelor studiului în cazul a două treimi respondenți statutul HIV al acestora este păstrat în anonim complet, și doar 34,8% susțin că acesta le este cunoscut persoanelor din cel puțin una din categorii.

Rata de dezvăluire sporește considerabil o dată cu durata vieții cu HIV, fiind totodată direct corelată cu mărimea localității de reședință, mai mare în orașele mari și cea mai mică în sate.

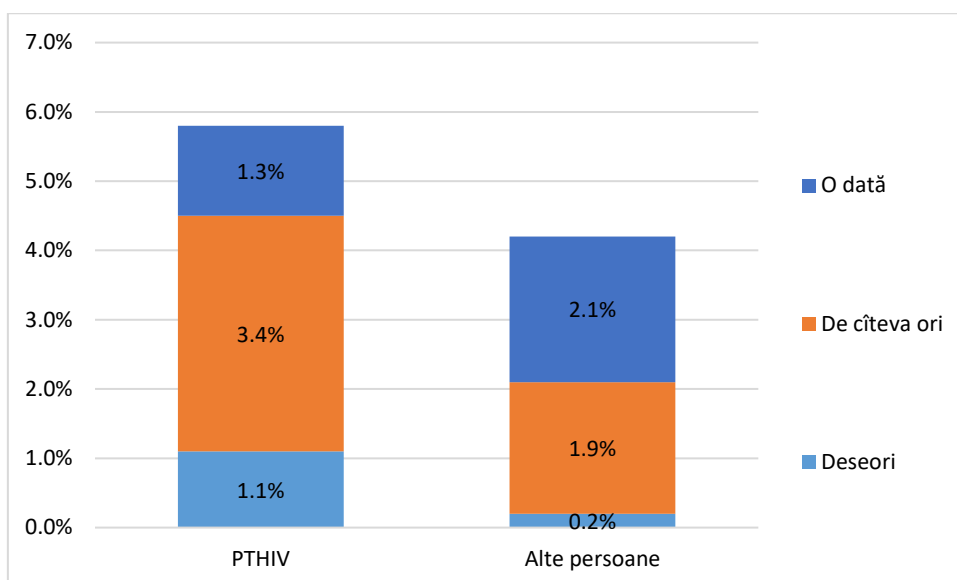
Figura 34. Rata de dezvăluire a statutului HIV+¹⁴

¹⁴ Exprimă ponderea categoriilor de persoane (vezi figura 31) cărora le este cunoscut statutul HIV+ al respondentului



Constrângerile spre a determina PTHIV să-și deschidă statutul altor persoane nu sunt foarte frecvente. Doar circa 6% din respondenți au fost vreodată constrânși de către alte PTHIV și circa 4% de către persoane care nu trăiesc cu HIV.

Figura 35. Constrângere pentru dezvoltarea statutului

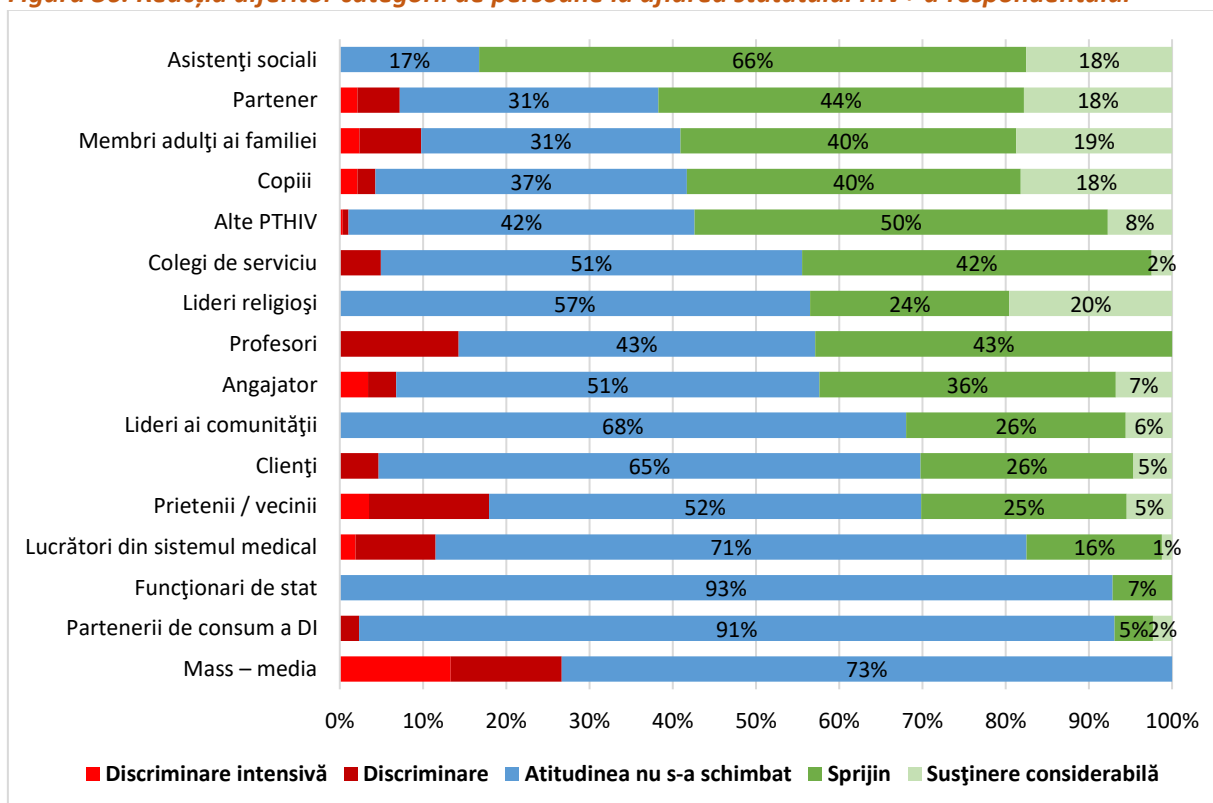


În cazul deschiderii statutului HIV+ în mare parte reacția mediului social este una de sprijin, sau cel puțin fără schimbări de atitudini. Cel mai des PTHIV au găsit sprijin de la asistenții sociali. La fel și membrii de familie (partenerul, alți adulți, copiii) în majoritatea cazurilor au reacționat prin oferirea de sprijin sau cel puțin nu și-au schimbat atitudinea.

