

Реализация права на репродуктивное здоровье женщин, живущих с ВИЧ в Республике Молдова

I. ВВЕДЕНИЕ

Право на здоровье одно из основных прав человека, поскольку оно является естественным правом, которое каждый человек может осуществлять неотъемлемым и неизменным образом. Состояние здоровья определяется рядом факторов, как объективных (уровень жизни, организация системы здравоохранения, качество медицинских услуг), так и субъективных (отношение к своему здоровью, оценка здорового образа жизни, культурные особенности и т. д.).

Таким образом, если мы посмотрим на концепцию здоровья Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), то увидим, что она определяется как состояние физического, психического и социального благополучия¹. Так, право на здоровье включает право на жизнь, достаточный жизненный уровень, доступ к медицинскому обслуживанию и другие основные детерминанты для достижения наивысшего уровня здоровья, это означает гораздо больше, чем отсутствие болезни или немощи.

Право на здоровье включает в себя ряд свобод и смежных прав, включая право на воспитание и информацию о здоровье, включая репродуктивное здоровье.

В свою очередь, репродуктивное здоровье признается как одно из фундаментальных компонентов, необходимых для развития человека, и упоминается на международном уровне в качестве важной и приоритетной области². Здоровое репродуктивное поведение оказывает положительное влияние на будущие поколения и зависит от общего состояния здоровья населения, благосостояния и развития всех стран.

Положения национального законодательства³ близки к международным определениям репродуктивного здоровья. Понятие репродуктивного здоровья подразумевает способность людей к размножению и свободу принимать решения о рождении своих детей. Это включает право женщин и мужчин быть информированными и иметь доступ к безопасным, эффективным и легко доступным методам планирования, для контроля за их фертильностью, а также право на доступ к медицинским услугам для безопасности беременности и родов.

Эффективное осуществление планирования семьи уменьшает количество нежелательных беременностей и небезопасных аборт, предотвращает смертность и заболеваемость, вызванные беременностью, снижает частоту инфекций, передаваемых половым путем,

¹ Общий комментарий № 14 о праве каждого человека на лучшее физическое и психическое здоровье, которого он может достичь (Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам)

² Международная конференция по народонаселению и развитию (1994 год, Каир); Цели развития тысячелетия, принятые на Саммите тысячелетия ООН (2000 г.); Резолюция 1399 Парламентской Ассамблеи Совета Европы о Европейской стратегии укрепления здоровья, сексуальных и репродуктивных прав (2004 г.); Глобальная стратегия ВОЗ в отношении здоровья женщин и детей (запущена в 2010 году); Резолюция Совета ООН по правам человека № 21/6 от 21.09.2012 о материнской смертности и заболеваемости и др.

³ Закон № 138 о репродуктивном здоровье от 15.06.2012

включая ВИЧ-инфекцию, защищает здоровье подростков и является одним из наиболее реалистичных и экономически эффективных возможностей, которые могут улучшить здоровье и благополучие женщин, мужчин, молодого поколения и общества.

Услуги по охране репродуктивного здоровья не должны быть роскошью, а основным компонентом системы медицинских услуг, в котором нуждаются люди, поскольку здоровое репродуктивное поведение оказывает положительное влияние на будущие поколения.

Репродуктивное здоровье, так же, включает в себя сексуальное здоровье (ответственный, приятный и безопасный секс), целью которого является улучшение качества жизни и личных отношений. Репродуктивное и сексуальное здоровье основывается на фундаментальных правах равенства и достоинства.⁴

Соответствующие знания о репродуктивном здоровье и всестороннем половом просвещении населения являются неотъемлемой частью профилактики многих заболеваний, включая ВИЧ-инфекцию. Но, несмотря на все усилия, предпринимаемые для сдерживания роста заболеваемости ВИЧ / СПИДом, это заболевание продолжает оставаться проблемой общественного здравоохранения как на глобальном, так и на национальном уровне. ВИЧ-инфекция по-прежнему сосредоточена в группах риска, затрагивая, в частности, группу потребителей наркотиков, работников коммерческого секса, мужчин, практикующих секс с мужчинами и группу заключенных. За последнее десятилетие произошли значительные изменения в структуре пути передачи зарегистрированных случаев. Отчет за 2014 год определяет, что из общего числа новых случаев ВИЧ + в 86,6% случаев вероятный путь заражения был сексуальным. Женщины подвергаются большему риску заражения, причем каждый второй человек с ВИЧ идентифицируется как женщина, по сравнению с 16% в начале 1990-х годов⁵.

В Молдове уязвимость женщины к ВИЧ определяется статусом человека, социальным контекстом, в котором она живет, и стереотипами, существующими в обществе. Хотя применение принципа не дискриминации в отношении ВИЧ-инфицированных людей в целом и ВИЧ-инфицированных женщин в частности закреплено в национальных законах⁶, это явление присутствует в нашем обществе. Отсутствие информации и знаний о ВИЧ-инфекции среди населения в целом, а также политики, основанной на фактических данных, ориентированной на наиболее уязвимые категории женщин, приводят к тому, что результаты государственных усилий Молдовы все еще скромны в борьбе с этим заболеванием⁷.

⁴ Комитет по глобальной политике ВОЗ (1994). Документ с изложением позиции по вопросам здоровья, народонаселения и развития на Международной конференции по народонаселению и развитию, Каир, 5–13 сентября 1994 года, стр. 24.

⁵ Monitorizarea controlului infecției HIV în Republica Moldova, anul 2014. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, IMSP Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile Centrul Național de Management în Sănătate. Disponibil la [http://aids.md/aids/files/1481/ 2014_HIV_MD_Raport_anual_RO%20\(1\).pdf](http://aids.md/aids/files/1481/ 2014_HIV_MD_Raport_anual_RO%20(1).pdf)

⁶ Закон о профилактике ВИЧ / СПИДа, № 23-XVI от 16.02.2007.

⁷ Profilul femeilor care trăiesc cu HIV/Ala Negruța; Biroul Național de Statistică, Programul Națiunilor Unite pentru Dezvoltare (PNUD), Entitatea Națiunilor Unite pentru Egalitatea de Gen și Abilitarea Femeilor (UN Women). – Chișinău: S. n., 2016.

Таким образом, целью данного исследования является выявление проблем, с которыми сталкиваются женщины, живущие с ВИЧ в Республике Молдова, на которых влияет уязвимость состояния их здоровья, феномен стигматизации и дискриминации и ряд других проблем из области репродуктивного и психического здоровья.

Цель и задачи исследования

Цели опроса:

1. Собрать, проанализировать проблемы и потребности женщин, живущих с ВИЧ, в Республике Молдова в сфере сексуального и репродуктивного здоровья, гендерного равенства и прав человека, гендерного насилия, экономических и политических возможностей.
2. Обозначить приоритеты для включения в национальную повестку дня, для формирования политики и стратегии в отношении ответных мер на эпидемию ВИЧ и СПИДа.
3. Создать платформу для максимального вовлечения женщин в обсуждение и выработку решения обозначенных проблем, с учетом их разнообразия.
4. Определить области для новых исследований для женщин, живущих с ВИЧ.
5. Создать основу для правозащитной деятельности женщин живущих с ВИЧ на национальном и региональном уровне.

Задачи:

- Провести исследование с анализом и оценкой опыта получения услуг в сфере сексуально-репродуктивного здоровья
- Выяснить степень информированности женщин, живущих с ВИЧ в области прав и возможностей относительно:
 - Здоровой сексуальной жизни
 - Беременности и способности забеременеть (фертильность)
 - Насилия в отношении женщин, живущих с ВИЧ
- Оценить и проанализировать влияние на здоровую сексуальную жизнь таких факторов как:
 - Психическое здоровье
 - Бремя ухода за близкими
 - Лечение ВИЧ и побочных эффектов
 - Доходы и экономические возможности.
- выявить рекомендации и предложения по улучшению продвижения и защиты сексуально-репродуктивного здоровья и прав человека.

Мы намерены выяснить наиболее важные аспекты их жизни в отношении сексуального и репродуктивного здоровья, гендерного равенства и прав человека, гендерного насилия, а также экономических и политических возможностей.

II. МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сбор данных проводился в период с октября м-ца по декабрь 2018г.

Целевая группа: женщины, живущие с ВИЧ, старше 18-ти лет и проживающие на территории Республики Молдова, включая и левый берег Днестра.

Критерии включения:

- Женщины, живущие с ВИЧ, подтверждающие свой диагноз
- Физическая и умственная способность понять и ответить на вопросы опросника
- Информированное согласие для участия в исследовании.

Размер выборки: 300 анкет

Метод интервьюирования: прямое интервьюирование («лицом к лицу»)

Стратегия выборки:

Основой выборки являлась база данных из **3864** случаев ВИЧ положительных женщин 18 лет и старше, зарегистрированных в Республике Молдова, включая левобережье Днестра. Выборка городов была проведена с охватом всех регионов Республики Молдова (в том числе Приднестровье) с учетом бремени эпидемии (количество зарегистрированных ВИЧ-инфицированных женщин) и наличием НПО, работающих с людьми, живущими с ВИЧ и/или женщин-активисток, имеющих доступ к объекту исследования.

Название региона	Название города	База выборки	Выборка
Правый берег	Кишинев		100
	Комрат		50
	Бельцы		50
Левый берег	Рыбница		50
	Тирасполь		50
Всего			300

Тип выборки: стратифицированная, «*first visit, first service*» в каждой страте.

Таблица 1. Социо-демографическая структура выборки

		Случаи	%
Возрастная группа	18 - 24 лет	19	6,3
	25 - 34 лет	110	36,7
	35 - 44 лет	116	38,7

	45 - 54 лет	40	13,3
	старше 55-ти	15	5,0
Семейное положение	Не замужем	55	18,3
	Состоит в браке	101	33,7
	Состоит в не зарегистрированном браке	106	35,3
	Разведена	27	9,0
	Вдова	11	3,7
Занятость	Работает	116	38,7
	Безработная	69	23,0
	Другое ⁸	115	38,3
Место жительства:	Сельская местность	220	73,3
	Городская местность	80	26,7

Сбор данных будет проводиться при помощи опросника (Приложение 1), который состоял из 3 частей:

ЧАСТЬ 1 ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ.

ЧАСТЬ 2 ОПЫТ получения услуг по сексуальному и репродуктивному здоровью.

ЧАСТЬ 3 фокусируется на ряде КЛЮЧЕВЫХ ТЕМ:

- Здоровая сексуальная жизнь
- Беременность и способность забеременеть (фертильность)
- Насилие в отношении женщин, живущих с ВИЧ
- Психическое здоровье.

Опросник был доступен на румынском и русском языках. Сбор данных проводился сотрудниками организаций, предоставляющих услуги лицам, живущим с ВИЧ. Интервьюирование проходило в зданиях/сайтах организаций, предоставляющих услуги ЛЖВ. Качество сбора данных было обеспечено путём непосредственного наблюдения супервайзером сайтов сбора данных (состоялось ли интервью), валидирование было поведено совместно супервайзером и интервьюером.

Результаты исследования были обработаны статистическим пакетом SPSS.

⁸ Домохозяйки, пенсионерки, декретный отпуск, студентки

Ограничения исследования

Из-за стигмы и труднодоступности выборка респондентов проводилась среди бенефициаров организаций, предоставляющих услуги ЛЖВ, посещающих сайты организаций. Несмотря на то, что сайты были выбраны с учётом бремени эпидемии, выборку респондентов можно классифицировать как не-случайную, (по-доступности), из-за того что вероятность включения в выборку пропорциональна частоте посещения сайтов организаций. Также надо учесть, что эта вероятность обусловлена такими критериями как посещаемость в общем таких организаций, а так-же, необходимостью в услугах этих организаций.

ХАРАКТЕРИСТИКИ ЦЕЛЕВОЙ ГРУППЫ

Характеристики респондентов

Выборка состоит исключительно из респондентов женского пола, женщин, живущих с ВИЧ. Большинство респонденток принадлежат к средней возрастным группам 35-44 лет (38,7%) и 25-34 лет (36,7%).

Больше половины респонденток, на момент исследования состояли в официальном (33,7%) или неофициальном (35,3%) браке. Почти пятая часть женщин респонденток (18,3%) не замужем, сообщили и каждая 8-ая (12,7%) разведена или вдова.

Больше трети респонденток (38,7%) трудоустроены (в основном в государственных учреждениях (14,3%), в качестве наёмных работников в коммерческой сфере (22,3%), 11,3% в декретном отпуске, 7,0% - пенсионерки и 2,0% осуществляли предпринимательскую деятельность). Почти каждая 4-ая (23,0%) безработная. Больше половины респонденток (51,7%) сообщили о неофициальной работе.

Каждая четвертая респондентка (26,7%) из сельской местности, городские местности представляют 73,3%. Северный и южный регионы проживания указали почти по одной 5-ой части (19,0% и 19,3% соответственно), больше четверти (28,3%) выборки указали центральную зону и одну треть (33,3%) проживают на Левом берегу Днестра.

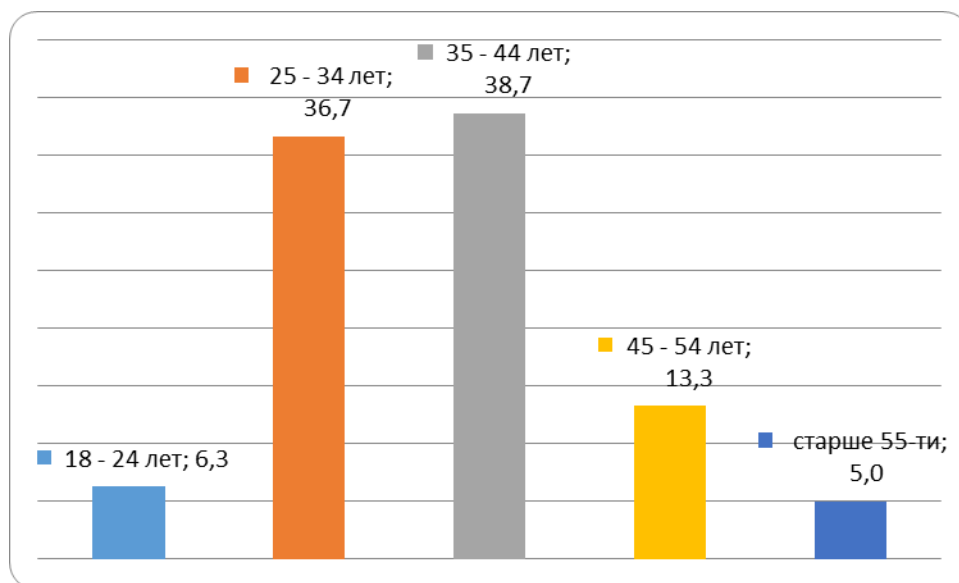
Таблица 2. Социо-демографическая структура целевой группы

Возрастная группа	18 - 24 лет	19	6,3
	25 - 34 лет	110	36,7
	35 - 44 лет	116	38,7
	45 - 54 лет	40	13,3
	старше 55-ти	15	5,0
Семейное положение	Не замужем	55	18,3
	Состоит в браке	101	33,7

	Состоит в не зарегистрированном браке	106	35,3
	Разведена	27	9,0
	Вдова	11	3,7
Занятость	Работает	116	38,7
	Безработная	69	23,0
	Другое ⁹	115	38,3
Место жительства:	Сельская местность	220	73,3
	Городская местность	80	26,7

Большинство респонденток принадлежат к возрастным группам 35-44 лет (38,7%) и 25-34 лет (36,7%).

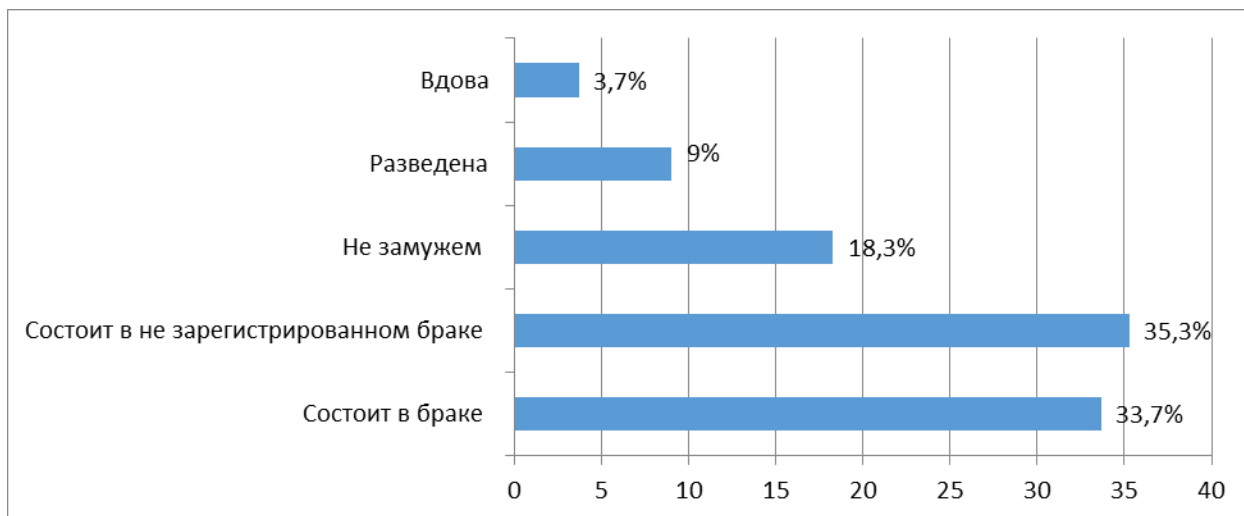
Рис 1. Распределение целевой группы по возрастным группам, %



Две трети респонденток (69,0%), на момент исследования состояли в браке (33,7% – в официальном, 35,3% - в не зарегистрированном браке), больше трети (35,3%).

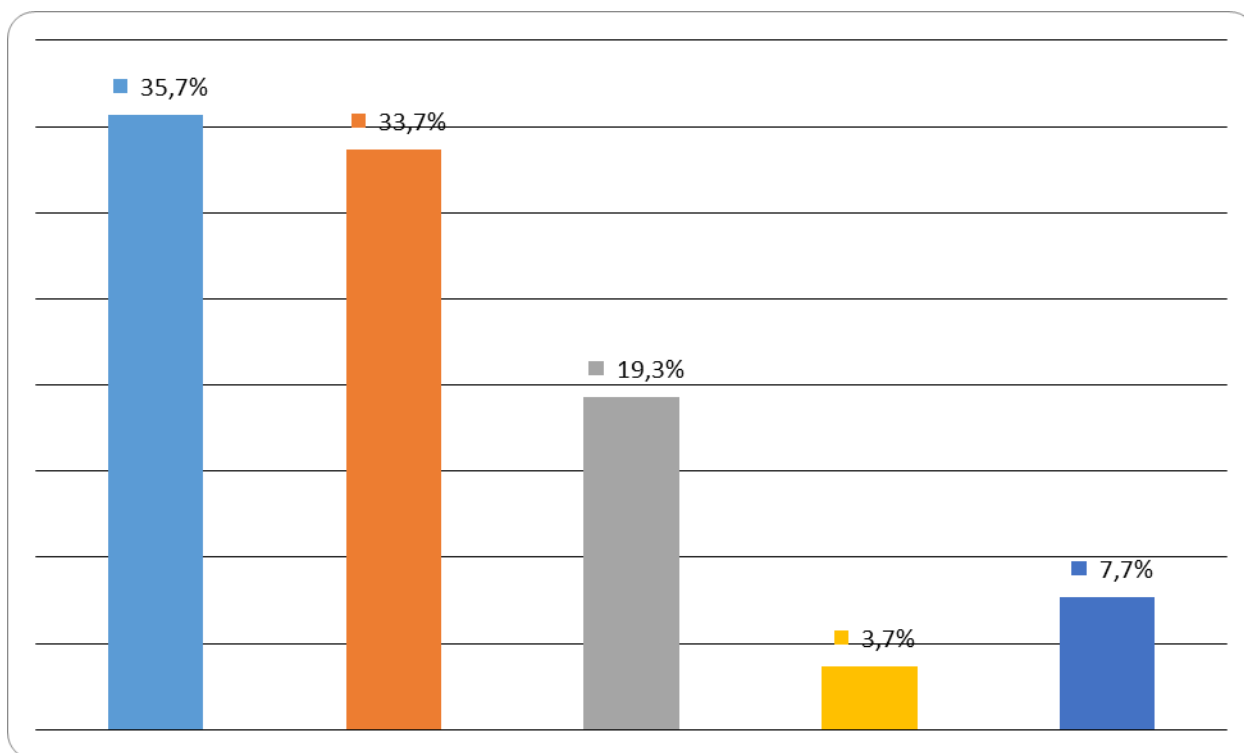
Рис 2. Распределение целевой группы по семейному положению

⁹ Домохозяйки, пенсионерки, декретный отпуск, студентки



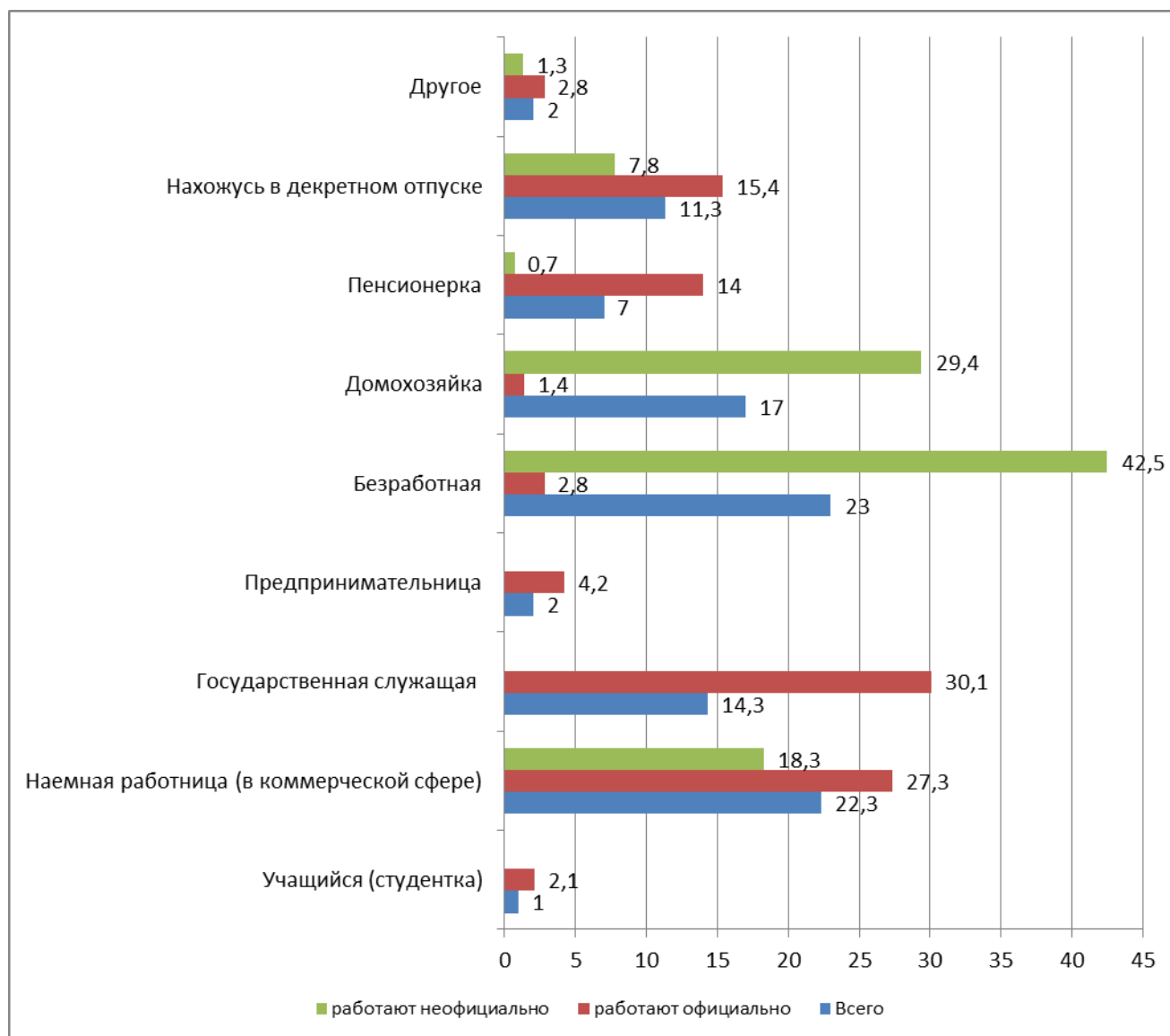
Две трети выборки (69,3%) имеют среднее неполное (35,7%) или полное (33,7%) образование, высшее оконченное или неоконченное имеют около 11%.

Рис 3. Образование



Как выше отмечалось, 23,0% безработные, 22,3% работают в качестве наёмных работников в коммерческой сфере, часть которых (41,8%) работают неофициально. Из тех, что работают неофициально меньше трети (29,4%) являются домохозяйками, меньше одной пятой (18,3%) работают наёмными работниками, 7,8% находятся в декретном отпуске и 42,5% на момент исследования были безработными.

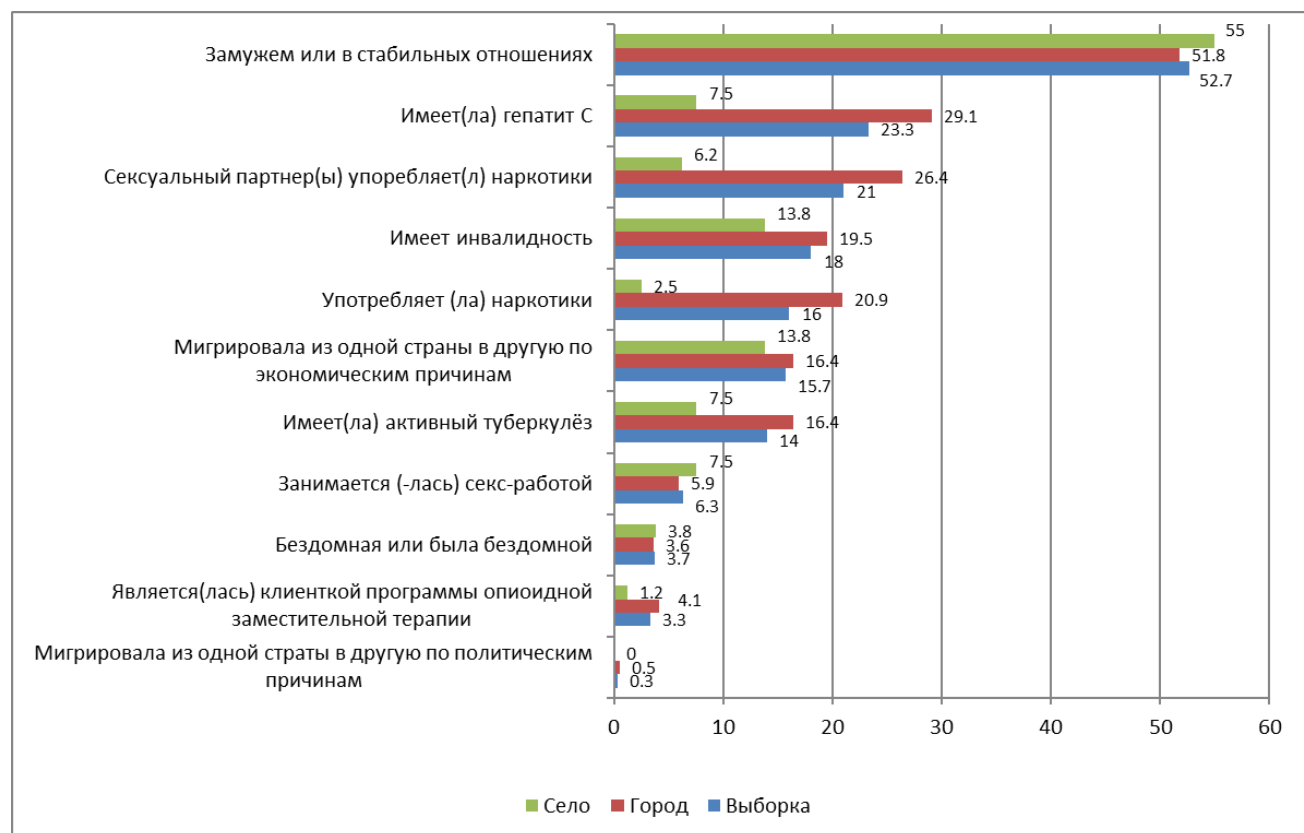
Рис 4. Занятость



Девять из десяти респонденток (88,0%) являются сексуально активными, из которых одна треть (34,5%) имеют один или более сексуальных партнеров, живущих с ВИЧ, 45,8% имеют один или два партнера, не имеющих ВИЧ.

Больше половины респонденток (52,7%) замужем или в стабильных отношениях. Каждая вторая принадлежит хотя бы к одной уязвимой группе, с повышенным риском инфицирования с ВИЧ. Каждая четвёртая (23,3%) имеет гепатит С, почти у каждой пятой есть или был сексуальный партнёр потребитель наркотиков, каждая шестая (16%) употребляет или употребляла наркотики.

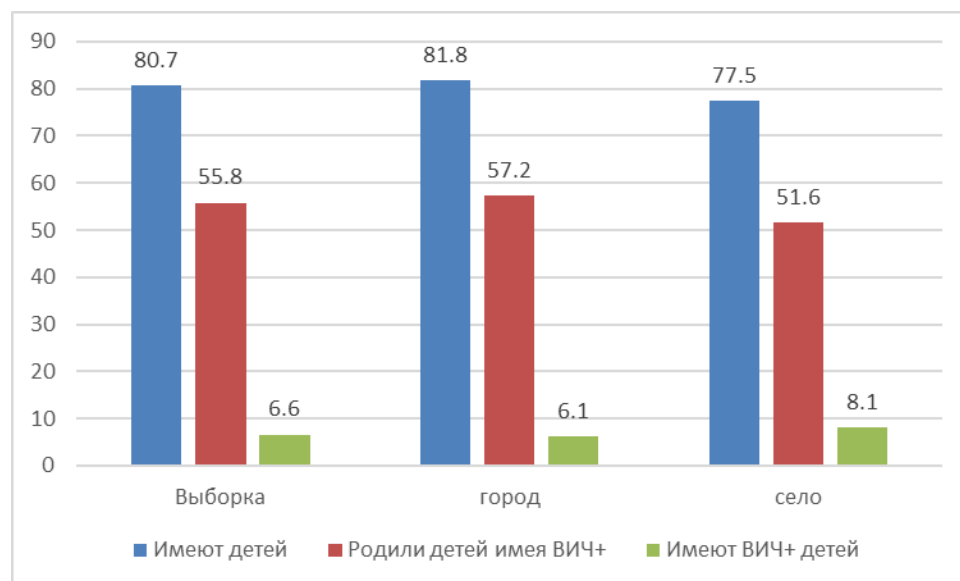
Рис 5. Принадлежность к уязвимым группам



Отмечается разница пропорции женщин ЛЖВ принадлежащих к уязвимым группам таких как ПИН 2,5% (для сельских) к 20,9% (для городских) респонденток, имели активный туберкулёз 7,5% (для сельских) к 16,4% (для городских), клиентки программ ОЗТ 1,2% (для сельских) к 4,1% (для городских) респонденток. Также отмечается разница в пропорциях женщин ЛЖВ указавших, что их сексуальный партнёр употребляет(-ял) наркотики 6,2% (для женщин из сельской местности) к 26,4% (для женщин из городской местности).

Четыре пятых (80,7%) из выборки имеют детей, и 55,8% родили детей имея ВИЧ-положительный статус. Среднее количество детей – 1,8 (медианна 2, ст.откл $\pm 1,01$), из которых, в среднем 0,8 (медианна – 1, ст.откл $\pm 0,85$) рождённые имея ВИЧ положительный статус. Шестнадцать респонденток (6,6%) сообщили о том что у них ВИЧ положительные дети.

