

«Продвижение Сексуальных  
и Репродуктивных Прав  
ЛЖВ:  
Пакет руководящих  
материалов»

Молдова



# Отчет по исследованию в Молдове

Кишинэу 2011



# СОДЕРЖАНИЕ

Введение .....	5
Об исследовании .....	7
Методологические аспекты.....	7
Результаты исследования .....	9
Параметры ВИЧ статуса респондентов.....	9
Уровень информированности относительно путей передачи ВИЧ .....	14
Сексуальные и репродуктивные права .....	14
Репродуктивная история .....	18
Практика абортотв .....	20
Роды для ВИЧ+ матери .....	22
Стигма и дискриминация.....	27
Интенсивность половой жизни .....	29
Безопасное зачатие.....	33
ВЫВОДЫ .....	37

## Список диаграмм

Диаграмма 1. Пути заражения ВИЧ .....	9
Диаграмма 2. ВИЧ статуссупруга/и – сожителя/ьницы (у которых на тот момент был сексуальный партнер).....	10
Диаграмма 3. Сексуальные партнеры, которые знают ВИЧ статус респондентов .....	10
Диаграмма 4. Изменение семейного статуса относительно момента установления ВИЧ статуса .....	13
Диаграмма 5. В нашей стране соблюдаются сексуальные и репродуктивные права ВИЧ инфицированных?.....	15
Диаграмма 6. Общие параметры репродуктивной истории .....	18
Диаграмма 7. Информированность с способах зачатия/усыновлении ребенка .....	20
Диаграмма 8. В какой степени ВИЧ инфицированная женщина может родить здорового ребенка? ...	24
Диаграмма 9. Вич+ женщина может получить услуги в роддомах на том же уровне, как и другие беременные женщины .....	27
Диаграмма 10. Медицинские учреждения, где респонденты сталкивались со стигмой и дискриминацией .....	27
Диаграмма 11. За последние 12 месяцев, вступали ли Вы в сексуальный контакт с женщиной /мужчиной?.....	29
Диаграмма 12. Количество половых контактов в среднем в месяц .....	29
Диаграмма 13. Используемые методы контрацепции .....	32
Диаграмма 14. Оказывали ли Вам или Вашему партнёру поддержку в вопросах безопасного зачатия? .....	33

Диаграмма 15. Оказывается ли достаточный уровень поддержки в вопросах безопасного зачатия женщинам и парам, живущим с ВИЧ?.....	33
Диаграмма 16. Как вы считаете, поощряется ли обращение мужчин за получением услуг планирования семьи? .....	34
Диаграмма 17. Препятствия на пути доступа к медицинским услугам для мужчин (множественные ответы).....	36

## Список таблиц

Таблица 1. Мнения относительно прав на сексуальную жизнь и репродуктивное здоровье .....	14
Таблица 2. Источники информирования относительно репродуктивных и сексуальных прав .....	18
Таблица 3. Мотивация решения о проведении аборта .....	21
Таблица 4. Проблемы в доступе к услугам .....	25
Таблица 5. В течение последней беременности и/или сразу после рождения ребенка, получали ли Вы какие либо консультации от медработников относительно:.....	26
Таблица 6. Обеспечен ли живущим с ВИЧ в нашей стране доступ к этим услугам? .....	30
Таблица 7. Предоставляли ли Вам какие-либо из перечисленных услуг? .....	31

# Благодарность

Лига Людей, Живущих с ВИЧ/СПИД выражает искреннюю благодарность Всемирной Сети Людей, Живущих с ВИЧ/СПИД(GNP+), Департаменту по Международному Развитию Великобритании, Фонду Управления и Транспарентности за финансовую и техническую помощь, которая сделала возможным это исследование.

В частности, мы очень благодарны г-же Наталье Владическу и г-ну Василию Кантаржи, консультантам, которые руководили процессом исследования , создавали и разрабатывали итоговый отчет. Также, хотим выразить искреннюю благодарность г-ну Игорю Кильчевскому и г-же Людмиле Унтура из Лиги Людей, Живущих с ВИЧ/СПИД за техническое руководство по ходу исследования.

И ,последнее по порядку, но не по значимости, хотим отметить неоценимую роль людей, живущих с ВИЧ и их партнеров, которые активно по собственной инициативе участвовали в этом исследовании, поделились своими жизненными историями. Мы надеемся, что эти результаты будут способствовать улучшению здоровья и качества жизни людей, живущих с ВИЧ/СПИД в целом.

# Введение

*«Неоспорим факт, что женщины оказались в ловушке. Воспроизводство используется, сознательно или нет, как средство контроля над женщиной, ограничивает ее возможности и ставит в подчиненное перед мужчиной положение. Во многих обществах серьезный подход к охране репродуктивного здоровья должен иметь в виду эту перспективу. Мы должны стремиться к освобождению женщин».*  
Нафис Сади́к (NafisSadik)  
Исполнительный Директор  
Фонд ООН в области народонаселения

Сексуальные и репродуктивные права это неотъемлемая часть прав человека. Именно с этого постулата начинается строительство сравнительно недавно отсутствующего в международной практике понятия и области действий. Последнее десятилетие прошлого века характеризуется как ключевой период установления четкой формулировки и связи между нормами по правам человека, изложенными к тому времени в международных актах, и репродуктивными правами. Специфическая роль женщины в человеческом воспроизводстве, производящая неравенство в реализации основных прав предопределяет проявившийся запрос на признание правового основания репродуктивного права в качестве решающего шага к достижению прав человека для всех женщин. Именно женские репродуктивные права стали центральной темой двух международных конференций, положивших фундамент

## Репродуктивное и сексуальное здоровье / охрана / права – что это?

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет **здоровье** как состояние полного физического, духовного и социального благополучия, т.е. не только отсутствие болезней и физических дефектов.

**Репродуктивное здоровье**, в соответствии с рекомендациями Программы действий Международной конференции по вопросам народонаселения и развития (Каир, 1994), это состояние полного физического и социального благополучия, а не только отсутствие заболеваний репродуктивной системы, нарушения ее функций и/или процессов в ней. Репродуктивное здоровье означает возможность удовлетворенной и безопасной сексуальной жизни, способность к воспроизведению (рождению детей) и возможность самостоятельно и осознанно принимать решения, когда и как часто это делать.

Понятие "репродуктивное здоровье" включает в себя и **сексуальное здоровье** — состояние, позволяющее человеку вести полноценную половую жизнь.

Таким образом, **охрана репродуктивного здоровья** — это совокупность факторов, методов, процедур и услуг, которые оказывают поддержку репродуктивному здоровью и содействуют благосостоянию семьи или отдельного человека, путем профилактики и решения проблем, связанных с репродуктивным здоровьем.

**Сексуальные и репродуктивные права** — это спектр прав каждого человек жить полной сексуальной жизнью свободной от риска. Это предусматривает (но не ограничивается) право на информацию и доступ к методам планирования семьи и методам регулирования рождаемости, которые не противоречат закону. Это означает также и право доступа к соответствующим услугам в области здравоохранения, позволяющим женщине безопасно перенести беременность и роды, и обеспечивающим наилучшую возможность родить здорового ребенка.

дальнейшего развития механизмов обеспечения и защиты репродуктивных и сексуальных прав: Международная конференция Организации Объединенных Наций по Народонаселению и Развитию (МКНР) в 1994 году и Четвертая Всемирная Конференция Организации Объединенных Наций по положению Женщин в 1995 году (Пекин).

Как заявлено в Параграфе 7.3 Плана Действий МКНР: *«Репродуктивные права охватывают некоторые права человека, которые уже признаны в национальных законодательствах, международных документах по правам человека и других соответствующих документах ООН. Указанные права зиждутся на признании основного права всех супружеских пар и отдельных лиц свободно принимать ответственное решение относительно количества*

*своих детей, интервалов между их рождением и времени их рождения и располагать для этого необходимой информацией и средствами и праве на достижение максимально высокого уровня сексуального и репродуктивного здоровья. Это также включает их право принимать решения в отношении воспроизводства потомства без какой бы то ни было дискриминации, принуждения и насилия, о чем говорится в документах по правам человека».*

Женщины это наиболее многочисленная группа людей находящихся в уязвимом положении ввиду необеспечения соблюдения сексуальных и репродуктивных прав, а наличие положительного ВИЧ статуса является фактором, еще более усугубляющим положение. В рамках общего дискриминационного фона относительно ВИЧ инфицированных, а так же в рамках борьбы с распространением инфекции попытки ограничить сексуальные и репродуктивные права одна из самых распространенных форм дискриминации ЛЖВ, особенно женщин.

Право на репродуктивное здоровье в Республике Молдова гарантируется Законом об охране репродуктивного здоровья и планировании семьи (№ 185-XV). Также, РМ, наряду с другими 190 государствами, в 2000 году взяла на себя обязательства по достижению Целей Развития Тысячелетия. Цель 5 относительно улучшения материнского здоровья предусматривает обеспечение всеобщего доступа к Репродуктивному Здравоохранению к 2015. Цель6 касается борьбы с ВИЧ/СПИД и туберкулезом. Исходя из этих обязательств, как и иных международных документов, ратифицированных Молдовой, например, Конвенция по Правам Человека, и в соответствии с национальным законодательством, для ВИЧ позитивных лиц с юридической точки зрения обеспечены права на сексуальную жизнь и репродуктивное здоровье.

Национальная Стратегия РМ по Репродуктивному Здоровью на 2005 – 2015 составлена в соответствии с документами ВОЗ и ООН, и также предусматривает в одной из целей сокращение ВИЧ инфекции. В отношении достижения этой цели с поддержкой международных организаций и при сотрудничестве с социальными партнерами, как из правительственного сектора, так и из общественных объединений, был достигнут немалый прогресс в разделе тестирования и профилактики ВИЧ. С2003 года все беременные проходят добровольное тестирование на ВИЧ 2 раза за беременность для своевременной диагностики ВИЧ инфекции<sup>1</sup> (Закон № 23-XVI). Также обеспечена бесплатная АРВТ как для матери, так и для ребенка. Дети, рожденные от ВИЧ позитивных матерей обеспечиваются бесплатным питанием до одного года.

При наличии законодательной базы и стратегии по ее реализации, международной финансовой поддержки, гипотетически, можно было бы ожидать увидеть хорошую ситуацию на уровне соблюдения прав на репродуктивное здоровье ВИЧ позитивных лиц в РМ. В реальности, однако, мы видим низкий уровень сексуального воспитания населения, соответствующий предмет введен в школьную программу, но эта тема остается табу в разговорах между родителями и детьми. Недостаток знаний и отсутствие социально-культурных норм порождает страх перед ВИЧ/СПИД, которые находят выражение в стигматизации, дискриминации и нарушении конфиденциальности. В ысле можно привести пример ст.14 Закона №23-XVI, которая гласит, что результат ВИЧ теста может быть передан без согласия пациента руководителю медико-санитарного учреждения, где был произведен

---

<sup>1</sup>Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку в Республике Молдова, Юрий ОСОЯНУ, НЦЗН, СПИД Центр, Национальная Конференция по ВИЧ/СПИД, 5-7 декабря 2011. Дворец Республики, Кишинев

забор крови, руководителю публичного медико-санитарного учреждения по месту жительства тестируемого, даже если они не связаны с обследованием и лечением этого лица. Таким образом, остаются необоснованные случаи информирования членов общества о ВИЧ статусе лица. Иногда медицинский персонал не подготовлен для оказания услуг ВИЧ инфицированным лицам, и неадекватное отношение со стороны медицинского персонала заставляет лиц, живущих с ВИЧ настороженно относиться к этим медицинским услугам или не раскрывать свой ВИЧ статус, даже когда это необходимо и обосновано.