Grupurile cu un nivel moderat în acest sens sunt și comunitatea PTHIV, colegii de serviciu, liderii religioși, profesorii, angajatorii.

Reacții discriminatorii în ponderi semnificative PTHIV au întâmpinat de la reprezentanții mass media (circa 27%), prietenii/vecinii (18%), profesori (17%), lucrătorii din sistemul medical (11%).

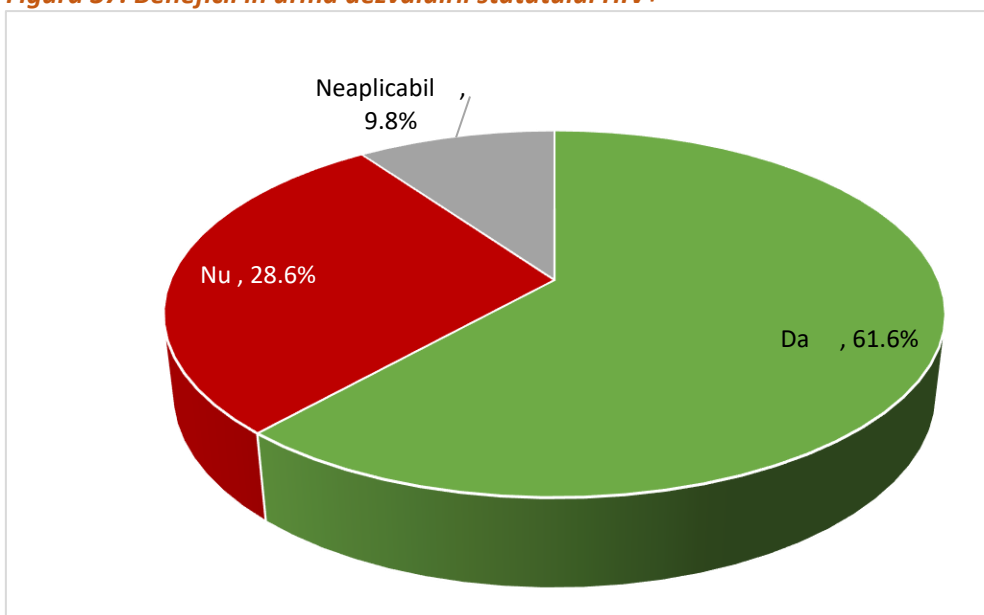
Figura 36. Reacția diferitor categorii de persoane la aflarea statutului HIV+ a respondentului¹⁵



Totodată majoritatea respondenților (61,6%) susțin că deschiderea statutului i-ar fi ajutat cumva, le-a fost una benefică.

¹⁵ Recalculat la 100% după excluderea cazurilor de răspuns „neaplicabil”

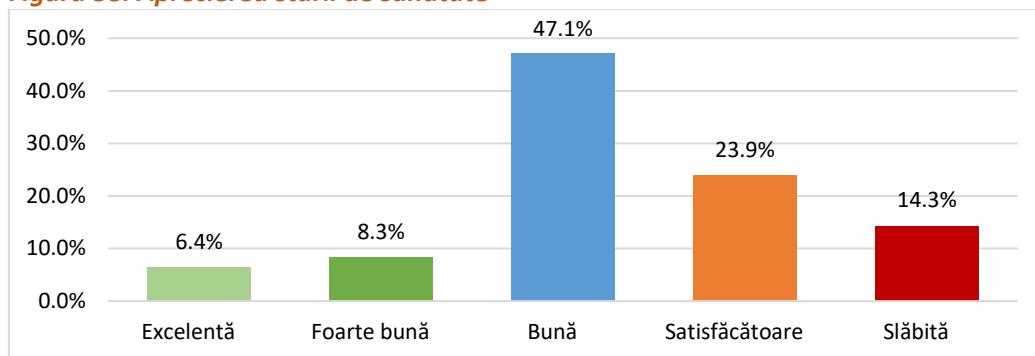
Figura 37. Beneficii în urma dezvăluirii statutului HIV+



Stare a sănătății și tratament

Aprecieri critice cu privire la starea de sănătate au acordat 14,3% respondenți, acordând calificativul „slăbită”. Fără diferențe în funcție de genul respondentului, însă cu discrepanțe majore în funcție de vârstă. Astfel au catalogat că se simt „slăbit” 9,0% de tineri (18-29 ani) și peste 19% în rândul celor de 40 ani și peste. Procentul maxim a fost înregistrat în rândul PTHIV care trăiesc cu acest statut de 15 ani și mai mult (29,8%).