Рис 6. Наличие детей



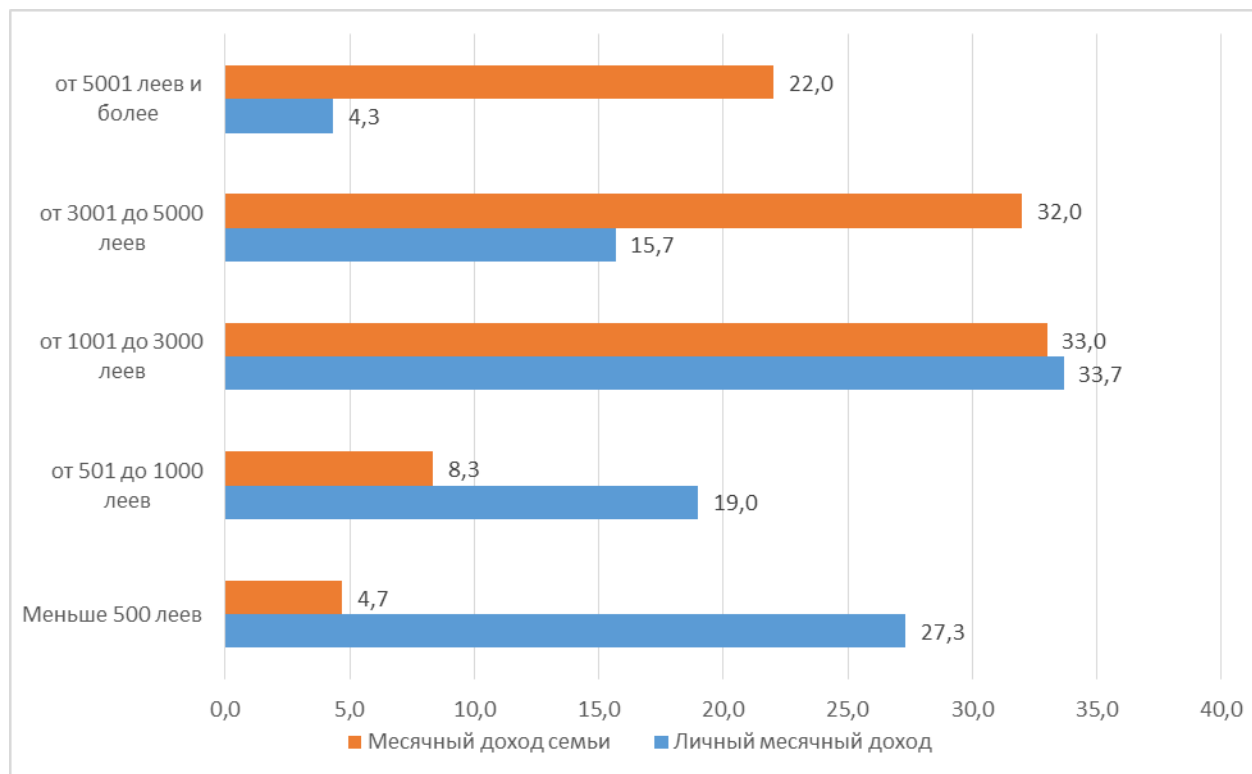
Пропорция респонденток, родивших детей имея ВИЧ+ статус больше среди городских респонденток (57,2%) к 51,6% (среди сельских еспонденток), ВИЧ+ деток имеют 8,2% сельских респонденток, в сравнении с 6,1% (среди городских респонденток).

Таблица 3. Наличие детей, количество.

	Выборка	Город	Село
Имеют детей, %	80.7	81.8	77.5
Родили детей имея ВИЧ+, %	55.8	57.2	51.6
Имеют ВИЧ+ детей, %	6.6	6.1	8.1
	1.8	1.8	1.8
Среднее число детей, рождённых имея ВИЧ+	0.8	0.8	0.8
Среднее число ВИЧ+ детей	0.07	0.06	0.08

Наибольший личный доход отработовали только 4,3%, преимущественно городские респондентки (5,5%) в сравнении с сельскими (1,3%). Среднее количество членов семьи – 3,2 (медианна – 2, станд. откл $\pm 1,55$). Семейный месячный доход от 5001 леев и более отработовали пятая часть (22,0%) респонденток, из городской среды – 25,5%, из сельской – 12,5%. Меньше половины (46,0%) имеют средний месячный доход на члена семьи ниже прожиточного минимума, с 40,9% - для городских и 60,0% для сельских респонденток.

Рис 7. Доход



III. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

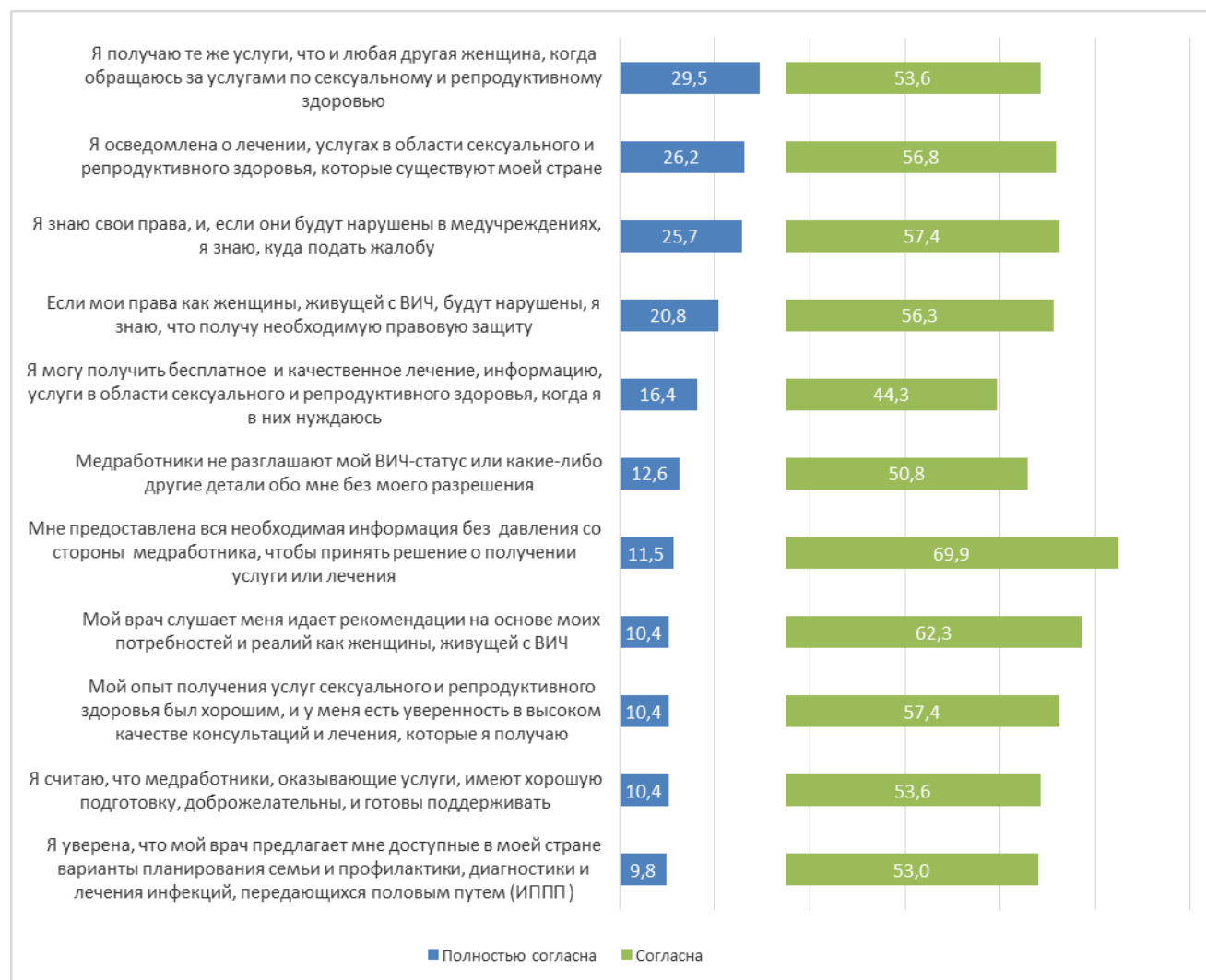
Понимание и реализация прав женщин с ВИЧ

Почти три четверти респонденток получили услуги, связанные с репродуктивным здоровьем, 72,3% городских и 77,5% сельских респонденток. Наибольшая пропорция отмечается в группе 35-44 лет (76,7%), наименьшая (53,3%) в группе старше 55 лет

Три четверти (77,1%) респонденток сообщили о том, что они знают свои права, 83,1% из выборки знают куда обратиться в случае, если их права будут нарушены. Почти две трети (63,4%) респонденток уверены что медицинские работники не разглашают их ВИЧ-статус, примерно столько же (64%) считают, что медработники, оказывающие им услуги, имеют хорошую подготовку, доброжелательны и готовы поддерживать.

Четыре пятых (83%) осведомлены о лечении, услугах в области сексуального и репродуктивного здоровья и только 60,7% считают лечение и эти услуги бесплатными и качественными. Четыре из пяти (83,1%) респондентки считают, что получают те же услуги, как и любая другая женщина, когда обращаются за услугами по сексуально-репродуктивному здоровью.

Рис 8. Восприятие уровня уважения их прав среди женщин с ВИЧ, %.



Респондентки городских местностей более информированы насчет своих прав (85,5%) чем респондентки из сельских местностей (75,8%) и знают куда обращаться, если их права нарушаются. Также городские респондентки в большей пропорции (77,4%) знают, что получают необходимую правовую защиту, если их права будут нарушены, сравнительно с сельскими респондентками (64,5%). Информирование о лечении, услугах в области сексуального и репродуктивного здоровья выше для городских (84,3%), сравнительно с сельскими (74,2%) респондентками.

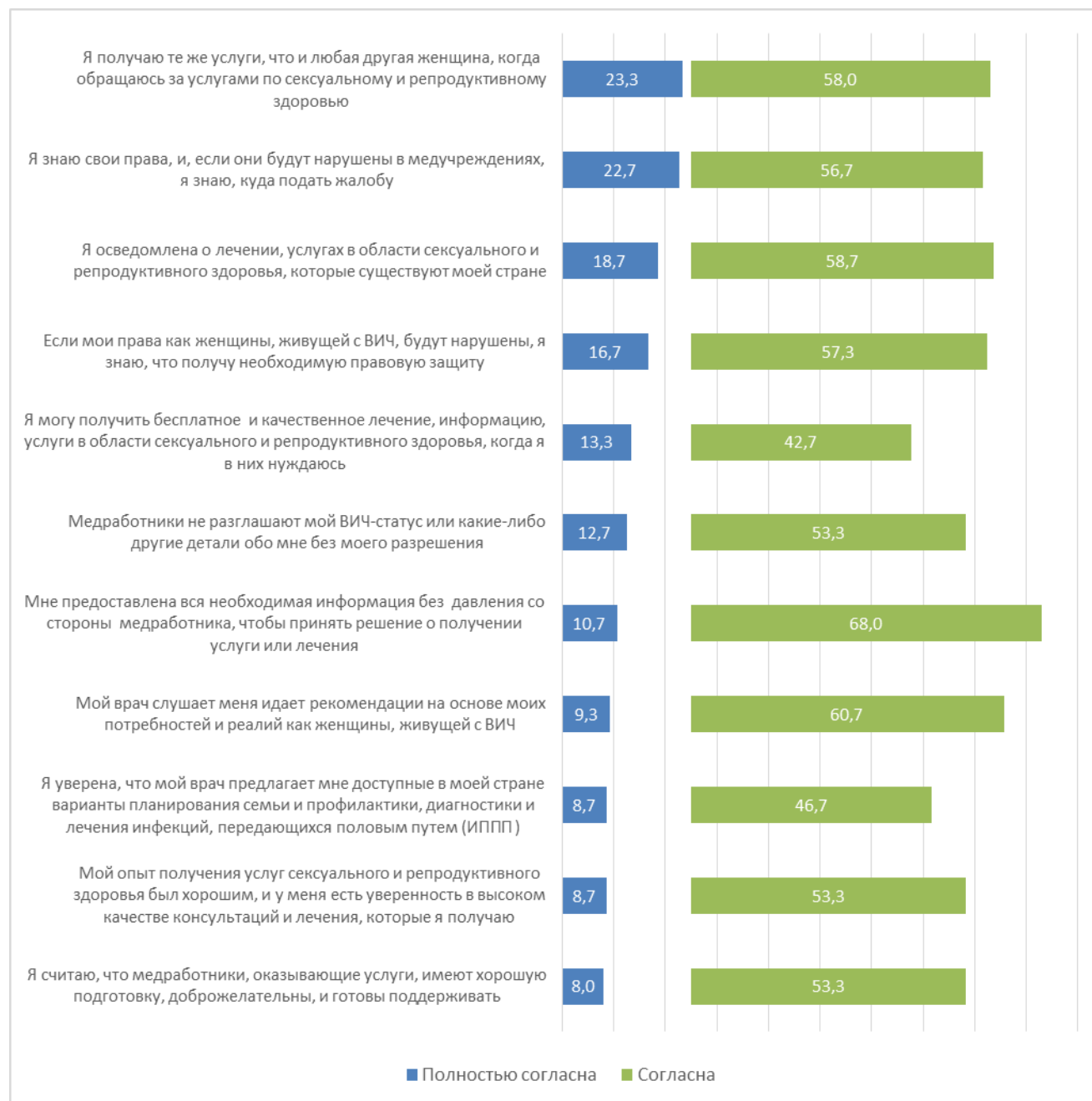
Рис 9. Восприятие уровня уважения их прав среди женщин с ВИЧ, городская местность, %.



Рис 10. Восприятие уровня уважения их прав среди женщин с ВИЧ, сельская местность, %.

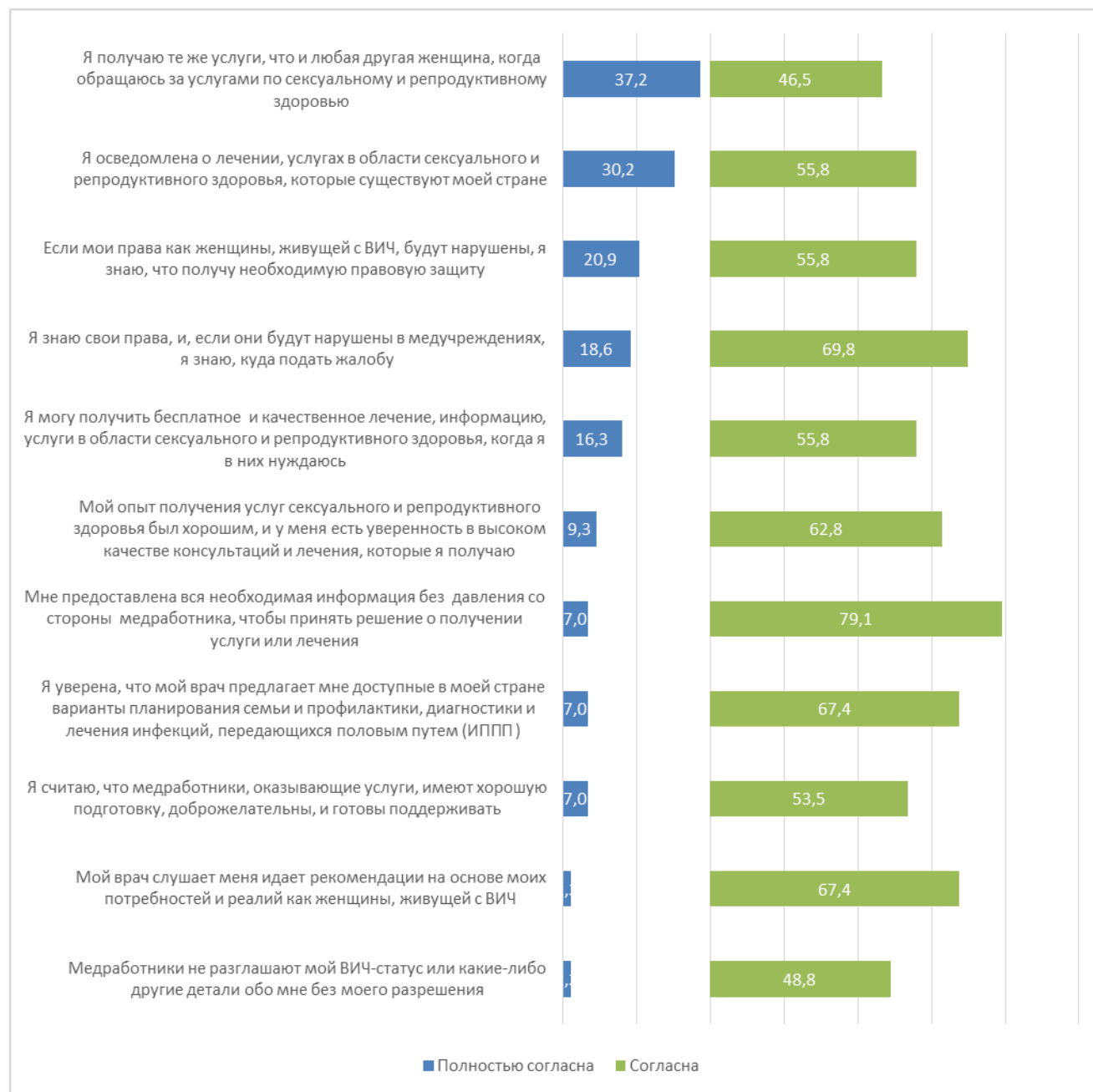


Рис 11. Восприятие уровня уважения их прав среди женщин с ВИЧ, Среднее полное/неполное образование, %.



Уровень информирования о правах и осознание доступности необходимой правовой защиты растёт по мере роста уровня образования, максимальная пропорция (92,9%) была зарегистрирована среди участниц с высшим окончанным или неоконченным образованием, в сравнении с 79,3%, среди участниц с средним окончанным или неполным образованием.

Рис 12. Восприятие уровня уважения их прав среди женщин с ВИЧ, Среднее специальное образование, %.



Информированность о лечении, услугах в области сексуально-репродуктивного здоровья так же выше (96,4%) среди участниц с высшим полным/неполным образованием, сравнительно с теми, у кого среднее специальное образование (86,0%), и меньший процент (77,3%) зарегистрировался среди участниц со средним полным/неполным образованием. Уверенность в доступности качественного бесплатного лечения а так же услуг по сексуально-репродуктивному здоровью проявили только 56% участниц с высшим полным/неполным образованием, среди участниц со средним образованием процент выше (72,1%).

Рис 13. Восприятие уровня уважения их прав среди женщин с ВИЧ, Высшее полное/неполное образование, %.



Рис 14. Восприятие уровня уважения их прав среди женщин с ВИЧ. Правый берег, %.



Рис 15. Восприятие уровня уважения их прав среди женщин с ВИЧ. Левый берег, %.



Знания, отношение и практика в сексуальной жизни женщин с ВИЧ

Каждая восьмая респондентка (12%) сообщила что не является сексуально-активной, 16% являются сексуально-активными но не имели партнера на момент исследования, почти одна треть (30,3%) имеют один или более сексуальных партнеров, живущих с ВИЧ, больше одной трети (40,3%) имеют один или два партнера, не имеющих ВИЧ и 1,3% имеют два или более партнеров, из которых один и более с ВИЧ и один и более без ВИЧ.

Рис 16. Знания, отношение и практика в сексуальной жизни женщин с ВИЧ, всего, %

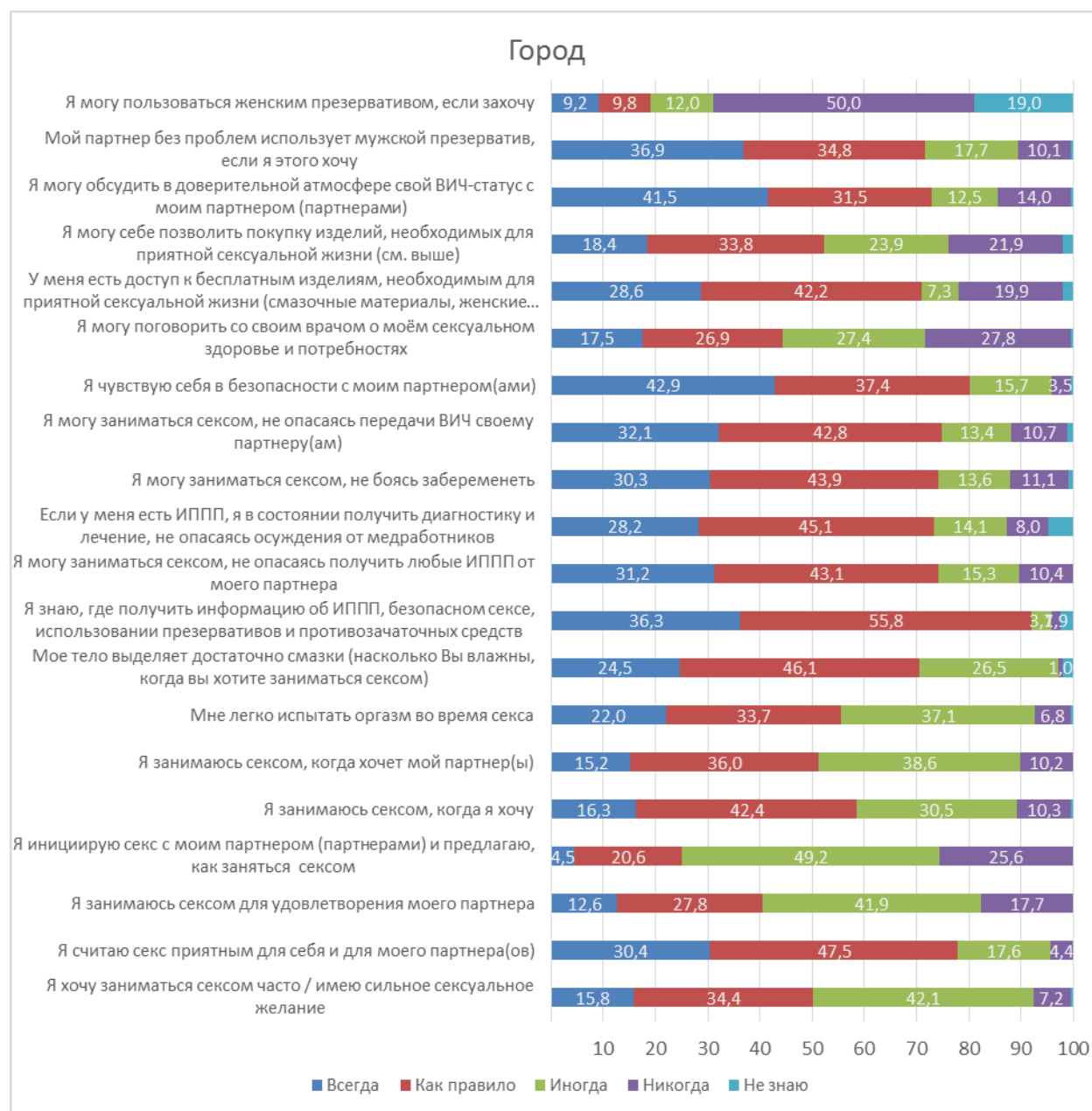


Желание заниматься сексом часто/сильное желание всегда или как правило выразили почти половина респонденток (47,7%), с большей пропорцией среди респонденток из городской

среды (50,2%), в сравнении с респондентками из сельской среды (40,0%). Если сравнить возрастные группы, самая большая пропорция (55,7%) отмечается в группе 25-34 лет, самая меньшая (10,0%) – в группе 55+ лет.

Секс считается приятным для себя и своего(-их) партнеров занятием среди $\frac{3}{4}$ выборки (76,6%), с самой большой долей (84,2%) в группе 18-24 лет. Меньшая доля (60,0%) по возрастным группам отмечается в группах 45-54 и 50+ лет. Приблизительно каждая 12-ая участница (8,6%) сообщила, что не хочет заниматься сексом часто/не имеет сильного сексуального желания, а 4,7% не считают секс приятным для себя и своего(-их) партнеров занятием.

Рис 17 Знания, отношение и практика в сексуальной жизни женщин с ВИЧ, городская среда, %



Занимаются сексом для удовлетворения своего партнера 43,9%, с 54,5% среди участниц из городской среды и 40,4% среди участниц из сельской среды, и делают это, когда хочет их партнер(-ы) больше половины респонденток (54,3%), с 51,3% - для участниц из городских и 63,2% - из сельских местностей. По возрастным группам самая большая доля (52,9%) участниц которые занимаются сексом для удовлетворения своего(-их) партнеров отмечается в группе 25-34 лет, самая большая доля (63,2%) которые делают это, когда хочет их партнер(-ы) отмечается в группе 18-24 лет. В возрастной группе 55+ 1/5 респонденток (22,2%) отметили занятие сексом для удовлетворения своего партнера(-ов) и 1/3 (33,3%) – когда хочет их партнер(-ы).

Рис 18. Знания, отношение и практика в сексуальной жизни женщин с ВИЧ, сельская среда, %



Меньше ¼ участниц (23,6%) иницируют секс со своим партнером(-ми) и предлагают, как заняться сексом и больше половины (53,1%) занимаются сексом, когда хотят. Каждая четвертая респондентка из городской среды (25,1%) иницирует и больше половины (58,6%) занимаются сексом, когда хотят, сравнительно с респондентками из сельской среды – 1/5 часть (19,1%) иницируют и 36,8% занимаются сексом, когда хотят. Самая большая доля женщин которые всегда или как правило иницируют (35,9%) и занимаются сексом, когда хотят (59,0%) отмечается в возрастной группе 25-34 лет.

Рис 19. Знания, отношение и практика в сексуальной жизни женщин с ВИЧ, возрастная группа 18-24 лет



Больше половины участниц (53,8%), среди городских 55,6% а среди сельских участниц – 48,6% сообщили что всегда или как правило легко испытывают оргазм. Больше всего участниц (63,5%) в группе 25-34 лет а меньше всего (20,0%) в группе 55+ лет сообщили о том, что легко испытывают оргазм.

Рис 20. Знания, отношение и практика в сексуальной жизни женщин с ВИЧ, возрастная группа 25-34 лет



Больше 4/5 (91,0%) знают, где получить информацию об ИППП, безопасном сексе, использовании презервативов и противозачаточных средств, среди участниц из сельской среды информированность ниже (88,0%), сравнительно с городскими участницами (92,1%).

Самая большая доля лиц (95,6%), которые знают, где могут информироваться об ИППП и об использовании контрацептивных средств отмечается в возрастной группе 35-44 лет, в то время, как 10,5% респонденток возрастной группы 18-25 лет сообщили о том, что не знают, где могут получить такую информацию.

Рис 21. Знания, отношение и практика в сексуальной жизни женщин с ВИЧ, возрастная группа 35-44 лет



Уверенность, что не получают любые ИППП от своего партнера во время занятий сексом выразили 72,5% участниц (74,3% - городские, 67,2% - сельские респондентки). По возрастным

группам 85,7% в группе 50+ и 63,2% в группе 18-24 лет не опасаются получить любые ИППП от партнера во время занятий сексом.

Восприятие доступности диагностики и лечения ИППП в случае заболевания ИППП, без опасения осуждения медработников, на уровне больше 2/3 выборки(69,3%) с наибольшей долей среди городских участниц (73,2%), в сравнении с сельскими (57,1%). Этот показатель достигает максимальную отметку (82,9%) в возрастной группе 45-54 лет, самое меньшее значение (63,2%) отмечается в группе 18-24 лет.

Рис 22. Знания, отношение и практика в сексуальной жизни женщин с ВИЧ, возрастная группа 45-54 лет



Могут заниматься сексом, не опасаясь забеременеть больше 2/3 участниц (70,5%), этот показатель выше среди городских (74,2%) , в сравнении с сельскими (58,7%) респондентками. По возрастным группам самая бо́льшая доля представлена в группе 45-54 лет (84,6%) а самая меньшая (42,1%) - в группе 18-24 лет, указали что могут заниматься сексом, не опасаясь забеременеть.

Рис 23. Знания, отношение и практика в сексуальной жизни женщин с ВИЧ, возрастная группа 55+ лет



Почти 2/3 (72,8%) участниц могут заниматься сексом не опасаясь передачи ВИЧ своему партнеру. Этот показатель среди участниц, у которых один или два партнера, не имеющих

ВИЧ чуть выше (77,3%), каждая десятая (10,1%) из этих участниц сообщила что не могут заниматься сексом не опасаясь передачи ВИЧ своему партнеру. Уверенность что не передадут ВИЧ своему партнеру среди городских выше (74,9%), в сравнении сельскими (66,1%) респондентками. В возрастных группах самый большой процент (83,3%) среди участниц 55+ лет и самый меньший (50,0%) среди участниц 18-24 лет указали, что могут заниматься сексом не опасаясь передать партнеру ВИЧ.

Меньше половины респонденток (45,2%) могут поговорить со своим врачом о своем сексуальном здоровье и потребностях, этот показатель чуть выше среди сельских участниц (47,9%), сравнительно с городскими участницами (44,3%). По возрастным группам этот показатель достигает максимальное значение (54,6%) в группе 55+ лет и самое меньшее значение (10,5%) в группе 18-24 лет.

Доступность изделий к бесплатным изделиям, необходимых для приятной сексуальной жизни на уровне 2/3 выборки (68,4%), почти каждая вторая участница сообщила, что может себе позволить покупку таких изделий. Участницы из городских местностей имеют большую доступность (70,9%) к бесплатным изделиям для приятной сексуальной жизни, сравнительно с участницами из сельских местностей (60,9%). Почти половина (52,2%) городских и третья часть сельских (33,3%) участниц могут себе позволить покупку таких изделий.

Больше 2/3 участниц (70,6%) сообщили, что их партнер без проблем использует мужской презерватив и 1/5 участниц (19,8%) могут использовать женский презерватив, , если они этого захотят, 2/3 (69,9%) сообщили, что не знают как или никогда не воспользовались женским презерватив (69,0% - из городских и 72,9% из сельских участниц).

Могут поговорить в доверительной атмосфере о своем ВИЧ-статусе со своим партнером $\frac{3}{4}$ участниц (74,0%), для городских участниц этот показатель чуть ниже (73,0%), в сравнении с сельскими (76,8%), а 15,2% участниц никогда не обсуждали свой ВИЧ-статус со своим партнером(-ми).

Желание родить, беременность и роды

Беременность и способность забеременеть

Больше половины респонденток имеют опыт беременности или желание забеременеть как ВИЧ+ женщины. Среди городских участниц этот показатель выше (59,5%), в сравнении с сельскими (53,8%). Почти $\frac{3}{4}$ (72,7%) участниц 25-34 лет, 57,9% участниц 18-24 лет, 52,6% участниц 35-44 лет и меньше половины (47,5%) 45-54 лет и 20,0% 50+ лет имеют опыт беременности или желание забеременеть.

Получили поддержку партнера (86,2%), семьи (68,4%) и медработника (51,1%) в выборе иметь или не иметь детей, сельские участницы в большей мере (90,7%) ощутили поддержку партнера, в сравнении с городскими (84,7%), и в меньшей мере (67,4%) и (41,9%), сравнительно с городскими (68,7%) и (54,2%) получили поддержку соответственно от семьи и медработника.

Рис 24. Опыт беременности и желание забеременеть как ВИЧ+ женщины

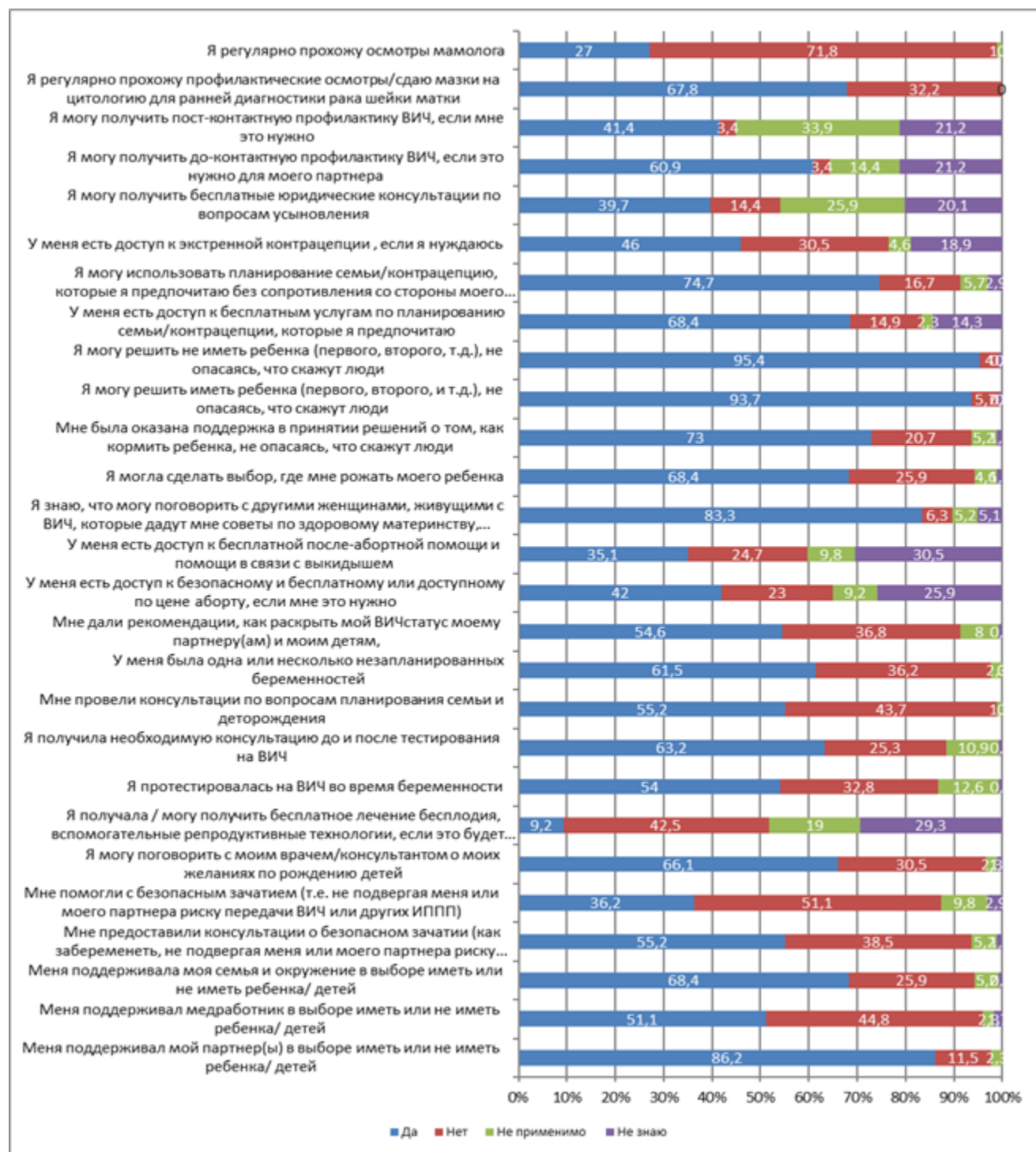


Рис 25. Опыт беременности и желание забеременеть как ВИЧ+ женщины, городская среда



Сравнительный анализ по этим показателям можно сделать только по 3-м возрастным группам: 18-24 лет, 25-34 лет, 35-44 лет; остальные группы: 45-54 лет и 55+ из-за относительно малого количества респонденток, ответивших на эти вопросы. Самая большая доля участниц

получивших поддержку партнера (91,2%), семьи (71,2%) и медработников (58,8%) отмечается в группе 25-34 лет.

