

# Гендерный анализ национальной политики в сфере ВИЧ и СПИД в Республике Таджикистан

Светлана Мороз

Председатель правления Евразийской женской Сети по СПИДу



Central Asian PLH<sup>+</sup> Association



Структура Организации Объединенных Наций  
по вопросам гендерного равенства и  
расширения прав и возможностей женщин

Алматы-2015



«ООН-женщины» – Структура Организации Объединенных Наций по вопросам гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин. Активный защитник и проводник интересов женщин и девочек на глобальном уровне, «ООН-женщины» была создана с целью ускорения прогресса в деле соблюдения их прав по всему миру. [www.unwomen.org](http://www.unwomen.org)

Многострановое отделение  
Структуры «ООН-женщины» в Центральной Азии  
Республика Казахстан,  
050000, Алматы  
ул. Толе би, 67, здание ООН  
тел: +7 727 258 26 43  
факс: +7 727 258 26 45



Central Asian PLH Association

*Исследование было проведено ОЮЛ «Центрально Азиатская Ассоциация людей, живущих с ВИЧ» для Структуры «ООН-женщины», в партнерстве с ЮНЕЙДС*

*Мнения, выраженные в данной публикации, принадлежат автору и могут не совпадать с официальной позицией Структуры «ООН-женщины», ООН или аффилированных с ними организаций.*

Copyright русскоязычной версии © «ООН-женщины», 2015  
Электронная версия доступна: [www.unwomen-eeca.org](http://www.unwomen-eeca.org)

*Профилактика ВИЧ-инфекции среди женщин не должна рассматриваться в качестве самого контекста ВИЧ и СПИДа. Если не будет изменен социально-культурный контекст, профилактические усилия приведут к незначительным улучшениям. Женщины должны иметь возможность посещать школу, и получать полное среднее образование. Женщины должны иметь право роста в иерархии общества, которое признает их равные права, позволяет им работать и получать экономическую независимость от семей своих мужей. Кроме того, женщины должны иметь равный доступ к медицинским услугам и получать непредвзятое консультирование, уход и поддержку. Все эти изменения сами по себе независимы от усилий по профилактике ВИЧ, однако ВИЧ-профилактические усилия не могут быть эффективными, если условия жизни женщин Таджикистана останутся таким же, как и на сегодняшний день.*

*Национальная стратегия по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа  
в Республике Таджикистан на период 2015-2017 гг.  
п. 2.8 Гендерные вопросы*

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ</b>	<b>5</b>
<b>СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ</b>	<b>6</b>
<b>РЕЗЮМЕ</b>	<b>7</b>
<b>1. ВВЕДЕНИЕ</b>	<b>12</b>
1.1. Ситуация в стране в сфере ВИЧ и гендерного равенства	
1.2. Гендерные особенности эпидемии ВИЧ в Таджикистане	
1.3. Цель и задачи анализа	
1.4. Методология анализа	
<b>2. МЕЖДУНАРОДНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА</b>	<b>25</b>
2.1. Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин	
2.2. Политическая декларация по ВИЧ и СПИД	
<b>3. МЕРЫ ПО ДОСТИЖЕНИЮ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН</b>	<b>28</b>
3.1. Выполнение третьей цели развития тысячелетия	
3.2. Национальная стратегия активизации роли женщин в Республике Таджикистан на 2011-2020 годы	
3.3. Подготовка целей устойчивого развития на уровне страны	
3.4. Интеграция вопросов гендерного равенства с политикой по ВИЧ и СПИД	
3.5. Взаимодействие гендерных и ВИЧ-сервисных организаций	
<b>4. ПРОГРАММЫ И СТРАТЕГИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СВЯЗИ С ВИЧ</b>	<b>40</b>
4.1. Национальная стратегия по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Республике Таджикистан на 2015-2020 гг.	
4.2. Национальная программа по противодействию ВИЧ и СПИД в Республике Таджикистан на 2011-2015 гг.	
4.3. Национальная программа по ВИЧ и СПИД в Республике Таджикистан на 2016-2020 гг.	
<b>5. БИБЛИОГРАФИЯ</b>	<b>58</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 1</b> Результаты блиц-опроса гендерных НПО в Таджикистане	
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 2</b> Рекомендуемые гендерно-чувствительные индикаторы для программы по ВИЧ в Таджикистане	

## **ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ**

Этот документ составлен Объединением Юридических Лиц «Центрально-Азиатская Ассоциация людей, живущих с ВИЧ» при содействии мультистранового отделения ООН-женщины в Центральной Азии (Казахстан), Регионального и странового офиса ЮНЕЙДС.

Автор выражает большую благодарность коллегам за помощь в подготовке анализа:

Надежде Владимировой, Нурали Аманжолову, Пулуду Джамолову, Парвине Ахмедовой, Тахмине Хайдаровой, Наргис Азизовой, Марии Болтаевой, Сайфуддину Каримову.