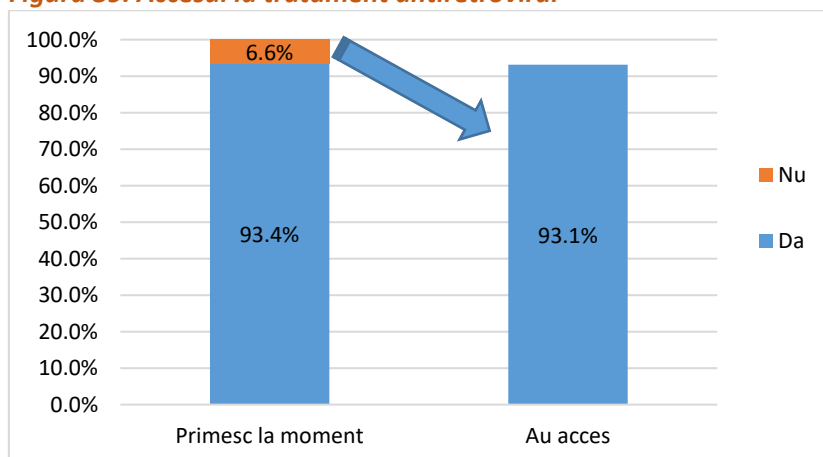
Figura 38. Aprecierea stării de sănătate



Mai mult decât nouă din zece respondenți la momentul studiului (93,4%) beneficiau de tratament ARV. Totodată nu beneficiază 6,6%, în mod special, iarăși cei care trăiesc cu HIV peste 15 ani (10,5%).

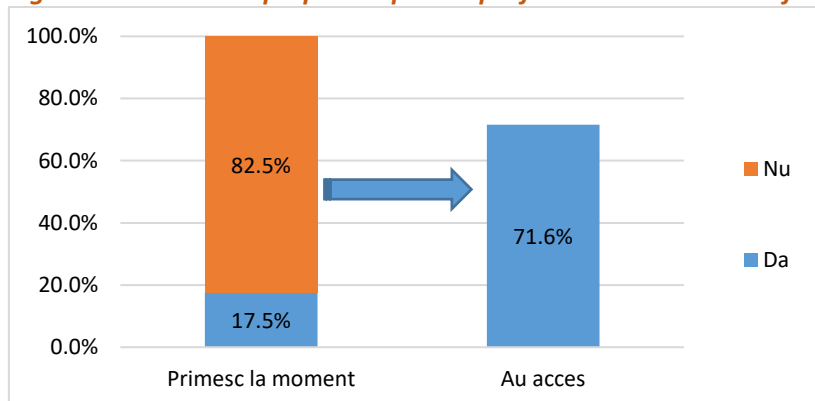
Marea majoritate a celor care nu se află în tratament afirmă că au acces la ARV (93,1%), din alte motive decât accesul îngrădit.

Figura 39. Accesul la tratament antiretroviral



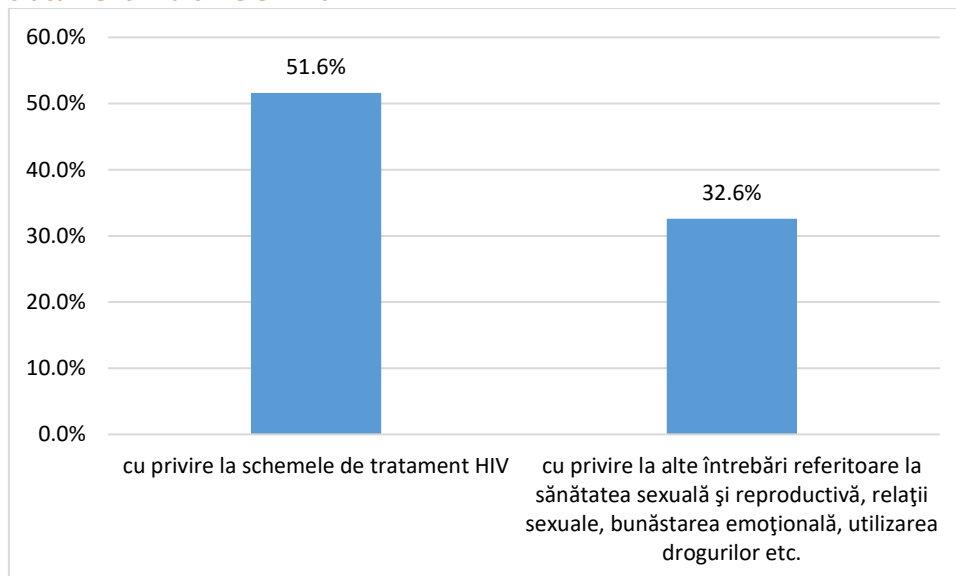
Pe de altă parte, doar 17,5% PTHIV la momentul studiului se aflau în tratament, administrând preparate pentru profilaxia sau tratarea infecțiilor oportuniste, iar 71,6% din cei care nu administrau la moment sunt de părere, că ar avea acces la asemenea preparate în caz de necesitate.

Figura 40. Accesul la preparate pentru profilaxia sau tratarea infecțiilor oportuniste, ultimele 12 luni



Conexiunea permanentă între pacienți și lucrători medicali este una din condițiile desfășurării adecvate a eforturilor de menținere a sănătății și a eficienței tratamentelor. Pe parcursul ultimelor 12 luni fiecare al doilea respondent (51,6%) a avut discuții cu lucrătorul medical cu privire la schemele de tratament (ARV), iar 32,6% au discutat despre alte aspecte, precum sănătatea sexuală și reproductivă, relații sexuale, bunăstarea emoțională, utilizarea drogurilor etc.