Рис 26. Опыт беременности и желание забеременеть как ВИЧ+ женщины, сельская среда



Рис 27. Опыт беременности и желание забеременеть как ВИЧ+ женщины, Правый берег

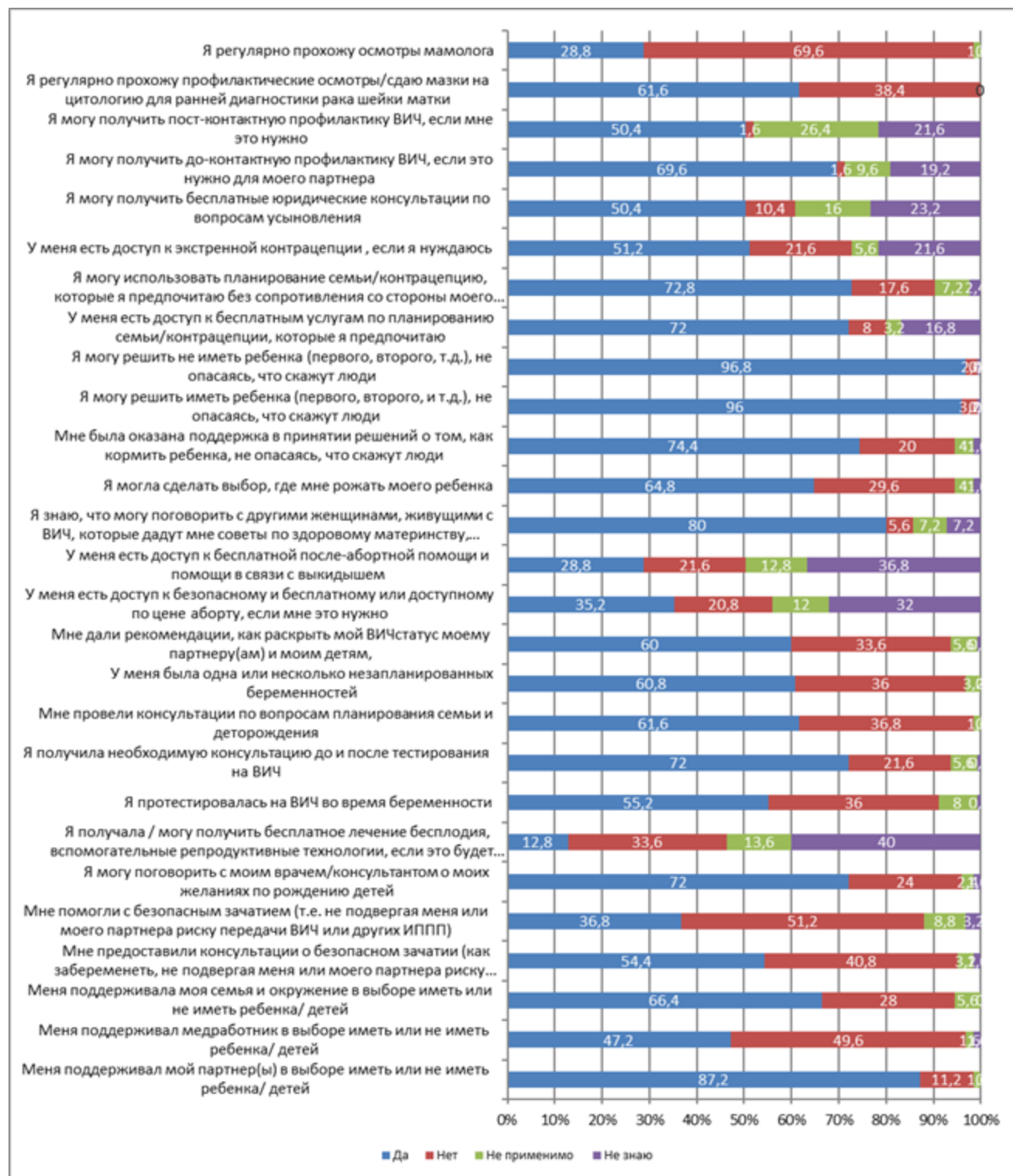
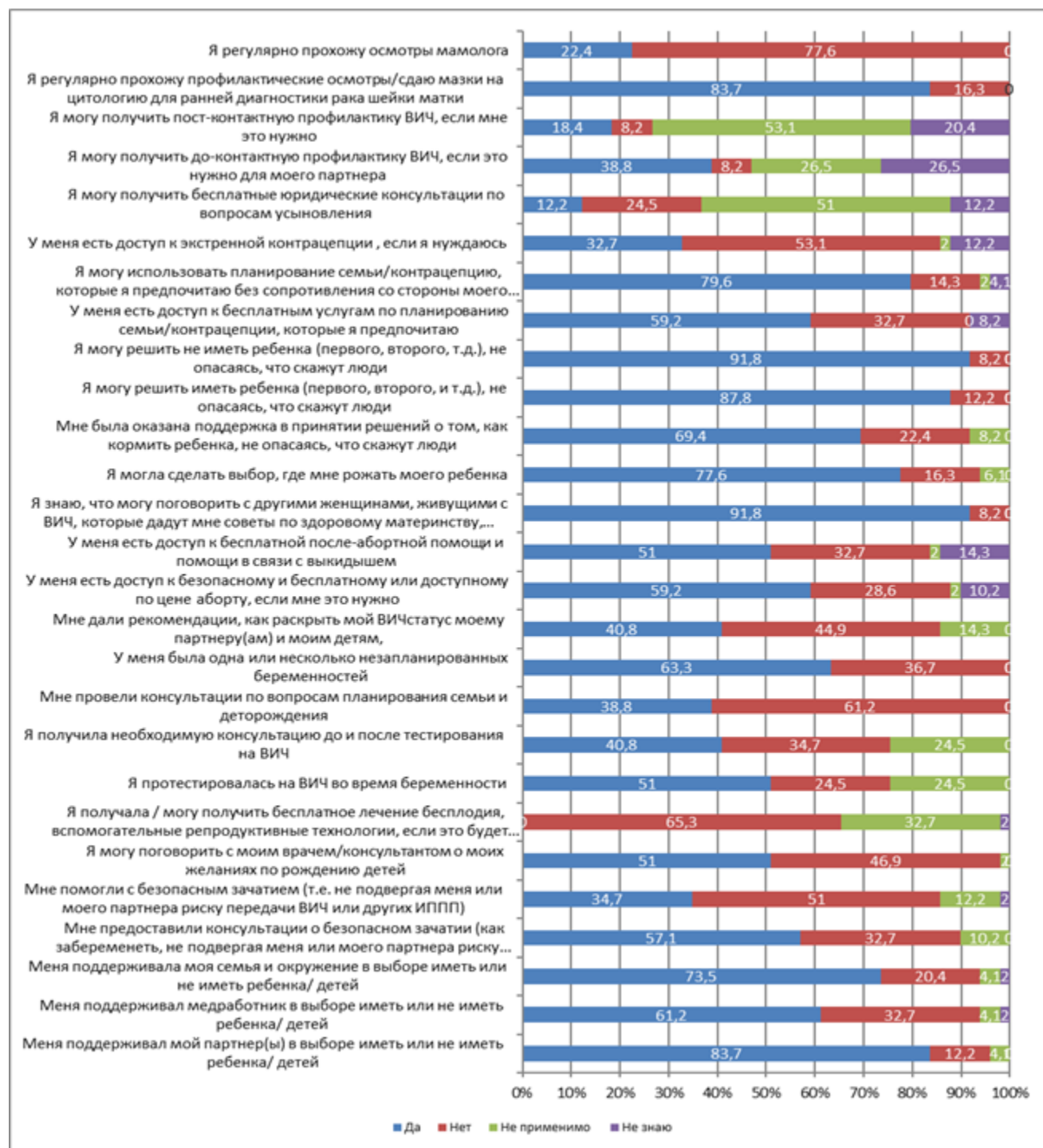


Рис 28. Опыт беременности и желание забеременеть как ВИЧ+ женщины, Левый берег



Консультации о безопасном зачатии(как забеременеть, не подвергая себя или партнера риску передачи ВИЧ или других ИППП) получили больше половины респонденток (55,2%) без особых различий между городскими (55,0%) и сельскими респондентками (55,8%). Меньше 2/3 (61,2%) возрастной группы 25-34 лет были консультированы по этому вопросу, наименьшая доля отмечается в группе 18-24 лет (45,5%).

Рис 29. Опыт беременности и желание забеременеть как ВИЧ+ женщины, возрастная группа 18-24 лет



Помощь же в безопасном зачатии получили только 36,2% участниц, с 1/3 (33,6%) среди городских и 44,2% среди сельских участниц. Также около 1/3 (36,4%) в группе 18-24 лет и 34,4% в группе 35-44 лет получили помощь в безопасном зачатии.

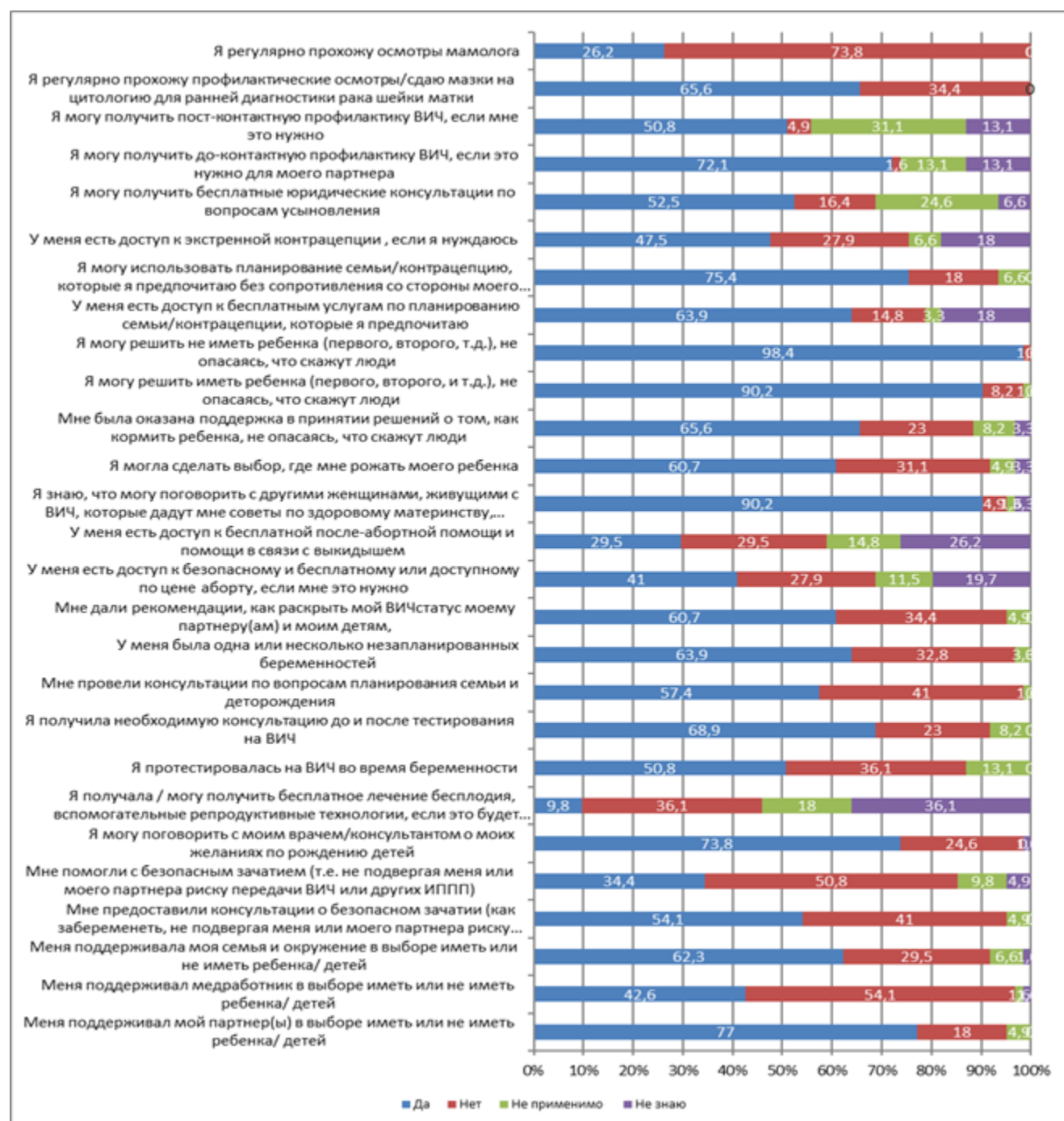
Две трети участниц (66,1%), с 37,9% среди городских и 60,5% среди сельских респонденток могут поговорить с врачом/консультантом о своих желаниях по рождению детей.

Рис 30. Опыт беременности и желание забеременеть как ВИЧ+ женщины, возрастная группа 25-34 лет



Почти каждая 11-ая респондентка (9,2%) получила или может получить бесплатное лечение бесплодия, вспомогательные репродуктивные технологии, если это будет необходимо. Особых различий между городскими (9,2%) и сельскими (9,3%) участницами не отметились.

Рис 31. Опыт беременности и желание забеременеть как ВИЧ+ женщины, возрастная группа 35-44 лет



Больше всего участниц (11,2%) получили или могут получить такого рода услуги в возрастной группе 25-34 лет. Почти 1/3 участниц (29,3%) сообщили, что не знают если получили или могут получить такие услуги (29,8% среди городских и 27,9% среди сельских респонденток). По возрастным группам больше 1/3 респонденток 18-24 лет (36,4%) и 35-44 лет (36,1%) тоже не знают если получили или могут получить такие услуги бесплатно.

Больше половины участниц (55,2%) получили консультации по вопросам планирования семьи и деторождения и 61,5% имели одну или несколько незапланированных беременностей. Сельские респондентки чаще получили такие консультации (69,8%), в сравнении с городскими (50,4%), также респондентки возрастной группы 25-34 лет чаще остальных (60,0%) были проконсультированы насчет планирования семьи и деторождения. Городские респондентки отметили одну или несколько незапланированных беременностей чаще (64,9%) чем сельские респондентки (51,2%). Самый больший процент респонденток (63,9%), отметивших незапланированные беременности в возрастной группе 35-44 лет, самый меньший (36,4%) – в группе 18-24 лет.

Больше половины (54,0%) протестировались на ВИЧ во время беременности, 63,2% получили необходимую консультацию до и после тестирования и 54,6% получили рекомендации, как раскрыть свой ВИЧ статус партнеру(-ам) или детям. Тестирование на ВИЧ во время беременности больше (58,1%) среди сельских участниц, в сравнении с городскими (52,7%) и достигла самую высокую отметку (81,8%) в группе 18-24 лет. Рекомендации, как раскрыть свой ВИЧ-статус партнеру(-ам) или детям получили 60,5% сельских, и 52,7% городских участниц. Самая большая доля (60,7%) получивших такие рекомендации отмечается в группе 35-44 лет.

Решение о том иметь (93,7%) или не иметь (95,4%) одного или более ребенка, не опасаясь о том, что скажут люди, могут принимать респондентки, с небольшим перевесом среди сельских (95,3%) решение иметь и (100%) не иметь, сравнительно с городскими респондентками (93,1%) решение иметь и (93,9%) не иметь. Самая большая доля в группе 25-34 лет выражает возможность решить иметь, и группа 35-44 лет решить не иметь одного или более ребенка, не опасаясь о том, что скажут люди.

Почти 2/3 участниц (68,4%) имеют доступ к бесплатным услугам по планированию семьи/контрацепции, которые они предпочитают и 3/4 (74,7%) могут использовать те услуги планирования семьи/контрацепции, которые они предпочитают, без сопротивления со стороны своего партнера(-ов). Показатель доступности таких услуг больше среди сельских (76,7%), в сравнении с городскими (65,6%) респондентками, а возможность использования именно тех услуг, которые они предпочитают, без сопротивления своего партнера (-ов) выше среди городских (77,9%) , в сравнении с сельскими (65,1%) респондентками. Также, участницы 18-24 лет в большей мере (72,7%) отметили доступность таких услуг, а участницы 25-34 лет в большей мере отметили возможность использования именно тех услуг, которые они предпочитают, без сопротивления партнера(-ов).

Больше 4/5 (83,3%) знают, что могут поговорить с другими женщинами, живущими с ВИЧ, которые дадут советы по здоровому материнству, этот процент больше среди городских

(87,0%), в сравнении с сельскими (72,1%) респондентками, также он достигает наибольшую отметку (90,2%) среди участниц 35-44 лет. Две трети (68,4%) смогли выбрать, где им рожать своего ребенка (64,1% среди городских и 81,4% для сельских респонденток), наибольший процент отмечается среди участниц 25-34 лет. Почти $\frac{3}{4}$ (73,0%) сообщили, что им была оказана поддержка в принятии решений о том, как кормить ребенка, не опасаясь, что скажут люди. Большую поддержку (83,7%) в таком случае получили сельские респондентки и участницы 25-34 лет (90,0%).

Меньше половины респонденток (46,0%) с наибольшей долей (49,6%) для городских и 34,9% для сельских, имеют доступ к экстренной контрацепции, если нуждаются. Самый большой процент по этому показателю (47,5%) отмечается в группе 35-44 лет. Доступ к безопасному, бесплатному или доступному аборту, если им это нужно, имеют меньше половины респонденток (42,0%) с 45,0% для городских и 32,6% для сельских респонденток. По возрастным группам этот показатель достиг наибольшую отметку (50,0%) в группе 25-34 лет. Доступ к бесплатной после-абортной помощи и помощи в связи с выкидышем отметили около $\frac{1}{3}$ (35,1%). Эта услуга более доступна для респонденток городской среды (38,2%) в сравнении с сельскими (25,6%). Так же более доступна такая услуга для респонденток 25-34 лет (43,8%). Надо отметить, что почти $\frac{1}{5}$ (18,9%) не знают если имеют доступ к экстренной контрацепции, если бы они нуждались, почти $\frac{1}{3}$ (32,6%) сельских в сравнении с 14,5% городских респонденток, и 45,5% участниц 18-24 лет не знают если имеют доступ к экстренной контрацепции, если бы они в этом нуждались. Одна четверть (25,9%), без особых различий между городскими (26,0%) и сельскими (25,6%) респондентками, не информированны насчет доступа к безопасному, бесплатному или доступному аборту, если им это нужно, и 30,5% не информированы о доступе к после-абортной помощи, и помощи в связи с выкидышем (с 31,3% среди городских и 27,9% среди сельских респонденток).

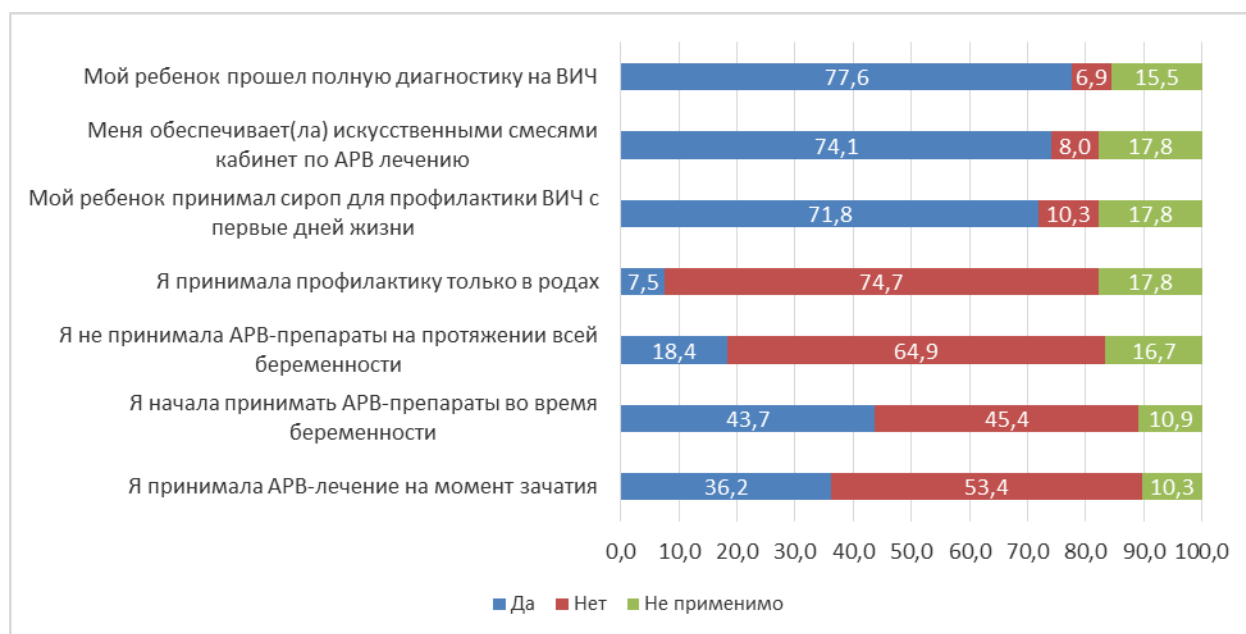
Больше половины (60,9%) могут получить до-контактную профилактику ВИЧ, если это нужно для их партнера, доступность до-контактной профилактики больше среди городских респонденток (64,1%), сравнительно с сельскими (51,2%), также она выше в группе 35-44 лет (72,1%). В то же время $\frac{1}{5}$ (21,2%) не знают, если они могут получить до-контактную профилактику ВИЧ, если это нужно для их партнера, сельские участницы в два раза больше (34,9%) не знают об этом в сравнении с городскими (16,8%), также группа 18-24 лет самая не информированная на этот счет (27,3%). Меньше половины (41,4%) (с 38,9% для городских и 48,8% для сельских респонденток) могут получить пост-контактную профилактику ВИЧ, если им это нужно. Самый большой процент доступности (50,8%) пост-контактной профилактики отмечается среди респонденток 35-44 лет. Одна пятая (21,9%) не знают если могут получить такую профилактику, процент сельских (32,6%) почти в два раза больше процента городских респонденток (17,6%), которые не информированны по этому вопросу, так же доля неинформированных на этот счет в группе 18-24 лет самая большая (36,4%).

Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку

Больше трети (36,2%) респонденток, имевших опыт беременности или желание забеременеть, как ВИЧ-женщины, принимали АРВ-лечение на момент зачатия, среди городских участниц этот процент больше (37,4%) в сравнении с сельскими (32,6%) респондентками. По возрастным

группам, самая большая доля, принимавших АРВ-лечение на момент зачатия отмечается в группе 35-44 лет (49,2%), самая меньшая (9,1%) – в группе 18-24 лет. Респонденки с высшим образованием (оконченным или неоконченным) в большей мере (40,0%) принимали АРВ-лечение на момент зачатия.

Рис 32. Знания, отношения и практика для профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку, total, %



Во время беременности начали принимать АРВ-препараты 43,7%, без особых различий между городскими и сельскими участницами. По возрастным группам наибольший процент по этому показателю отмечается среди участниц 25-34 лет (57,5%), у участниц с средним (оконченным/неоконченным) и высшим (оконченным/неоконченным) образованием почти одинаковые пропорции 46,7% и соответственно 45,0% начали принимать АРВ-препараты во время беременности.

Почти каждая пятая респондентка (18,4%) не принимала АРВ-препараты на протяжении всей беременности. Респонденки из городской среды чаще (21,4%) не принимали АРВ-лечение в сравнении с теми из сельской среды (9,3%). Участницы 35-44 лет (27,9%) и участницы со средним специальным образованием (31,3%) чаще не принимали АРВ-лечение на протяжении всей беременности.

Рис 33. Знания, отношения и практика для профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку, %, городская местность



Рис 34. Знания, отношения и практика для профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку, %, сельская местность

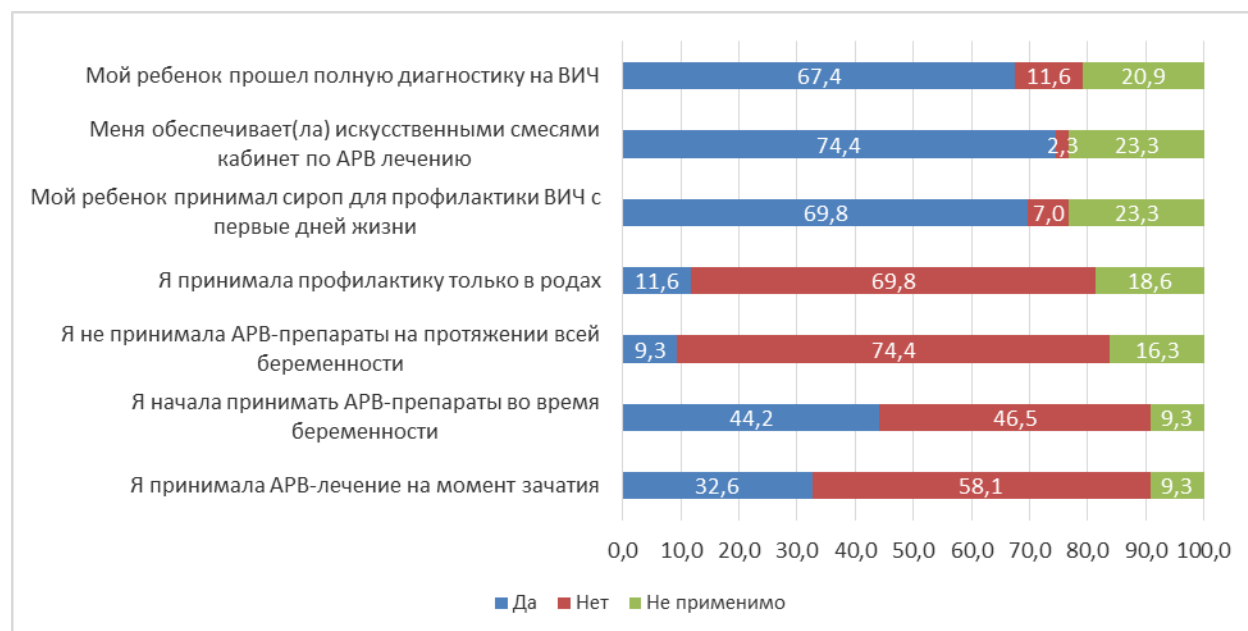


Рис 35. Знания, отношения и практика для профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку, %, 18-24 лет

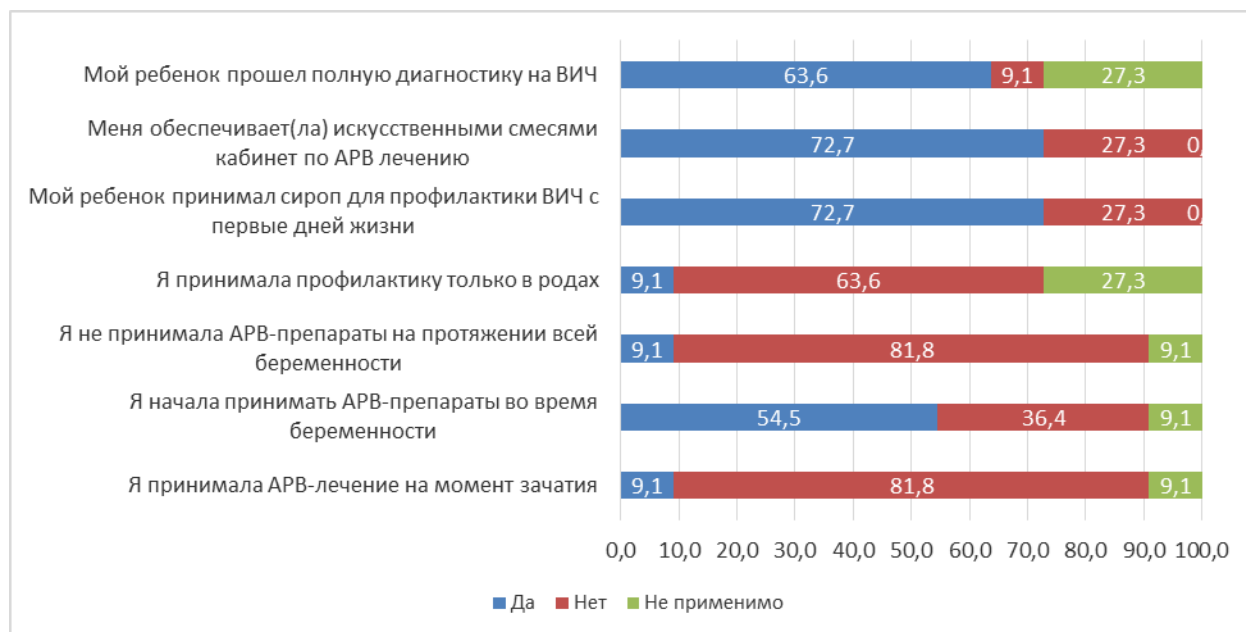
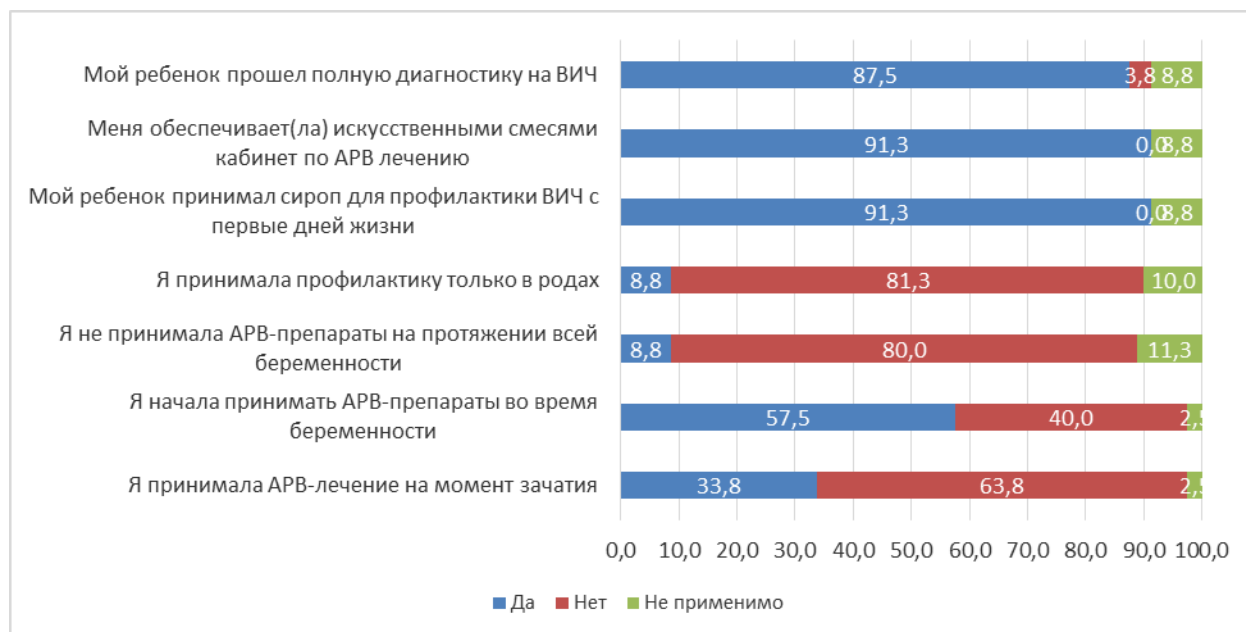


Рис 36. Знания, отношения и практика для профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку, %, 25-34 лет



Принимали профилактику только в родах 7,5% участниц, имевших опыт беременности или желание забеременеть, как ВИЧ-женщины, среди участниц сельских местностей этот процент больше (11,6%), в сравнении с городскими (6,1%) участницами. Каждая 11-ая участница

(9,0%) со средним образованием (полным/неполным) отметила, что принимала профилактику только в родах, в сравнении с участницами с высшим (оконченным/неоконченным) образованием (0,0%).

Почти $\frac{3}{4}$ участниц (71,8%) с опытом беременности или желанием забеременеть, как ВИЧ-женщины, сообщили, что их ребенок принимал сироп для профилактики ВИЧ с первых дней жизни. Этот показатель выше среди городских (72,5%) в сравнении с сельскими участницами (69,8%), участниц группы 25-34 лет (91,3%) и участниц со средним (полным/неполным) образованием (79,5%).

О полной диагностике ВИЧ для ребенка сообщили 77,6% респонденток, с 80,9% среди городских и 67,4% среди сельских участниц. По возрастным группам самая большая доля (87,5%) отмечается в группе 25-34 лет, и 80,0% участниц с высшим (оконченным/неоконченным) образованием сообщил, что их ребенок прошел полную диагностику на ВИЧ.

Обеспечение искусственными смесями кабинетами по АРВ-лечению на уровне почти $\frac{3}{4}$ (74,1%), без особых различий между городскими и сельскими респондентками, наибольший процент обеспечения смесями достигается в группе 25-34 лет, и среди участниц со средним специальным образованием.