## Список сокращений

<b>АРВ ТЕРАПИЯ</b>	Антиретровирусная терапия
<b>ВЕЦА</b>	Восточная Европа и Центральная Азия
<b>ВИЧ</b>	Вирус иммунодефицита человека
<b>ДКТ</b>	Добровольное консультирование и тестирование
<b>ДЭН</b>	Дозорный эпидемиологический надзор
<b>ГФТСМ</b>	Глобальный Фонд по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулёзом и малярией
<b>ЗПТ (или ОЗТ)</b>	Заместительная (опиоидная) поддерживающая терапия
<b>ИОК</b>	Информационно-образовательные коммуникационные материалы
<b>КазСоюзЛЖВ</b>	Казахстанский Союз Людей, живущих с ВИЧ
<b>КЛДЖ</b>	Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин
<b>ЛГБТИ</b>	Лесбиянки, Геи, Бисексуалы, Трансгендеры и Интерсексуалы
<b>ЛЖВ</b>	Люди, живущие с ВИЧ
<b>ЛУ(И)Н</b>	Люди, употребляющие (инъекционные) наркотики
<b>МОМ</b>	Международная Организация по Миграции
<b>МСМ</b>	Мужчины, имеющие секс с мужчинами
<b>НКК</b>	Национальный координационный комитет по профилактике и борьбе со СПИД, туберкулёзом и малярией в Республике Таджикистан
<b>НПО</b>	Неправительственная организация
<b>ООН-женщины</b>	Структура Организации Объединённых Наций по вопросам гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин
<b>ОНРС</b>	Оценка Национальных расходов в связи со СПИДом
<b>ППМР</b>	Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку
<b>ПРООН</b>	Программа развития ООН
<b>РС</b>	Работники секса
<b>СРЗ</b>	Сексуальное и Репродуктивное здоровье
<b>ССГА ООН</b>	Специальная Сессия Генеральной Ассамблеи ООН
<b>СПИД</b>	Синдром приобретенного иммунодефицита
<b>ЦА А ЛЖВ</b>	Центрально-Азиатская Ассоциация Людей, Живущих с ВИЧ
<b>ЦРТ</b>	Цели Развития Тысячелетия
<b>ЦУР</b>	Цели Устойчивого Развития
<b>ЮНИСЕФ</b>	Детский Фонд ООН
<b>ЮНФПА</b>	Фонд ООН в области народонаселения
<b>ЮНИФЕМ</b>	Женский Фонд Организации Объединённых Наций
<b>ЮНЭЙДС</b>	Объединённая Программа ООН по ВИЧ/СПИДу
<b>ЮСАИД</b>	Агентство США по международному сотрудничеству
<b>CARHAP</b>	Региональный проект по ВИЧ/СПИДу в Центральной Азии
<b>CEDAW</b>	Convention on the Elimination of Discrimination against Women
<b>GIZ</b>	Германское общество международного сотрудничества
<b>OSI</b>	Институт открытого общества
<b>PEPFAR</b>	Президентский чрезвычайный план по борьбе со СПИДом

## РЕЗЮМЕ

Последние годы Таджикистан находится в центре внимания в отношении гендерных аспектов эпидемии ВИЧ и СПИДа, о чем свидетельствуют гендерные оценки, проведенные структурой «ООН-женщины» в 2011 году и Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИДу в 2013 году. По их итогам впервые проблемы женщин и девочек, гендерное равенство и вопросы, связанные с ВИЧ-инфекцией, были внесены в повестку дня на национальном уровне через Национальную программу по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Республике Таджикистан на период 2011-2015 гг. В этом году Программа заканчивается и будет разрабатываться новая. Программа прошла промежуточные оценки ВОЗ (в 2013<sup>1</sup> и 2014<sup>2</sup> гг.), последняя из которых способствовала подготовке концептуальной заявки Таджикистана в Глобальный Фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией на период с октября 2015 г. до декабря 2017 г. В ней также сказано, что Таджикистан находится в опасности кризиса в области ВИЧ и СПИДа. Это связано с ростом случаев ВИЧ (включая женщин), высоким уровнем безработицы, бедности и употребления инъекционных наркотиков, широким доступом к недорогому героину, интенсивной трудовой миграцией, низкой востребованностью услуг тестирования и лечения ВИЧ-инфекции, непостоянным использованием презервативов ключевыми группами населения, высоким уровнем стигмы, высоким бременем туберкулеза, и слабой, недостаточно финансируемой вертикальной системой здравоохранения.

В июле 2014 года утверждена Национальная стратегия по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Республике Таджикистан на период 2015-2017 гг. (НСПВ), которая сопровождается детальным оперативным планом на аналогичный период. В стране заложена основа интеграции вопросов гендерного равенства и ответных мер по ВИЧ и СПИД в деятельность различных министерств и отделов, таких как Комитет по делам женщин и семьи при Правительстве Республики Таджикистан, Министерство здравоохранения, Министерство труда и Министерство обороны. Вопросы ВИЧ и СПИД были интегрированы в национальную кампанию, посвященную борьбе с насилием в отношении женщин.