Figura 41. Ponderea respondenților care au avut discuții constructive cu lucrătorii medicali cu privire la tratament în ultimele 12 luni

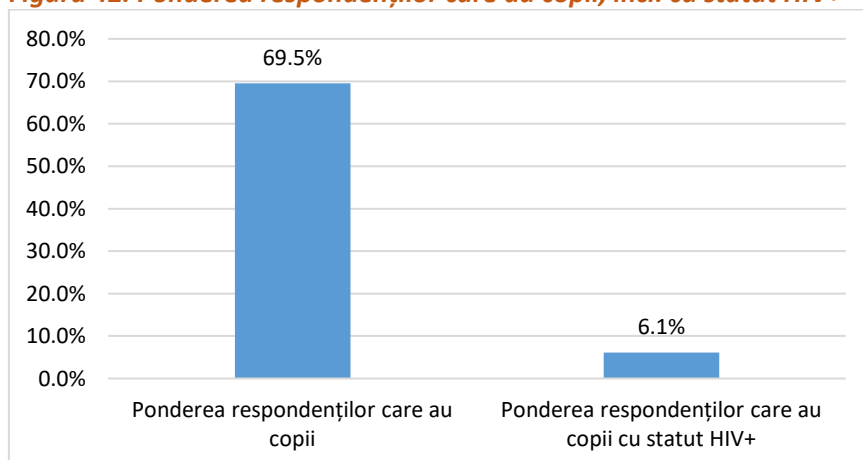


Nașterea copiilor

Realizarea dreptului de a naște copii este vizată în cazul PTHIV de o serie de potențiale riscuri și încălcări, determinate de nivelul scăzut de informare al populației cu privire la infecție, căi de transmitere, metode de protecție etc. Unul din stereotipurile pe larg răspândite induce ideea imoralității deciziei de a naște copii luate de PTHIV, acest lucru fiind asociat cu riscul foarte mare ca să se nască deja copilul cu statut HIV+.

Datele studiului relevă că 69,5% respondenți au copii, din care doar 6,1% (sub 10% din cazuri) au copii cu statut HIV+. De remarcat că aceste cazuri sunt mai caracteristice persoanelor relativ tinere – 13,2% în cazul celor de 18-29 ani și 8,2% în cazul celor de 30-39 ani. La fel rata variază în funcție de mediul de reședință, 9,0% respondenți care au copii HIV+ în mediul rural, 6,3% în orașele mici și 2,5% în orașele mari.

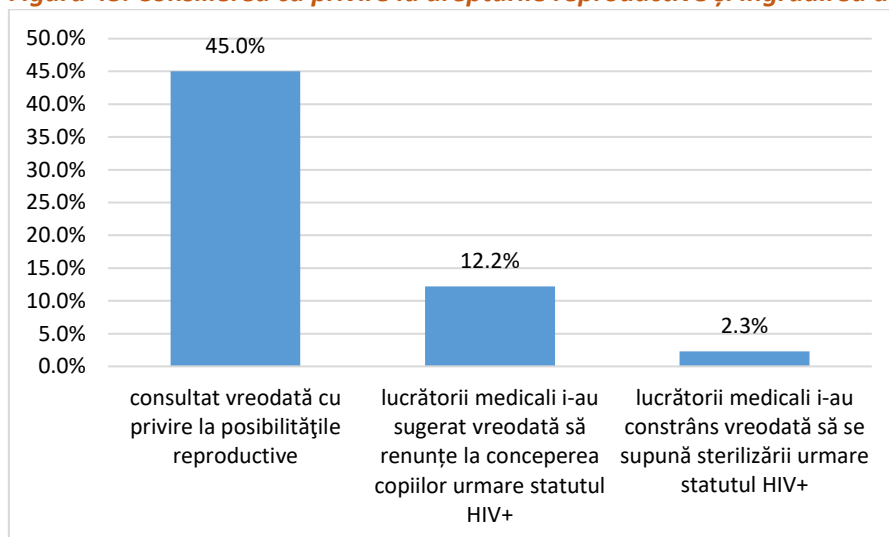
Figura 42. Ponderea respondenților care au copii, incl. cu statut HIV+



Remarcăm pe de o parte un deficit al serviciilor de consultanță și informare a PTHIV despre posibilitățile reproductive în condițiile statutului HIV+, doar 45,0% respondenți fiind vreodată consultați în acest sens

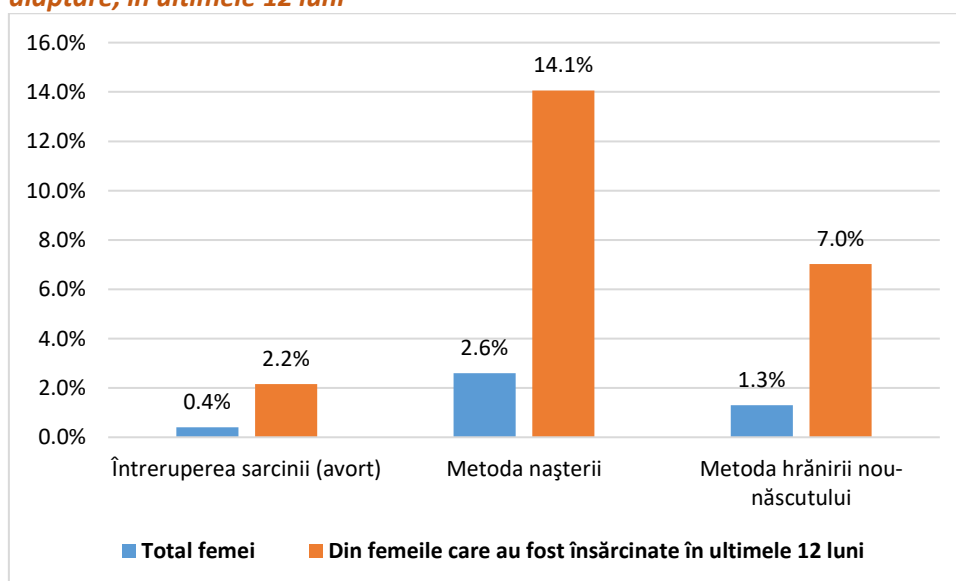
pe durata vieții cu HIV. Pe de altă parte studiul produce semnale că însăși lucrătorii medicali contribuie la renunțarea în a concepe copii de către PTHIV din cauza statutului. Astfel 12,2% respondenți afirmă că ar fi cel puțin o dată îndemnați să renunțe la conceperea copiilor, iar 2,3% chiar constrânși să se supună sterilizării sub același motiv. În mod evident în acest sens sunt mai des vizate femeile (19,0% sfătuite să renunțe la conceperea copiilor față de 5,5% bărbați), tineri, adică în perioada maximă reproductivă. Totodată fenomenul pare a se diminua în timp, fiind atestat la nivele mult mai mici în cazul persoanelor diagnosticate relativ recent în comparație cu persoanele cu o durată îndelungată de viață cu HIV. De exemplu, în rândul celor care trăiesc cu HIV mai puțin de un an 5,0% le-a fost sugerat să renunțe la conceperea copiilor și nu a fost înregistrat niciun caz de constrângere de a se steriliza, în timp ce în rândul celor cu peste 15 ani de viață cu HIV aceste ponderi reprezintă 26,3% și 7,0% respectiv.