Рис 37. Знания, отношения и практика для профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку, %, 35-44 лет

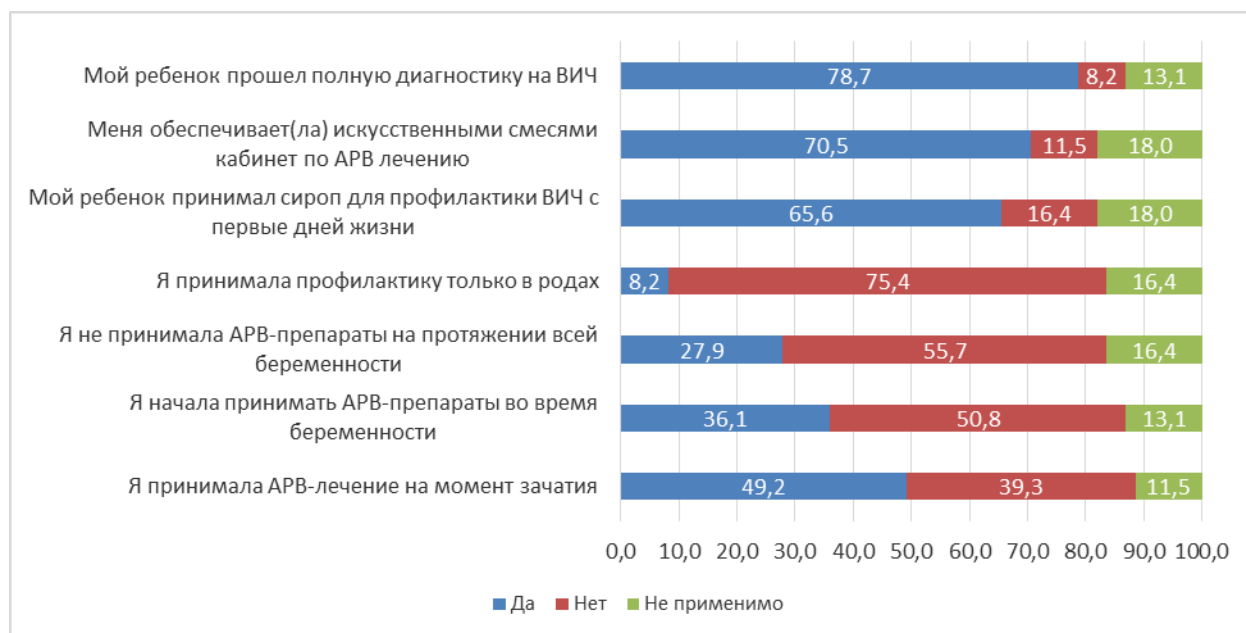


Рис 38. Знания, отношения и практика для профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку, %, среднее образование

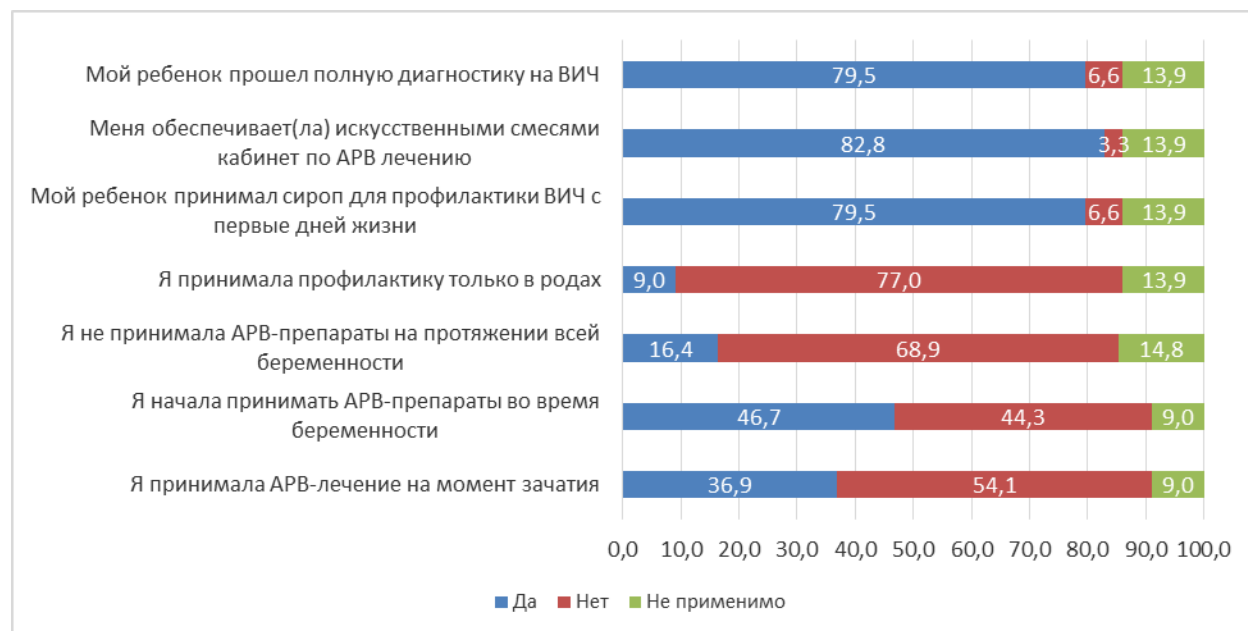


Рис 39. Знания, отношения и практика для профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку, %, среднее специальное образование

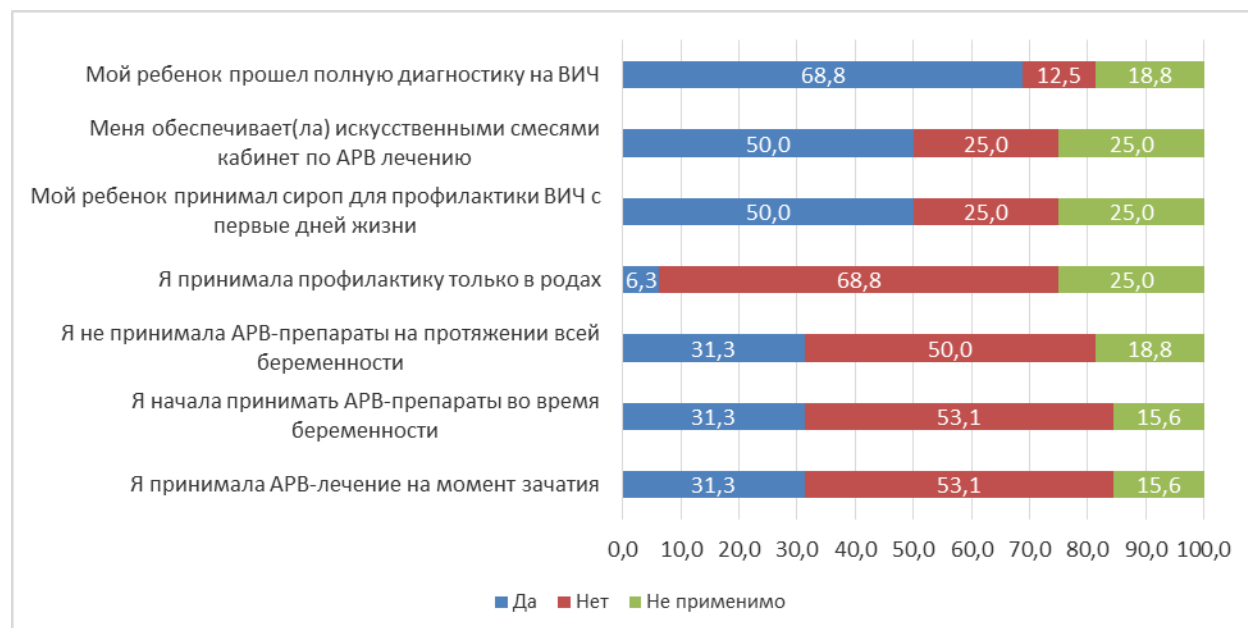
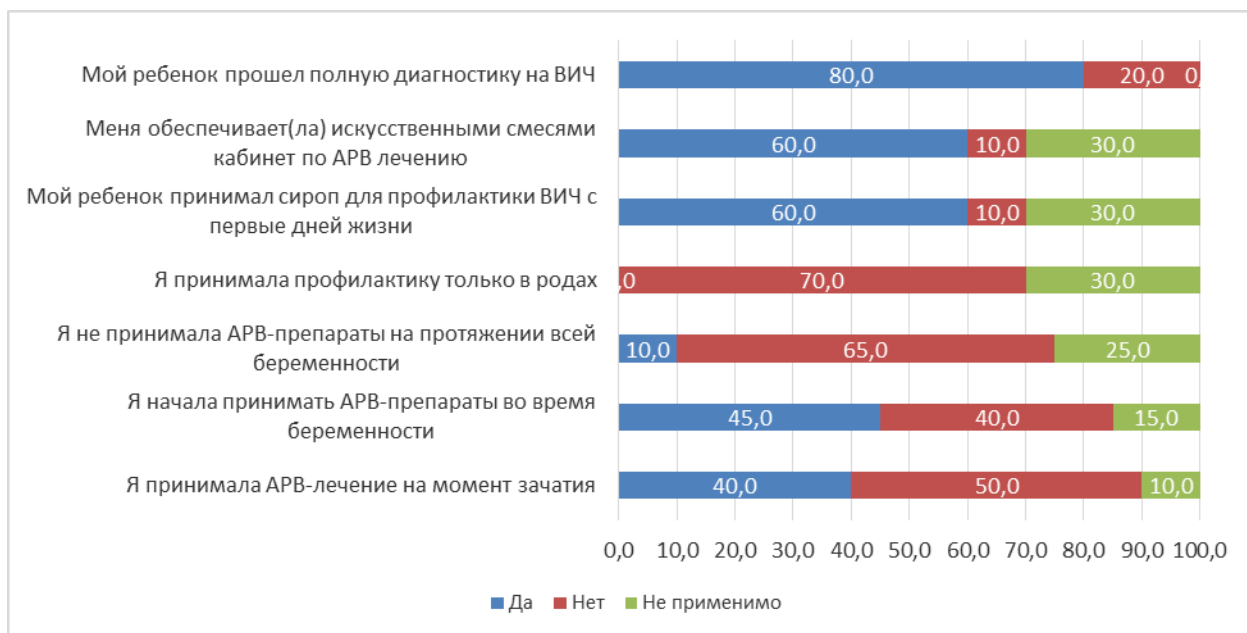


Рис 40. Знания, отношения и практика для профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку, %, высшее образование



Насилие, воспринимаемое ВИЧ-позитивными женщинами

Почти ¼ участниц (24,0%) сообщили о том, что они пережили страх любых форм насилия, городские участницы чаще (24,5%) сталкивались с этим явлением, в сравнении с сельскими (22,5%). По возрастным группам, с этим явлением чаще всего сталкивались участницы 45-54 лет.

Рис 41. Насилие, воспринимаемое ВИЧ-позитивными женщинами, всего, %.

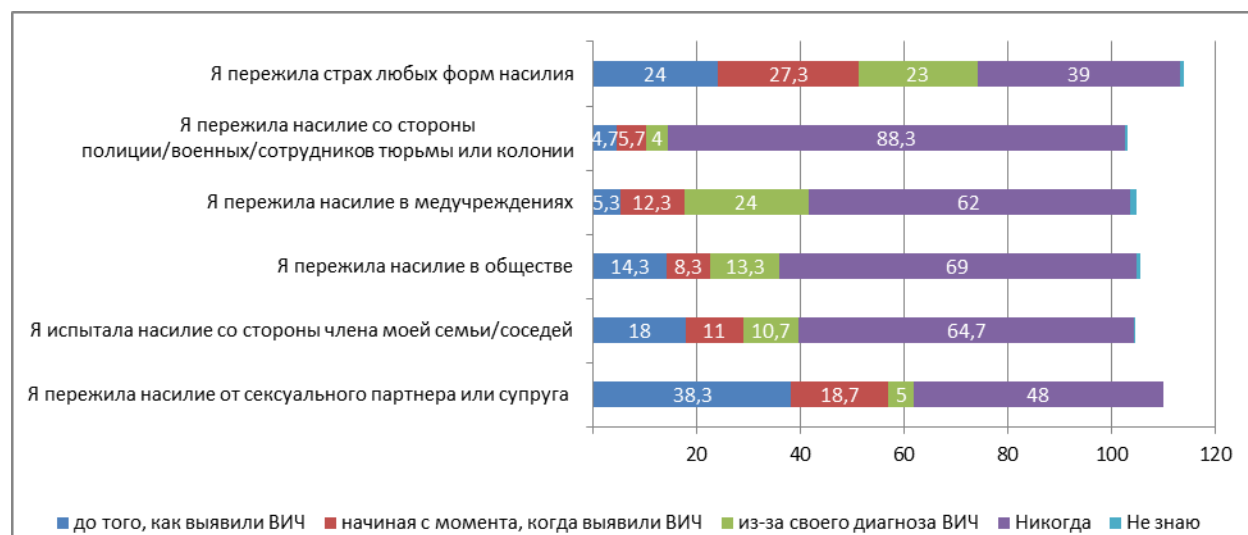


Рис 42. Насилие, воспринимаемое ВИЧ-положительными женщинами, %, городская местность

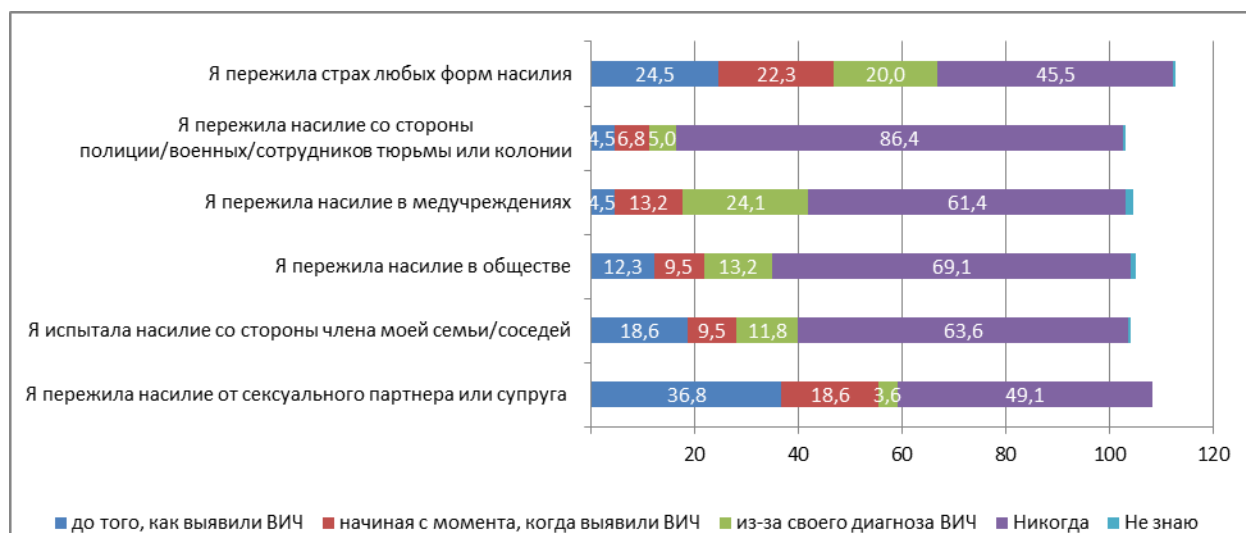
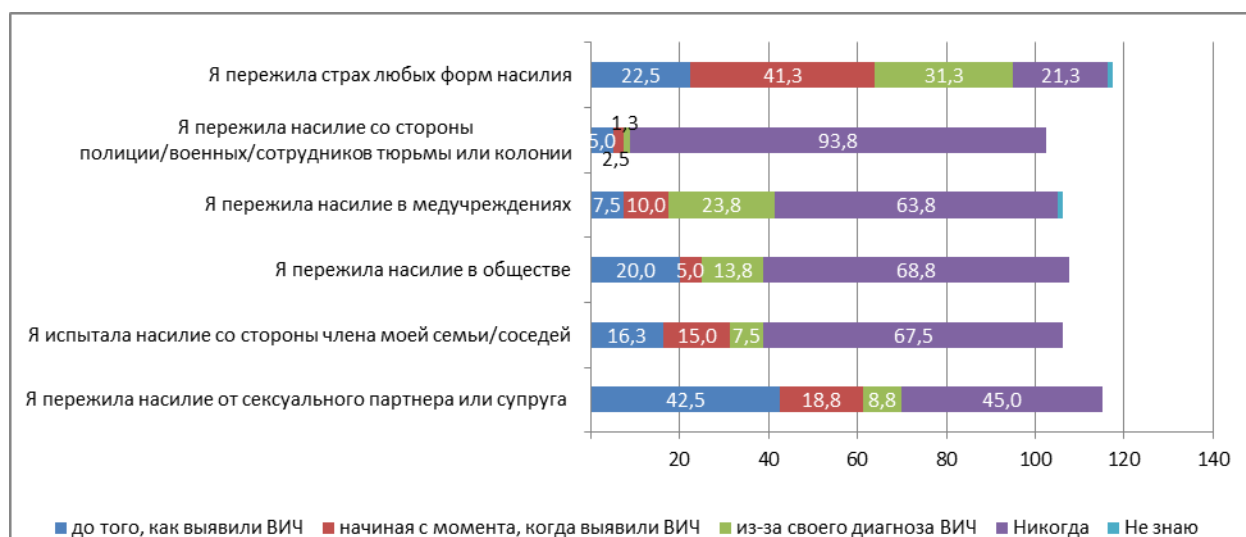


Рис 43. Насилие, воспринимаемое ВИЧ-положительными женщинами, %, сельская местность



Страх любых форм насилия из-за своего диагноза ВИЧ, пережили почти ¼ (23,0%), от своих сексуальных партнеров или супругов(5,0%), со стороны члена семьи или соседей (10,7%), в обществе (13,3%), в медицинских учреждениях (24,0%), со стороны полиции/военных/сотрудников тюрьмы или колонии(4,0%). Страх любых форм насилия из-за своего диагноза ВИЧ испытали чаще участницы из сельской местности (31,3%) и участницы 55+ лет, из-за своего диагноза ВИЧ, насилие со стороны мужа или сексуального партнера испытали чаще участницы из сельской среды (8,8%) и возрастная группа 35-44 лет, со стороны семьи/соседей – чаще участницы из городской среды (11,8%) и возрастная группа 35-44 лет, насилие в обществе и в медучреждениях испытывают одинаково как участницы из сельской так и из городской местности, чаще в обществе сталкивались с насилием из-за диагноза ВИЧ участницы 55+ лет, в медучреждениях = участницы 18-24 лет.

Рис 44. Насилие, воспринимаемое ВИЧ-позитивными женщинами, %, 18-24 лет

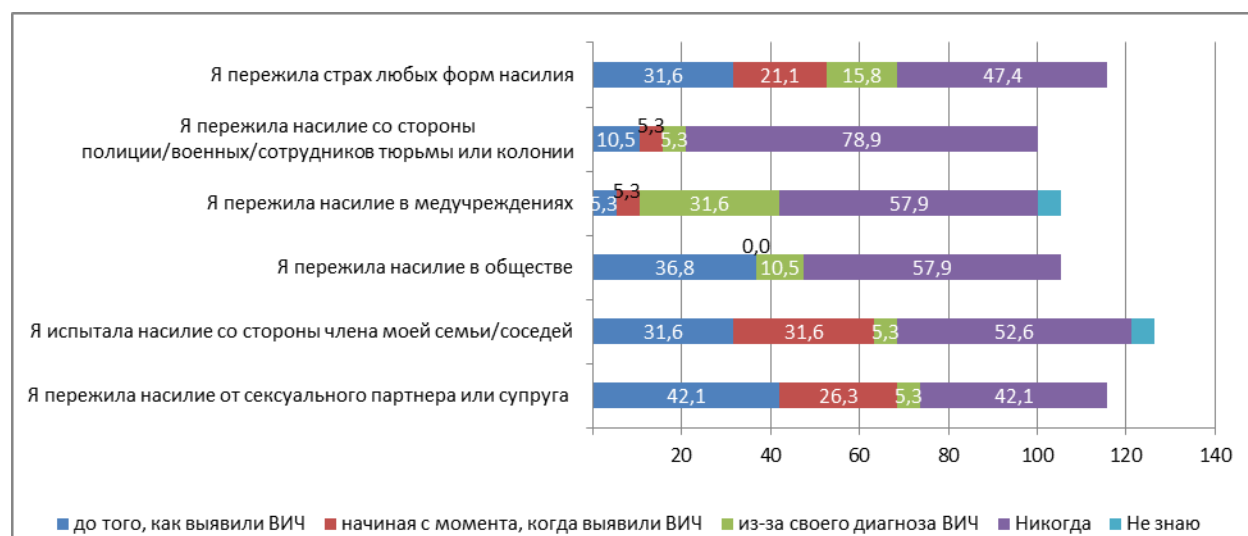


Рис 45. Насилие, воспринимаемое ВИЧ-позитивными женщинами, %, 25-34 лет

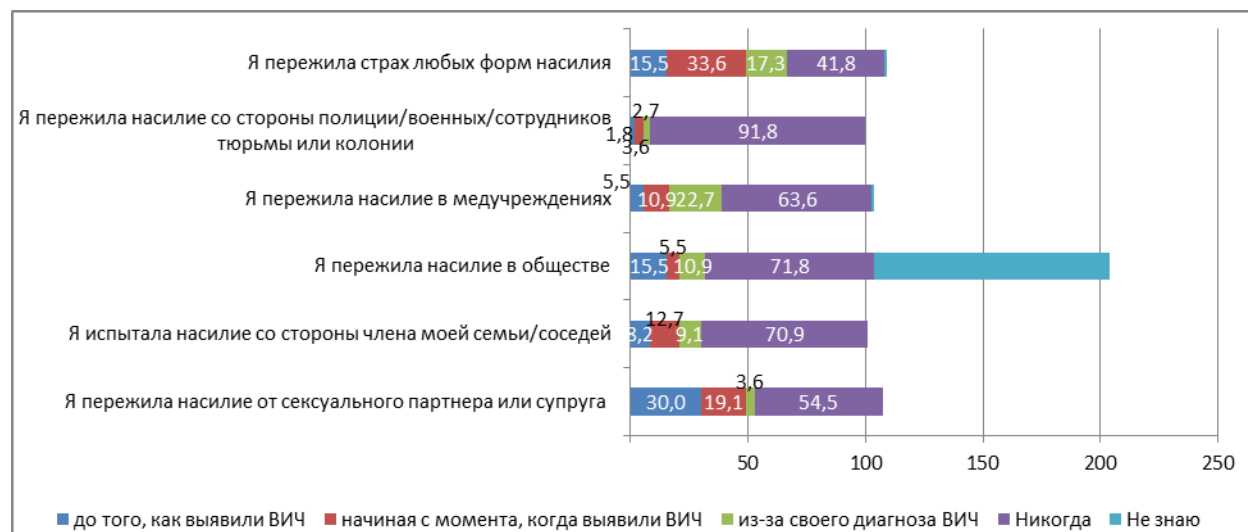


Рис 46. Насилие, воспринимаемое ВИЧ-положительными женщинами, %, 35-44 лет

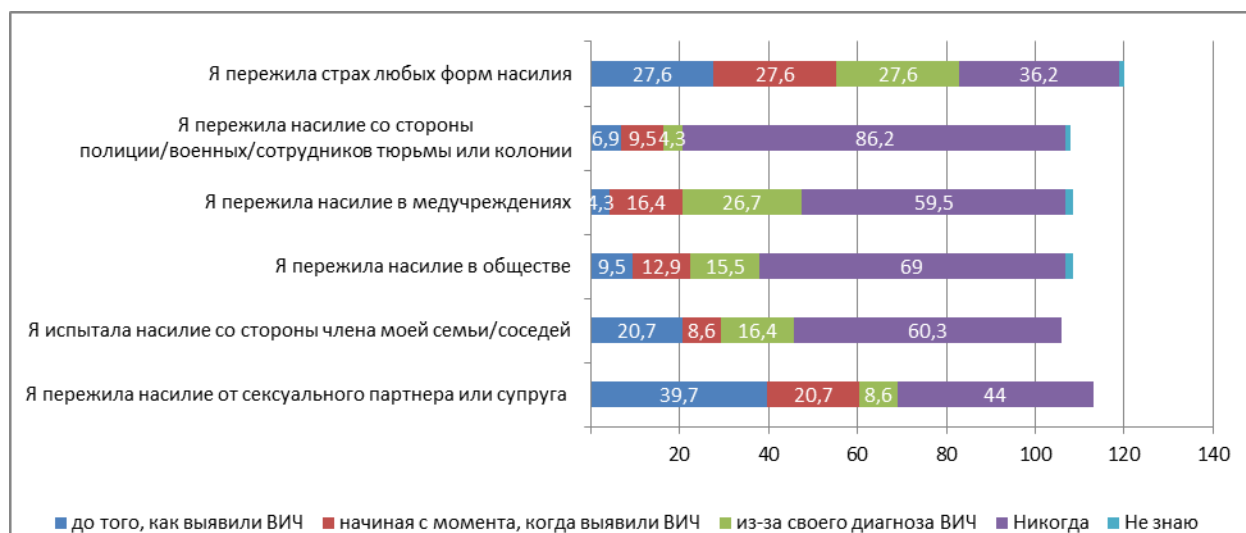


Рис 47. Насилие, воспринимаемое ВИЧ-положительными женщинами, %, 45-54 лет

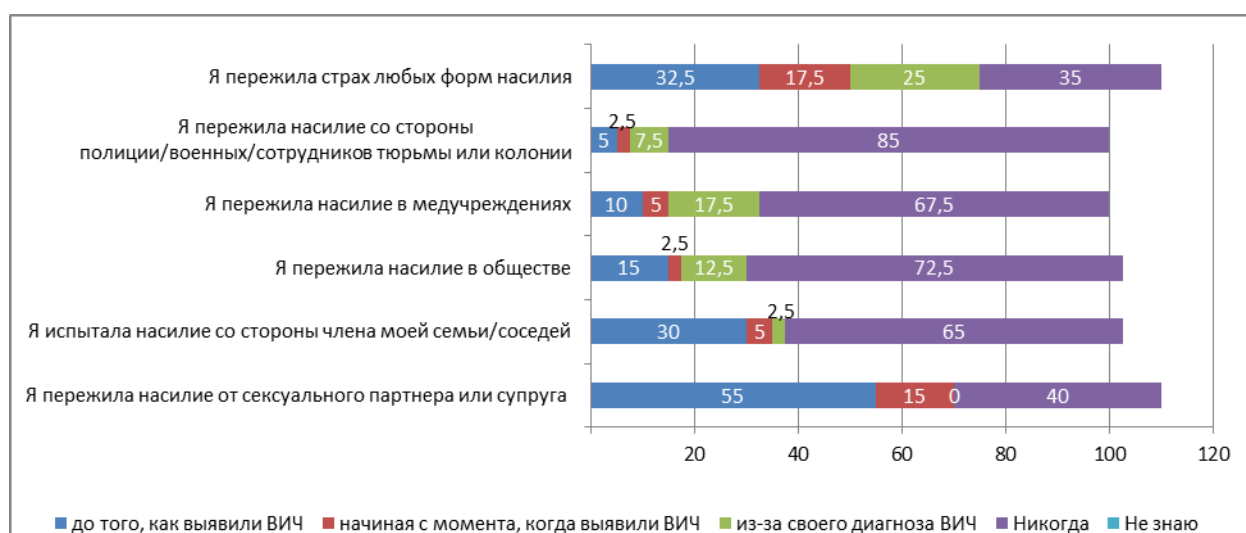
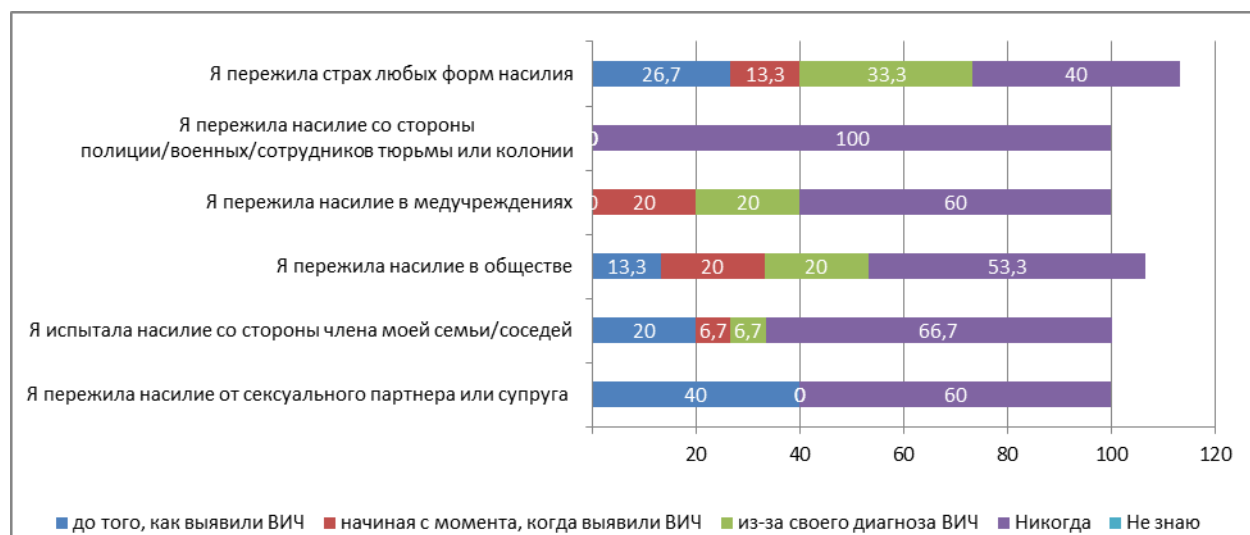


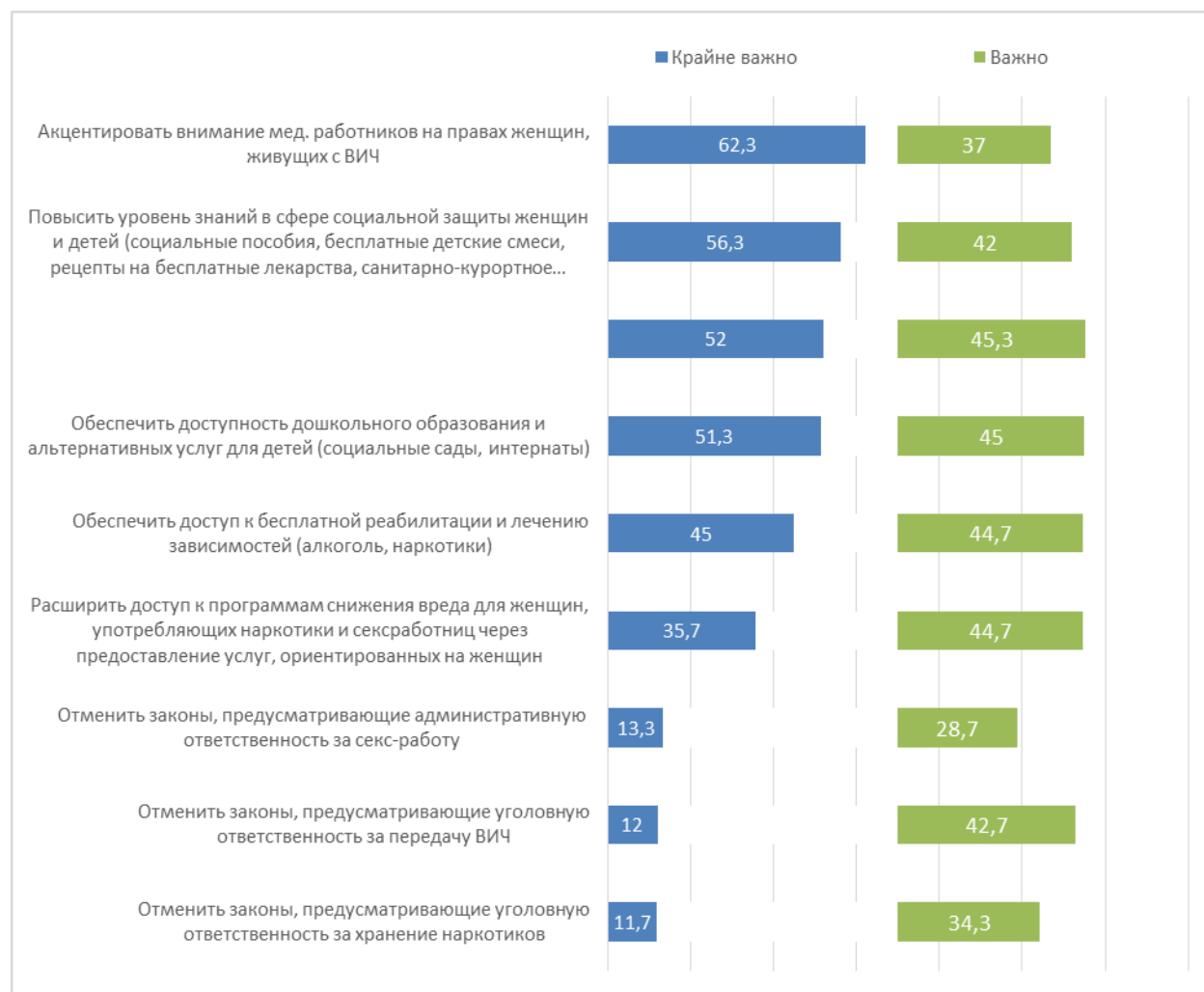
Рис 48. Насилие, воспринимаемое ВИЧ-позитивными женщинами, %, 55+ лет



Мнения о наиболее важных действиях по предотвращению насилия

Большинство участниц (99,3%) считают необходимым для предотвращения этих форм насилия акцентировать внимание мед. работников на правах женщин, живущих с ВИЧ (наиболее важным (62,3%) и важным (37,0%)), а также 98,3% участниц считают необходимым повысить уровень знаний в сфере социальной защиты женщин и детей (социальные пособия, бесплатные детские смеси, рецепты на бесплатные лекарства, санитарно-курортное оздоровление, особенно детям инвалидам) (наиболее важным – 56,3%, важным – 42,0%).