## Об исследовании

Глобальная сеть людей живущих с ВИЧ, в рамках адвокационной деятельности отмечает, что знания о сексуальном и репродуктивном здоровье людей, живущих с ВИЧ, весьма ограничены. Во многих случаях это относится к людям, принимающим решения на государственном уровне и непосредственно к работникам в области сексуального и репродуктивно здоровья. Чтобы устранить этот недостаток в 2008-2009 гг. GNP+проводит исследования потребностей сексуального и репродуктивного здоровья ВИЧ диссонансных пар. В 2010 году GNP+ принимает Пакет рекомендаций по продвижению сексуального и репродуктивного здоровья и прав человека людей, живущих с ВИЧ, в качестве исследовательского инструмента. Данный инструмент призван служить для проведения исследований в странах, в которых GNP+, Всемирная кампания против СПИДа и национальные сети людей, живущих с ВИЧ, совместно осуществляют программу Лидерство через Ответственность.

**Данный проект является прикладным социологическим исследованием, поставившим перед собой цель** сбора информации о проблемах людей, живущих с ВИЧ, связанных с сексуальным и репродуктивным здоровьем.

## Методологические аспекты

Исследование содержит два исследовательских компонента: количественный компонент – 50 полуструктурированных интервью, и качественный- 2 групповые дискуссии (фокус-группы).

Фокус-группы проводились на начальном этапе исследования, участвовали женщины репродуктивного возраста. В обсуждении участвовали 15 женщин репродуктивного возраста. Данные качественного компонента послужили первичным источником информации о проблемах репродуктивного здоровья среди ЛЖВ, первичным инструментом при разработке опросников для количественного исследования, а также информационной поддержкой для количественных данных.

Опрос общественного мнения включал в себя 50 ВИЧ инфицированных лиц в возрасте от 20 до 50 лет, 22 мужчины и 28 женщин.

Для сбора данных было обучено 2 представителя Лиги ЛЖВ в Молдове, и респонденты были отобраны при посредничестве Лиги.

Принимая во внимание небольшие размеры выборки, а также сложности в обеспечении выборки, обеспечивающей вероятностный характер отбора респондентов среди ЛЖВ, было решено осуществлять распределение по частям выборки по полу, возрасту и среде проживания ЛЖВ, включенных в исследование. Распределение на части было выполнено на основании статистических данных о распределении людей, живущих с ВИЧ, по этим характеристикам.

# Результаты исследования

## Параметры ВИЧ статуса респондентов

Истории жизни с ВИЧ респондентов, включенных в исследование, начинаются с 1996 года, большинство из них были инфицированы половым путем, многие живут в партнерстве с HIV+ лицами.

Периоды диагностирования респондентов различны. Исследование включает в себя респондентов, диагностированных с начала 1996 до 2011. Из общего числа респондентов, половина была диагностирована в период 2006-2011, остальные - до 2006 года.

Более половины (28 человек) опрошенных были инфицированы ВИЧ через сексуальные отношения, а порядка трети (17 человек) через инъекции. Еще 4 человека не знают, как они заразились (смотри График1).

Диаграмма 1. Пути заражения ВИЧ



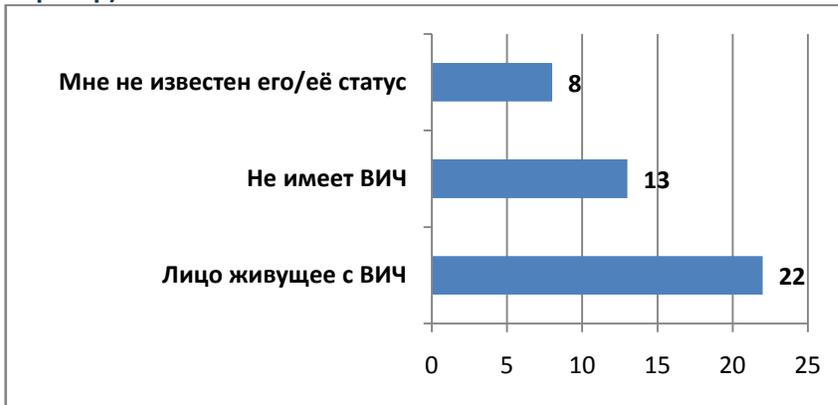
Женщины в основном заразились половым путем, более двух третей опрошенных (20 из 28 женщин), а мужчины – в основном через инъекции, более половины (13 из 22 мужчин).

Групповые дискуссии показали, что у большинства женщин HIV+ статус был выявлен во время беременности. для них это было шоком, но от случая к случаю, с помощью окружающих, медицинских работников или НПО, они смогли преодолеть это состояние.

У большинства респондентов (43 из 50) на момент исследования были постоянные сексуальные партнеры (включая и вне дома). Что касается их ВИЧ статуса, большинство (22 человек) также являются ВИЧ позитивными. Около четверти опрошенных (13 человек) заявили, что их партнеры не инфицированы ВИЧ.

Нужно отметить тот факт, что 8 человек (из них 7 женщин и только 1 мужчина) не знают ВИЧ статуса сексуального партнера, тревожный факт в условиях, когда ВИЧ позитивные люди сознают, что ВИЧ может поразить любого (График2).

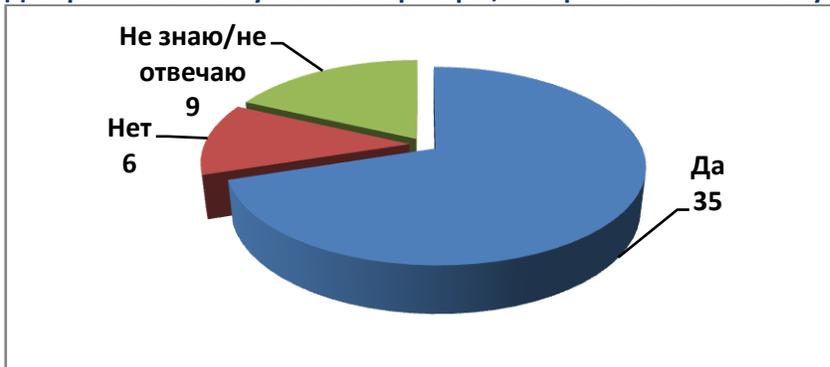
**Диаграмма 2. ВИЧ статус супруга/и – сожителя/ьницы (у которых на тот момент был сексуальный партнер)**



Все, состоящие в браке, знают статус ВИЧ супруга/и - из 15 человек 10 ВИЧ позитивны, 5 ВИЧ негативны. Что касается людей, никогда не состоявших в браке, ситуация более драматична, из 10 случаев в 4 партнеры также ВИЧ позитивны, в одном случае партнер не инфицирован ВИЧ, а 5 респондентов не знают ВИЧ статуса партнера.

На вопрос, знает ли партнер об их ВИЧ- позитивности, подавляющее большинство ответило утвердительно, однако, частота сокрытия статуса высока - 6 человек ответили, что их партнеры не знают об этом. Еще 9 респондентов заявили, что не знают, в курсе ли их партнер об их ВИЧ статусе, или отказались отвечать на этот вопрос.

**Диаграмма 3. Сексуальные партнеры, которые знают ВИЧ статус респондентов**



Количественное исследование подтвердило, что женщины обычно не торопятся раскрыть свой ВИЧ статус своим сексуальным партнерам, особенно, если отношения находятся на начальной стадии, основная причина этого состоит в том, что они опасаются реакции партнера. Также, среди ВИЧ инфицированных существует устойчивая тенденция искать партнеров внутри ЛЖВ сообщества. Они надеются найти у них больше понимания, не быть отвергнутыми, легче преодолеть самоизоляцию.

*„когда я развелась в первом мужем, я долго оставалась одна с ребенком, мне было очень тяжело. Да, за мной ухаживали, но я боялась сказать, боялась, что если скажу, меня побьют или бросят. И долго я искала среди наших(ЛЖВ), но и с ними было тяжело, потому что они были наркоманы или пьяницы.”(F)*

Но и в случае, если они уже состоят в браке, и жена первая обнаруживает ВИЧ позитивный статус, обычно при тестировании во время беременности или сразу после родов, выявление статуса является шоковым моментом, и признаться партнеру в этом открытии очень сложно.

*“я была на 5 месяце беременности, сдала анализы, и мне сказали, что я позитивна, моего мужа не было дома, он был на заработках за границей. Когда он приехал, я его немного подготовила, когда я ему сказала, он плакал, через три дня привык к этой мысли, потом пошел и сдал анализы, он здоров, у нас двое здоровых детей.” (F)*

*”Тогда у меня был шок, я была в депрессии, хорошо, что ребенок был рядом—маленький, мы плакали вместе. Потом я стала думать, как сказать мужу об этом, 2 месяца мучилась, потому что не могла сказать ему об этом по телефону, нужно было его подготовить. Муж приехал, я ему рассказала, мы пошли вместе, нам объяснили, что и как, его успокоили, с ним работал психолог. Объясним нам, что и как делать, вот и все.” (F)*

В целом, объявление сексуальному партнеру ВИЧ статуса это деликатная проблема, вне зависимости от стадии отношений.

*“Когда я рассказывала своему другу (любовнику), я понимала, что он может меня избить, убить, у него маленький ребенок, в первую очередь срабатывает родительский инстинкт. Как бы я ему ни нравилась, но и сейчас мы общаемся только как друзья, я не знала, как он отреагирует, у меня за спиной стояла мать, когда я ему рассказывала. Но не рассказать ему я не могла, потому что его жена кормила ребенка грудью. Я много плакала. Когда узнала, что он здоров, я успокоилась” (F)*

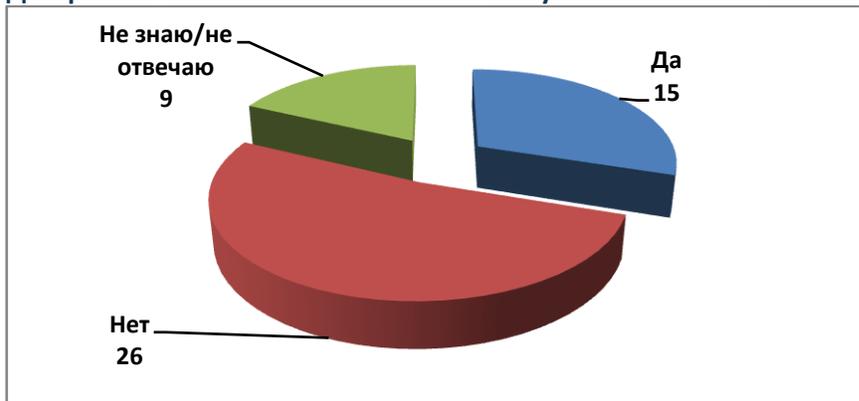
И в ситуации, когда оба партнера ВИЧ инфицированные, могут существовать определенные тонкие моменты в общении, определенные вопросы, где партнеры не могут быть искренними. Но в этих случаях медицинский персонал проявляет терпимость.