Figura 43. Consilierea cu privire la drepturile reproductive și îngădirea dreptului la nașterea unui copil



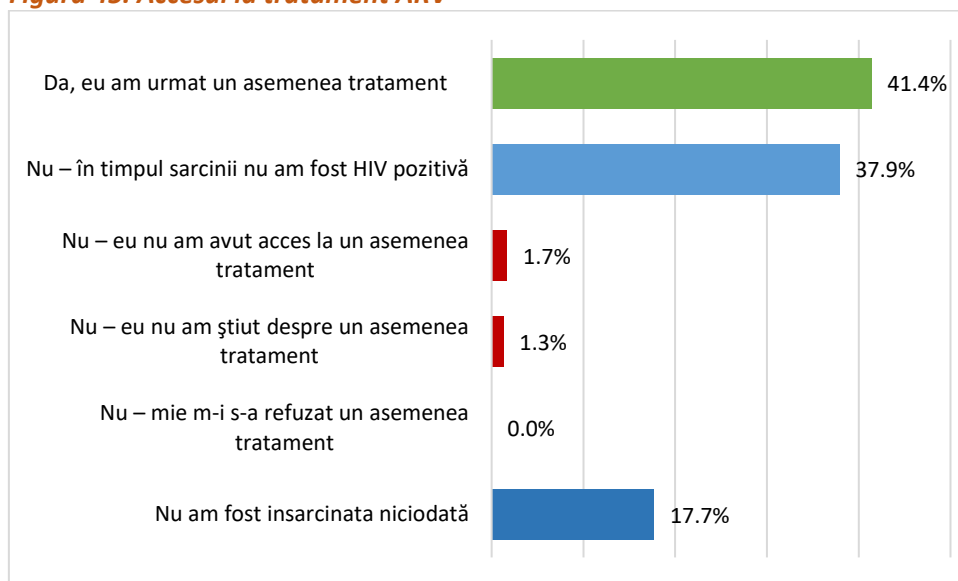
Se constată la fel și tendințe de constrângere din partea lucrătorilor medicali asupra femeilor care trăiesc cu HIV despre sarcină, naștere și hrană a copilului în condițiile vieții cu HIV. Din femeile intervievate care au avut sarcini în ultimele 12 luni - 2,2% afirmă că ar fi constrânse de către lucrătorii medicali pentru a întrerupe sarcina, 14,1% li s-a aplicat careva forme de constrângere în sensul deciziei asupra metodei de naștere și 7,0% în ceea ce privește metoda de alimentare a copilului.

Figura 44. Consilierea femeilor de către lucrătorii medicali cu privire la sarcina, metoda nașterii și alăptare, în ultimele 12 luni



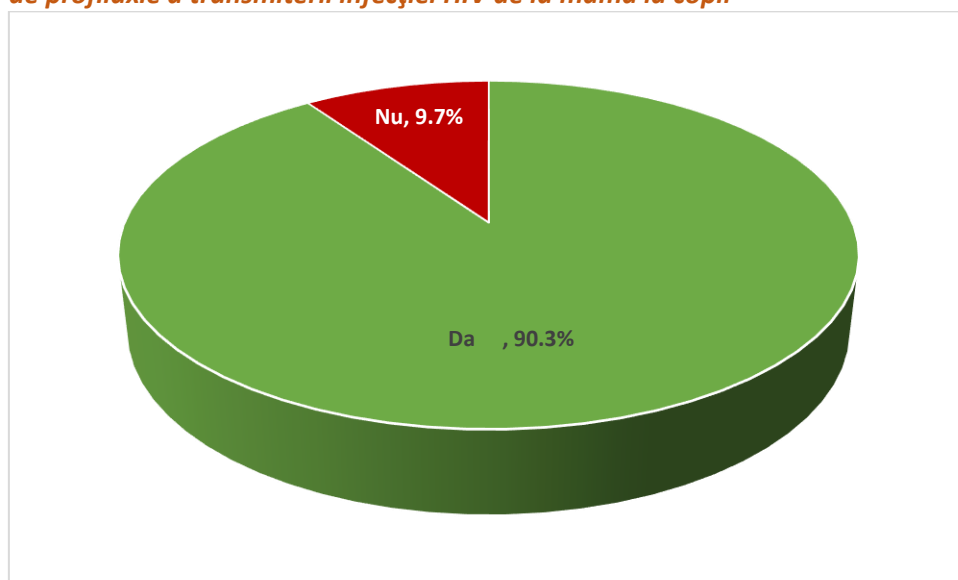
Totodată remarcăm un nivel considerabil de acces și administrare de terapie ARV în timpul sarcinii. Doar circa 3% din femeile care trăiesc cu HIV nu au beneficiat de terapie în timpul sarcinii, pe motiv că nu au avut acces sau nu au știut despre asemenea tratament la acel timp.