Таджикистан имеет законодательную и нормативную базу, гарантирующую гендерное равенство и универсальный доступ к услугам по ВИЧ. Проблемы гендерного неравенства в контексте противодействия ВИЧ и СПИД хорошо проанализированы во многих национальных стратегиях, отчетах и документах. За последние годы в Таджикистане проведенные две гендерные оценки в связи с ВИЧ (2011 и 2013 гг.). Гендерные вопросы нашли свое место в Национальной стратегии по противодействию ВИЧ на 2015-2017 гг. Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020 гг. в пункте 130 буквально отмечает следующее: *Правительство Республики Таджикистан в 2005 году приняло закон «О государственных гарантиях равноправия мужчин и женщин и равных возможностей их реализации». Гендерные нормы и ценности влияют на реальный доступ женщин к медицинским услугам и информации, что в свою очередь четко влияет на репродуктивное, материнское и детское здоровье. Эти преобладающие нормы также в некоторых смыслах устраняют мужчин от доступа к медицинским услугам и усиливают нездоровые образы жизни. Сектор здравоохранения должен быть отзывчивым к гендерным аспектам и активно обсуждать неравенства в обществе.* Существенно возрос потенциал женщин, живущих с ВИЧ, на организационном и индивидуальном уровне. В 2015 году женщина, живущая с ВИЧ, впервые вошла в состав Национального координационного комитета по профилактике и борьбе со СПИД, туберкулезом и малярией в Республике Таджикистан (НKK) и является заместителем председателя НKK. Женщины участвуют в обсуждении национальной повестки дня по ВИЧ и СПИД и рекомендаций КЛДЖ, в проведении социальных исследований.

---

<sup>1</sup> Промежуточная оценка Национальной программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Республике Таджикистан на период 2011 - 2015 гг. Страновой офис ВОЗ. 16-25 сентября 2013

<sup>2</sup> Оценка программы борьбы с ВИЧ-инфекцией в Таджикистане. Оценочная миссия Европейского бюро ВОЗ. 15-19 сентября 2014

Тем не менее, в стране остается множество вызовов и не решенных вопросов:

1. Недостаточная координация и отсутствие коммуникационной стратегии по интеграции вопросов, связанных с гендерным равенством и ВИЧ и СПИДом, механизмов сбора и анализа стратегической информации для формирования социальной политики в контексте межсекторальных вопросов, таких как гендерное равенство, общественное здравоохранение и защита прав человека.
2. Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020 гг. прямо указывает на то, что антиретровирусное лечение предоставляется ВИЧ-положительным пациентам бесплатно по всей стране. Но механизмы финансирования этого лечения не проработаны. В стратегии подчеркиваются потребности беременных женщин, детей, молодежи и ключевых групп населения, таких как потребители инъекционных наркотиков, но отсутствуют конкретные меры по охвату таких групп.
3. Ограниченные возможности Комитета по делам женщин и семьи, связанные со слабым финансированием из национального бюджета, не позволяют укрепить его структурный потенциал, усилить его мандат и расширить полномочия. Это, в свою очередь, снижает отдачу от реализации плана действий по осуществлению Национальной стратегии активизации роли женщин и препятствует эффективному мониторингу программ, направленных на реализацию прав женщин и общего равенства между мужчинами и женщинами.
4. Взаимодействие гендерных и ВИЧ-сервисных организаций имеет эпизодический характер. Сквозные и пересекающиеся вопросы – ВИЧ и СПИД, Гендер и Насилие – недостаточно интегрированы в соответствующие политические и стратегические документы. Специалисты различных секторов единодушно признают взаимную выгоду и преимущества от систематизированного взаимодействия, включая реализацию заключительных замечаний по объединенным периодическим докладам Таджикистана.
5. Женщины и девочки часто становятся жертвами гендерного насилия, будь то физическое, сексуальное, психологическое или экономическое насилие. Программы по профилактике, уходу и поддержке в связи с ВИЧ не имеют специфической гендерной направленности и вмешательств, адресованных на профилактику насилия и оказание помощи жертвам насилия.
6. Женщины, живущие с ВИЧ, сталкиваются с различными формами дискриминации при обращении за помощью в медицинские учреждения: отказ предоставления лечения, в брезгливом отношении со стороны медицинских работников, разглашение тайны диагноза. Факторы уязвимости женщин, описанные в настоящем отчете, зачастую не учитываются в обычной практике, включая практику работы правоохранительных органов. Женщины не обладают ресурсами для обращения за правовой помощью или самостоятельной защиты своих прав, поэтому нужны более значительные акценты на правовые аспекты ВИЧ-инфекции и реализацию государственных гарантий в предоставлении услуг по профилактике и лечению ВИЧ.
7. В стране отсутствуют конкретные государственные программы по поддержке занятости, в целях защиты прав ЛЖВ и женщин, живущих с ВИЧ. Социальная защита обеспечивается на общих основаниях, без конкретных положений в отношении ВИЧ-положительных больных. Права на имущество регулируются в рамках общих законов. В случае развода или раздельного проживания, права собственности женщины и её финансовая поддержка часто нарушаются, хотя существуют все законные права.
8. Несмотря на то, что общеизвестные потребности женщин включены в планирование и реализацию ответных мер по ВИЧ и СПИД (тестирование, ППМР и АРВ-лечение), специфические проблемы возрастных, маргинализированных и наиболее уязвимых подгрупп женщин (молодых женщин, девочек, пожилых женщин, одиноких матерей, партнеров ЛУИН и трудовых мигрантов, женщин, переживших насилие) отдельно не рассматриваются.
9. Несмотря на увеличение охвата тестированием беременных женщин и АРВ-профилактикой ВИЧ+ женщин и их детей, данные официальной статистики могут различаться от реального состояния ППМР, так как расчет ведется от числа женщин, официально зарегистрированных в женских консультациях. Посещаемость женских консультаций не известна, особенно в сельской местности, хотя некоторыми специалистами она оценивается на уровне 40-80%. Домашние роды без присутствия медперсонала составляют до 10% от общего количества родов, а в сельской