*„я болею с 1997, когда я начала встречаться с мужем, у уже была больна, я об этом знала, потому что была в России в заключении и находилась в СПИД отделении. Я не знала о СПИДе так много, как узнала, когда приехала, в больнице в Костюженах. Когда мы начали встречаться, он бывший наркоман, он и сейчас потребляет, и когда мы сблизилась и даже стали жить вместе, он дал мне понять, что может быть инфицирован ВИЧ, но я сделала вид, что не слышу, и я поняла, что, если он узнает про меня, он отреагирует нормально. Мы стали жить вместе, и, я признаю свою ошибку, я не сказала ему ничего, но очень скоро я забеременела и отправилась в Костюжены, я договорилась с врачом, что мы немного обманем, и не скажем ему, с какого года я болею. Она пригласила его и сказала, что я ВИЧ инфицирована с 1997, он до сих пор не в курсе. Он отреагировал нормально, было полегче, потому что, не будь этой терапии для беременных, чтобы дети рождались здоровыми, мы бы не согласились рожать, но оказалось, все может быть более или менее хорошо. Одна проблема, мы живем вместе 7 лет, и в первые годы он иногда*

*сдавал анализы, а теперь не хочет, по-любому, мы живем открыто.(F)*

Установление ВИЧ статуса несет большой риск распада существующих на тот момент пар, даже развода. В 15 случаях партнеры не поменялись, но 9 человек не захотели раскрывать эту информацию. (График 4).

**Диаграмма 4. Изменение семейного статуса относительно момента установления ВИЧ статуса**



Более половины респондентов (26 человек) после установления ВИЧ статуса изменили семейное положение. В случае 14 человек – по причине того, что ранее у них не было партнеров, а 12 человек заявили, что сменили партнеров.

Только 2 человека отметили тот факт, что их ВИЧ позитивный статус повлиял на расставание с прежним партнером, один отметил, что это был единственный мотив для расставания, а два заявили, что это была одна из ряда причин для разрыва отношений. В то же время 7 человек отметили, что их ВИЧ позитивный статус никак не повлиял на их расставание с партнерами, имея в виду, что в 4 случаях люди на момент расставания не знали о ВИЧ статусе партнера, а в 3 случаях респонденты убеждены, что, хотя партнеры знали о том, что они ВИЧ позитивны, расставание было вызвано иными факторами.

Качественное исследование подтвердило тот факт, что сожительство и отношения между двумя партнерами определяются целым рядом факторов, среди которых ВИЧ статус зачастую является незначительным с точки зрения счастья и жизни семьи.

*“когда я начала жить с мужем, у него уже был этот статус, я сама на это пошла, 2 года у меня не было, мы проходили тестирование каждый месяц, через 2 года выяснилось, что я тоже инфицирована. Таковы любовь и молодость.” (F)*

*“до конца было так, он – негативный, я – позитивная, дочка – тоже негативная. Для нас обоих было стрессом, это был очень тяжелый период, сейчас я благодарна ему за понимание, проблем нет, мы счастливы.” (F)*

Тем не менее, учитывая два случая, когда установление ВИЧ+ статуса привело к распаду пары, из 24 респондентов, которые на момент установления статуса состояли в браке или конкубинате, мы получаем показатель 8 разводов по причине ВИЧ на 100 пар. Для сравнения, если мы поделим число разводов в 2010 году - 11,5 тысяч на количество пар – порядка 800 тысяч (согласно данным переписи 2004 года), показатель составит 1,4 развода на 100 пар.

## Уровень информированности относительно путей передачи ВИЧ

Уровень информированности опрошенных ЛЖВ относительно путей передачи ВИЧ очень высок. Все респонденты правильно ответили на набор вопросов относительно путей заражения ВИЧ.

Вопрос	Правильный ответ
Может ли кто-нибудь заразиться ВИЧ пользуясь, одним и тем же туалетом с ВИЧ-инфицированным?	Нет
Можно ли заразиться ВИЧ, пользуясь иглой или шприцом, который был использован другим человеком?	Да
Можно ли заразиться ВИЧ, принимая пищу из одной посуды с ВИЧ-инфицированным человеком?	Нет
Можно ли заразиться СПИД-ом при пожатии руки ВИЧ-позитивного человека?	Нет
Может ли ВИЧ передаваться плоду от беременной женщины?	Да
Может ли ВИЧ передаваться через укусы комара?	Нет
Может ли ВИЧ передаваться через грудное молоко?	Да

## Сексуальные и репродуктивные права

В большей части респонденты признают права на сексуальную жизнь и репродуктивные права ЛЖВ, большинство из них полностью согласно с утверждениями, которые эти права гарантируют (Таблица).

И все-таки число тех, у кого есть определенные сомнения относительно того, что у ЛЖВ есть такие права, достаточно значительно. Между 6 и 8 лицами не выразили полного согласия с тем фактом, что ЛЖВ имеют права сексуально-репродуктивного характера (перечисленные в исследовании), а несогласие выразили между 2 и 7 человек.

Наибольшее несогласие, а именно отрицание, касается права ЛЖВ свободно принимать решения о сексуальных (половых) отношениях и свободно принимать решения в области своей половой активности (в какие именно половые отношения вступать), включая безопасный секс (7 несогласий и 8 умеренных согласий – скорее согласен), а так же свободны принимать решения о сексуальных (половых) отношениях (7 несогласий и 8 умеренных согласий). Также, 5 респондентов уточнили, что несогласны с утверждением: „ЛЖВ свободны принимать решение о том, хотят ли они иметь детей, и если да, то когда”.

**Таблица 1. Мнения относительно прав на сексуальную жизнь и репродуктивное здоровье**

ВИЧ инфицированные люди ...	Полностью согласен	Скорее согласен	Скорее не согласен	Совсем не согласен
Получать удовлетворение от своей половой жизни	42	6	2	
Иметь доступ к информации и поддержки в вопросах половой жизни, например, получать информацию о половой жизни, сексе, противозачаточных средствах и т.п.	41	6	3	
Имеют право на доступ к информации о ППМР и безопасному зачатию	41	7	2	
Имеют право не подвергаться дискриминации в вопросах	41	7	2	

ВИЧ инфицированные люди ...	Полностью согласен	Скорее согласен	Скорее не согласен	Совсем не согласен
своей половой жизни				
Не испытывать давления и насилия в области половой жизни	41	7	2	
Имеют право свободно решать прерывать или не прерывать беременность	40	7	3	
Имеют право на доступ к информации и поддержки в вопросах прав на рождение детей, в частности планирования семьи, контрацепции, антенатальном уходе, родах, абортах	40	7	3	
Свободно принимать решение о том, хотят ли они иметь детей, и если да, то когда	39	6	5	
Свободны принимать решения о сексуальных (половых) отношениях	37	6	5	2
Свободны принимать решения в области своей половой активности (в какие именно половые отношения вступать), включая безопасный секс	35	8	6	1

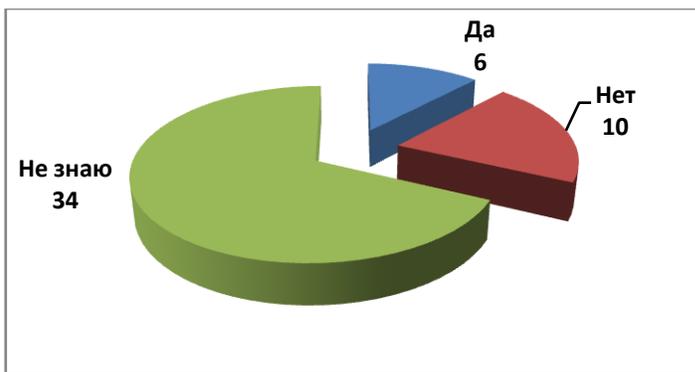
И в тоже время, результаты свидетельствуют, что ЛЖВ сообщество в Республике Молдова не осознает данную проблематику.

Более половины респондентов (28 человек) не смогли объяснить, что для них означает: „сексуальные права ВИЧ инфицированных“. В остальном, восприятие права на сексуальную жизнь соотносится с правом выбирать, с кем, когда и где лицо может иметь сексуальные отношения. Тем не менее, 4 респондента высказали мнение о том, что сексуальная жизнь означает ответственность по отношению к сексуальному партнеру и защищенный секс.

Порядка двух третей участников исследования (33 человека) не смогли дать ответа на вопрос: „Что Вы понимаете под репродуктивными правами ВИЧ инфицированных?“. Те, кто дали ответ на этот вопрос, в основном говорили о правах ВИЧ позитивных лиц иметь детей. Некоторые также отметили и тот факт, что ВИЧ позитивные лица имеют права и , что право на репродуктивное здоровье на самом деле означает ответственность по отношению к другим людям.

В результате, значительное большинство респондентов (34 человека) оказались неспособны оценить соблюдаются ли **сексуальные и репродуктивные права ВИЧ инфицированных**. Однако, 10 человек, то есть, каждый пятый респондент отметил, что в РМ эти права не соблюдаются, и только 6 считают, что они соблюдаются (как мы далее увидим, они имеют причины для таких ответов).

#### **Диаграмма 5. В нашей стране соблюдают ли сексуальные и репродуктивные права ВИЧ инфицированных?**



6 человек, из общего числа опрошенных непосредственно сталкивались с нарушением прав на сексуальную жизнь и репродуктивное здоровье со стороны работников здравоохранения или иных общественных служащих. Два респондента утверждают, что это частая практика.

Сообщения о нарушении прав на сексуальную жизнь и репродуктивное здоровье в первую очередь относятся к действиям медицинского персонала:

- Несоблюдение конфиденциальности,
- Вмешательство в личную жизнь путем уговаривания партнера начать новую жизнь рядом с другим человеком,
- Запрещение сексуальных отношений – „врач по району говорит мне не иметь больше половых контактов.”,
- Настойчивое убеждение прервать беременность.

Об этом последнем аспекте мы также поговорим и в следующей главе.

Женщины, учувствовавшие в групповом обсуждении, по большей мере отмечали, что те, кто объявлял им об их ВИЧ статусе, рассказывали им и дальнейшей жизни, включая сексуальную жизнь и репродуктивное здоровье, давали психологическую консультацию.

*„я была беременна, меня вызвали на эпидемиологическую станцию. Врач подошел к делу, имея в виду, что я на тот момент была в панике, думала, что все, жизни больше нет. Он меня успокоил, сказал, что и с таким статусом люди живут, и даже, если муж решит со мной развестись, многое может произойти, только надо защищаться. Там я подписала документ, что я обязана сообщить партнеру, что я ВИЧ-инфицированная. Благодаря ему(врачу) я жива, он спас меня, он пробил со мной где-то 2 часа, объяснял, работал, сказал, что все хорошо, ты здоровая, не смотри на эти анализы. Он мне внушил все это, и когда я вышла, я поняла, что жизнь прекрасна, , даже если мы разведемся, я поняла, что это не конец жизни.(F)*

Однако, в случае некоторых респондентов информация была недостаточной или неполной.