Figura 45. Accesul la tratament ARV



Din totalul femeilor care au avut sarcină, nouă din zece (90,3%) au primit informație cu privire la sarcina sănătoasă și maternitate ca parte componentă a programului de profilaxie a transmiterii infecției HIV de la mamă la copil. În acest context ponderea modestă de respondenți care au afirmat că au fost consultați vreodată cu privire la posibilitățile sale reproductive (figura 43) în raport cu indicatorul din figura 46 semnifică un nivel foarte scăzut de acoperire anume a bărbaților care trăiesc cu HIV cu servicii de informare și consultanță despre nașterea copiilor în condițiile statutului HIV+.

Figura 46. Informarea referitor la sarcina sănătoasă și maternitate ca parte componentă a programului de profilaxie a transmiterii infecției HIV de la mamă la copil



Specificul BSB în privința stigmei și discriminării

Circa 10% din eșantionul PTHIV, realizat pe malul drept sunt persoanele care aparțin grupului BSB (n=47). Acest lucru nu poate servi drept indicator al ponderii BSB în rândul PTHIV, deoarece la proiectarea eșantionului s-a decis realizarea unui număr în plus de interviuri în acest grup pentru a se oferi posibilitatea analizei separate în ceea ce privește stigma și discriminarea persoanelor care aparțin ambelor grupuri (PTHIV și BSB). În continuare prezentăm aspectele ce diferențiază BSB care trăiesc cu HIV de comunitatea PTHIV în general.

Grupul BSB din cadrul PTHIV se distinge printr-un nivel mai sporit de studii (38,3% cu studii universitare față de 14,3% la nivel general), precum și un nivel mult mai scăzut de șomaj (10,6% șomeri față de 36,0%).

Sunt o serie de tipuri de stigmă, nivelul de incidență a cărora în rândul BSB este mai sporit față de restul comunității PTHIV.

BSB sunt ceva mai des expuși bârfelor la adresa sa (48,9% față de 35,8% în comunitatea PTHIV la general), mai des insultați, urmăriți sau amenințați verbal (29,8% vs 16,0%). În cazurile în care respondentul a fost supus stigmei din alte motive decât statutul HIV, în 34,0% drept motiv a fost indicată manifestarea de orientare sexuală.

Datele sugerează la fel că BSB care trăiesc cu HIV ceva mai des decât celelalte PTHIV se confruntă cu restricții în ceea ce privește viața sexuală, 19,0% susțin că pe parcursul ultimelor 12 luni li s-a refuzat contactul sexual din cauza statutului HIV (față de 6,5% per întreg eșantion), iar 66,0% ar fi avut temeri că cineva nu ar dori să întrețină relații sexuale din cauza statutului HIV al respondentului (față de 32,2% per eșantion).

Concluzii

Caracteristici ale grupului țintă

- Populația care trăiește cu HIV în Republica Moldova prezintă o serie de caracteristici specifice, comparativ cu populația generală. În rândul PTHIV este dublă ponderea persoanelor în vârstă medie 30-49 ani, a celor celibatari. La fel persoanele care trăiesc cu infecția HIV sunt concentrate în orașele mari, ca mediu de trai. Totodată PTHIV dispun de regulă și de un nivel de studii mai scăzut, ponderea deținătorilor de studii superioare fiind de două ori mai scăzută față de populația generală.
- Mai mult de jumătate din respondenți sunt șomeri sau cel puțin nu au o angajare deplină.
- Fiecare a șasea persoană care trăiește cu HIV dispune de grad de invaliditate acordat pe alte maladii decât HIV, iar cele mai răspândite maladii asociate grupului PTHIV sunt hepatitele virale B și C, tuberculoza, problemele neurologice și ciroza la ficat.
- Fiecare a doua PTHIV aparțin cel puțin la una din populațiile cheie, asociate risc sporit de infectare – migranți, PUDI, foști deținuți, BSB.
- Gospodăriile PTHIV sunt semnificativ mai mici față de populația generală, fiind compuse în mediu din 2,0 persoane, față de 2,9 în populația generală.

Experiența de stigma și discriminare

- Patru din zece PTHIV raportează experiență de tratamente discriminatorii în ultimele 12 luni. Cel mai des acestea au forma unor bârfe și insulte.
- Expunerea la tratamente discriminatorii ale PTHIV este agravată și de apartenența multiplă la grupuri aflate în risc, în mod special în cazul PUDI.
- PTHIV se confruntă și cu respingere în cadrul cuplului sau chiar comunității PTHIV, precum și răsfângerea discriminării cauzate de statutul HIV+ asupra membrilor familiei.

Accesul la muncă, servicii de sănătate și educație

- Unul din zece respondenți a raportat că a fost nevoie să-și schimbe locul de trai sau au întâmpinat greutăți în a închiria o locuință, iar din aceste cazuri 10,7% sunt definite de respondent ca fiind cauzate de statutul HIV. La fel, fiecare al zecelea a fost concediat sau a pierdut surse de venit, din care 5,1% cazuri din cauza statutului.
- Sumar, 6,1% respondenți au relatat că pe parcursul ultimelor 12 luni s-au confruntat cu cel puțin una din situațiile de îngrădire în realizare a drepturilor de bază, pe fundalul statutului HIV+. Femeile, tinerii și persoanele neangajate în câmpul muncii sunt categoriile cu o incidență mai sporită a asemenea tratamente.