Рис 49. Наиболее важные действия по предотвращению насилия, %



Абсолютное большинство (100%) возрастной группы 18-24 лет считают крайне важным (68,8%) и важным (31,6%) акцентировать внимание мед. работников на правах женщин, живущих с ВИЧ, для предотвращения насилия. Повышение уровня знаний в сфере социальной защиты женщин и детей (социальные пособия, бесплатные детские смеси, рецепты на бесплатные лекарства, санитарно-курортное оздоровление, особенно детям инвалидам) считается крайне важным (62,5%) и важным (37,5%) среди участниц 45-54 лет.

Рис 50. Наиболее важные действия по предотвращению насилия, Городская местность, %

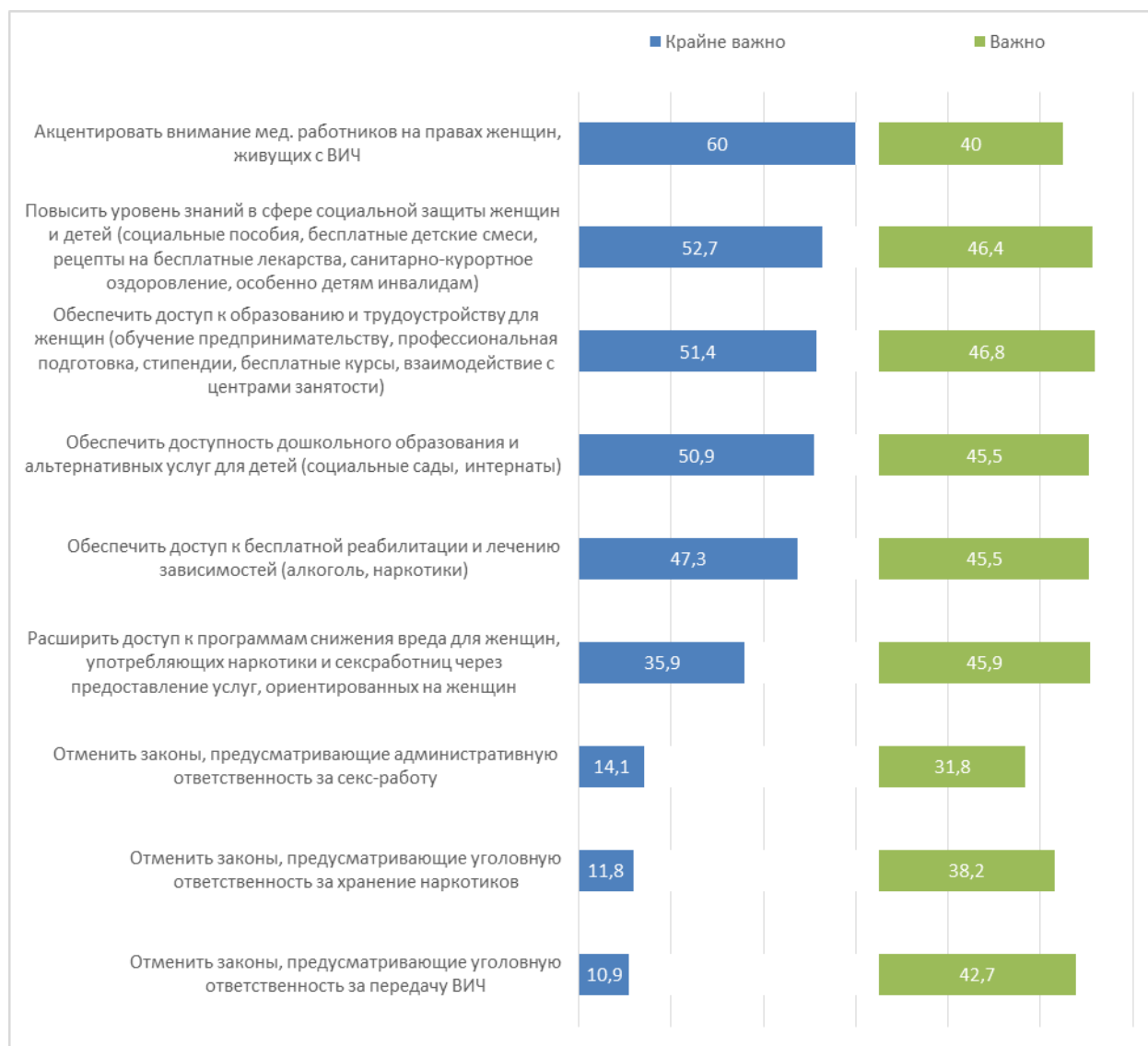


Рис 51. Наиболее важные действия по предотвращению насилия, Сельская местность, %

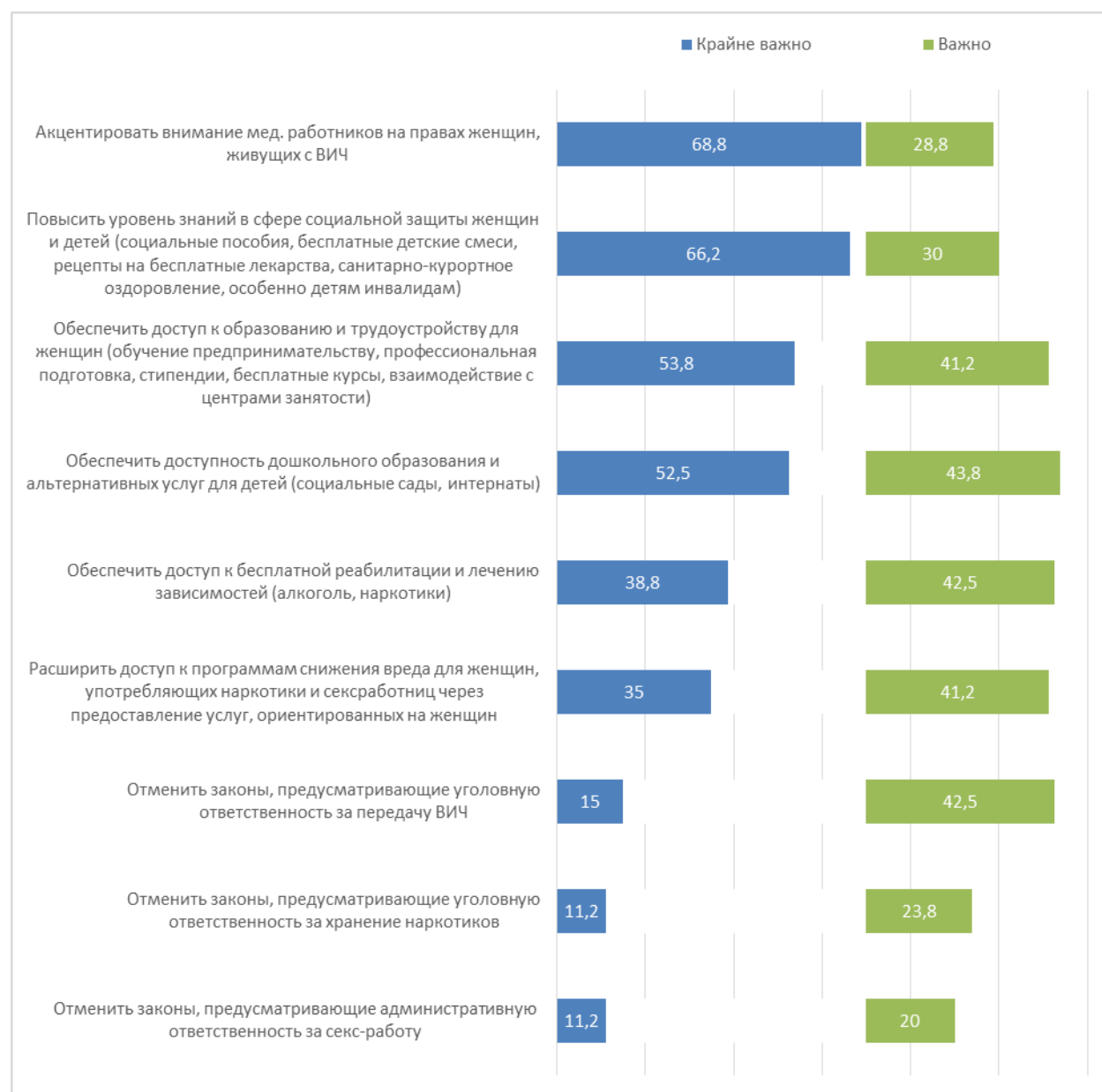


Рис 52. Наиболее важные действия по предотвращению насилия, 18-24 лет, %

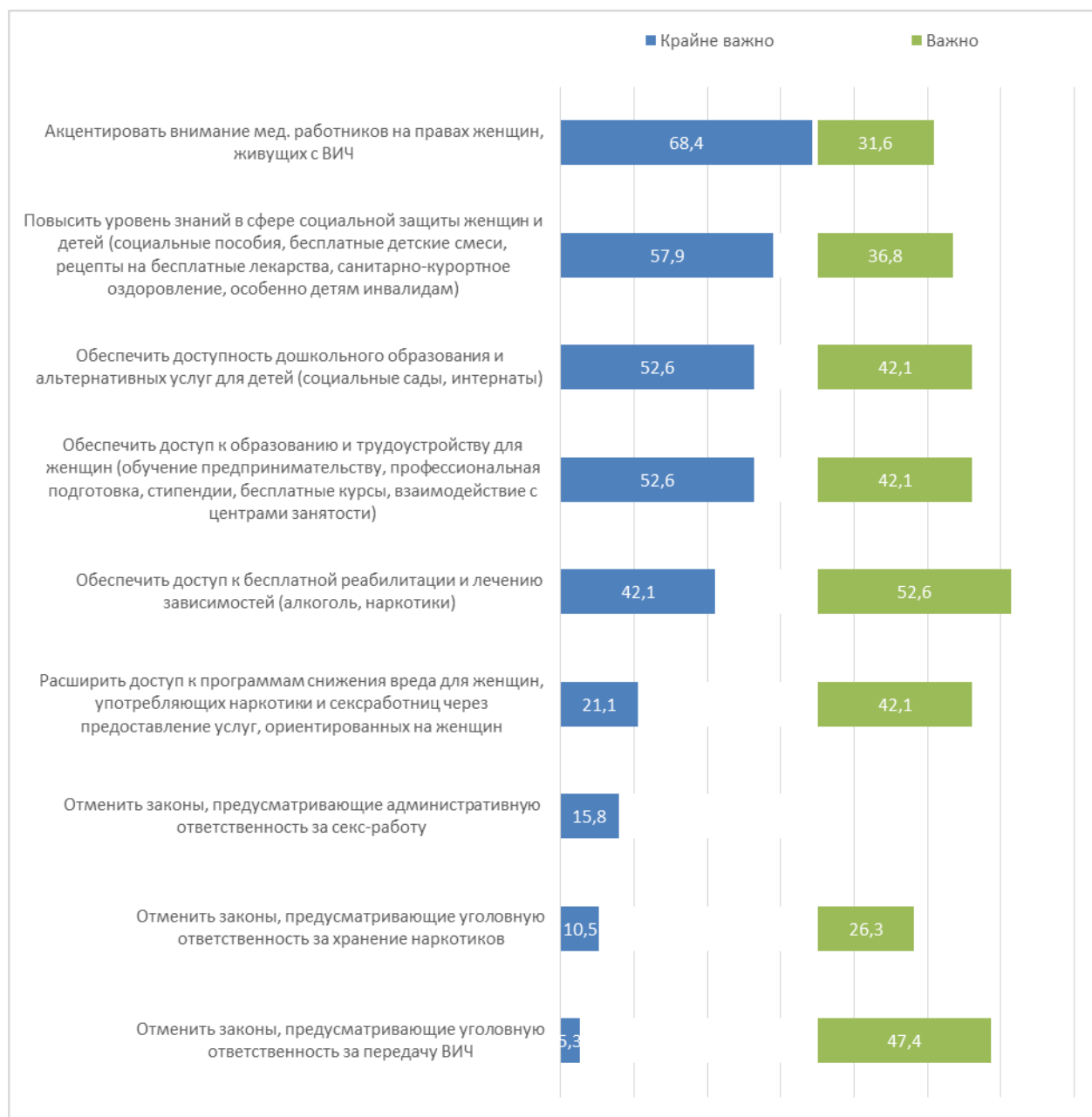


Рис 53. Наиболее важные действия по предотвращению насилия, 25-34 лет, %

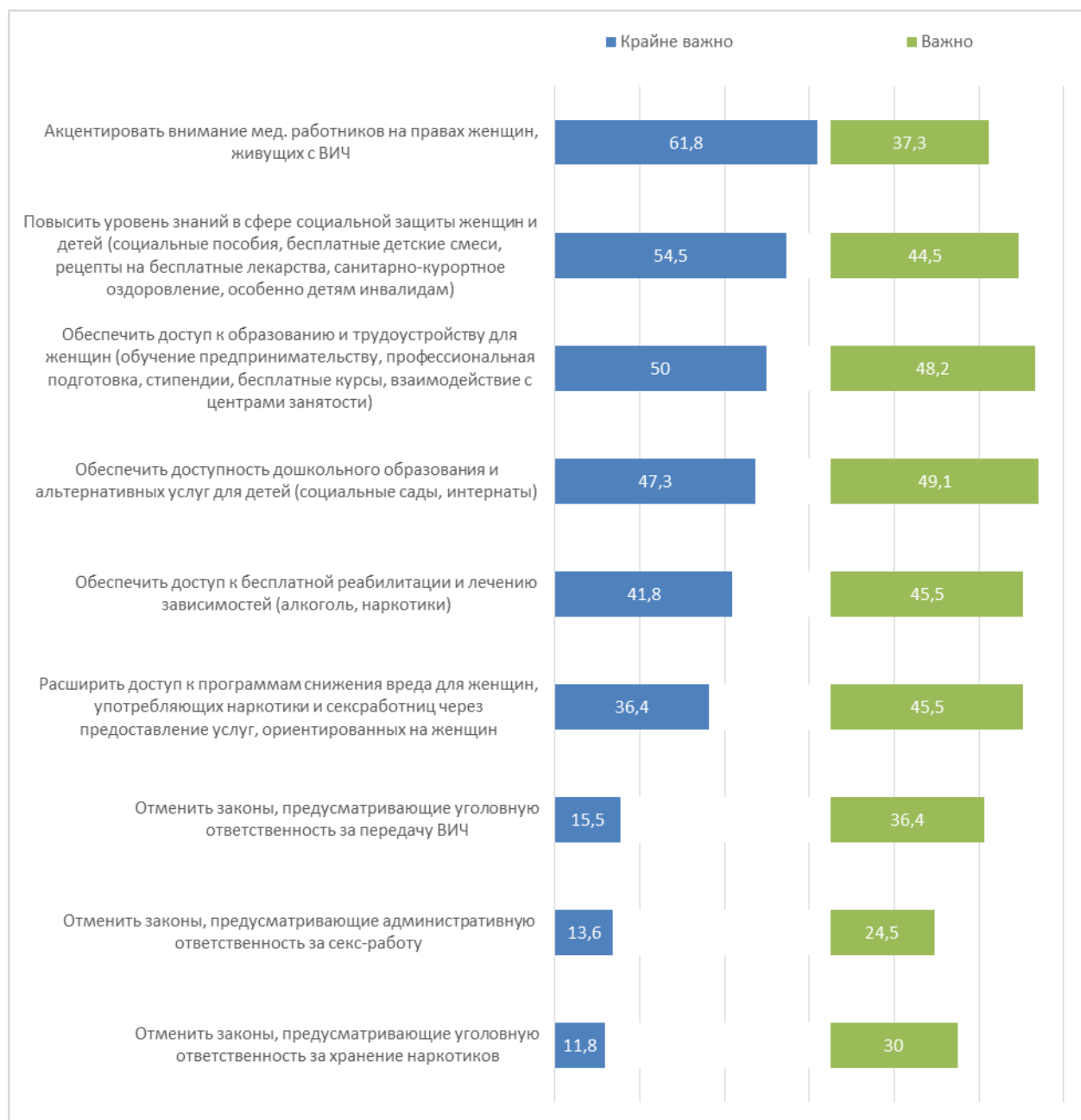


Рис 54. Наиболее важные действия по предотвращению насилия, 35-44 лет, %

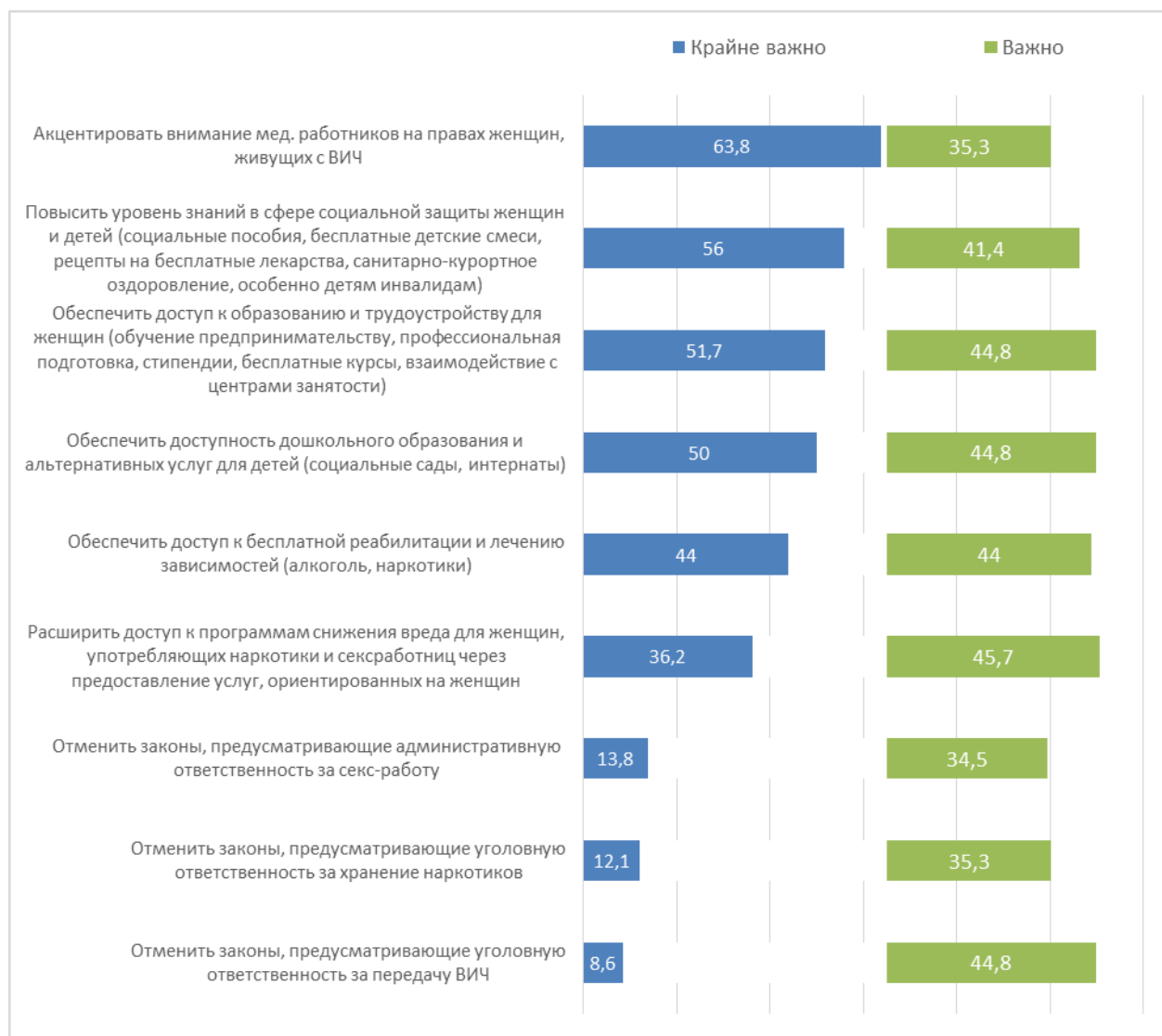


Рис 55. Наиболее важные действия по предотвращению насилия, 45-54 лет, %

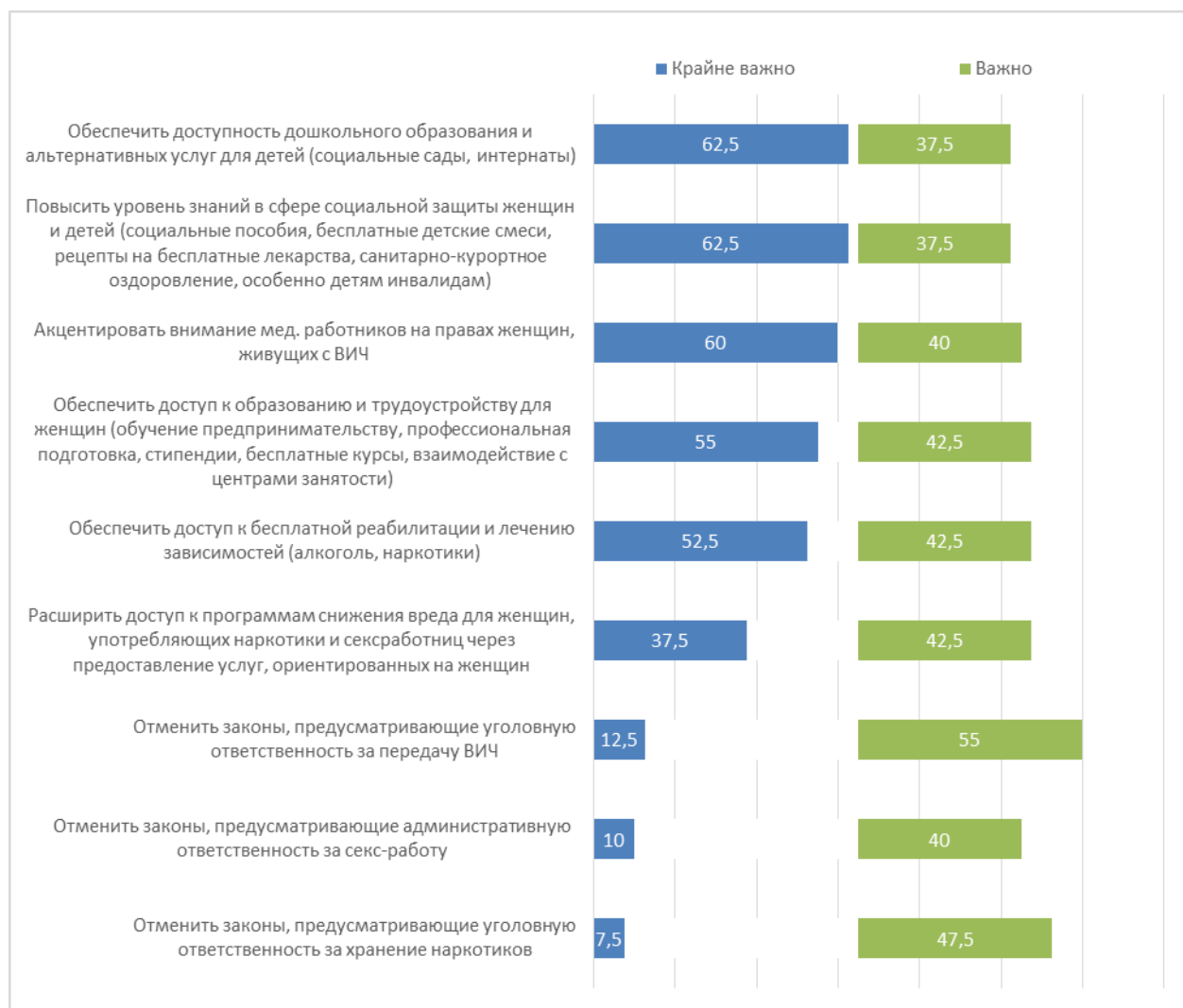
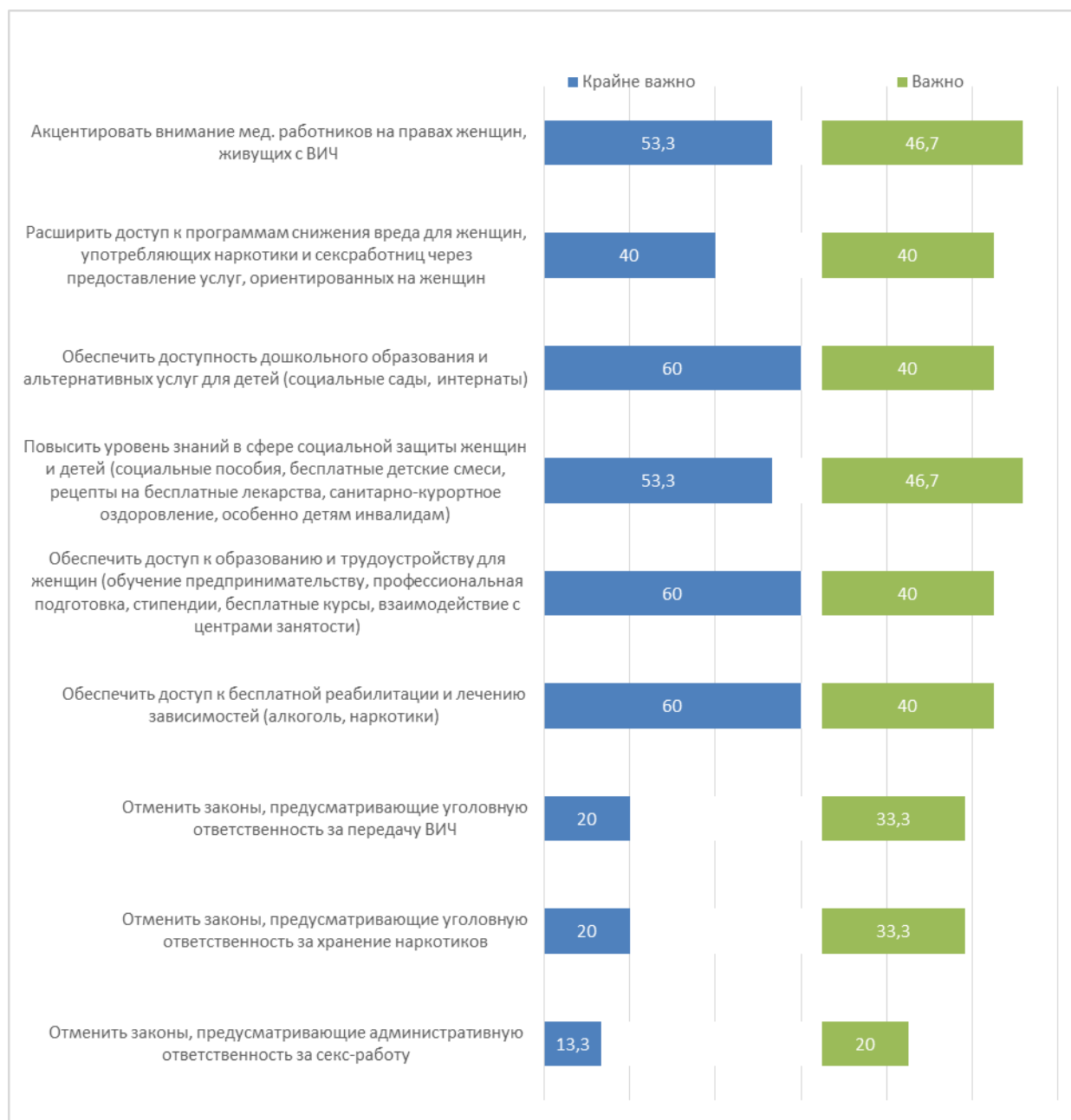


Рис 56. Наиболее важные действия по предотвращению насилия, 55+ лет, %



Расширение доступа к качественным услугам по поддержке женщин, переживших насилие (включая сексуальное насилие):

Рис 57. Расширение доступа к качественным услугам по поддержке женщин, переживших насилие (включая сексуальное насилие), %

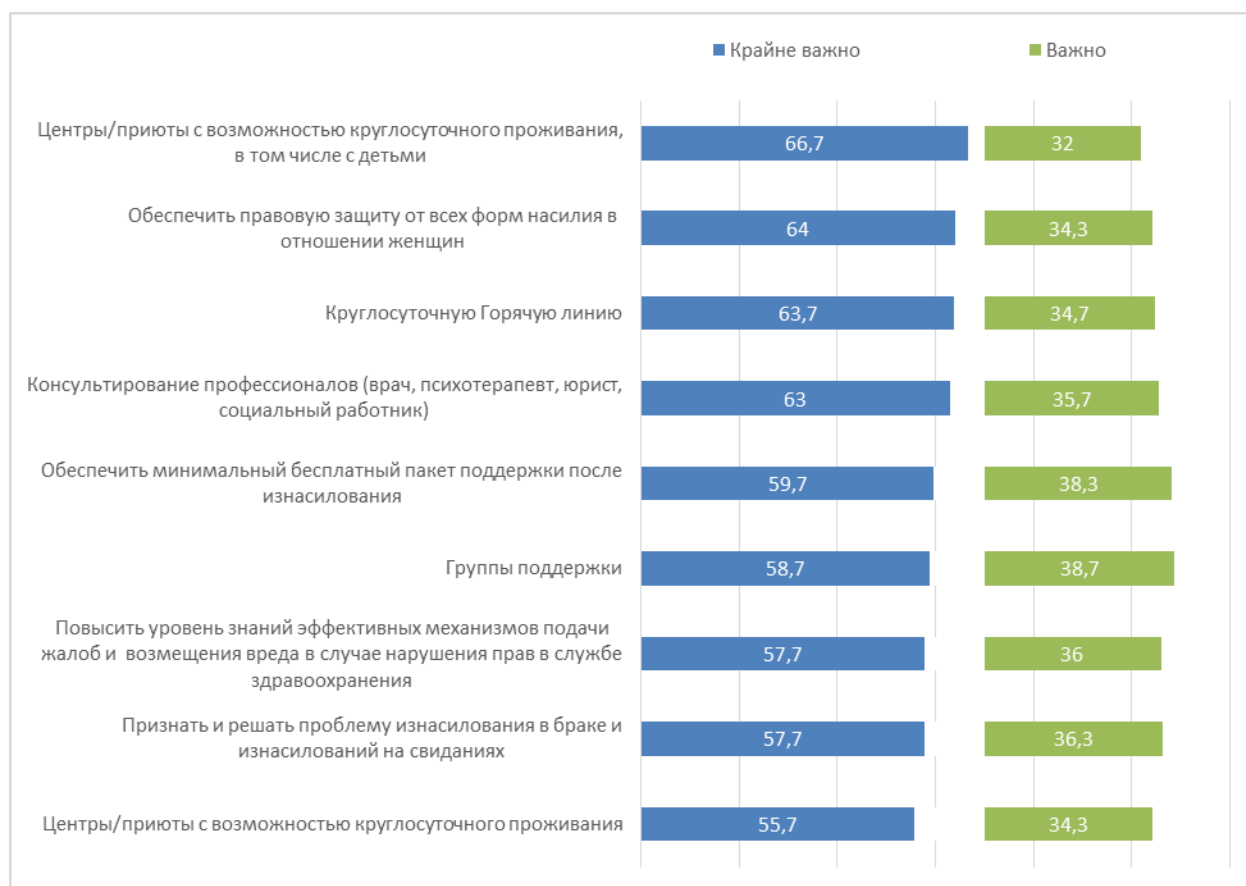


Рис 58. Расширение доступа к качественным услугам по поддержке женщин, переживших насилие (включая сексуальное насилие), Городская местность



Рис 59. Расширение доступа к качественным услугам по поддержке женщин, переживших насилие (включая сексуальное насилие), Сельская местность, %