*„никто не сказал мне, как жить, я сдала анализы, и в Костюженах мне сказали, что до получения результатов мужа следует пользоваться презервативами или воздерживаться, и все. Когда пришли и результаты мужа, нам ничего не объяснили, я сказала мужу, чтоб не обманывать его. Да мы предохраняемся, чтобы не забеременеть.” (F)*

В целом данные исследования говорят о том что 1) непосредственно знающих что сексуальные и репродуктивные права ЛЖВ гарантируются (покрайней мере законодательно) меньшинство среди ЛЖВ, и 2) информация в данной области распространяется отнюдь не посредством медицинского персонала, который может предоставить наиболее правильную и полную информацию.

Около половины опрошенных впервые услышали об основных правах в области репродукции и сексуальной жизни ЛЖВ непосредственно в рамках исследования – 22-24 человека.

Почти все остальные респонденты узнали сами о наличии таких прав, и только 1-2 человека отметили, что о наличии каких-то конкретных прав им говорили врачи, либо семейный, либо инфекционист.

**Таблица 2. Источники информирования относительно репродуктивных и сексуальных прав**

	Сейчас от Вас	Сам читал	От других ЛЖВ	От семейного врача	От участкового инфекциониста	От врачей в инфекционной больнице
Свободны принимать решения о сексуальных (половых) отношениях	24	22	2	1	1	
Свободны принимать решения в области своей половой активности	23	22	3	1		
Имеют право на доступ к информации и поддержке в вопросах половой жизни,	22	21	4	1		
Имеют право свободно принимать решение о том, хотят ли они иметь детей, и если да, то когда	22	21	4			1
Имеют право свободно решать прерывать или не прерывать беременность	24	19	5			1
Имеют право на доступ к информации и поддержки в вопросах прав на рождение детей, в частности планирования семьи, контрацепции, атенатальном уходе, родах, абортах	23	22	1			2
Имеют право на доступ к информации о ППМР и безопасному зачатию	23	23	2			1
Имеют право не подвергаться дискриминации в вопросах своей половой жизни	24	24	1			

## Репродуктивная история

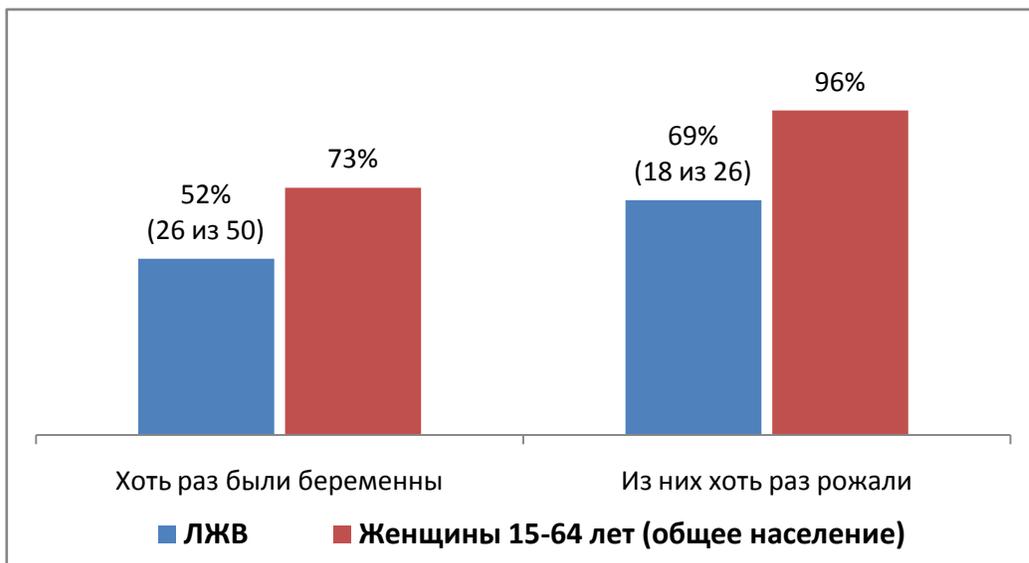
В рамках исследования регистрировалась репродуктивная история пар опрошенных ЛЖВ. Результаты свидетельствуют, что ЛЖВ существенно уступают в репродуктивном плане от общего населения по количественным показателям.

Из 50 опрошенных ЛЖВ только в половине случаев (26) респондент (сожительница, в случае респондентов мужского пола) были когда-либо беременны. Учитывая тот факт, что по все респонденты находятся в репродуктивном возрасте, цифры говорят о очень низком уровне рождаемости среди ЛЖВ. Для сравнения, в рамках исследования [«Оценка уровня знаний, отношения и практики общего населения \(15-64 лет\) относительно ВИЧ»](#) за 2010 год, из женщин в возрасте 15-49 лет хоть раз в жизни были беременными 72,9%.

Из 26 случаев перенесенной беременности, 18 пар родили и имеют детей. В 10 парах речь идет об одном ребенке, у 6 женщин по двое детей, по одной – 3 и 4 ребенка. И снова показатель на много ниже по сравнению с общим населением – по данным [того же исследования](#) из беременевших хоть раз женщин родили 96% (в случае ЛЖВ только 69%).

Так же среднее количество детей на рожавшую женщину среди ЛЖВ (1,6 детей) сильно уступает общему населению (1,9 детей).

### Диаграмма 6. Общие параметры репродуктивной истории



Из 26 респондентов, у которых есть дети, 16 заявили, что хотели бы еще хотя бы одного ребенка, 10 заявили, что больше не хотят детей. Из тех, кто не хочет, основными причинами называют три фактора:

- Уже есть столько детей, сколько хотят,
- Не могут себе позволить растить больше детей с финансовой точки зрения, или
- Здоровье не позволяет, озабочены собственным здоровьем и здоровьем будущего ребенка, боятся, что он может родиться с ВИЧ.

Однако, в случае трех женщин не было четкой определенности, относительно нежелания иметь еще детей, их аргументы были менее определенны – „пока неготова”, „пока недумаю”, „пока нет, так как в настоящий момент я беременна”.

Некоторые из участников качественного исследования заявили, что не хотят больше детей, поскольку состояние здоровья не позволяет им произвести на свет здоровых детей. Несколько матерей отметили, что если бы знали заранее, что инфицированы, не рискнули бы рожать, поскольку нет гарантии, что ребенок будет здоровым

*„Я узнала, что больна 6 месяцев после родов. Родила нормально, кормила ребенка грудью. Делала то же самое, что и здоровые люди. Но, если бы я с самого начала знала, что больна, точно сделала бы аборт, поскольку никто не даст 100% гарантии, что ребенок будет здоровым. Сейчас знаю, никогда больше рожать не буду. Риск очень велик, плюс, чем он виноват, если родится больным и заразится от меня, до этого надо пройти терапию, и никто не знает, сколько проживет” (F)*

Хотя обычно подчеркивается тот факт, что медики побуждают ВИЧ позитивных женщин прервать беременность, даже на поздних сроках, в ряде случаев медицинский персонал пытался убедить женщин сохранить ребенка. Они настаивали на аборте по социально-экономическим мотивам.

*„меня убеждали не делать аборт, я пошла, как только узнала, что беременна, сразу пошла к врачу гинекологу и сказала, что хочу сделать аборт, он сказал подождать 5 недель, он пришел и предложил не делать аборт, сказал, ну и что, что ты ВИЧ инфицированная, прописал таблетки, я написала отказ от ребенка.” (F)*

*“Мне тогда было очень трудно, и с финансовой точки зрения я не могла родить, не хотела растить ребенка в нищете. Он мне сказал, если бы пришла неделю назад, сделали бы, я его умоляла, он сказал, что ничего нельзя сделать. Я хотела, но финансы не позволяли, мне сделали, сначала хотели вызвать искусственные роды, не получилось. Мне сделали бесплатно, заплатила только за наркоз.” (F)*

Как видно из нижеследующего графика, большинство ВИЧ-инфицированных женщин не информированы относительно альтернативных способов оплодотворения, что в совокупности с определенно низким уровнем информированности о возможности рождения здорового ребенка ВИЧ-инфицированной женщиной способно существенно снизить уровень рождаемости в рамках сообщества.

**Диаграмма 7. Информированность с способах зачатия/усыновлении ребенка**



Групповое обсуждение показало отсутствие информированности женщин о существующих решениях в случае бесплодия. Большинство респондентов заявили, что не сталкивались с такими проблемами, и потому не знакомы с такой информацией. Другие респонденты подтвердили, что знают о существовании различных способов зачатия in-vitro, но они часто финансово недоступны для большинства населения РМ, и интуитивно воспринимаются как запрещенные для лиц ВИЧ.

*„врачи странно реагируют, когда ты больна и беременная, но, если хочешь и не можешь, тогда не думаю, что кто-нибудь возьмется помочь тебе с этой проблемой. В Кишиневе, в Центре Матери и Ребенка есть такие услуги как искусственное оплодотворение. Я видела программу по телевизору, оттуда знаю, что есть такие услуги.” (F)*

## Практика аборт

Столь большая разница между количеством беременных женщин, которые родили среди ЛЖВ и общего населения частично объясняется более высоким уровнем абортов среди ЛЖВ. Так 11 опрошенных ЛЖВ из 26 отметили что она (или сожительница в случае мужчин) хоть раз прибегала к абарту (в процентном соотношении это 42% от всех хоть раз беременевших), что на 10% выше аналогичного показателя среди общего населения, согласно выше упомянутому исследованию. В то же время среднее количество абортов на женщину не отличается, составляя 1,7 случаев в обеих группах.

В то же время вполне вероятно, что более высокий уровень абортс среди ЛЖВ обусловлен другими факторами, нежели ВИЧ статусом, так как 15 из 18-ти проведенных абортс были проведены до установления ВИЧ статуса. Так же на вопрос относительно причины аборта только одна женщина отметила, что решила на аборт из-за боязни, что ребенок родится ВИЧ инфицированным.

Мотивы, исходя из которых женщины решились на проведение аборта, очень разные, но только в 4-х из одиннадцати случаев мотивацию можно условно считать объективной, когда причиной решения являются проблемы со здоровьем, нежелание больше иметь детей (при наличии других детей в семье) и трудное материальное положение.

В остальных случаях на принятое решение кто то повлиял, будь то супруг/сожитель (2 случая) или другие родственники/близкие (1 случай). Во всех случаях приводимые доводы позволяют допускать, что один из аргументов, хоть и не озвученным, это ВИЧ статус.

Две из опрошенных женщин решились на аборт по настоянию врачей, в одном случае врач аргументировал риском, что ребенок может унаследовать псориаз, а во втором опыт с ранее рожденным ребенком, который ВИЧ+.