местности эта цифра может быть выше. Недостаточный охват тестированием женщин из наиболее уязвимых групп подтверждается фактом, что большая часть женщин узнали о своем ВИЧ-статусе во время беременности и родов.

10. Многие женщины, зарегистрированные как ВИЧ-инфицированные, не знают, каким образом были инфицированы или намерено не сообщают о поведении, связанном с рисками инфицирования ВИЧ. За период развития эпидемии 1991-2014 гг. неустановленный путь передачи у женщин (12,6%) превышает парентеральный и вертикальный вместе взятые и в процентном соотношении превышает аналогичные показатели у мужчин (8%). Это может быть связано с внутрибольничным инфицированием, а также со страхом стигмы и дискриминации после сообщения о своем сексуальном поведении или употреблении наркотиков.
11. Отсутствуют данные о распространенности ВИЧ среди сексуальных партнеров ЛУИН и наличие специфических сервисов для них. Согласно исследованию (2013), 26% ВИЧ-положительных женщин являлись партнерами мужчин ЛУИН. Очень важно, что эта группа заявлена как целевая в национальной стратегии на 2015-2017 гг.
12. Все международные оценки последних лет отмечают низкий охват и низкий доступ к профилактике ВИЧ у женщин, употребляющих наркотики, а также множественные культурные и социальные барьеры в предоставлении им услуг снижения вреда, включая опиоидную заместительную терапию.
13. Несмотря на 60% охват услугами профилактики ВИЧ, отмечается уменьшение случаев использования презервативов работниками секса. Существует четкая корреляция между коммерческим сексом и употреблением инъекционных наркотиков в Таджикистане. Криминализация секс-работы дает основу для насилия и злоупотреблений со стороны правоохранительных органов.
14. Вызывает беспокойство незнание реальных масштабов эпидемии среди группы МСМ. Вероятно, что случаи инфицирования среди этой группы отмечаются как "гетеросексуальный путь передачи". За период 2011-2013 в стране не было зарегистрировано случаев гомосексуального инфицирования ВИЧ, хотя в группе МСМ были зарегистрированы 6 случаев. В связи с высоким уровнем стигматизации, МСМ ведут бисексуальный образ жизни, что ставит в риск инфицирования ВИЧ их половых партнеров женщин. Охват МСМ с профилактической деятельности в ВИЧ-отрицательных МСМ значительно выше, чем у ВИЧ-инфицированных МСМ.
15. Жены трудовых мигрантов не определены как целевая группа в Национальной стратегии по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в РТ на 2015-2017 гг., хотя по данным исследования 50,4% опрошенных ВИЧ-положительных женщин отметили, что их партнеры являются трудовыми мигрантами. Крупномасштабная миграция (в основном) мужчин еще более отяготила бремя женщин и девушек, оставляя их, во многих случаях, де-факто, главой домохозяйств.
16. Таджикистан не провел эпидемиологических исследований в отношении «неизвестных» случаев ВИЧ-инфекции у детей, 60% из которых мальчики моложе 14 лет, которым установлен диагноз в возрасте 2-4 лет. Предполагаемая причины – это небезопасная практика обрезания в сельской местности и внутрибольничная инфекция. Тем не менее, обрезание не может объяснить факты инфицирования ВИЧ у девочек этой возрастной группы (40% среди детей с ВИЧ моложе 14 лет)<sup>3</sup>. Эта проблема не актуализирована ни в Национальной стратегии, ни в Национальном отчете РТ о ходе выполнения декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ и СПИД за 2013 год. Отсутствие реагирования на данную ситуацию противоречит Конвенции ООН о правах ребенка.
17. В стране отсутствуют исследования по установлению оценочного количества группы трансгендеров и распространенности ВИЧ среди них.
18. В стране отсутствуют исследования по гендерным особенностям эпидемии ВИЧ и СПИДа в местах лишения свободы. Получить и проанализировать данные о женщинах, живущих с ВИЧ, женщинах ЛУМН и РС, а также МСМ в УИС не представляется возможным.