Auto-stigmatizarea

- Auto-stigmatizarea ca și fenomen este mult mai răspândit decât stigma socială, externă. Practic fiecare PTHIV se auto-stigmatizează sub careva formă. Cel mai des aceasta are forma de atribuire vinei, sentimente de rușine, scăderea auto-aprecierii, dar și tendințe de suicid, manifestate de 6,6% respondenți.
- Formele de auto-stigmatizare sunt diferite în cazul diferitor grupuri socio-demografice. Tendințe spre suicid manifestă persoanele recent diagnosticate și celibatate.
- Infecția HIV modelează și auto-impunerea unor restricții, în primul rând renunțarea la căsătorie și nașterea copiilor, la relații sexuale, renunțarea la servicii de sănătate.

Drepturi, legislație și politici

- Unul din patru PTHIV susține că cunoaște despre Declarația ONU privind HIV/SIDA iar peste jumătate au auzit despre Legea HIV/SIDA în Moldova. Au citit/discutat prevederile acestora doar 12,5% și 30,5% respectiv.

Asocierea grupurilor civice a PTHIV

- Nivelul de notorietate a organizațiilor/grupurilor societății civile prestatoare de servicii a PTHIV este unul sporit, opt din zece respondenți susțin că cunosc unde se pot adresa în acest sens.
- Fiecare al patrulea respondent susține că face parte din careva grupuri/rețele a PTHIV, în mod special femeile, persoanele în vârstă.

Opt din zece respondenți au negat posibilitatea de influență în luarea oricăror decizii ce țin de eradicarea stigmatizării și discriminării, indiferent de tipul și natura acesteia, în pofida unui nivel oarecum impunător de implicare la moment (cel puțin declarativ) a PTHIV în diferite activități ale grupurilor civice.

Experiență de testare, dezvăluire, tratament și nașterea copiilor

- Circumstanțele de stabilire a diagnozei sunt foarte variate. Cel mai des, testul urmare căruia a fost stabilit statutul HIV+ a fost realizat la indicația în legătura cu suspectarea simptomelor asociate cu HIV, testul pe durata sarcinii sau stabilirea diagnozei unuia din membri familiei / cuplului a statutului HIV+.
- În majoritatea cazurilor testul urmare căruia a fost stabilit statutul HIV+ a fost efectuat benevol, la decizia respondentului. Ponderea testelor benevole este mai mare în cazul PTHIV statutul cărora a fost stabilit mai recent, fapt care semnifică îmbunătățiri în timp la acest capitol. Tendințe similare și în ceea ce ține de oferirea consilierii la testare.

Dezvăluirea și confidențialitatea

- Partenerii, asistenții sociali, alte PTHIV și membrii adulți ai gospodăriei sunt persoanele cărora PTHIV în persoană au comunicat propriul statut HIV.
- Sumar patru din zece PTHIV au experiențe când statutul lor a fost comunicat cuiva fără consimțământul lor. Lucrătorii medicali, prietenii / vecinii sunt categorii în cazul cărora deseori statutul este comunicat de persoane terțe, fără consimțământul PTHIV.
- În cazul a două treimi respondenți statutul HIV al acestora este păstrat în anonim complet.

Starea sănătății și tratament

- Aprecieri critice cu privire la starea de sănătate au acordat 14,3% respondenți, acordând calificativul „slăbită”.
- La momentul studiului 93,4% beneficiau de terapie ARV, iar 93,1% din cei care nu beneficiau susțineau că au acces la acest tratament.
- Beneficiază de tratament administrând preparate pentru profilaxia sau tratarea infecțiilor oportuniste 17,5% , iar 71,6% din cei care nu beneficiază la fel susțin că ar avea acces la necesitate.

Nașterea copiilor

- Șapte din zece respondenți au copii, iar 6,1% au copii cu statut HIV+.
- Se constată un deficit al serviciilor de consultanță și informare a PTHIV despre posibilitățile reproductive în condițiile statutului HIV+, doar 45,0% respondenți fiind vreodată consultați în acest sens pe durata vieții cu HIV.
- Persistă și cazurile când lucrătorii medicali încearcă să impune decizia de a renunța la sarcină și naștere (12,2% l-ea fost sugerat, iar 2,3% chiar constrânși).

- Se constată la fel și tendințe de constrângere din partea lucrătorilor medicali asupra femeilor care trăiesc cu HIV despre sarcină, naștere și hrană a copilului în condițiile vieții cu HIV.

Recomandări

Urmare a constatărilor studiului, se impun o serie de recomandări pentru factorii de decizie, actorii implicați în prestarea serviciilor destinate PTHIV, grupurilor civice a PTHIV etc.

Incidența cazurilor de discriminare și stigma față de PTHIV este realmente diminuată din cauza păstrării statutului HIV+ în secret, fapt care poate duce la percepția eronată precum că PTHIV sunt mai des discriminați de cercul social restrâns (partenerii de cuplu, rudele apropiate, comunitatea PTHIV) decât de societatea largă.

Politicile în domeniul protecției și realizării drepturilor PTHIV trebuie să țină cont de complexitatea vulnerabilității PTHIV în fața stigmei și discriminării, pe lângă statutul HIV propriu zis. PTHIV, în comparație cu populația generală înregistrează:

- un nivel mult mai sporit al șomajului,
- incapacitate de muncă din cauza invalidității,
- nivel mai scăzut de studii și pregătire profesională,
- apartenența la populațiile cheie, asociate riscului sporit de discriminare precum LGBT, PUDI, foști deținuți.

Urmările cele mai grave ale auto-stigmatizării, precum suicidul, au loc în perioada imediată după stabilirea diagnozei, fapt care trebuie luat în considerație în asistența post-testare.

Deși sunt vizibile tendințe pozitive întru eliminarea cazurilor de testare fără consimțământul persoanei, determinarea PTHIV la renunțarea la sarcină sau determinarea acestora să se abțină de la nașterea unui copil, în continuare trebuie abordate serios și trebuie depuse eforturi în combaterea a asemenea abordări, în mod special de către cadrele medicale.