**Таблица 3. Мотивация решения о проведении аборта**

	Количество ответов	Приводимые доводы
Проблемы со здоровьем	1	
У нас уже есть дети, больше не хотим	1	
Решились на аборт по настоянию супруга/сожителя	2	<i>Муж не был готов Сожитель настоял</i>
Боязнь что ребенок родится ВИЧ инфицированным	1	
Решились на аборт по настоянию близких/родных	1	<i>Не готовы к рождению ребенка</i>
Трудное материальное положение	2	
Решились на аборт по настоянию врачей	2	<i>Врач объявил, что псориаз мужа может передаваться ребенку Из-за горького опыта со вторым ребенком, он ВИЧ+</i>
Отказ от ответа	1	

В случае с рожавшими женщинами, в период беременности последним ребенком 4 женщинам рекомендовали прервать беременность, и во всех случаях рекомендации были со стороны врачей. В случае 3 женщин речь шла о настоянии семейного врача, в одном случае – врача-инфекциониста.

Женщины, участвовавшие в исследовании отметили, что в последние годы врачи уже так твердо не настаивают на прерывании беременности, наоборот, некоторые инфекционисты побуждают беременных ВИЧ позитивных женщин рожать, другие медицинские работники рекомендуют, пытаются убедить женщин сделать аборт, аргументируя это рисками, которые они берут на себя в отношении здоровья будущего ребенка.

*“в поликлинике меня поставили на учет как беременную, я зашла к заведующему отделением, там были мужчина и женщина. Мужчина взял листок, а женщина сказала: - “оно тебе надо, постоянные болезни, подумай, может лучше сделать аборт.” (F, беременная 2010)*

*“врач инфекционист сказал, что сейчас надо рожать, потому что сейчас у меня есть иммунитет, чтобы не рожать в 40 лет или в старости. И даже сказал мне, что по статистике 98% из 100% рожают здоровых детей.” (F, беременная 2009)*

*“районный врач сказал мне прийти на аборт. Но мы планировали этого ребенка, и я пришла на 10 неделе, и когда сделала все анализы, была 12 неделя. Пошла к психологу, и меня спросили – что я решила? –У меня 12 недель, большой срок, и могут возникнуть проблемы, на что она мне сказала, что если правильно соблюдать все процедуры, проблем не будет .” (F, беременная 2009)*

Некоторые женщины пережили болезненный опыт, когда мнения врачей относительно сохранения беременности были противоречивыми. Их отношение было неадекватным, отмечается, что в последние годы их поведение и отношение поменялись.

*„Гинеколог сказала: „надо делать аборт”. Я была в панике, истерике – „ я чувствую шевеление плода”, и мне дали направление в директору родильного дома. Иду к нему, и он мне говорит, знаете, что это убийство, я не могу на это пойти, он взял бумажку и что-то на ней написал, но она мне говорит: „если будешь рожать, будут проблемы, и кто вообще у тебя роды принимать будет”. Вот случай явной дискриминации. Два месяца я так нервничала, что думала, что ребенок родится с проблемами, так много плакала и пила таблетки. Но родила, как положено, но тоже не особо хотели за это браться, в 2004 году врачи не были квалифицированными в этом смысле. Сутки рожала, были схватки, а они – „ждите”. У других принимали - „а ты жди”, пока у ребенка не началась асфиксия, нужно было срочно делать кесарево. Возле меня было уже 5 врачей, и не знали, что делать. Режьте, делайте что-нибудь, но они боялись.” (F, беременная 2004)*

## **Роды для ВИЧ+ матери**

Одним из основных гарантий репродуктивных прав для ВИЧ инфицированных является обеспечение равного доступа и недискриминация беременных женщин в отношении медицинских услуг.

На момент проведения исследования все дети, рожденные в парах ЛЖВ, были живы. 6 женщин знали, что они инфицированы, до родов, три – с первым ребенком, и три – со вторым. Еще 6 женщинам установили статус во время беременности, для 5 из них это была первая беременность.

подавляющее большинство женщин, у которых статус был установлен до рождения ребенка или во время беременности, знают, что ВИЧ передается от матери к ребенку через кормление. Однако, абсолютное большинство тех, у кого ВИЧ статус выявлен после рождения детей на момент рождения не владели этой информацией.

Последняя беременность была желанной в случае 16 респондентов, а 8 респондентов заявили, что беременность была незапланированной.

Значительное большинство респондентов (21 человек), у которых был опыт беременности в парезнают, что ВИЧ позитивные женщины могут родить здорового ребенка, если будут

принимать определенное лечение. Однако три женщины считают, что это маловероятно, и еще одна женщина не знала, как ответить на этот вопрос (График 6).

Таким образом, мы можем заключить, что примерно каждая шестая женщина, инфицированная ВИЧ (рожавшая до настоящего момента) сомневается в возможности неинфицированного ребенка.

**Диаграмма 8. В какой степени ВИЧ инфицированная женщина может родить здорового ребенка?**



Женщины знали эту информацию до беременности (12 человек), 5 респондентов заявили, что знали об этом до установления статуса ВИЧ, 6 человек указали, что после установления статуса ВИЧ, у некоторых уже были большие дети. Одна женщина узнала эту информацию слишком поздно, после того, как врачи настояли на прерывании беременности.

Подавляющее большинство респондентов (16 человек) узнали от медицинских работников, будь то семейный врач, гинеколог, инфекционист, что ВИЧ позитивные женщины могут родить здоровых детей, если будут следовать четко предписанному лечению. Несколько человек нашли информацию сами, 4 респондента заявили, что читали об этом, один – что говорил об этом с другим ЛЖВ, а кто-то узнал от социального работника. Двое из лиц не были убеждены информацией, которой они располагают, заявив, что они сделали такой вывод – „такдумаю”.

Самую заметную роль в информировании и консультировании женщин, живущих с ВИЧ, во время беременности играет СПИД Центр. Во время последней беременности большинство женщин получили консультации относительно сексуальной жизни и репродуктивного здоровья в СПИД Центре -12 человек, 4 женщины – в клинике по планированию семьи и у семейного врача, 3 женщины в антенатальной клинике. Еще 3 респондента заявили, что не получали таких услуг, будь то потому, что они на самом деле не были предоставлены, или женщины не восприняли их как относящихся к репродуктивному здоровью.

В противовес с проблемами, выявленными в ходе групповых обсуждений, женщины, опрошенные в ходе качественного исследования, в основном отрицали, что сталкивались с каким-либо проблемами в доступе к услугам репродуктивного здоровья. Большая часть респондентов отрицала существование каких-либо проблем, и нужно отметить, что указанные проблемы – это проблемы системы, с которыми сталкивается все население.

**Никто из опрошенных не сталкивался с отсутствием презервативов или недостатком АРВТ,** проблемами, которые в определенной степени специфичны для ЛЖВ. Единственной проблемой, в отношении которой мы можем как минимум „подозревать”, что она может порождаться статусом ВИЧ, это отношение медицинского персонала, об этой проблеме говорили 3 респондента.

В других случаях проблемы, с которыми сталкиваются респонденты, это проблемы «системы», существующие для всех пациентов. Финансовые проблемы в наибольшей степени ограничивают доступ людей к услугам репродуктивного здоровья, для 3 человек

отсутствие денег – это большая проблема, для 5 человек – проблема, которая затронула их в какой-то степени. Два человека отметили, что у них была проблема дискомфорта, порожденная ситуацией различных услуг в отдельных местах. Некоторые проблемы доступа были вызваны и вопросами транспорта или больших очередей. (Таблица)

**Таблица 4. Проблемы в доступе к услугам**

	Да, большие проблемы	Да, некоторые проблемы	Нет
1. Финансовые проблемы	3	5	18
2. Проблемы с транспортом	1	4	21
3. Длинные очереди		4	22
4. Отношение медработников к пациентам	2	1	23
5. Нехватка презервативов			26
6. Нехватка АРВ терапии			26
7. Неудобства из-за разбросанности услуг	2	3	21

Порядка 8 человек сумели преодолеть эти проблемы с помощью поддержки близких или НПО, работающих в области ВИЧ. Некоторые все-таки опирались на собственные знания и способности, желание родить здорового ребенка и т.д. В случае 4 женщин, они не были ВИЧ позитивными, когда рожали последнего ребенка.

Качественное исследование подчеркнуло значительный дискомфорт при обращении к семейному врачу или иному специалисту из-за организации приема пациентов и условий предоставления консультации врачей: долгий период ожидания, отсутствие времени, конфиденциальности и т.д.

*“Что может предложить мне врач, к которому записываешься в 8 утра на консультацию в 10 утра, и в это время к кабинет заходят много людей, и он постоянно куда-то бежит. Какую консультацию он может мне предложить? Единственный врач, который меня понимает, это инфекционист, есть еще НПО, куда можно обратиться за помощью, там можно найти и гинеколога и психолога.”(F)*

Из 21 опрошенных женщин которые хоть раз ранее были беременны только 11 была предоставлена информация о влиянии АРВ терапии на здоровье матери и ребенка.

Среди женщин которые не получали такую информация ни одна не была диагностирована с ВИЧ до беременности. И все же в двух случаях ВИЧ был установлен во время беременности, и, несмотря на это подобного рода информации они не получали.

Женщины, участвовавшие в групповом обсуждении, признают, что существование АРВТ, которая дает шанс на рождение здорового ребенка ВИЧ позитивными женщинами, это очень важная вещь, о которой должны знать все, и особенно ВИЧ инфицированные. Эта информация дает психологический комфорт, но она важна и для понимания необходимости обращения к врачу как можно раньше. Некоторые женщины отмечают, что тот факт, что не было АРВТ в те времена, когда они рожали, заставил их переживать за здоровье детей.

*“три года я жила в ужасе, потому что не проводилась терапия для детей. 3 года я сдавала анализы каждые три месяца...” (F)*

Рожавшие ВИЧ инфицированные женщины, при том, что медицинский персонал на тот момент знал, что они ВИЧ инфицированные, получали все услуги информирования и консультирования относительно АРВТ и кормления ребенка и его тестирования на ВИЧ. В том, что касается консультаций относительно предотвращения нежелательной беременности, 3 женщины из 10 сказали, что не получали такой информации. Это в целом тот вопрос, которому врачи уделяют наименьшее внимание, так из 26 женщин, которые рожали, 10 получили информацию о контрацепции, по остальным вопросам это число составляет 14 человек (Таблица 5).