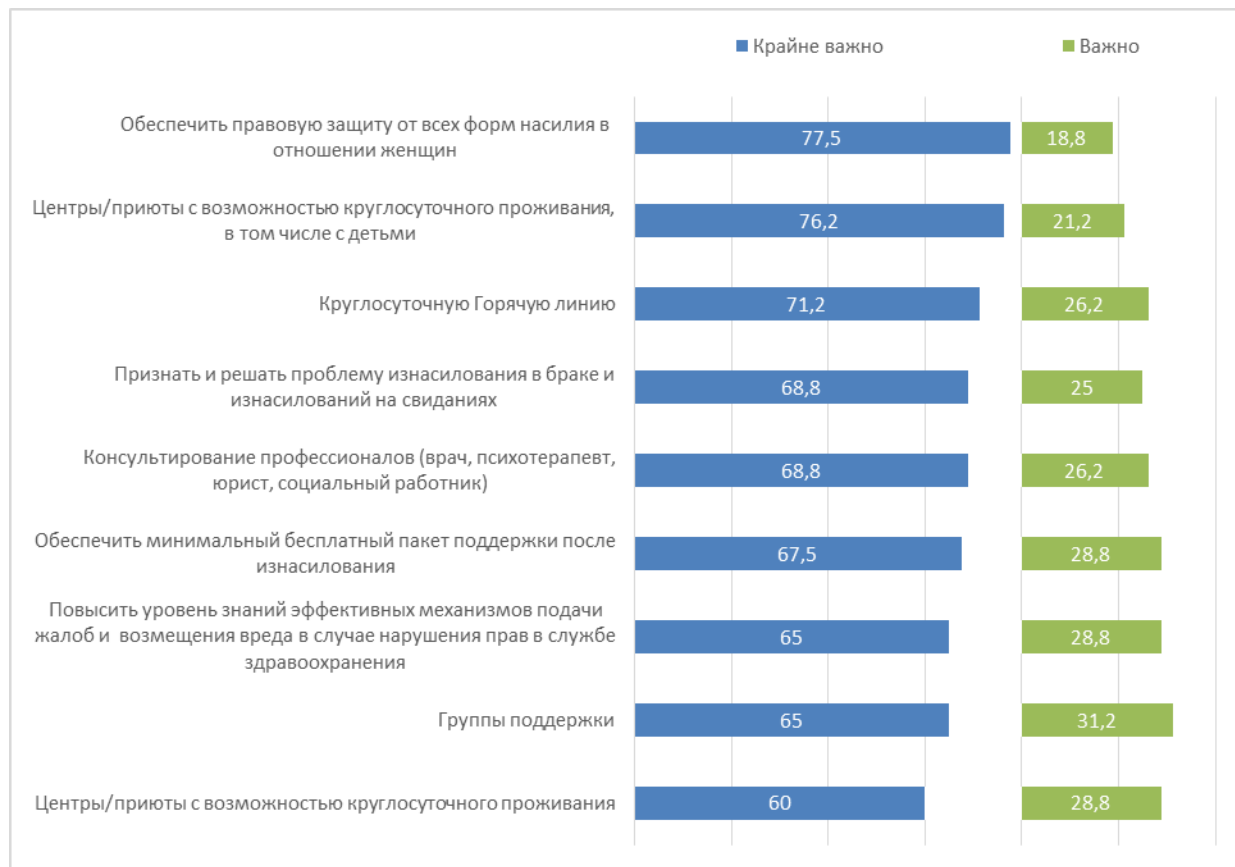


Рис 60. Расширение доступа к качественным услугам по поддержке женщин, переживших насилие (включая сексуальное насилие), 18-24 лет, %



Рис 61. Расширение доступа к качественным услугам по поддержке женщин, переживших насилие (включая сексуальное насилие, 25-34 лет, %

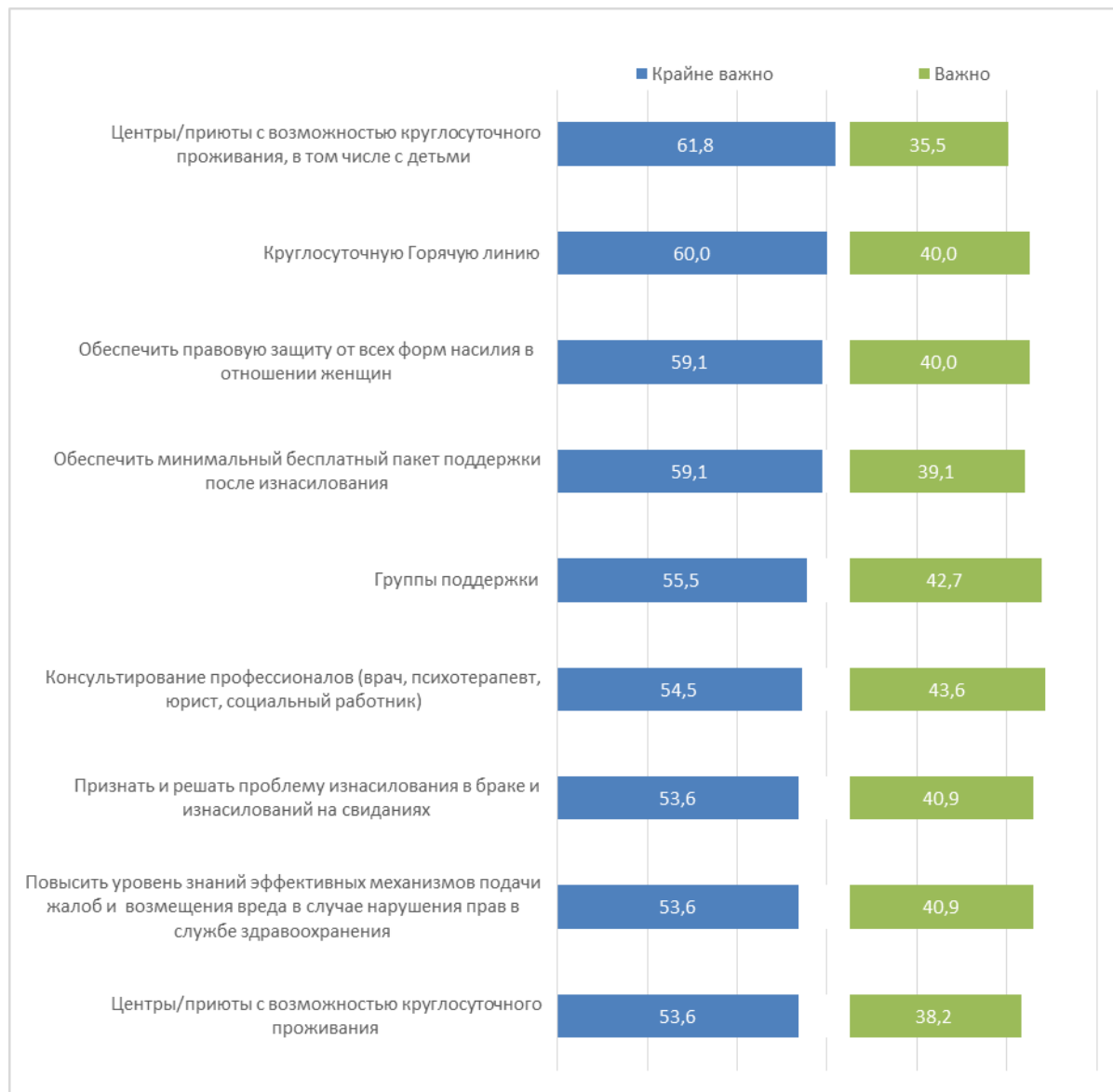


Рис 62. Расширение доступа к качественным услугам по поддержке женщин, переживших насилие (включая сексуальное насилие, 35-44 лет, %

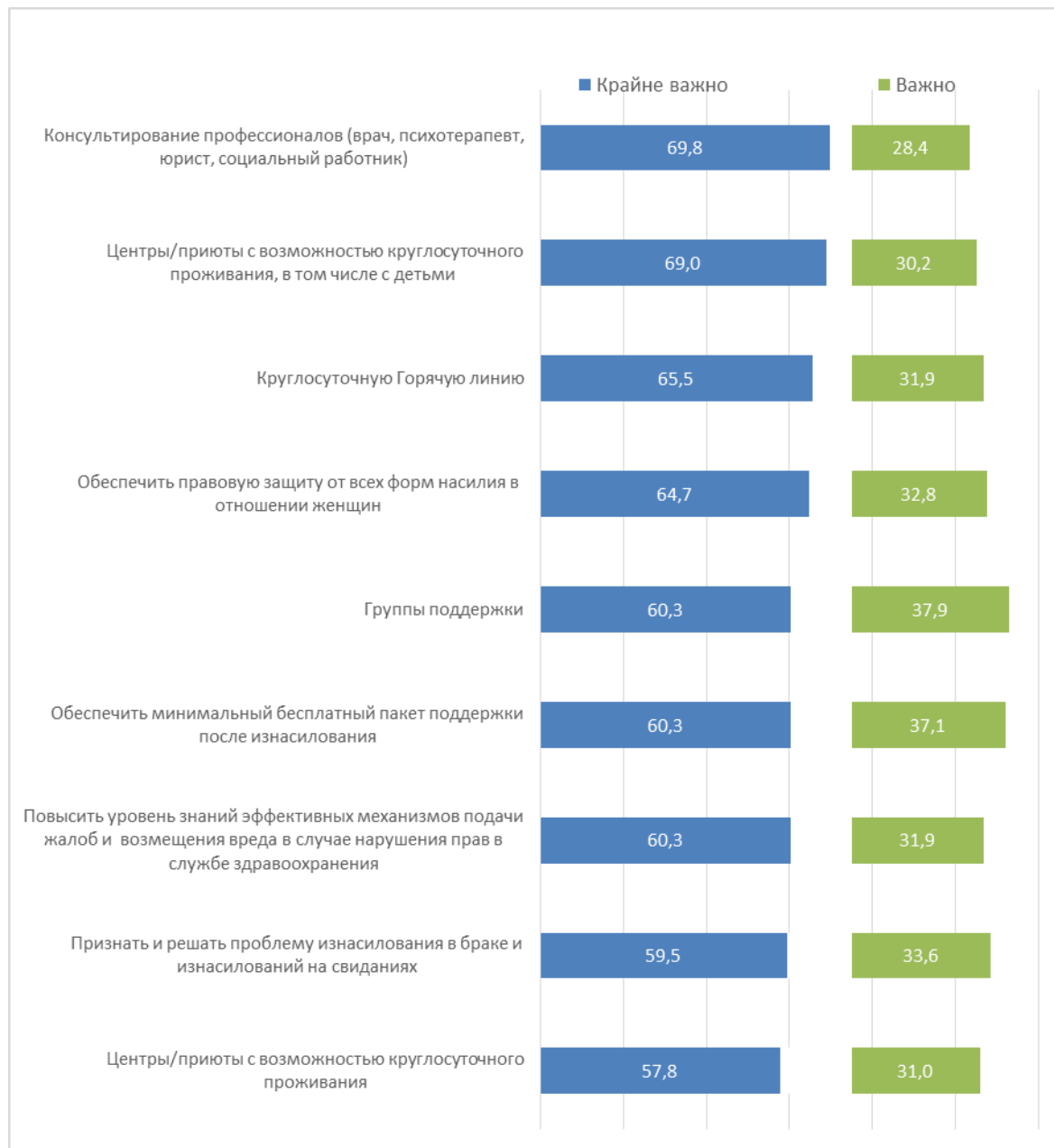


Рис 63. Расширение доступа к качественным услугам по поддержке женщин, переживших насилие (включая сексуальное насилие, 45-54 лет, %

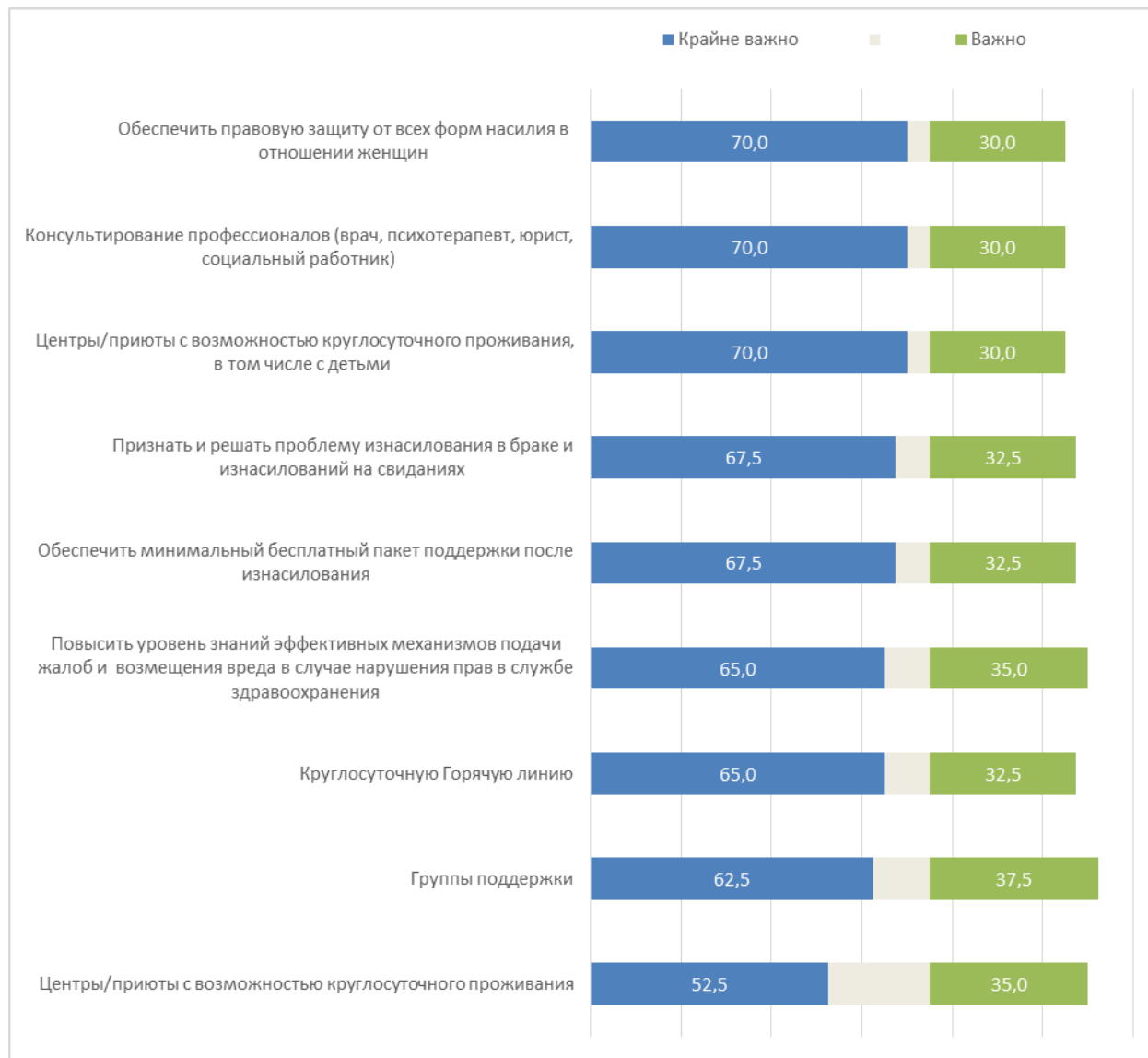
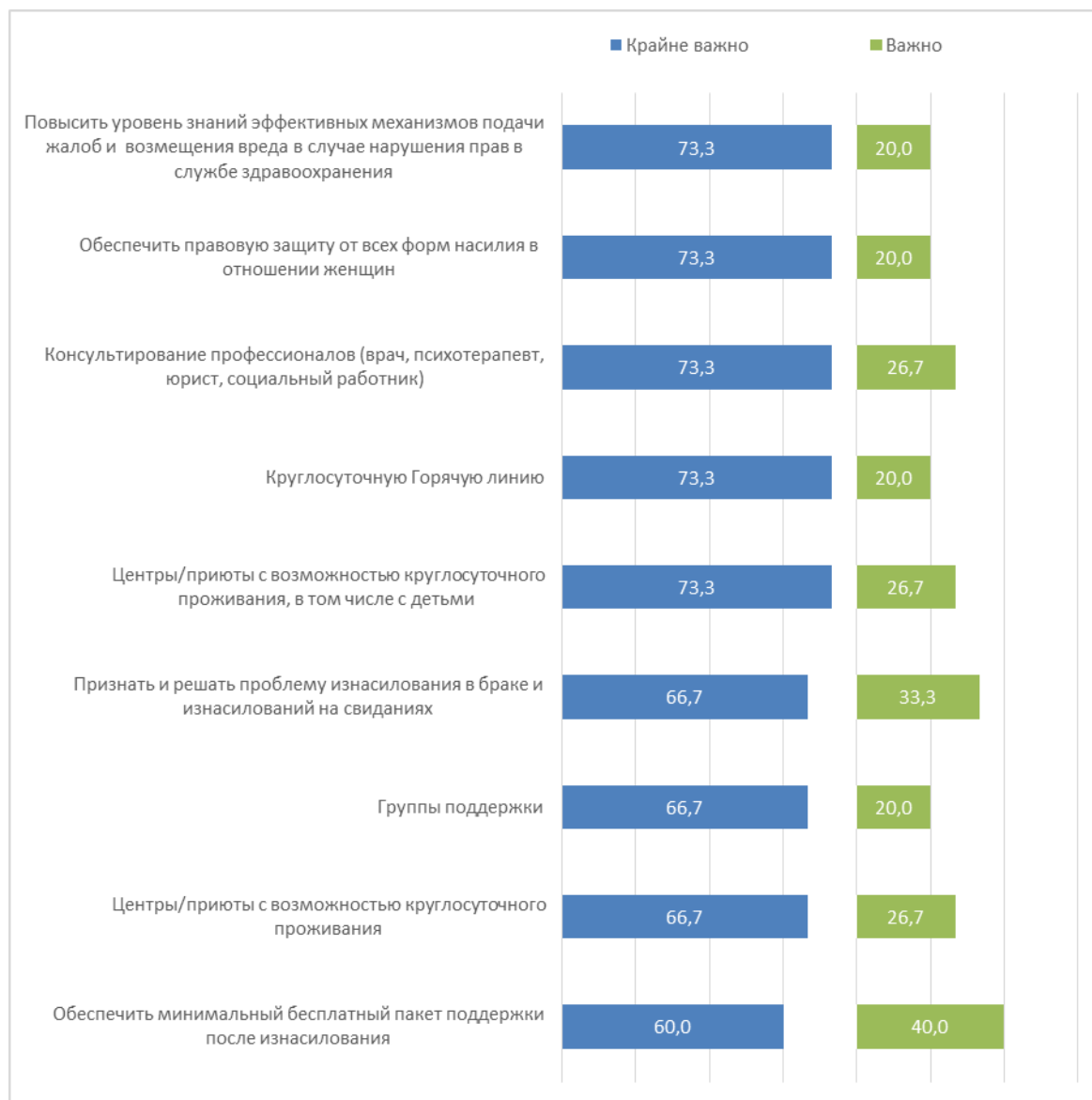


Рис 64. Расширение доступа к качественным услугам по поддержке женщин, переживших насилие (включая сексуальное насилие, 55+ лет, %



Психическое здоровье и ВИЧ

Рис 65. Психическое здоровье женщин, живущих с ВИЧ, %

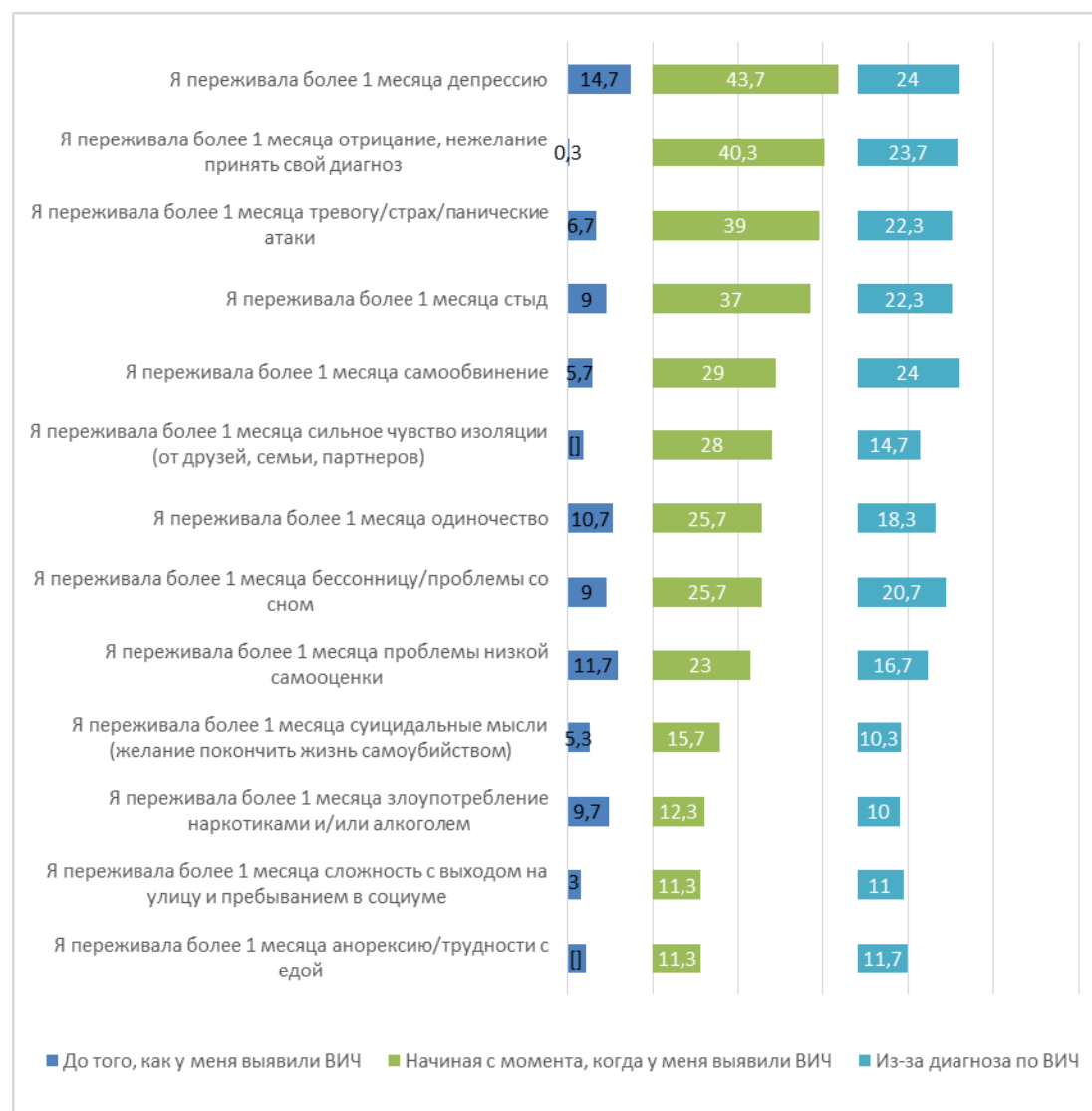


Рис 66. Психическое здоровье женщин, живущих с ВИЧ, Городская местность, %

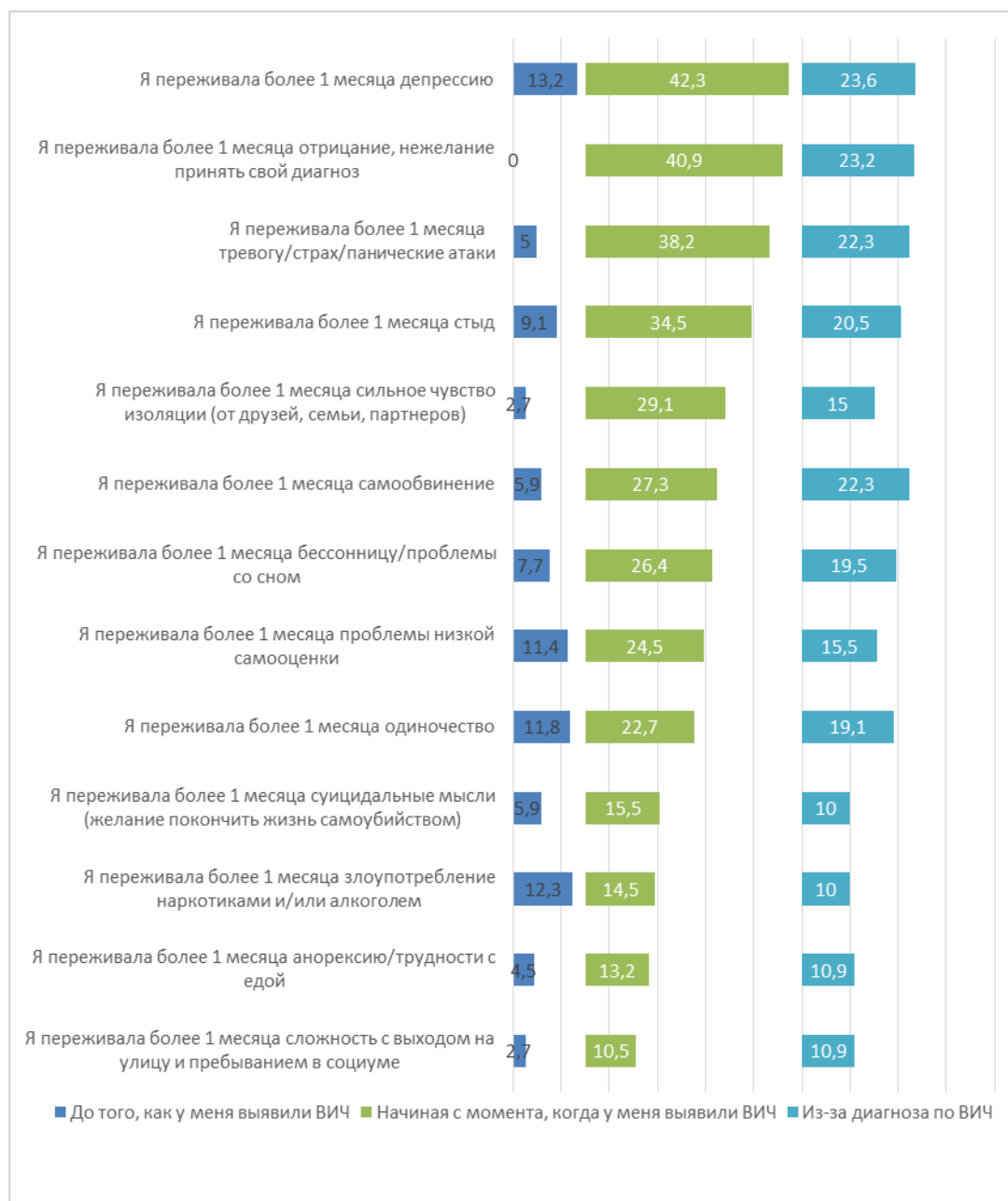
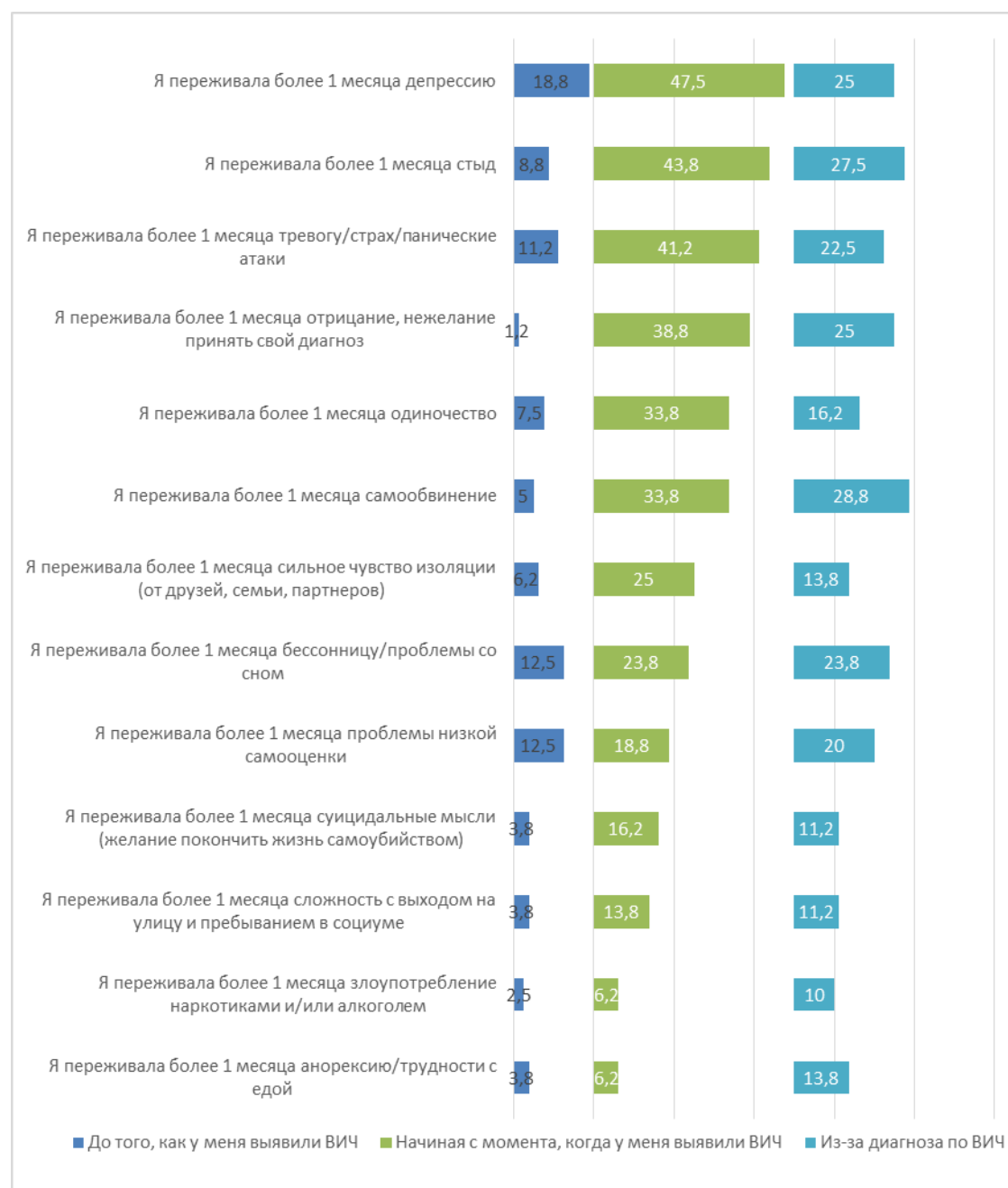


Рис 67. Психическое здоровье женщин, живущих с ВИЧ, Сельская местность, %



Бремя ухода

Рис 68. Бремя ухода женщин, живущих с ВИЧ, %



Рис 69. Бремя ухода женщин, живущих с ВИЧ, Городская местность, %

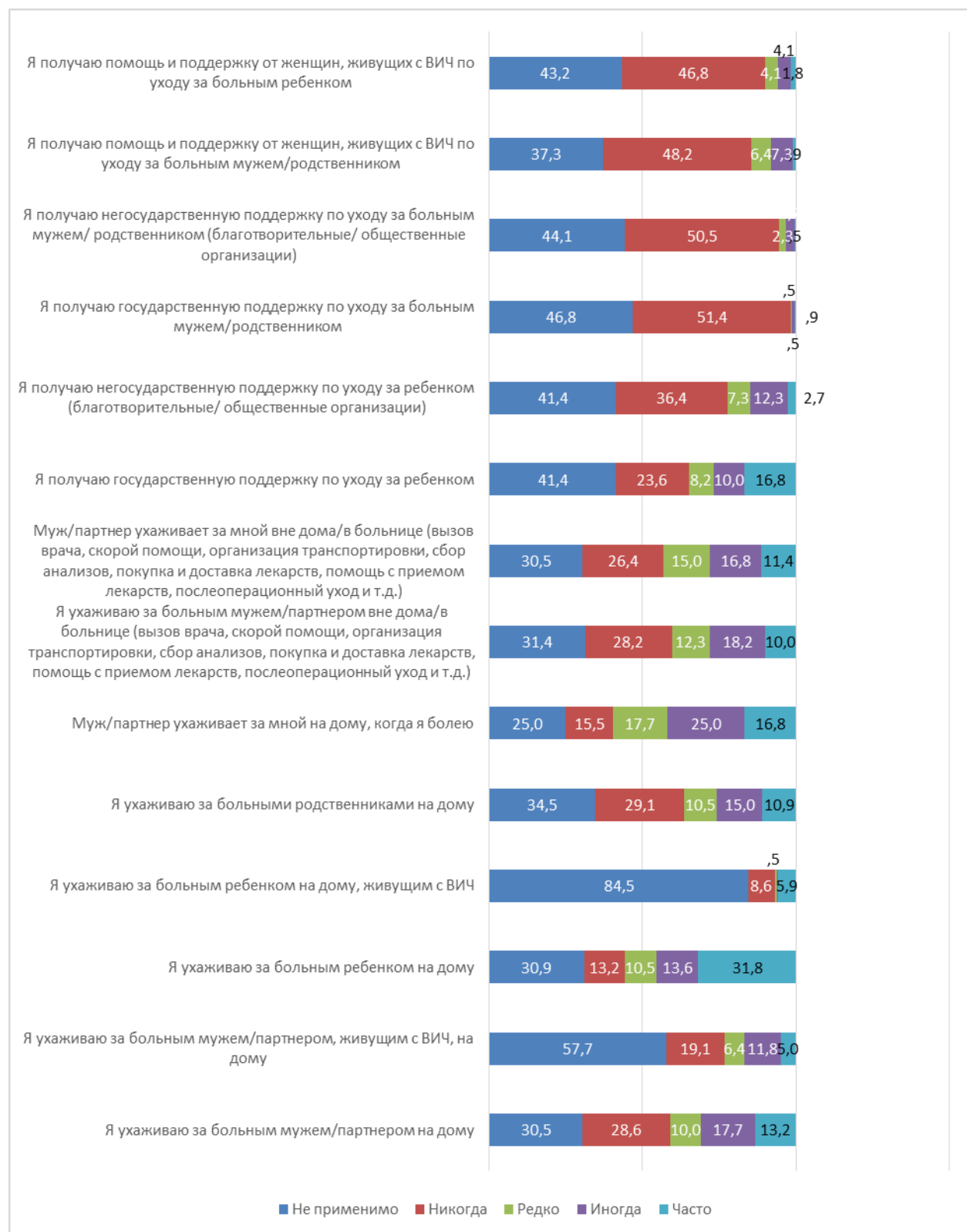
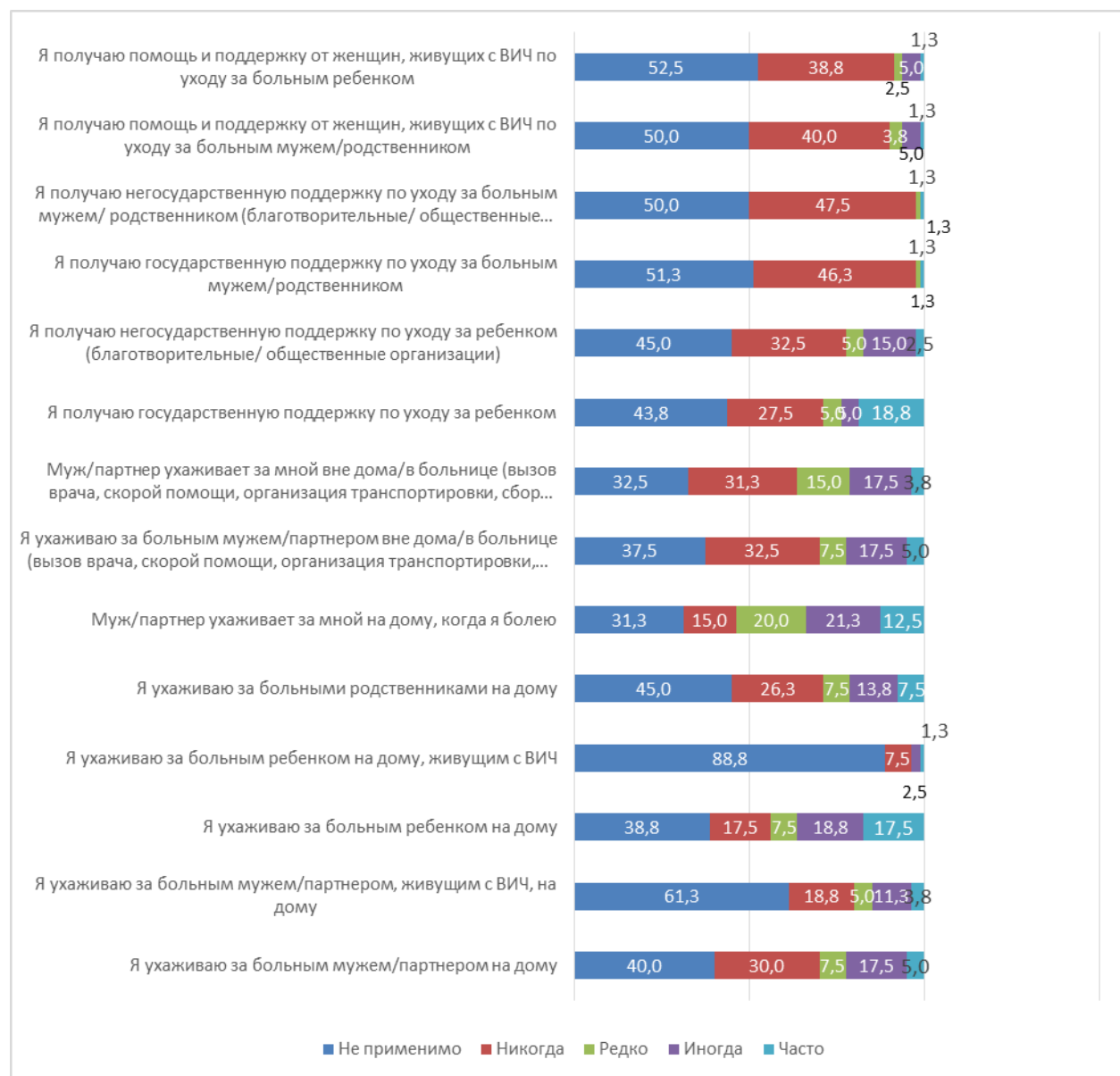