---

<sup>3</sup> Оценка национальных программ по ВИЧ в Таджикистане. ВОЗ. 2014

**Рекомендации** данного анализа, в основном, касаются следующих четырех направлений:

- Подготовка и обоснование Национальной программы по противодействию эпидемии ВИЧ и СПИД в Таджикистане на период 2011-2015 годы с учетом гендерных аспектов;
- Обеспечение доступа к услугам профилактики, ухода и лечению ВИЧ-инфекции на основе гендерных подходов;
- Интеграция гендерной политики с программами по предотвращению эпидемии ВИЧ и СПИД и общими вопросами общественного здравоохранения;
- Роль ключевых затронутых групп населения в защите своих прав, продвижении интересов и потребностей, связанных с ВИЧ и укреплении сетей.

## 1. ВВЕДЕНИЕ

### 1.1. СИТУАЦИЯ В СФЕРЕ ВИЧ И ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Таджикистан является страной, где показатель распространенности ВИЧ увеличился более чем на 25% за последние 10 лет. Таджикистану все еще удается сдерживать эпидемию в концентрированной стадии. Согласно официальной статистике, к концу 2013 года зарегистрировано в общем 5 550 случаев ВИЧ-инфекции, из которых 32% случаев приходится на женскую часть населения, а 69% - на мужскую. По данным доклада ЮНЭЙДС по глобальной эпидемии СПИДа за 2013 год, оценочный показатель распространенности ВИЧ среди взрослого населения достигает 0,3%<sup>4</sup>. 60% ЛЖВ не знают своего статуса<sup>5</sup>. Увеличивается удельный вес женщин в структуре заболеваемости по полу с 25,9% в 2009 году до 39,5% в 2013 году (+13,6%)<sup>6</sup>. В течение последних пяти лет наблюдается изменение в структуре новых случаев инфекции, а именно, увеличении случаев гетеросексуальной передачи вируса на 44% и вертикальной передачи инфекции на 54%, в то время как количество случаев инъекционного пути передачи сократилось на 50% в период с 2009 по 2013 г<sup>7</sup>. Смертность от СПИДа сократилась на 59% за последние пять лет, в 2013 году этот показатель составил 63 случая в сравнении с 2009 годом - 129 случаев. За последние 5 лет почти в 5 раз увеличился охват пациентов с ВИЧ антиретровирусным лечением. По состоянию на 01.01.2015г. число людей, живущих с ВИЧ, получающих АРВ-терапию, составило 3037 человек (в сравнении с 2010г - 657 человек)<sup>8</sup>. В 2008-м году, в 18 пилотных районах страны начата программа ППМР, с примерным ежегодным охватом в 70 000 родов<sup>9</sup>. За короткий период времени, программа ППМР была внедрена по всей стране, и на сегодняшний день продолжается увеличение предоставляемых количества услуг. Также, при содействии центров СПИД в стране идет интеграция услуг ППМР в рамках ЛПУ.

Страна приняла Декларацию о приверженности делу борьбы со СПИДом в рамках специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН (2011 г.). Таджикистан является одной из первых стран в мире, которая разработала Национальную стратегию развития (НСР), в которой борьба с ВИЧ и СПИД отражена в соответствии с Целями развития тысячелетия: Остановить распространение ВИЧ и СПИДа и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости. НСР на период до 2015 года признает возрастающее бремя инфекционных заболеваний и определяет снижение распространения ВИЧ и СПИД в качестве основного приоритета.

Стратегия сокращения бедности в Республике Таджикистан на период 2010-2012 гг. подчеркивает важность межотраслевого сотрудничества в борьбе с ВИЧ и СПИД, малярией, туберкулезом и другими инфекционными заболеваниями, а также значимость обеспечения всеобщего доступа к мерам профилактики и лечения ВИЧ и СПИД, снижения стигматизации и дискриминации и содействия формированию позитивного общественного мнения в отношении программ по профилактике и лечению в связи с ВИЧ и СПИД.

Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020 гг<sup>10</sup>. (НСЗН) включает мероприятия, направленные на обеспечение всеобщего доступа населения к мерам профилактики, лечения, ухода и поддержки при ВИЧ и СПИД. НСЗН прямо указывает на то, что антиретровирусное лечение предоставляется ВИЧ-положительным пациентам бесплатно по всей стране. Но механизмы финансирования этого лечения не проработаны. НСЗН планирует с 2018 года внедрение лечения пациентов с ВИЧ и СПИД в практику семейной медицины. Кроме того, подчеркиваются потребности беременных женщин, детей, молодежи и ключевых групп населения,

<sup>4</sup> Национальная стратегия по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Республике Таджикистан на период 2015-2017 гг.