**Таблица 5.** В течение последней беременности и/или сразу после рождения ребенка, получали ли Вы какие либо консультации от медработников относительно:

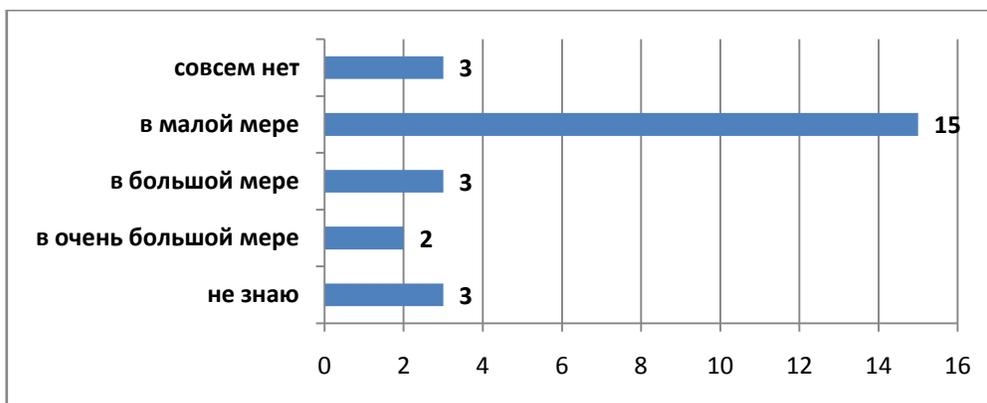
	Femeile intervievate care au născut		Femeile depistate cu HIV anterior sarcinii sau în timpul sarcinii	
	Да	Нет	Да	Нет
Предотвращение передачи ВИЧ от матери к ребенку посредством применения АРВ терапии	14	12	10	-
Профилактика АРВ терапией для ВИЧ+ женщин	14	12	10	-
Относительно эксклюзивного грудного вскармливания	14	12	10	-
Относительно эксклюзивного вскармливания заменителями грудного молока	14	12	10	-
Тестирования младенцев на ВИЧ	14	12	10	-
Отсрочка / предотвращение новой беременности	10	16	7	3
Профилактика АРВ терапией для новорожденных	14	12	10	-

Участники группового обсуждения отметили тот факт, что и среди врачей, специалистов, существуют различные мнения относительно различных аспектов профилактики ВИЧ, таких как кормление детей грудью, прохождение АРВТ. Некоторые респонденты заявили, что они все еще сомневаются, потому что АРВТ может повлиять на здоровье ребенка, с другой стороны, есть случаи, когда она не дает эффекта, но они счастливый, когда рожают здорового ребенка. Однако, женщинам нужна правильная информация и в определенной степени ответственность, чтобы настоять на получении АРВТ в случае необходимости.

*“у меня есть знакомая, которая родила, и она уже знала, что больна, и родила больного ребенка, потому что не хотела принимать терапию. Другая мать, которая принимала терапию, все равно родила больного ребенка.” (F)*

ВИЧ статус ставит в неравное положение ВИЧ-инфицированных женщин в доступе к услугам роддомов. Только 5 из опрошенных женщин считают, что ВИЧ инфицированные женщины могут получать обслуживание и заботу в родильных домах также, как другие женщины. Подавляющее большинство (15 человек) считают, что в небольшой степени могут пользоваться этими услугами, и 3 человека убеждены, что не будет такого же обращения, как с другими женщинами (График 8).

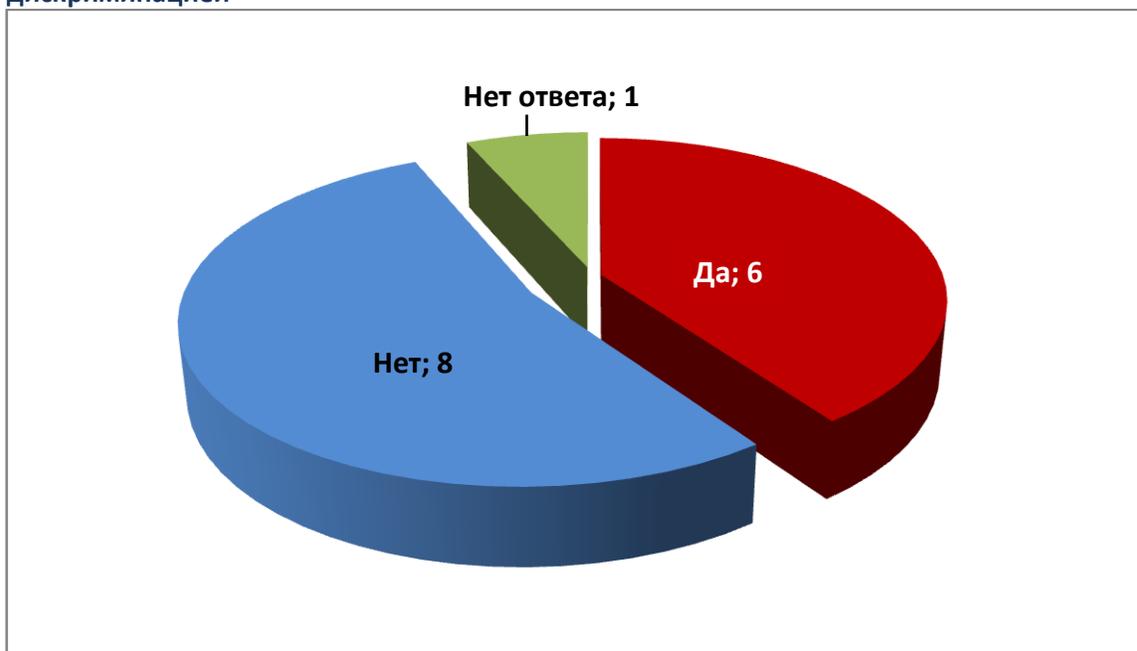
**Диаграмма 9. Вич+ женщина может получить услуги в роддомах на том же уровне, как и другие беременные женщины**



## Стигма и дискриминация

Из 16-ти опрошенных женщин, которые рожали, 6 заявили о случаях стигмы / дискриминации, с которыми сталкивались. Из них 3 это женщины, которые установили ВИЧ+ статус до беременности, и две во время последней беременности.

**Диаграмма 10. Медицинские учреждения, где респонденты сталкивались со стигмой и дискриминацией**



В трех случаях женщины сталкивались со стигмой при посещении антенатальной клиники, две женщины заявили что сталкивались с дискриминацией в центрах семейных врачей. Одна из женщин не указала на конкретный вид медицинских учреждений.

Помещение в отдельные палаты в родильных домах по-разному воспринимается женщинами, одни воспринимают это как дискриминацию, другие наоборот, видят в этом удобство, не нужно длинных объяснений, нет лишнего внимания, недовольства окружающих.

В обеих фокус-группах респонденты отметили, что, по сравнению с ситуацией 5-10 лет назад, отношение медицинского персонала к ВИЧ инфицированным и предлагаемые им услуги значительно улучшились. Медицинские работники более информированы в теме ВИЧ/СПИД и лучше готовы консультировать этих пациентов, хотя есть и исключения.

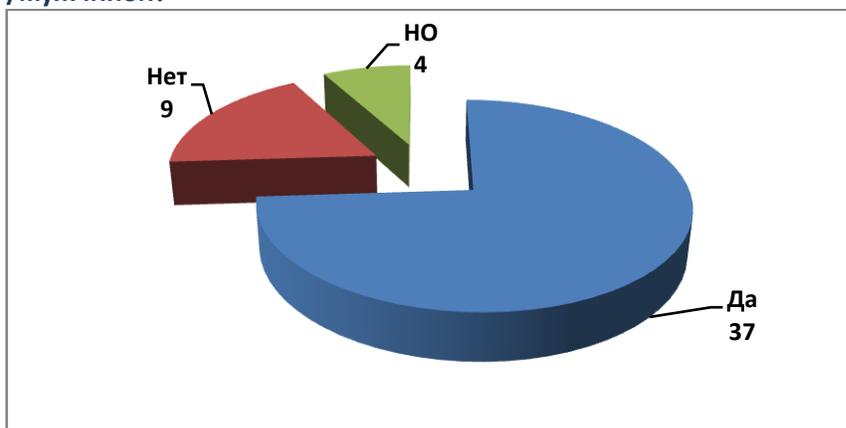
*“я поменяла семейного врача, когда я к ней шла, она надевала маску и перчатки, а когда мне надо было что-то подписать, она после меня протирала ручку спиртом. Теперь, с этим врачом, дела обстоят лучше. Теперь врачи стали с нами обращаться иначе, начали нас понимать.” (F)*

## Интенсивность половой жизни

**Сексуальные и репродуктивные права** – это спектр прав каждого человек жить полной сексуальной жизнью, свободной от риска. Сексуальные отношения за последние 12 месяцев были у 37 из 50-ти опрошенных ЛЖВ или примерно 74%. Это несколько ниже данного показателя среди общего населения, зарегистрированного в рамках исследования [«Оценка уровня знаний, отношения и практики общего населения \(15-64 лет\) относительно ВИЧ»](#) в 2010 году, где среди опрошенных жителей Молдовы 20-50 лет сексуальные отношения были у 84%. И все же ограниченная величина выборки в нашем исследовании не позволяет утверждать о наличии данной разницы.

Те, кто был сексуально активен за последний год, как правило, принадлежит к молодежи в возрасте 20-22 лет или лицам после 45 лет, значительных гендерных различий тут нет (4 из 22 мужчин и 5 из 28 женщин).

**Диаграмма 11. За последние 12 месяцев, вступали ли Вы в сексуальный контакт с женщиной /мужчиной?**

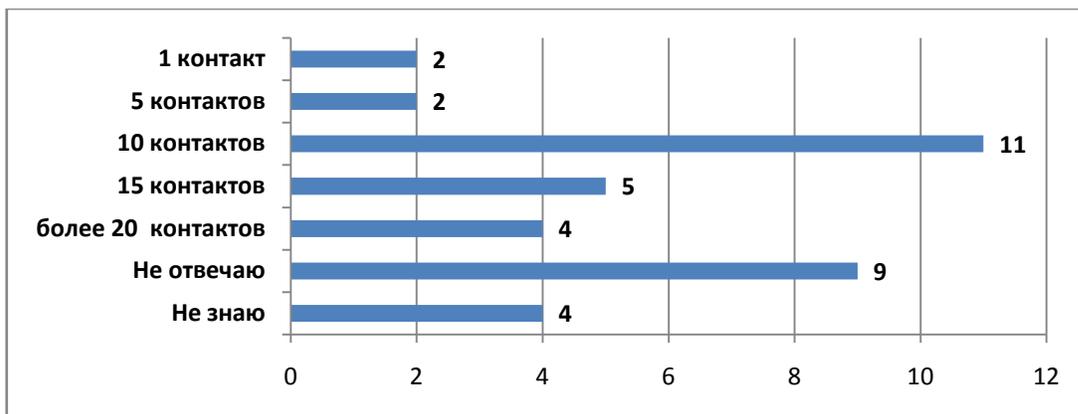


Женщины, участвовавшие в групповых обсуждениях, отмечали, что сексуального партнера найти не трудно, трудно найти партнера для жизни.

Большинство респондентов (32 человека) заявили, что за последние 12 месяцев у них был только один сексуальный партнер, 2 респондента сказали, что было 2 партнера, а один человека сказал, что их у него было. Два человека не ответили на этот вопрос. Таким образом, среднее количество половых партнеров среди участников исследования равно 1.14, по сравнению с [1.29 среди общего населения](#).

Каждый третий респондент в среднем имеет 10 контактов в месяц, 4 респондента заявили об 1-5 контактах, а у 9 их было больше 10. Таким образом, среднее количество половых контактов приравнивается к 10-ти по всей выборке.

**Диаграмма 12. Количество половых контактов в среднем в месяц**



Условно можно разделить услуги в области репродуктивного и сексуального здоровья можно разделить на две группы относительно их доступности. В проблемную группу входят обеспечение женскими презервативами, заместительная терапия опиатами и обеспечение другими видами контрацептивов (за исключением мужских презервативов). Именно в случае этих услуг большинство или существенная часть респондентов отметили, что ЛЖВ в Молдове не обеспечен доступ.