Рис 70. Бремя ухода женщин, живущих с ВИЧ, Сельская местность, %



Лечение ВИЧ-инфекции и побочные эффекты

Рис 71. Посещение доктора/консультанта на протяжении 2018 года, %

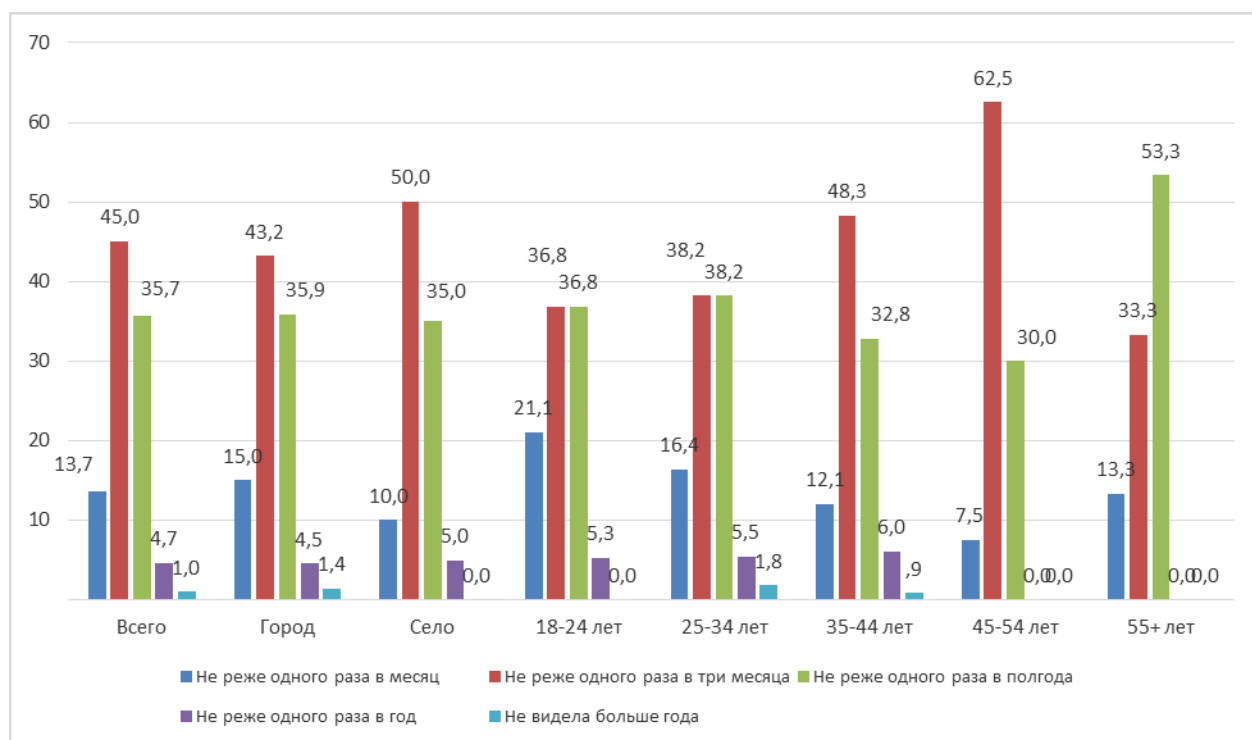


Рис 72. Количество CD4 клеток при последнем анализе, %

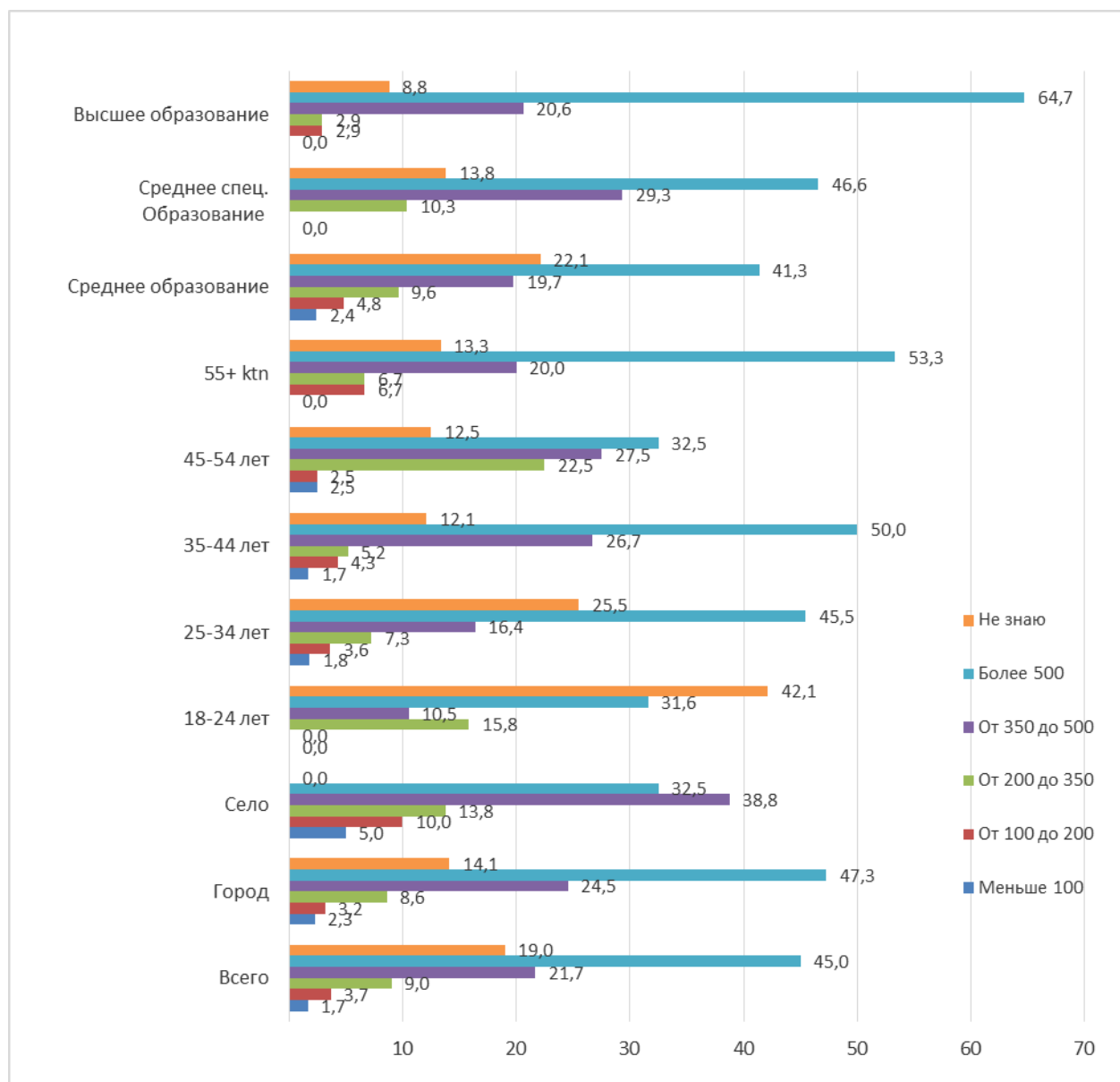


Рис 73. Принимают АРВ-препараты, %

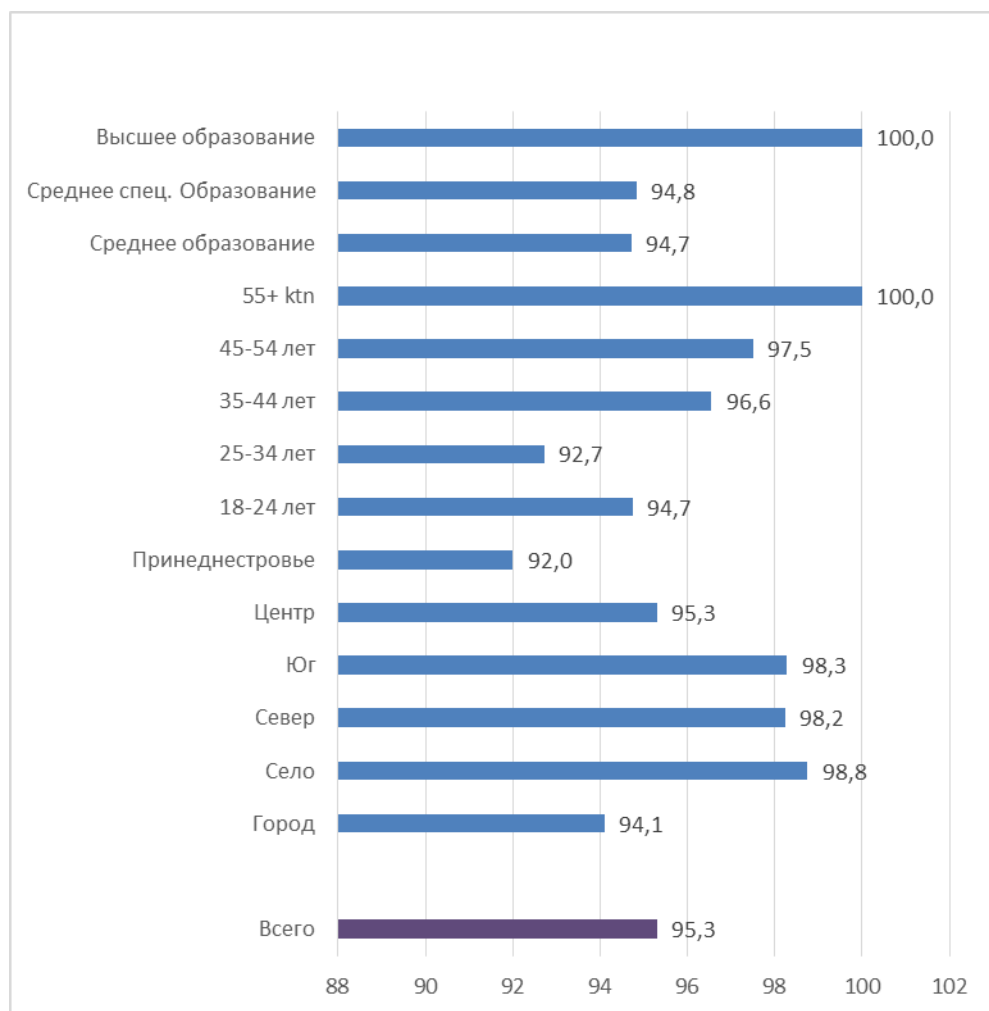


Рис 74. Знают какие АРВ-препараты принимают, %

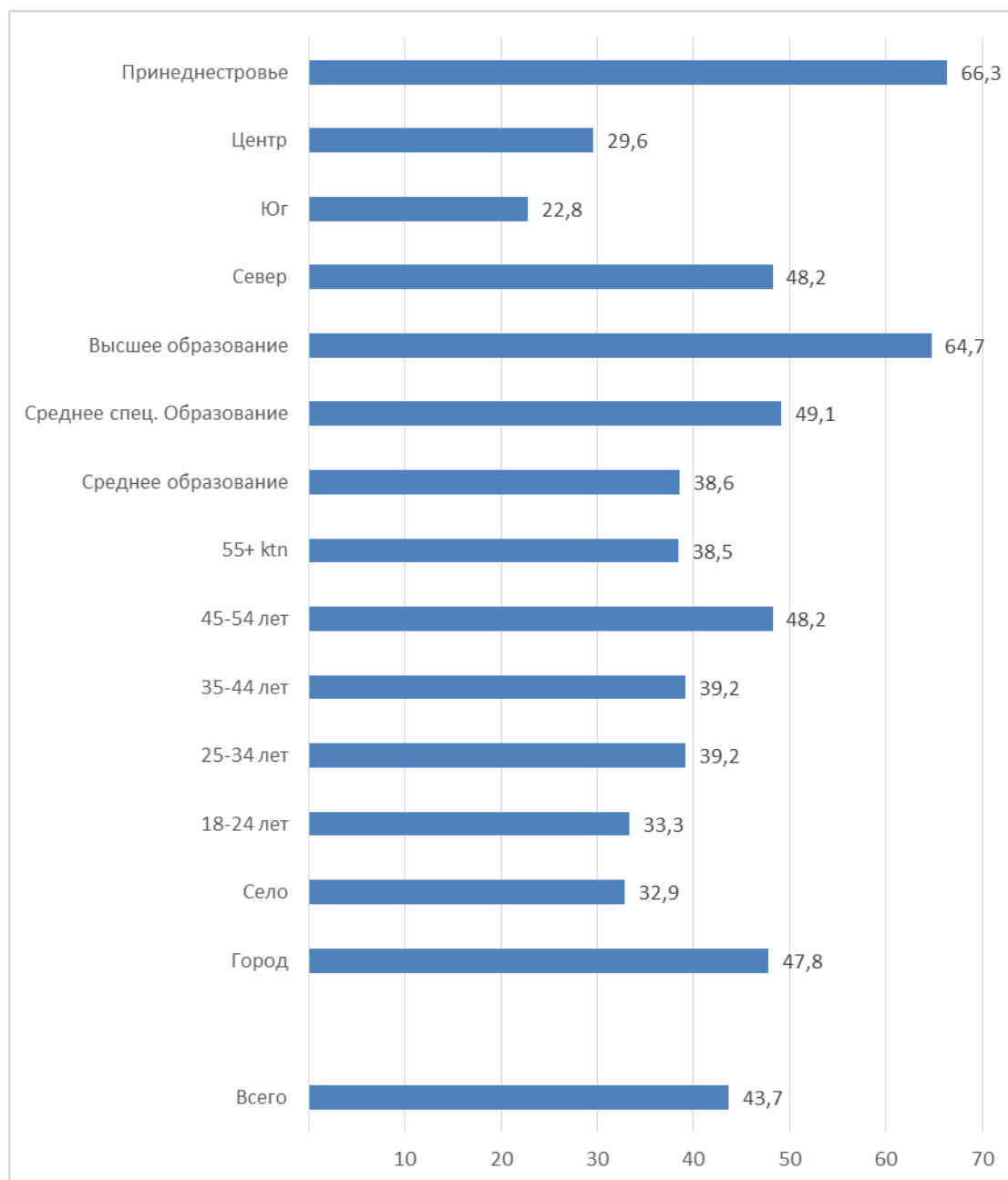
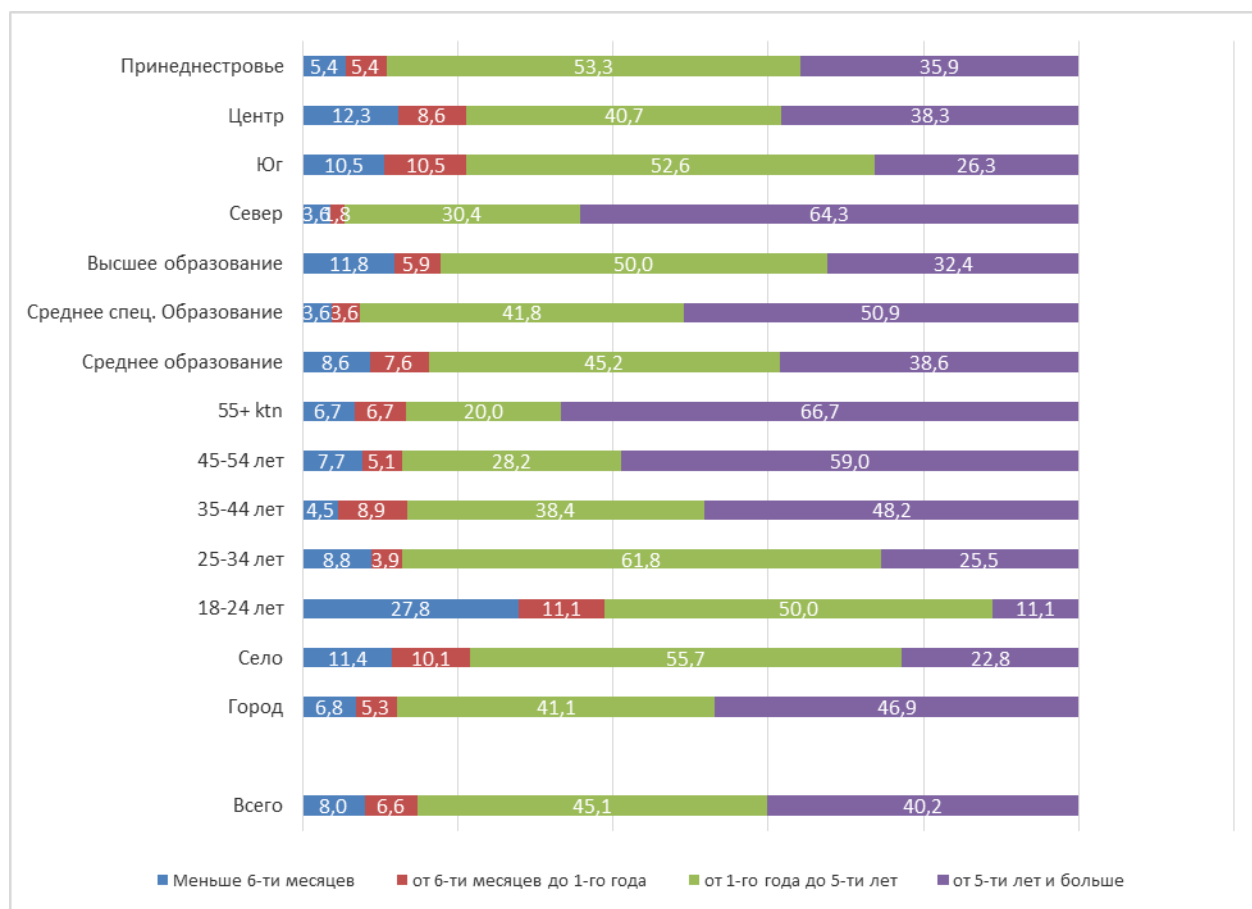
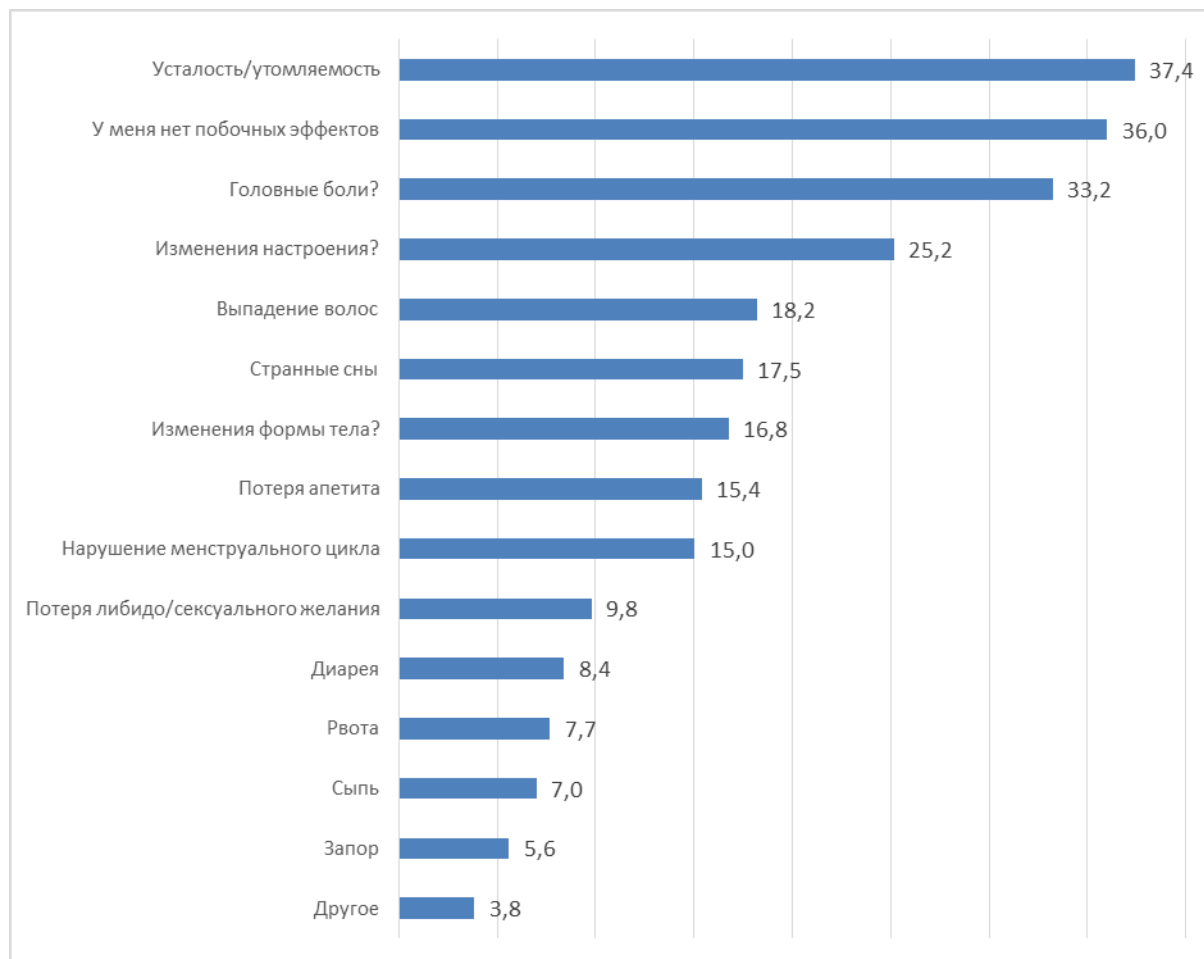


Рис 75. Как долго принимают АРВ-препараты, %



Каждая 20-ая участница (4,7%) (14 респонденток) на момент исследования не принимала АРВ-терапию. Из них 6 респонденток никогда не принимали АРВ-терапию, все они из городской местности, 3-е из Приднестровья, 3-е из центрального региона страны, 4 из них в возрасте 25-35 лет и 2 в возрасте 35-45 лет. Никогда не принимали АРВ-терапию по следующим причинам: боязнь побочных эффектов (2 респонденток), противоречие своим убеждениям (2 респонденток), недоступность (2 респонденток), образ жизни не позволяет и др (2 респонденток).

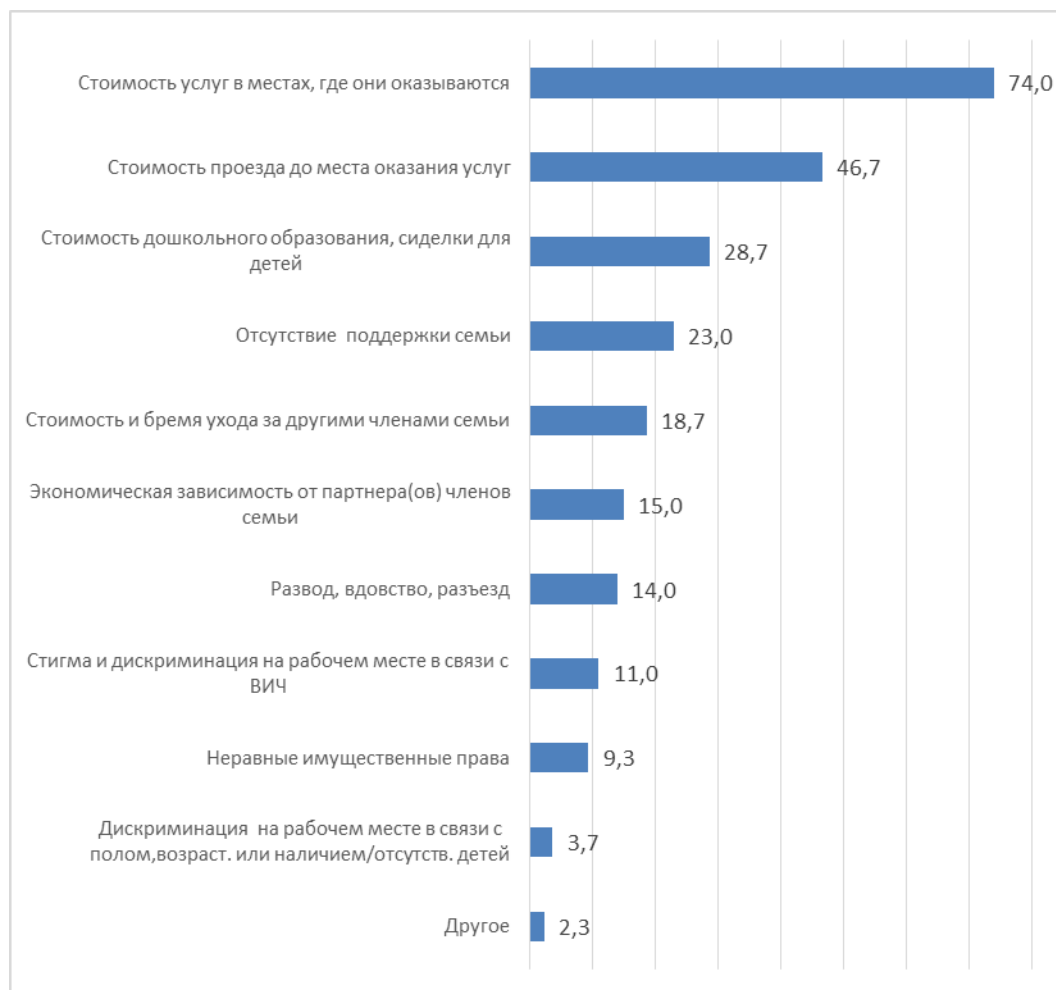
Рис 76. Побочные эффекты, %



Почти три четверти участниц (72,3%) проверяли свою вирусную нагрузку менее полугода назад, 23,7% - в период 6 месяцев – 1 год назад, 3,0% - более 1 года назад и 1,0% никогда ее не проверяли. Из тех, что проверяли вирусную нагрузку, 70,0% имеют неопределяемую, 13,5% - определяемую нагрузку, 16,2% не помнят какую.

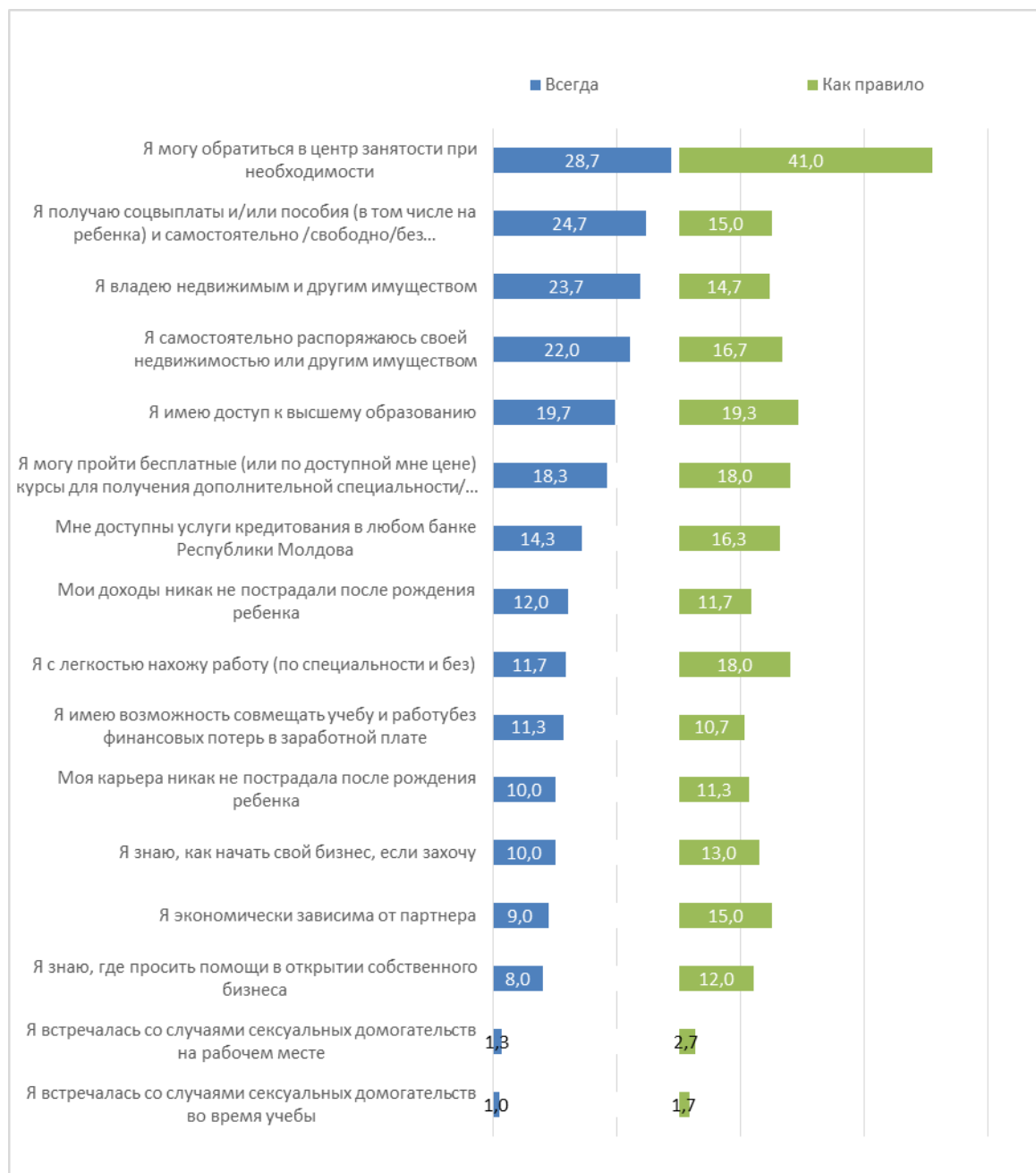
Доступ к услугам

Рис 77. Факторы, имеющие влияние на женщин, живущих с ВИЧ, в обеспечении доступа к качественным медицинским и социальным услугам и благополучию, %



Экономические возможности

Рис 78. Экономические возможности, %



III. ДИСКУССИИ

Как указано во вводной части этого исследования, для того, чтобы провести всестороннюю оценку уровня уважения права на репродуктивное здоровье, необходимо рассмотреть три части этой области, а именно:

- сексуальное здоровье (ответственный, приятный и безопасный секс),
- планирование семьи (свобода воспроизводства, доступ к информации, методам и услугам) и
- материнство без риска (беременность и безопасные роды, здоровые дети).