<sup>5</sup> Промежуточная оценка Национальной программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в РТ на период 2011-2015гг. ВОЗ. 2013г.

<sup>6</sup> Национальный отчет о достигнутом прогрессе в РТ, 2014г

<sup>7</sup> Национальный отчет о достигнутом прогрессе в РТ, 2014г

<sup>8</sup> Республиканский центр СПИДа

<sup>9</sup> Промежуточная оценка Национальной программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в РТ на период 2011-2015гг. ВОЗ. 2013г.

<sup>10</sup> Утверждена постановлением Правительства Республики Таджикистан от "2" августа 2010 года №265

таких как потребители инъекционных наркотиков. В тоже время, отсутствуют конкретные меры по охвату таких групп. Основные индикаторы по ВИЧ и СПИД включены в сопутствующий Пакет индикаторов Матрицы по мониторингу и оценке в рамках Национальной стратегии здоровья населения.

Вопросы профилактики, лечения и ухода в связи с ВИЧ и СПИДу затронуты в Рамочной программе Организации Объединенных Наций по содействию в развитии (ЮНДАФ) на период 2010-2015 гг., в рамках цели по расширению доступа уязвимых слоев населения к качественным основным услугам здравоохранения, образования и социальной защиты.

На национальном уровне признается межотраслевой подход в качестве национального ответа на эпидемию. Были сформулированы критерии в целях приведения национального ответа в соответствии с «Триединые» ключевыми принципами ЮНЕЙДС. Эти принципы были определены в ходе подготовительного процесса на глобальном и страновом уровне, инициированного ЮНЭЙДС в сотрудничестве с Всемирным банком и Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, и дополнительно уточнены в ходе диалога с другими ключевыми донорами-партнерами.

Президент Таджикистана подписал поправки к Закону о ВИЧ/СПИДе 14 марта 2014 года. В Законе впервые отмечено, что ЛУИН, РС и МСМ относятся к группам населения, которые наиболее уязвимы к ВИЧ-инфекции. В законе отменены все ограничения на въезд, пребывание и проживание в Таджикистане для людей, живущих с ВИЧ. Измененное таджикское законодательство отменяет обязательное тестирование на ВИЧ для всех иностранцев, включая персонал иностранных миссий, беженцев и лиц без гражданства.

Значительно повысилась роль гражданского общества в предоставлении профилактических, лечебных и поддерживающих услуг, а также его участие в планировании и составлении бюджета в рамках национального ответа.

Национальный координационный комитет по профилактике и борьбе со СПИД, туберкулезом и малярией в Республике Таджикистан (НKK) является единым координационным органом по вопросам ВИЧ и СПИДа в стране, и состоит из представителей ключевых министерств, международных организаций и местных правительственных организаций, общественных организаций, в том числе людей, живущих с ВИЧ. В 2011 году членский состав НKK был расширен за счёт общественных организаций, а также привлечения религиозного лидера всех мусульман Таджикистана (Муфтий Таджикистана). В настоящее время НKK представлен 22 организациями, из которых девять - это общественные организации, десять представителей государственного сектора и три международные организации.

Национальная стратегия по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа внесет свой вклад в усилия Республики Таджикистан по достижению Целей Устойчивого Развития (ЦУР). В частности, НСПВ направлена на построение общества, свободного от ВИЧ-инфекции, где все люди вне зависимости от пола, возраста и происхождения, будут иметь доступ к лечению и уходу, и тем самым иметь возможность вести полноценную жизнь. НСПВ включает в себя задачи для достижения нижеследующих долгосрочных результатов к концу 2017 года:

- † Снизить количество новых инфекций хотя бы на 20%;
- † Снизить уровень смертности, связанной со СПИДом на 20%;
- † Снизить социально-экономическое влияние ВИЧ на уровне домохозяйств и общины.

Государственное финансирование программ по ВИЧ и СПИД в Таджикистане в абсолютном выражении, увеличилось с 1 млн. до 16 млн. в местной валюте за период 2008-2013 гг<sup>11</sup>. Хотя доля международного финансирования в общем портфеле финансирования начала постепенно снижаться с 88% до 74% в период с 2010 по 2013 год, израсходованная сумма в долларах США утроилась с 2011 года. В соответствии с данными ОНРС, основными сторонами, предоставившими финансирование Национальной программе по противодействию эпидемии ВИЧ и СПИД, стали:

---

<sup>11</sup> Национальная Стратегия по преодолению эпидемии ВИЧ/СПИД в РТ на период 2015-2017гг