По мнению респондентов, в РМ ЛЖВ не обеспечены женскими презервативами, только 3 женщины отметили, что у них есть к ним доступ. Взамен, обеспечение презервативами для мужчин находится на высоком уровне, 34 заявили, что ЛЖВ обеспечены презервативами этого вида, и только 2 заявили, что ДЖВ не имеют доступа к этой услуге.

Также, среди наиболее доступных для ЛЖВ услуг: Тестирование на сифилис; лечение инфекций, передающихся половым путём и уход; информация и консультация о том, как избежать инфекций, передающихся половым путём.

**Таблица 6. Обеспечен ли живущим с ВИЧ в нашей стране доступ к этим услугам?**

	Да	Нет	Не знаю
Обеспечение женскими презервативами	3	33	1
Заместительная терапия опиатами	16	20	1
Обеспечение контрацептивами	24	12	1
Информация и консультирование в области сексуальных и репродуктивных прав	30	6	1
Консультирование дискордантных пар (с разным ВИЧ-статусом)	30	6	1
Консультирование по вопросам, связанным со здоровьем живущей с ВИЧ женщины - матери, включая анемию, послеродовые инфекции, ИППП и риски передачи ВИЧ от матери ребёнку	31	5	1
Информация и консультирование по вопросам планирования семьи (например, противозачаточные средства)	32	4	1
Меры для обеспечения безопасности донорской крови	32	4	1
Оказание поддержки жертвам насилия	32	4	1
Информация и консультация о том, как избежать инфекций, передающихся половым путём (ИППП)	33	3	1
Лечение ИППП и уход	34	2	1
Обеспечение мужскими презервативами	34	2	1
Тестирование на сифилис	35	1	1

Вполне естественно, что многие услуги прямо или косвенно связанные с репродуктивной и сексуальной сферой носят узконаправленный характер, т.е. они должны предоставляться специфическим группам бенефициариев. Это необходимо принимать во внимание при оценке уровня получаемых услуг исходя из количества бенефициариев. Из 13-ти видов услуг, перечисленных в рамках опроса, крайне редко предоставлялись 6 видов. Из них три услуги можно условно приписать именно к специфическим, это заместительная терапия опиатами (предоставляется потребителям наркотических веществ), поддержка жертв насилия и меры для обеспечения безопасности донорской крови. Эти виды услуг предоставлялись крайне редко, их получили 1 – 2 респондента у которых за последние 12 месяцев были сексуальные контакты.

Но так же среди необходимых всем услуг крайне редко предоставляются такие как предоставление женских презервативов (такую услугу получали только 3 респондента из 37 случаев), обеспечение другими видами контрацептивов (7 из 37 случаев), а так же консультирование дискордантных пар (а таких как минимум половина среди опрошенных) предоставлялось так же только в 7 случаях).

Самой часто используемой услугой среди респондентов является предложение презервативов для мужчин, 7 из 10 респондентов пользуются этой услугой. Среди других услуг, к которым прибегала значительная часть респондентов: тестирование на сифилис, консультирование по вопросам, связанным со здоровьем живущей с ВИЧ женщины - матери, включая анемию, послеродовые инфекции, передающихся половым путём и риски передачи ВИЧ от матери ребёнку, информация и консультация о том, как избежать инфекций, передающихся половым путём, информация и консультирование в области сексуальных и репродуктивных прав. (Таблица 7)

**Таблица 7. Предоставляли ли Вам какие-либо из перечисленных услуг?**

	Да	Нет	Не знаю	Разница между предложением и использованием
Заместительная терапия опиатами	1	35	1	15
Оказание поддержки жертвам насилия	1	35	1	31
Меры для обеспечения безопасности донорской крови	2	34	1	30
Обеспечение женскими презервативами	3	33	1	0
Обеспечение контрацептивами	7	29	1	17
Консультирование дискордантных пар (с разным ВИЧ-статусом)	7	29	1	23
Лечение ИППП и уход	12	24	1	22
Информация и консультирование по вопросам планирования семьи (например, противозачаточные средства)	15	21	1	17
Информация и консультирование в области сексуальных и репродуктивных прав	17	19	1	13
Информация и консультация о том, как избежать инфекций, передающихся половым путём (ИППП)	19	17	1	14
Консультирование по вопросам, связанным со здоровьем живущей с ВИЧ женщины - матери, включая анемию, послеродовые инфекции, ИППП и риски передачи ВИЧ от матери ребёнку	19	17	1	12
Тестирование на сифилис	23	13	1	12
Обеспечение мужскими презервативами	26	10	1	8

Есть услуги, о которых участники исследования знают, но которыми по разным причинам не пользуются, будь то нет такой нужды, речь, вероятно идет о: оказание поддержки жертвам насилия; меры для обеспечения безопасности донорской крови, лечение ИППП и уход. Отсутствие интереса и непонимание важности этого аспекта: консультирование дискордантных пар (с разным ВИЧ-статусом), но 30 человек знают об этом, только 7 обращались к этой услуге, при том, что у 22 человек партнер/супруг ВИЧ инфицированный.

Качественное исследование показало большую открытость ВИЧ инфицированных женщин в обращении к медицинским услугам, предлагаемым учреждениям, специализирующимся в области ВИЧ/СПИД, таким как КВД, медицинские услуги, предлагаемые НПО. Причины этого как психологического характера, большее доверие, эмпатия, адекватное отношение и т.д., так и объективного, учитывая тот факт, что медицинские работники этих учреждений лучше знают особенности лечения / профилактики для ВИЧ позитивных лиц.

*„Когда я была беременная и родила, я знала, что не следует кормить грудью, но у врачей били разногласия, кормить грудью или нет. Я обращаюсь только в НПО, там находишь необходимую поддержку. К другим я не обращаюсь, стараюсь беречь здоровье, чтобы не надо было обращаться к врачам. Кроме того, врачи в НПО знают больше, чем семейные врачи, которые у нас есть.”(F)*

*„Езжу только в Кишинев, в инфекционную больницу, врач гинеколог меня знает, у нас очень хорошие отношения, и специалист очень хороший. В Бельцах не хожу ни к кому... К другим не ходим, потому что они нас боятся.”(F)*

Чамый часто используемый метод контрацепции среди опрошенных – использование презервативов – 32 человека, оральными контрацептивами пользуются 5 человек, 4 женщины поставили спираль, а 6 человек используют традиционные методики, из них 4 используют метод прерванного коитуса, а 2 календарный метод. (График 12)

**Диаграмма 13. Используемые методы контрацепции**



Примечательно, что никто из респондентов не использовал следующие методы контрацепции: женская стерилизация (операция, больше нет возможности иметь детей); мужская стерилизация; принятие противозачаточных уколов; пенка, гель, крема с

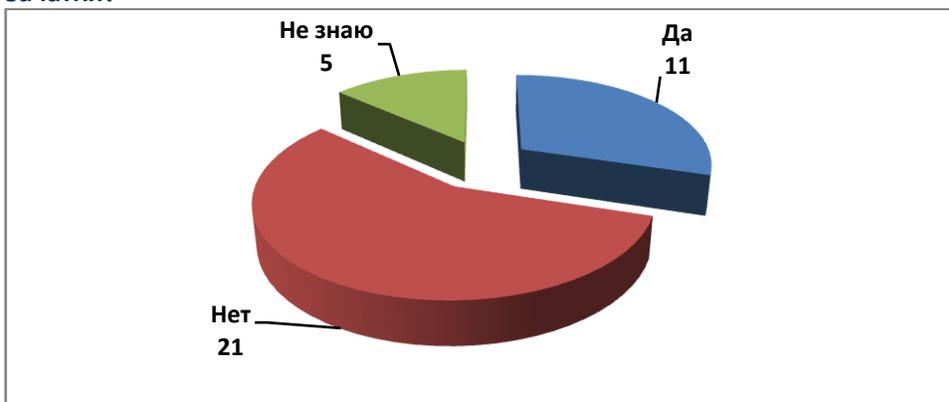
спермицидным эффектом (разрушение сперматозоидов) перед половым контактом; лактационная аменорея (кормление грудью) которая снижает возможность беременности; срочная контрацепция (женщины могут принять противозачаточные средства в течение 5 дней после полового контакта).

## Безопасное зачатие

Относительно безопасного зачатия, 11 человек подтвердили, что они или их партнеры получили консультации и поддержку, 21 человек утверждают, что не получали такой поддержки, 5 человек не знают.

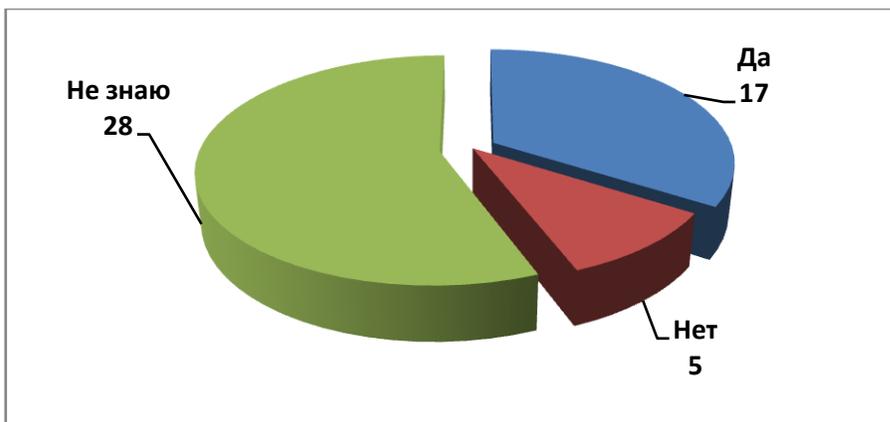
Принимая во внимание тот факт, что ВИЧ является инфекцией, передающейся половым путем, трудно себе представить, что две трети ЛЖВ не получили, как минимум, информационной поддержки в отношении защищенного секса. Возможно, респонденты не восприняли это как поддержку, хотя такой подход должен вызвать озабоченность тех, кто работает в этой сфере, в контексте, когда ЛЖВ могут быть недостаточно или неверно информированными.

**Диаграмма 14. Оказывали ли Вам или Вашему партнёру поддержку в вопросах безопасного зачатия?**



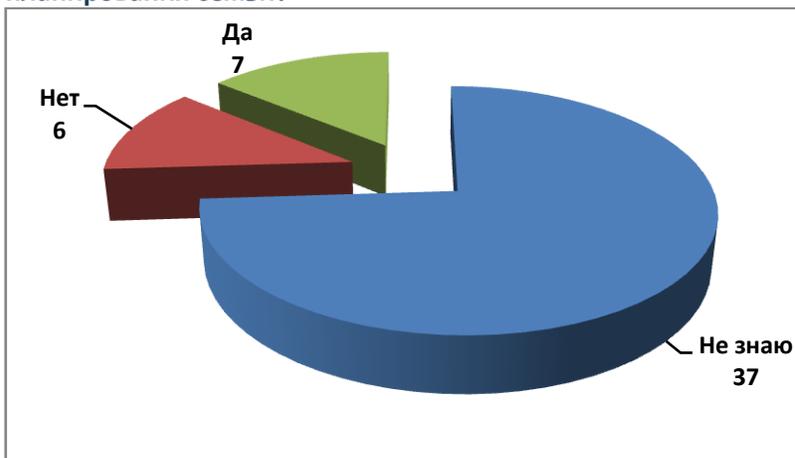
Исходя из того факта, что более двух третей респондентов не получали поддержки в вопросах защищенного секса, они не могут оценить уровень предоставления услуг – 28 человек. Однако 17 человек считают, что поддержка достаточна, а 5 человек с этим не согласны.