Statutul HIV+ este puternic asociat cu tendințe de renunțare la nașterea unui copil, auto-impuse de PTHIV. În acest sens sunt necesare eforturi de informare a PTHIV în ceea ce privește nașterea unui copil sănătos în condițiile statutului HIV+, precum și oferirea de asistență/suport, în mod special pe parcursul sarcinii.

Deși studiul înregistrează un nivel sporit de notorietate și implicare a PTHIV în activitatea formelor asociative ale PTHIV, este rezonabilă suspiciunea că aceste nivele sunt supra-estimate, luând în considerație mecanismul de colectare al datelor. În acest context organizațiile societății civile militante pentru asigurarea drepturilor PTHIV, serviciile sociale în domeniu trebuie în continuare să depună efortul spre lărgirea cercului de beneficiari.

Recomandări specifice:

Instituții guvernamentale publice, inclusiv Programul Național de Control și profilaxie HIV/SIDA/ITS

- Consolidarea cadrului juridic care să protejeze drepturile persoanelor care trăiesc cu HIV și să abordeze în mod specific stigmatizarea și discriminarea legate de HIV.
- Fortificarea participării active a persoanelor care trăiesc cu HIV în elaborarea legilor, politicilor și în furnizarea de servicii și sprijin comunitar.
- Sprijinirea creșterii și mobilizării conștiinței sociale și comunitare la scară largă ca parte a eforturilor de eradicare a stigmei și a discriminării a persoanelor care trăiesc cu HIV și a populațiilor-cheie, inclusiv prin educarea despre și eliminarea miturilor și stereotipurilor legate de HIV.

- Prioritizarea stigmei și reducerea discriminării legate de HIV și a populațiilor-cheie în planificarea, finanțarea și programele strategice naționale, inclusiv acordarea de sprijin pentru implementarea sporită a programelor date.
- Încadrarea indicatorilor de stigmatizare și discriminare legate de HIV, ca parte a sistemelor naționale de monitorizare și evaluare în domeniul HIV/SIDA, pentru a monitoriza și evalua progresul în timp.
- Având în vedere faptul că există un nivel scăzut, dar consecvent, de negare a drepturilor persoanelor care trăiesc cu HIV în cadrul sistemului de sănătate, este necesară:
 - revizuirea și adaptarea continuă a curriculei de formare pre și continuă pentru a spori capacitatea furnizorilor de servicii de sănătate de a oferi servicii tolerante și nediscriminatorii persoanelor care trăiesc cu HIV;
 - revizuirea și actualizarea, dacă este necesar, a protocoalelor care să garanteze că sunt bazate pe drepturi și să includă formarea inițială pentru lucrătorii din domeniul sănătății, precum și cursuri de perfecționare pentru furnizorii de servicii medicale, managerii și personalul din alte unități sanitare;
 - consolidarea mecanismelor de supraveghere a promovării practicilor non-judiciare/tolerante și nediscriminatorii față de persoanele care trăiesc cu HIV.
- Având în vedere că există un anumit nivel de negare a drepturilor sexuale și reproductive a persoanelor care trăiesc cu HIV și mai ales unui nivel sporit de auto-limitare a PTHIV în acest sens, sunt necesare acțiuni de informare coerente și opțiuni adecvate pentru sănătatea sexuală și reproductivă pentru persoanele care trăiesc cu HIV.
- Sprijinirea legăturilor între drepturile sexuale și reproductive și HIV, inclusiv integrarea acestor serviciilor în programele HIV.
- Sporirea capacităților grupurilor de sprijin și a altor organizații locale de a oferi consiliere adecvată și alte tipuri de sprijin pentru persoanele care trăiesc cu HIV și populațiile-cheie.

Agenții ONU și parteneri de dezvoltare Moldova

- Diseminarea rezultatelor acestui studiu Guvernului, Programului național de prevenire și control al HIV / SIDA și ITS, societății civile și donatorilor.
- Militarea pentru drepturile tuturor persoanelor care trăiesc cu HIV, inclusiv din populațiile-cheie, și susținerea / contestarea încălcărilor drepturilor.
- Acordarea de suport pentru:
 - activități educaționale cu persoanele care trăiesc cu HIV asupra sănătății, demnității și prevenirii.
 - încurajarea și consolidarea capacității persoanelor care trăiesc cu HIV să se implice activ în dezvoltarea și punerea în aplicare a proiectelor și programelor de combatere a stigmatizării și discriminării și în furnizarea de sprijin și asistență persoanelor care trăiesc cu HIV în mod individual și prin intermediul grupurilor de sprijin și al altor organizații locale.
 - militarea pentru includerea persoanelor care trăiesc cu HIV în forurile de elaborare a politicilor și în elaborarea legislației relevante.
- Suport întru sporirea capacităților grupurilor de sprijin și a altor organizații locale de a oferi consiliere adecvată și alte tipuri de sprijin pentru persoanele care trăiesc cu HIV, inclusiv populațiile-cheie, în special persoanele care consumă droguri, deținuții actuali sau foști și persoanele cu dizabilități.

Organizații ale societății civile

- Militarea pentru drepturile tuturor persoanelor care trăiesc cu HIV, inclusiv populațiile-cheie.
- Sporirea capacităților grupurilor de sprijin și a altor organizații locale de a oferi consiliere adecvată și alte tipuri de sprijin pentru persoanele care trăiesc cu HIV și populațiile-cheie.
- Sprijinirea participării active a persoanelor care trăiesc cu HIV în elaborarea legilor, politicilor și orientărilor; și în furnizarea de servicii și sprijin comunitar.
- Sporirea nivelului de cuprindere a populației care trăiește cu HIV de programele și serviciile de sprijin prestate.