Основные принципы обеспечения прав на воспроизведение включают осуществление этих компонентов в соответствии с волей и интересами человека с обязательным предоставлением адекватной информации и образования области здоровья, а также гарантированного объема медицинских услуг, качества и доступности этих услуг без дискриминации.

Таким образом, на основе предыдущих исследований и исходя из накопленных результатов, мы проанализируем необходимые аспекты для обеспечения права на репродуктивное здоровье женщин из Республики Молдова и, в частности, женщин, живущих с ВИЧ.

❖ Отношение женщин к собственному здоровью

Для улучшения показателей репродуктивного здоровья населения недостаточно просто провести реформы в системе перинатальной помощи. Существует также необходимость действий в области информации и образования молодого поколения, женщин и мужчин репродуктивного возраста, включая формирование ответственного отношения к собственному здоровью и здоровью близких людей. В Республике Молдова были предприняты некоторые действия в этой области в 2004 году, когда по инициативе Фонда ООН по народонаселению была создана сеть инструкторов при Центрах здравоохранения, доброжелательных к молодежи.

Однако недавнее исследование, проведенное среди женщин в Молдове выявило низкую информированность о важности регулярной проверки здоровья и низкую культуру населения в отношении профилактических осмотров. Население традиционно предпочитает обращаться к врачу преимущественно при появлении симптомов, только в случае болезни, когда может быть уже слишком поздно, чтобы избежать осложнений. Около 16% женщин, включенных в это исследование, проходили медицинское обследование больше, чем 2 года назад, а 8% женщин проходили гинекологические обследования менее одного раза в 5 лет¹⁰.

¹⁰ Studiul pentru Evaluarea Cunostintelor, Atitudinilor si Practicilor privind Prevenirea Cancerului de Col Uterin in Republica Moldova. Magenta Consulting sub egida Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, cu sprijinul Fondului ONU pentru Populație (UNFPA) și al Agenției Elvețiene pentru Dezvoltare și Cooperare (SDC), 2018. Disponibil la: <https://moldova.unfpa.org/en/node/37691>

Отсутствие культуры профилактического контроля также определено в другом исследовании, проведенном среди населения Молдовы¹¹, где установлено, что, когда есть проблемы с личным здоровьем или здоровьем членов семьи, женщины часто пробуют домашнее лечение на основе имеющихся у них знаний или из предыдущего опыта. Позже, если нет никаких изменений в общем состоянии больного, женщины обращаются за советом к родителям, друзьям или родственникам, в Интернете, если есть возможность.

Наше исследование, проведенное среди ВИЧ-позитивных женщин, также выявляет случаи низкой ответственности за свое здоровье. Хотя проверка вирусной нагрузки рекомендуется в течение 3-месячного периода, около четверти участниц сделали этот лабораторный анализ в течение 6-12 месяцев, 3% женщин - больше, чем год назад, и 1% из женщин, включенных в исследование, подтвердили, что они никогда не проверяли свою вирусную нагрузку. Стоит отметить, что около 16% женщин, которые провели эту проверку, не смогли оценить результат того анализа.

Около 5% респондентов не получали АРВ-терапию на момент проведения нашего исследования, более того, 6 женщин, зная свой диагноз, никогда не получали АРВ-терапию по различным необъективным причинам, таким как: боязнь побочных эффектов, противоречие с их убеждениями, образ жизни и т. д. Однако эти данные подтверждают, что на отказ от лечения влияет отсутствие достаточных знаний о болезни, профилактике и лечении среди женщин, что приводит к безответственному поведению с риском для собственной жизни и здоровья.

❖ Восприятие уровня соблюдения прав пациентов

Исследование, проведенное на национальном уровне¹² подтверждает, что население Молдовы считает, что право на здоровье, наиболее часто нарушаются людям с низкими доходами, пожилым и лицам с определенными формами инвалидности. Участники, включенные в исследование, считают, что это право чаще всего предоставляется детям и женщинам.

В проведенном исследовании мы выявили, что большинство женщин знают свои права как пациентов (77,1%) и знают, куда они могут обратиться в случае нарушения их прав (83,1%). Большинство (83%) утверждают, что они хорошо осведомлены о лечении и услугах, предоставляемых в области репродуктивного здоровья. Соответственно, определяется группа женщин с недостаточными знаниями, указанными в предыдущем абзаце.

В то же время другое исследование подтверждает тот факт, что многие лица, живущие с ВИЧ, не знают свои права и обязанности в отношении с медицинской системы¹³.

¹¹ Monitorul social: sănătatea reproducerii: beneficiu individual și colectiv. Nr.2. Cheianu D. IDIS "Viitorul". Chișinău, 2013. Disponibil la: http://www.viitorul.org/files/4301353_md_monitor_social_0.pdf

¹² STUDIU PERCEPȚII ASUPRA DREPTURILOR OMULUI ÎN REPUBLICA MOLDOVA elaborat de către Oficiul Avocatului Poporului și Oficiul Înaltului Comisar ONU pentru Drepturile Omului (OHCHR), în consultare cu Programul Națiunilor Unite pentru Dezvoltare (PNUD) Moldova. Chișinău, 2016. Disponibil la: http://md.one.un.org/content/dam/unct/moldova/docs/pub/ro-raport_do_final_pentru_tipar.pdf

¹³ STUDIU PERCEPȚII ASUPRA DREPTURILOR OMULUI ÎN REPUBLICA MOLDOVA elaborat de către Oficiul Avocatului Poporului și Oficiul Înaltului Comisar ONU pentru Drepturile Omului (OHCHR), în consultare cu Programul

Только две трети респондентов считают, что в медицинских учреждениях соблюдается право на конфиденциальность (63,4%), что указывает на риск низкого доверия к работникам здравоохранения. В то же время около трети женщин считают, что медицинские работники будут их обвинять и судить, в случае если у них определяют заболевания, передающиеся половым путем.

Около 40% женщин ставят под сомнение качество услуг, оказываемых в медицинских учреждениях, и считают, что лечение не может быть бесплатным и качественным. Большое количество участниц (64%) также выразили недоверие по поводу уровня профессиональной подготовки медицинского персонала, который предоставляет им медицинские услуги, и того факта, что они могут получить доброжелательную отношение и поддержку со стороны этих сотрудников. Этот результат свидетельствует о наличии пробелов в процессе общения медицинских работников с пациентами, особенно с ВИЧ-положительными лицами. Это также подтверждается тем фактом, что менее половины женщин (45,2%) признались, что могут поговорить со своим врачом о сексуальном здоровье и проблемах, с которыми они сталкиваются. Эта сдержанность более заметна в возрастной группе 55+ лет (54,6%) и меньше у женщин 18-24 лет (10,5%).

❖ Доступ к медицинским услугам

Несколько исследований, проведенных среди населения Республики Молдова, определяет неравенство в доступе к медицинским услугам¹⁴.

Более 67% женщин в нашем исследовании (в возрасте 45 лет и старше) считают, что государство не обеспечивает или в незначительной степени обеспечивает равный доступ к качественным медицинским услугам, в то время как среди молодежи этот процент составляет 50,4 %¹⁵.

Хотя доступ к первичной помощи и лечение людей, живущих с ВИЧ, обеспечивается государством, большинство респонденток в нашем исследовании (74%) считают, что стоимость медицинских услуг существенно влияет на доступ к качественной помощи.

Только 64,1% городских женщин и 51,2% сельских женщин заявили то смогли получить профилактику ВИЧ до контакта. В то же время, этот показатель остается высоким (21,2%) для тех, кто не знает или не имеет доступа к такой профилактике ВИЧ, при этом доля респонденток в сельской местности в два раза выше (34,9%) по сравнению с городскими. (16,8%). Менее половины женщин, включенных в исследование (41,4%), подтвердили, что

Națiunilor Unite pentru Dezvoltare (PNUD) Moldova. Chișinău, 2016. Disponibil la:

http://md.one.un.org/content/dam/unct/moldova/docs/pub/ro-raport_do_final_pentru_tipar.pdf

¹⁴ Raportul Național de Dezvoltare Umană 2016 "Inegalități în dezvoltarea umană" elaborat la comanda PNUD Moldova de IDIS "Viitorul", 2017 Disponibil la:

http://www.md.undp.org/content/moldova/ro/home/library/human_development/nhdr-2016.html

¹⁵ STUDIU PERCEPȚII ASUPRA DREPTURILOR OMULUI ÎN REPUBLICA MOLDOVA elaborat de către Oficiul Avocatului Poporului și Oficiul Înalțului Comisar ONU pentru Drepturile Omului (OHCHR), în consultare cu Programul Națiunilor Unite pentru Dezvoltare (PNUD) Moldova. Chișinău, 2016. Disponibil la:

http://md.one.un.org/content/dam/unct/moldova/docs/pub/ro-raport_do_final_pentru_tipar.pdf

могут получить пользу от пост контактной профилактики ВИЧ, и около пятой части респонденток вообще не знали о такой профилактике

Женщины из сельской местности указали более низкий показатель (88%) по сравнению с городскими (92,1%) по поводу информирования о болезнях, передаваемых половым путем, методах контрацепции и т. д. Вызывает тревогу тот факт, что 10,5% женщин в возрасте 18-25 лет не знают, где они могут получить информацию по этому вопросу.

Каждая десятая женщина призналась, что беспокоится о том, что может передать ВИЧ своему партнеру, причем этот показатель намного выше среди сельских женщин.

В то же время вызывает тревогу тот факт, что только 63,2% женщин, включенных в исследование, отметили, что они получили необходимые консультации до и после тестирования, и только около половины из них получили рекомендации о том, как открыть свой ВИЧ-статус своему партнеру. Важно отметить, что действующее законодательство требует консультирования до и после теста для всех лиц, прошедших тестирование на ВИЧ. Низкие цифры в опросе показывают пробелы в правильной организации этой услуги на страновом уровне.

❖ Стигматизация и дискриминация в отношении женщин, живущих с ВИЧ

Сексуальные и репродуктивные права подразумевают доступ к этим услугам на справедливой основе для всех людей, независимо от возраста, этнической принадлежности, места жительства, социального статуса или состояния здоровья.

Данные другого исследования¹⁶ информируют нас о том, что одной из наиболее частых причин дискриминации населения Республики Молдова является социально-экономическая ситуация, условия жизни (представления о том, что некоторые городские жители игнорируют сельские жители) и т. д. В том же исследовании сообщается, что люди, живущие с ВИЧ, отмечают, что они чаще всего сталкиваются с нарушением конфиденциальности, что неизбежно приводит к стигме. Таким образом, нарушается их право не подвергаться дискриминации. Люди, живущие с ВИЧ, склонны принимать поведение членов сообщества, отличающееся от обычного, но они сильно страдают, когда в этом вовлечены другие члены семьи, особенно дети.

Хотя женщины подтверждают, что в последние годы был достигнут важный прогресс в области защиты людей, живущих с ВИЧ, тем не менее все еще существуют ситуации, когда информация о статусе ВИЧ распространяется в обществе и на работе. В некоторых ситуациях раскрытие ВИЧ-статуса является косвенным, и ярким примером этого является изоляция ВИЧ-позитивных женщин в роддомах.

Наше исследование показало, что большая часть женщин (83,1%) считают, что они получают те же услуги, что и любая другая женщина, при обращении за услугами репродуктивного

¹⁶ STUDIU PERCEPȚII ASUPRA DREPTURILOR OMULUI ÎN REPUBLICA MOLDOVA elaborat de către Oficiul Avocatului Poporului și Oficiul Înalțului Comisar ONU pentru Drepturile Omului (OHCHR), în consultare cu Programul Națiunilor Unite pentru Dezvoltare (PNUD) Moldova. Chișinău, 2016. Disponibil la: http://md.one.un.org/content/dam/unct/moldova/docs/pub/ro-raport_do_final_pentru_tipar.pdf

здоровья. Тем не менее, около 17% респонденток не согласны с этим утверждением, имея неприятный опыт, в котором они чувствовали дискриминацию. 11% из женщин, участвовавших в нашем исследовании, признались, что подвергались дискриминации на рабочем месте на основе их ВИЧ-статуса.

❖ **Воспринимаемое сексуальное здоровье, знания и практика в планировании семьи**

Сексуальное здоровье подразумевает ответственную, приятную и безопасную сексуальную жизнь, которая приводит к улучшению качества жизни и личных отношений. Чтобы уважать право на репродуктивное и сексуальное здоровье, также важно уважать право женщин на равенство и достоинство.

Около трех четвертей женщин (76,6%) отметили сексуальную активность как приятную, и менее половины респондентов (47,7%) признали, что они чувствовали влечение и сексуальное желание. Этот показатель снижался с возрастом женщин (55,7% среди женщин в возрастной группе 25–34 лет и 10,0% в возрастной группе 55+). В то же время около 13% участниц признались, что не хотят заниматься сексом и / или не считают этот акт приятным для себя или своего партнера.

В ответах, полученных в этом исследовании, мы отмечаем культурную особенность, в которой преобладает патриархальный культ - признание авторитета и власти мужчины и подчинение ему женщины. Так, более половины респондентов в городских районах (51,3%) и около 63,2% сельских женщин признались, что занимались сексом только для удовлетворения своего партнера по его просьбе и в этом ответе преобладает доля женщин из возрастной группы 18-24 лет. Около половины респондентов признались в оргазме во время секса. Вызывает беспокойство тот факт, что около 15% респондентов вообще не обсуждали свой ВИЧ-статус со своим сексуальным партнером. В то же время 29% женщин, включенных в исследование, подтвердили, что сексуальный партнер никогда не использует презервативы, когда они этого хотят.

Более трети опрошенных женщин признались, что не уверены, что не могут заразиться болезнями, передаваемыми половым путем, от своего партнера во время секса. В то же время около трети респонденток постоянно боятся не забеременеть, причем этот показатель значительно выше среди женщин в сельской местности (58,7%). Это свидетельствует о низкой культуре в области планирования семьи и методов контрацепции. Около 70% женщин признались, что не знали, как пользоваться и никогда не пользовались женским презервативом. И 61,5% женщин признали, что у них была одна или несколько незапланированных беременностей.

И другое исследование,¹⁷ проведенное в группе женщин репродуктивного возраста указывает на низкую ответственность населения Республики Молдова в отношении планирования детей. Подавляющее большинство семей не планируют своих детей, особенно первого ребенка - «появляется по любви». В последние годы наблюдается растущая число детей, рожденных до брака, особенно среди молодых родителей (16–20 лет). В сельской местности часто

¹⁷ Monitorul social: sănătatea reproducerii: beneficiu individual și colectiv. Nr.2. Cheianu D. IDIS "Viitorul". Chișinău, 2013. Disponibil la: http://www.viitorul.org/files/4301353_md_monitor_social_0.pdf

регистрируется рождение третьего ребенка у женщин старше 35 лет, незапланированно - «от Бога» Поскольку беременность не планировалась, женщины не решались на третью беременность, считая, что в этом возрасте стыдно забеременеть. Некоторые женщины, которые входят в верхнюю категорию квот плодородного контингента, сообщили, что они не использовали или не применяли методы контрацепции. Число этих женщин в сельской местности выше, чем в городских. По мнению некоторых женщин, контрацепция вредна для здоровья, поэтому они не используют эти методы. Большинство женщин не знают когда беременным надо ставиться на учет у семейного врача. Как правило, регистрация женщин на ранних сроках беременности не определяется в результате заботы о своем здоровье, а для подтверждения беременности.

На уровне населения официальные данные показывают, что методы контрацепции используются только 60 процентами замужних или женщин, с партнерами. Наиболее популярными методами являются внутриматочные контрацептивы (20%), прерванный половой акт (13%), презерватив (12%), таблетки (5%). Существуют некоторые различия в использовании методов контрацепции в зависимости от возраста, учебы, социально-экономического статуса. Таким образом, женщины в возрасте 15-24 лет используют противозачаточные методы реже, чем женщины в возрасте 25-45 лет. Чаще, однако, методы контрацепции используются для женщин с высшим образованием (64%). Использование противозачаточных средств увеличивается с ростом благосостояния женщины - 56% в домохозяйствах квинтильных ¹⁸.

Проблема аборт занимает особое место в дискуссиях по репродуктивному здоровью. Распространение абортов является основным социально-медицинским показателем, характеризующим репродуктивное поведение женщин. Данные одного исследования показывают, что только чуть более половины (55%) беременностей заканчиваются рождением живого ребенка в Республике Молдова¹⁹. Около 37% женщин репродуктивного возраста имели как минимум один аборт. Процент тех, кто сделал аборт, быстро увеличивается с возрастом - 61% женщин в возрасте 35 лет и старше сделали по крайней мере один аборт в жизни. Фактором, способствующим высокому уровню абортов, является низкая степень использования современных контрацептивов, аборт чаще всего воспринимается как метод предотвращения нежелательной беременности

В ходе опроса мы определили, что около трети респондентов (31,6%) заявили, что не имеют доступа к бесплатным услугам по планированию семьи / контрацепции, которые они предпочитают. Из них, респондентки из городской среде отметили несколько более высокий доступ к таким услугам (76,7%) по сравнению с сельскими женщинами (65,6%).

Менее половины женщин (49,6% городских и 34,9% сельских жителей) заявили, что имеют доступ к экстренной контрацепции, если она им необходима. Только треть респонденток из

¹⁸ Studiu de Indicatori Multipli în Cuiburi (MICS): Republica Moldova: Raport final / Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, Centrul Național de Sănătate Publică, Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare, Organizația Mondială a Sănătății, UNICEF – Chișinău : S. n., 2015. Disponibil la https://cnpdc.gov.md/sites/default/files/document/attachments/2012_moldova_mics_final_ro.compressed.pdf

¹⁹ Studiul Demografic și de Sănătate realizat în anul 2005 de Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă, cu suportul financiar al Agenției Statelor Unite pentru Dezvoltare Internațională (USAID).

сельской местности (32,6%) и 45% из городской местности заявили, что они имели доступ к безопасному и бесплатному аборту, а 25% женщин вообще не знают об этой возможности. Ограничен доступ женщин к помощи после аборта. Эта услуга более доступна для женщин в городских регионах (38,2%) по сравнению с сельскими (25,6%), и около 31% женщин не знают о таких услугах.

Эти накопленные данные, как на уровне населения в целом, так и в конкретной группе, включенной в исследование, позволяют предположить, что необходимы серьезные вмешательства в систему здравоохранения для повышения качества и доступности услуг по охране репродуктивного здоровья в нашей стране.

❖ **Отношение к беременности и безопасным родам**

Множество факторов влияют на количество детей в семье, одним из которых является и экономический. Принимая решение о рождении ребенка, люди делают расчеты между затратами и выгодой, и их поведение является результатом рационального выбора. В то же время мы отмечаем, что в некоторых исследованиях выявляются некоторые трудности доступа к медицинским услугам, с которыми сталкивается большинство беременных женщин в сельских районах Республики Молдова, в целом. Они подразделяются на несколько категорий, таких как: а) связанные с нехваткой специалистов, что заставляет беременных женщин из сельской местности ежемесячно ездить к специалисту в районный центр; (б) недостаточный уровень профессионализма тех, кто работает, а также плохое отношение некоторых из них к пациентам; (в) устаревшее медицинское оборудование или его отсутствие, которое определяет потребность обращения в областных или муниципальных перинатальных центрах, (г) недостаточная организация и управление деятельности медицинских учреждений.²⁰

Однако для женщин, живущих с ВИЧ, дополнительно определяется фактор страха перед внутриутробной передачей инфекции. Лишь чуть более половины женщин, включенных в исследование (55,2%), получили квалифицированные консультации по безопасной беременности (как забеременеть без риска для партнера и ребенка). Еще более низкий показатель (36,2%) женщин, которые получили некоторую помощь в отношении безопасной беременности. Только около двух третей респонденток (66,1%) могут позволить себе поговорить со своим врачом о желании иметь детей. Эти результаты показывают, что все еще существует явные недостатки в организации здравоохранения с учетом потребностей женщин, живущих с ВИЧ.

Особой темой также является озабоченность женщин мнением общества, опасаясь, что их будут судить и обвинять в решении иметь детей. Такие предположения, конечно, основаны на неприятных переживаниях, пережитых противостоянием со стигматизирующим поведением некоторых членов общества.

Около двух третей респонденток (68,4%) подтвердили, что сами выбрали медицинское учреждение для родов. Приблизительно 73% из рожавших женщин, имели поддержку в кормлении ребенка, не боясь общественного мнения.

²⁰ Monitorul social: sănătatea reproducerii: beneficiu individual și colectiv. Nr.2. Cheianu D. IDIS "Viitorul". Chișinău, 2013. Disponibil la: http://www.viitorul.org/files/4301353_md_monitor_social_0.pdf

Только одна треть женщин (36,2%), которые родили или хотели забеременеть, признали, что они получали АРВ-терапию. Практически каждая пятая участница нашего исследования не получала АРВ-терапию на протяжении всей беременности, а 7,5% получали профилактику только при рождении. Отказ от АРВ-терапии более заметен для городских респонденток (21,4%) по сравнению с сельскими (9,3%) и чаще встречается у женщин в возрасте 35–44 лет со средним образованием.

Три четверти рожавших женщин (71,8%) подтвердили, что их ребенок получил сироп для профилактики ВИЧ в первые дни жизни. Вызывает тревогу тот факт, что только 77,6% женщин с детьми (80,9% городских и 67,4% сельских районов) подтвердили полный диагноз ребенка. Эти данные указывают на необходимость проведения дальнейших исследований для определения нежелания женщин, живущих с ВИЧ, получать АРВ-терапию во время беременности, уровня знаний, которыми они обладают, о профилактике передачи ВИЧ от матери к плоду и отношении к профилактическому лечению.

IV. Насилие, воспринимаемое женщинами, живущими с ВИЧ

Результаты одного исследования на национальном уровне выявили, что насилие в отношении женщин является распространенным явлением в Республике Молдова. Насилие в отношении женщин проявляется в различных формах: психологической, экономической, физической и сексуальной. Большинство участников этого исследования сообщили, что они встречались по крайней мере с одной формой насилия, такую как психологическое насилие (60%), физическое насилие (40%), сексуальное насилие (19%), экономическое насилие. Насилие со стороны других людей, чем мужа / партнера, является менее распространенным явлением. Из опрошенных женщин около 6% сообщили о таких случаях на протяжении своей жизни и только 1% за последние 12 месяцев. Если о физическом насилии, совершенном супругом, чаще сообщают сельские женщины, то о насилии, не связанном с партнерами, в основном сообщают женщины из городских местностях²¹.

В ходе нашего опроса было установлено, что около четверти респонденток (24%) испытали на себе разные формы насилия, наиболее часто заявили такие случаи женщины в возрасте 45-54 лет. Из накопленных результатов мы видим, что ВИЧ-статус заставляет многих женщин бояться, что могут подвергнуться насилию со стороны как партнера, так и семьи или общества. Более того, женщины чувствуют себя уязвимыми и допускают возможности разных форм насилия против них в медицинских учреждениях (24%) и от полиции (4%).

Абсолютно все женщины указали, что очень важно обратить внимание медицинских работников на уважение их прав как пациентов и предотвращение насилия. В то же время женщины хотят больше действий для обеспечения социальной защиты. Подавляющее большинство женщин хотят иметь больше возможностей сообщать о насилии, которому они подвергаются, возможности получать поддержку, в том числе психологически и материально.

Эти результаты указывают на необходимость дальнейших исследований для определения проблем, с которыми сталкивается эта группа женщин, и их реальных потребностей.

²¹ «Насилие в отношении женщин в Республике Молдова», разработанное при поддержке Программы развития ООН, Структуры ООН по вопросам гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин, Фонда ООН по народонаселению и Посольства Швеции в Молдове, опубликовано в проекте ООН «Укрепление национальной статистической системы». Кишинев, 2011

V. Психическое здоровье женщин, живущих с ВИЧ

Исследование показало, что многие женщины из этой группы испытывают определенные проблемы с психическим здоровьем. Некоторые из них признались, что у них были мысли о самоубийстве, связанные с диагнозом ВИЧ-инфекции (26%), у некоторых - чувство одиночества (44%) и изоляция от друзей, родственников (42,7%), страх и панические атаки связанные с диагнозом (61,3%), чувство самобичевания (53%) и снижение самооценки (39,7%), стыд (59,3%) и депрессия (67,7%). 23% из опрошенных женщин признались что не имели никакой поддержки от семьи.

Эти результаты показывают, что многие женщины, живущие с ВИЧ, не получают адекватной психологической помощи и консультирование, и многие сталкиваются с серьезными психо-эмоциональными проблемами. Очевидно, что необходимо организовать эти службы в соответствии с потребностями и соответствующими проблемами, с которыми сталкивается эта группа людей.

Некоторые участницы исследования признались, что они иногда или часто участвуют в уходе за больным ребенком (43%), супругом / больным партнером (28,7%), больным родственником (24,7%). В то же время многие из них утверждают, что не получают никакой социальной поддержки со стороны государства или негосударственных структур. Такие обстоятельства повышают уязвимость этих женщин как в психологическом, так и в материальном плане. Около 18,7% опрошенных женщин заявили, что на них повлияли расходы, которые они должны были нести, поскольку они ухаживали дома за членом семьи.

V. ВЫВОДЫ

1. **Недостаток адекватных знаний ведет к безответственному поведению в отношении собственного здоровья.** Тот факт, что исследование обнаружило женщин с ВИЧ, которые не принимали на данный момент или никогда не получали АРВ-терапию по разным причинам, подтверждает отсутствие достаточных знаний среди этой группы женщины о заболевании, профилактике и лечении. Это отражается в безответственном поведении с опасностью для их собственной жизни и здоровью.
2. **Частое нарушение определенных прав пациентов медицинскими работниками.** Женщины, живущие с ВИЧ, считают, что часто нарушаются их права в медицинских учреждениях, такие как право на конфиденциальность, право на недискриминационный доступ к медицинским услугам, право на информирование по поводу профилактики, лечения и услуг в области репродуктивного здоровья. Даже если действующее законодательство требует обязательное консультирование лиц до и после тестирования на ВИЧ, около трети женщин заявили, что не получили такую консультацию.
3. **Низкий доступ к медицинским услугам (экономический, географический и информационный доступ).** Женщины, живущие с ВИЧ, имеют низкий доступ к качественному медицинскому обслуживанию, многие считают, что стоимость медицинских услуг в значительной степени влияет на доступ к качественному медицинскому обслуживанию. Определяется низкий доступ к услугам по планированию семьи / контрацепции, возможностью безопасного и бесплатного аборта, профилактике ВИЧ и пост-контактной профилактике. Некоторые из женщин, включенных в исследование, не знают о профилактике ВИЧ, где они могут получить информацию о болезнях, передаваемых половым путем, о методах контрацепции и т. д. Этот факт позволяют предположить, что для повышения качества и доступности услуг по охране репродуктивного здоровья необходимы серьезные вмешательства в систему здравоохранения.
4. **Недоверие и неадекватное общение с медицинскими работниками.** Часто определяется недоверие к медицинскому персоналу, а иногда и отсутствие уважения в общении. Лишь менее половины респондентов признались, что могут поговорить со своим врачом о сексуальном здоровье и проблемах, с которыми они сталкиваются. Треть респондентов заявили, что не могут позволить себе поговорить со своим врачом о своем желании иметь детей.
5. **Стигма и дискриминация на основании ВИЧ-статуса.** Хотя большая часть опрошенных женщин (83,1%) считают, что они получают те же услуги, что и любая другая женщина, все-таки было зафиксировано восприятие стигматизации и дискриминации в медицинских учреждениях, в обществе или в отношениях с родственниками. Хотя женщины подтверждают, что в последние годы был достигнут значительный прогресс в области защиты лиц, живущих с ВИЧ, все еще существуют ситуации, когда нарушается неприкосновенность частной жизни этих людей, что приводит к их стигматизации в обществе и на работе
6. **Некоторые женщины сталкиваются с проблемами сексуального здоровья.** Некоторые женщины в исследовании признали наличие определенных проблем их

сексуальной жизни, но они не консультировались со специалистом, либо из-за отсутствия доверия к медицинскому работнику, либо из-за отсутствия доступа к таким специалистам.

7. **Низкая санитарная грамотность и недостаточное знание методов планирования семьи и контрацепции.** Некоторые респондентки сообщили о своем страхе не забеременеть, об отсутствии практики использования различных методов контрацепции, слабых знаниях о доступе к услугам по планированию семьи / контрацепции, что указывает на пробел в процессе общения с этой группой женщин. Эти данные позволяют предположить, что для повышения доступности услуг по охране репродуктивного здоровья, в частности информирования и санитарного воспитания женщин, необходимы серьезные вмешательства на уровне системы здравоохранения.
8. **Страх по поводу рождения ребенка, в некоторых случаях отмечается безответственное поведение в отношении здоровья детей, по поводу профилактики ВИЧ.** Исследование показывает, что только чуть более половины женщин (55%) получили квалифицированную консультацию по поводу безопасной беременности. Некоторые женщины испытывают чувство страха, по поводу того, что общество будет осуждать и обвинять их решение иметь детей. Определяется высокая распространенность женщин, которые не получали АРВ-терапию во время беременности. Около четверти женщин не давали ребенку АРВ-терапию в первые несколько дней после рождения и не прошли полную диагностическую процедуру для ребенка. Эти данные указывают на необходимость проведения дальнейших исследований для определения нежелания женщин, живущих с ВИЧ, получать АРВ-терапию во время беременности, уровня знаний, которыми они обладают, о профилактике передачи ВИЧ от матери к плоду и их отношении к профилактическому лечению.
9. **Некоторые респонденты признались, что подвергались насилию различного типа.** ВИЧ-статус заставляет многих женщин опасаться, что насилие будет спровоцировано как со стороны партнера, так и со стороны семьи или общества. Более того, женщины чувствуют себя уязвимыми и ожидают проявления разных форм насилия против них в медицинских учреждениях (24%) и от полиции (4%). Абсолютно все женщины указали, что очень важно обратить внимание медицинских работников на уважение их прав как пациентов и предотвращение насилия. В то же время женщины хотят больше действий для обеспечения социальной защиты. Подавляющее большинство женщин хотят иметь больше возможностей сообщать о насилии, которому они подвергаются, возможности получать поддержку, в том числе психологически и материально. Эти результаты указывают на необходимость дальнейшего исследования, чтобы определить проблемы, с которыми сталкивается эта группа женщин, и их реальные потребности в поддержке.
10. **Многие женщины, живущие с ВИЧ, сталкиваются с проблемами психического здоровья.** Некоторые респонденты признались, что у них были мысли о самоубийстве, связанные с диагностикой ВИЧ-инфекции (26%), чувство одиночества (44%) и изоляция от друзей, родственников (42,7%), отсутствие поддержки от семьи (23%), страх и приступы паники связанные с диагнозом (61,3%), чувство самобичевания (53%) и снижение самооценки (39,7%), стыд (59,3%) и депрессия (67,7%)ю Эти результаты показывают, что многие люди, живущие с ВИЧ, не получают адекватной психологической помощи и консультирование, и многие сталкиваются с серьезными

психо-эмоциональными проблемами. Бремя заботы о члене семьи повышает уязвимость этих женщин как в психологическом, так и в материальном плане. Существует явная необходимость в организации услуг, адаптированных к потребностям и проблемам, с которыми сталкивается эта группа женщин.

VI. РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Чтобы понять причины, размер и глубину проблем, выявленных в этом исследовании, необходимо инициировать серию дальнейших исследований, таких как:

- Определения уровня знаний женщин с ВИЧ и источников их информирования о сексуальном и репродуктивном здоровье;
- Доступ к медицинским услугам с учетом потребностей женщин с ВИЧ, обеспечение доступа к профилактическому лечению, принятие АРВ-терапии для себя и своего ребенка;
- Размер и характеристики явления насилия в отношении женщин, живущих с ВИЧ, проблемы, с которыми сталкивается эта группа женщин, и их реальные потребности в поддержке;
- Проблемы, с которыми сталкивается женщина с ВИЧ при беременности и родах.

На основании этих исследований могут быть сформулированы предложения для конкретных вмешательств.

2. Разработать устойчивые меры для расширения доступа женщин, живущих с ВИЧ, особенно из сельских местностях, к услугам по охране репродуктивного здоровья, планированию семьи и контрацепции.

3. Введение обязательной подготовки медицинских работников в области общения и консультирования пациентов с ВИЧ, с тем чтобы избежать явления стигматизации и дискриминации в отношении этих лиц и повысить уровень доверия к медицинскому персоналу, предотвращения некоторых форм насилия в медицинских учреждениях.

4. Разработка мер поддержки для ВИЧ-инфицированных женщин, подвергшихся насилию, организация возможностей получения поддержки, в том числе на психологическом и материальном уровнях.

5. Укрепление службы консультирования людей, живущих с ВИЧ, для оказания им более эффективной психологической поддержки с учетом проблем, с которыми они сталкиваются в области психического здоровья. Определение возможностей доступа к этим услугам и для женщин в сельской местности.