**Диаграмма 15. Оказывается ли достаточный уровень поддержки в вопросах безопасного зачатия женщинам и парам, живущим с ВИЧ?**



Подавляющее большинство респондентов (37 человек) не знают, побуждают ли мужчин обращаться за услугами по планированию семьи, только 7 считают, что да, а 6 – не уверены. Эти мнения также обусловлены тем фактом, что 44 участника исследования не знают ни одной программы или услуги, которые бы способствовали обращению мужчин за получением услуг тестирования на ВИЧ и консультирования, планирования семьи и помощью в вопросах, касающихся сексуального и репродуктивного здоровья. Из 6 человек, которые заявили, что знают о таких услугах, только 3 смогли назвать, куда мужчины могут обратиться, чтобы получить услуги по планированию семьи, а именно: Центр матери и ребенка, Центр по планированию семьи или «в основном НПО».

**Диаграмма 16. Как вы считаете, поощряется ли обращение мужчин за получением услуг планирования семьи?**



Помимо институциональных барьеров, существуют социально-культурные барьеры, которые не дают мужчинам обращаться к услугам, касающимся репродуктивного здоровья и планирования (График). Почти все респонденты (42 человека) заявили, что мужчины считают, что проблемы планирования семьи касаются только женщин, 5 респондентов уточнили, что и женщины относят эту ответственность только к себе, а 3 человека подчеркнули, что это социальная норма, что эти услуги предназначены для женщин.

Некоторые респонденты были более конкретными, говоря о ситуации, в которой находятся ВИЧ инфицированные - 13 человек считают, что мужчины не обращаются к услугам репродуктивного здоровья из-за стигмы и дискриминации, а 9 человек полагают, что из-за непонимания своей роли в профилактике ВИЧ и незапланированной беременности.



**Диаграмма 17. Препятствия на пути доступа к медицинским услугам для мужчин (множественные ответы)**



# ВЫВОДЫ

Репродуктивные и сексуальные права это неотъемлемая часть прав человека. Жертвами необеспечения репродуктивных и сексуальных прав в первую очередь становятся женщины (мажоритарное меньшинство), но одной из групп риска наиболее уязвимых от нарушений этих прав являются ЛЖВ.

Необеспеченность репродуктивных и сексуальных прав ЛЖВ вызвана различными факторами, кроме стигмы и дискриминации это и затрудненность построения брачных/семейных отношений, из-за ВИЧ статуса, и специфические потребности в медицинских и консультационных услугах, и низкий уровень информированности о репродуктивных и сексуальных возможностях без риска передачи инфекции и т.д.

Проведенное исследование позволяет сделать ряд выводов относительно уровня обеспеченности репродуктивных и сексуальных прав ЛЖВ в Молдове.

С одной стороны налицо факт, что из-за стигмы ВИЧ-инфицированные проявляют тенденцию искать сексуальных партнеров или партнеров для создания семьи среди сообщества ЛЖВ.

Установление ВИЧ+ статуса определяет огромные риски для сохранения целостности семьи. Это определяет большое количество случаев, когда ВИЧ-инфицированный не информирует своего партнера относительно своего ВИЧ статуса, а так же не информирован о ВИЧ-статусе последнего.

Согласно результатам исследования декларативно ЛЖВ сообщество осознает наличие репродуктивных и сексуальных прав в их полном спектре, но само понимание сути этих прав далеко не существенно.

Абсолютное большинство опрошенных в рамках исследования ЛЖВ ответили утвердительно на вопросы относительно наличия таких прав, и в то же время более половины не смогли дать внятного описания сути сексуальных прав и две трети не смогли описать, в чем состоят репродуктивные права.

В целом сексуальные права трактуются респондентами в весьма узком смысле, подразумевая свободу в выборе сексуального партнера и интенсивности половой жизни.

Тоже самое наблюдается и относительно репродуктивных прав, которые трактуются исключительно в рамках права иметь детей.

Таким образом, 34 из 50-ти опрошенных затруднились оценить, соблюдаются или нет эти права в нашей стране.

Редкие случаи, когда респонденты заявили о наличии нарушений сексуальных и репродуктивных правах ЛЖВ исходят из собственного опыта. Как правило, нарушения исходят от медицинских учреждений и принимают следующие формы:

- советы партнеру ЛЖВ разорвать отношения,
- рекомендации отказаться от половой жизни,
- рекомендации прервать беременность.

Низкий уровень информированности в области репродуктивных и сексуальных прав отчасти можно объяснить тем, что в процесс распространения информации и непосредственно информирования ЛЖВ практически не включен медицинский персонал. Большая часть респондентов, которые получили какую-либо информацию в этой области, заявляют, что сами находили и читали информационные материалы.

Относительно репродуктивной функции, проблемы, ассоциированные с положительным ВИЧ статусом, ставят под угрозу не только семью, но и саму интенсивность рождаемости среди ЛЖВ. Процент рожавших женщин среди ЛЖВ существенно ниже данного показателя среди общего женского населения. Так же ЛЖВ уступают общему населению в среднем количестве рожденных детей одной женщиной (1,6 на 1,9 детей).

Частично низкий уровень рождаемости обусловлен высоким уровнем абортов. Из 26 опрошенных ЛЖВ, которые (или сожительница) хоть раз беременели, 11 как минимум, раз проводили аборт.

Исследование регистрирует очень низкий уровень информированности об альтернативных методах завести ребенка. Несмотря на малую величину выборки, регистрация случаев, когда женщины сомневаются в том, что ВИЧ-инфицированная женщина может родить здорового ребенка (3 случая) говорит о том, что даже этот факт известен далеко не всем ЛЖВ. Что так же может служить фактором, направленным на уменьшение рождаемости и реализации их репродуктивных прав ЛЖВ.

В предоставлении консультационных и информационных услуг ВИЧ+ женщинам во время беременности наиболее заметна роль Центра СПИДа.

Данные исследования свидетельствуют о почти полном охвате ВИЧ-инфицированных беременных женщин консультированием по специфическим для ЛЖВ проблемам: предотвращение передачи ВИЧ от матери и ребенку, профилактика АРВ для матери и ребенка и др. Исключением составляет информирование о влиянии АРВ терапии на мать и ребенка.

Примечателен тот факт, что ни одна из опрошенных женщин не сталкивалась во время беременности с дефицитом АРВ терапии.

Проблемы, с которыми женщины сталкивались во время беременности, носят скорее системный характер, т.е. не зависят от ВИЧ статуса: финансы, проблемы с транспортом, очереди на прием, территориальная разбросанность услуг. Из специфических для ЛЖВ проблем выделяется отношение работников медицинских учреждений, отмечено 3-мя из 26 рожавших.

Абсолютное большинство опрошенных считают что ВИЧ-инфицированные женщины не получают в роддомах услуги на том же уровне как и другие беременные женщины.

# РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Продвижение сексуальных и репродуктивных прав в контексте соблюдения прав человека. Информирование ЛЖВ всеми доступными средствами по поводу компонентов, показателей сексуальных и репродуктивных прав с акцентом на наименее известные стороны. Сексуальные права не ограничиваются только правом выбора партнера или правом на сексуальные связи, а репродуктивные – правом иметь детей.
2. Корреляция политик по профилактике ВИЧ – СПИДа с политиками, касающимися сексуального и репродуктивного здоровья населения. Более широкое привлечение медицинских работников к информированию ЛЖВ о их сексуальных и репродуктивных правах.
3. Выявление потребностей в обучении медицинских работников (особенно наименее квалифицированных) в области репродуктивных прав ЛЖВ. Вовлечение сообщества ЛЖВ в разработку содержания такого обучения;
4. Снижение стигмы и дискриминации путем проведения информационных кампаний в СМИ, обучение и подготовка медицинского персонала и других социальных актеров, а также обучение ЛЖВ моделям, техникам сообщения диагноза другим, особенно партнерам. Особое внимание следует уделить истреблению стереотипа ассоциации ВИЧ-статуса с антисоциальным и аморальным поведением;
5. Организация специализированных услуг для терапии и консультирования пар, где один или оба партнера являются ВИЧ-положительными, в соответствии с утвержденным протоколом о необходимости информирования, в том числе и по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья.
6. Непрерывное информирование ЛЖВ об ответственности, которую они несут в отношении своих сексуальных партнеров. Содействие консультированию дискордантных пар с учетом разного ВИЧ-статуса, а также содействие доступа к услугам, которые недоступны для ЛЖВ.
7. Сотрудничество между гражданским обществом и медицинскими учреждениями в области предоставления услуг для ЛЖВ по планированию семьи, по уменьшению числа абортов путем предупреждения нежелательной беременности.
8. Обеспечение информационной, психо-эмоциональной, социальной и медицинской поддержки для ВИЧ-положительных беременных женщин. Непрерывное информирование ЛЖВ о существовании таких услуг и о том, где можно их получить. А в случаях с ВИЧ-инфицированными беременными женщинами, которые являются потребителями инъекционных наркотиков, предоставление тех же

услуг с комбинированным лечением с использованием метадона и антиретровирусной терапии. В связи с этим необходимо разработать протокол для предоставления медицинской и социальной поддержки для ВИЧ-положительных беременных женщин, зависимых от наркотиков. Ломка устоявшегося стереотипа, согласно которому ВИЧ-положительная женщина не может родить здорового ребенка.

9. Предоставление в дальнейшем бесплатного доступа к АРВ-терапии для беременных женщин и детей. В то же время есть необходимость в более обширном информировании о том, что представляет лечение АРВ и возможное воздействие его на мать и ребенка.

10. Уведомление ЛЖВ об альтернативных возможностях иметь детей. Предоставление консультационных услуг для пар, которые решили воспользоваться альтернативными методами зачатия или усыновлением детей.

11. Выявление и дополнительная оценка условий, в которых предоставляются услуги ВИЧ-инфицированным женщинам в родильных домах. Удаление аспектов стигмы в роддомах. Установление партнерства между НПО, работающими в данной области, и медицинскими учреждениями для мониторинга (визиты, интервью при выписке и т.п.) услуг и поддержки ВИЧ-инфицированным женщинам.

12. Осуществление более широкого исследования соблюдения сексуальных и репродуктивных прав ЛЖВ путем включения в исследование поставщиков услуг, партнеров ЛЖВ и населения в целом.

13. Участие доноров, НПО и государственных учреждений в содействии в реализации рекомендаций, упомянутых выше, и включение этих рекомендаций в экономически эффективные общественные политики, направленные на предоставление услуг ВИЧ-позитивным людям в области соблюдения сексуальных и репродуктивных прав и направление усилий на нераспространение передачи ВИЧ.