Агентство	2012г.	2013г.	% от общего международного финансирования в 2013 году
ГФСТМ	34,659,956	35,997,559	72.8%
ЮСАИД	4,572,395	6,610,965	13.4%
ЮНФПА	1,547,516	1,603,292	3.2%
МОМ	2,071,017	1,555,077	1.9%
ЮНИСЕФ	479,750	944,460	1.9%
ВОЗ	108,300	359,720	0.7%
ЮНЭЙДС	651,496	343,431	0.7%
UNODC	963,466	213,510	0.4%
Международные фонды и НПО	243,514	226,604	0.5%
Другие двухсторонние	1,270,471	1,583,175	3.2%
<b>ИТОГО</b>	<b>46,567,881</b>	<b>49,437,793</b>	<b>100%</b>

Комитет ООН по ликвидации дискриминации в отношении женщин (КЛДЖ) в 2014 году отметил позитивные моменты в отношении законов и решений:

- Постановление № 269 правительства Республики Таджикистан 2010 года об утверждении национальной стратегии активизации роли женщин в Республике Таджикистан на 2011–2020 годы;
- Постановление № 92 правительства Республики Таджикистан 2012 года о принятии государственной программы «О подготовке специалистов из числа женщин и содействию их занятости на 2012–2015 годы»;
- Закон № 954 2013 года «О предупреждении насилия в семье».

Таджикистан поддерживает центральную роль Комиссии по Статусу Женщин<sup>12</sup> в обзоре и оценке осуществления Пекинской декларации и Платформы действий, Целей развития тысячелетия, продвижении гендерного равенства, укреплении роли и расширении участия женщин во всех сферах жизни<sup>13</sup>. По словам председателя Комитета по делам женщин и семьи РТ, ключевым компонентом усилий в этом направлении является искоренение насилия в отношении женщин. Социальные реформы, проводимые в Таджикистане, нацелены на закрепление государственных гарантий равноправия мужчин и женщин в национальных правовых нормах. Вопросы равноправия мужчины и женщины, защиты прав женщин от насилия и недопущение дискриминации в отношении женщин стали приоритетными направлениями деятельности Уполномоченного по правам человека на 2011-2015 годы.

С целью обеспечения прав девушек на получение образования, и их подготовки к самостоятельной жизни, а также реализации отдельных положений Конвенции ООН о правах ребенка 21 июля 2010 года были внесены изменения и дополнения в Семейный кодекс Таджикистана, согласно которому брачный возраст повышен с 17 лет до 18 лет.

При разработке Национальной Стратегии активизации роли женщин в Республике Таджикистан на 2011-2020 годы были учтены международные критерии и нормы, определенные в Целях Развития Тысячелетия, Декларации ООН по правам человека, Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, Пекинской платформе действий и др.

В 2013 году была проведена национальная консультация<sup>14</sup> с участием представительниц женских ассоциаций, женщин-лидеров и жен трудовых мигрантов, приехавших из разных частей страны. Тесно связанные с традиционными стереотипами, участницы неоднократно ссылались на **различные виды неравенства, вытекающего из гендерного неравенства:**

- доступ к материальным ресурсам, таким как земля, недвижимость, финансовые ресурсы,

<sup>12</sup> Commission on Status of Women (CSW) <http://www.unwomen.org/en/csw/csw59-2015>

<sup>13</sup> Выступление Председателя Комитета по делам женщин и семьи при Правительстве Республики Таджикистан г-жи Махфират Хидириной на 58-й сессии Комиссии ООН по Статусу Женщин

<sup>14</sup> Консультация организована структурой «ООН-женщины». Отчет по национальным консультациям. Мир после 2015.

- доступ к нематериальным ресурсам, таким как образование и принятие решений.
- тенденция девушек вступать в брак в раннем возрасте и лишение их возможности достижения своего полного потенциала.
- огромный уровень трудовой миграции мужчин, поэтому женщины, особенно в сельских регионах, должны совмещать воспитание детей с работой, что, как правило, усугубляется отсутствием экономической деятельности в сельской местности, низкой заработной платой и гендерными стереотипами.
- распространенность насилия по половому признаку в основном в семейном окружении.
- слабая инфраструктура и качество услуг образовательных и медицинских учреждений, материнская и детская смертность, особенно в отдаленных горных районах, и уязвимость женщин перед инфекционными заболеваниями.

Заключительные рекомендации по итогам национальной консультации в основном касаются принятия агрессивных мер по обеспечению информированности через наиболее влиятельные СМИ с целью устранения гендерных стереотипов, особенно в отношении поступления девочек в школы; продолжение программ гендерной интеграции в сочетании с сильным мониторингом; усиления государственной и частной поддержки продвижения женского предпринимательства; пересмотра законов с целью усиления компонентов по гендерному равенству; развития и продвижения альтернативных форм дошкольного образования.

## 1.2. Гендерные особенности эпидемии ВИЧ в Таджикистане

До 2011 года эпидемия ВИЧ в Таджикистане была обусловлена мужским населением, употребляющим инъекционные наркотики (ЛУИН). В течение последних пяти лет наблюдается изменение в структуре новых случаев инфекции.

### ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ С УЧЕТОМ ВОЗРАСТА И ПОЛА

#### Увеличение количества женщин, живущих с ВИЧ

За последние 5 лет в 3 раза увеличилось число женщин, живущих с ВИЧ (с 113 в 2009 до 346 в 2013). В 2013 году, зарегистрировано 80% новых случаев ВИЧ-инфицирования женщин половым путем. Также происходит увеличение удельного веса женщин репродуктивного возраста (15-49 лет) среди всех выявленных новых случаев ВИЧ (2012г. – 36,6%, 2013г. – 40,8%). За период эпидемии 1991-2014 гг. неустановленный путь передачи у женщин (12,6%) превышает парентеральный (2,1%) и вертикальный (5,6%) вместе взятые, а в процентном соотношении превышает аналогичный показатель у мужчин (8%).

*Динамика заболеваемости ВИЧ: структура путей передачи у женщин<sup>15</sup>.*

ГОДЫ	2009	2010	2011	2012	2013
Число выявленных новых случаев ВИЧ у женщин (все пути передачи): взрослые и дети	113	215	286	289	346
<b>ПУТИ ПЕРЕДАЧИ:</b>					
<b>Половой</b>	86	151	196	178	277
% в структуре всех путей передачи	<b>76,1</b>	<b>70,2</b>	<b>68,5</b>	<b>61,6</b>	<b>80,0</b>
<b>Через кровь (инъекционный)</b>	8	24	14	13	16
% в структуре всех путей передачи	<b>7,1</b>	<b>11,2</b>	<b>4,9</b>	<b>4,5</b>	<b>4,6</b>
<b>Неизвестный</b>	11	36	63	85	36
% в структуре всех путей передачи	<b>13,3</b>	<b>16,7</b>	<b>22,0</b>	<b>29,4</b>	<b>10,4</b>

<sup>15</sup> Национальный отчет РТ о достигнутом прогрессе за 2013 год

### Рост полового пути передачи у мужчин

За период 1991-2014 гг. передача ВИЧ-инфекции мужчинам в 45,8% случаях произошла половым путем и в 40,7% случаев через употребление инъекционных наркотиков<sup>16</sup>. Очевидно, сокращение инъекционного пути передачи среди мужского населения, что демонстрируется 30% спадом в 2013 году по сравнению с 2009 годом. Большое количество мужчин, инфицированных ВИЧ сексуальным путем (194 в 2011 г) указывает на возможную вспышку эпидемии среди МСМ. Вполне возможно, что инфицирование среди этой группы отмечается как "гетеросексуальный путь передачи"<sup>17</sup>. За период реализации национальной программы по ВИЧ и СПИД (2011-2015гг.), в стране не было зарегистрировано случая гомосексуального инфицирования ВИЧ, хотя среди МСМ были зарегистрированы 6 случаев.

#### Динамика заболеваемости ВИЧ: структура путей передачи у мужчин.

ГОДЫ	2009	2010	2011	2012	2013
Общее число новых случаев ВИЧ у мужчин: взрослые и дети	324	789	703	539	530
<b>ПУТИ ПЕРЕДАЧИ:</b>					
<b>Половой</b>	54	100	177 <sup>18</sup>	130	227
% в структуре всех путей передачи	<b>16,7</b>	<b>12,7</b>	<b>25,2</b>	<b>24,1</b>	<b>43,0</b>
<b>Через кровь (инъекционный)</b>	232	534	398	247	223
% в структуре всех путей передачи	<b>71,6</b>	<b>67,7</b>	<b>56,6</b>	<b>45,8</b>	<b>42,0</b>
<b>Неизвестный</b>	35	145	115	141	50
% в структуре всех путей передачи	<b>10,8</b>	<b>18,4</b>	<b>16,4</b>	<b>26,2</b>	<b>9,4</b>

### В уязвимости к ВИЧ возраст имеет значение для женщин и мужчин

В 2012 и 2013 годах количество новых случаев ВИЧ среди молодых женщин и девушек превышает количество молодых мужчин и юношей (в возрасте 15-29 лет). А также процент молодых женщин в возрасте 15-29 лет от общего количества выявленных новых случаев среди женщин превышает процент молодых мужчин среди всех мужчин.

#### Динамика заболеваемости ВИЧ в Таджикистане среди молодых людей (15-29 лет)

Годы	2009	2010	2011	2012		2013	
Выявлено новых случаев ВИЧ среди молодых людей (15-29 лет)	111	243	251	187		212	
				Ж.	М.	Ж.	М.
				108	79	123	89
% от общего количества выявленных новых случаев	25,4	24,2	25,4	22,6		24,2	
% женщин и мужчин от общего количества выявленных новых случаев в этом возрасте				Ж.	М.	Ж.	М.
				57,8	42,2	58,0	42,0

Согласно показателю 1.5<sup>19</sup> - Процент женщин и мужчин в возрасте 15-49 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты - динамика по сравнению с предыдущим исследованием без изменений: 11,39%<sup>20</sup>.

Наряду с изменениями в структуре путей передач ВИЧ-инфекции, также наблюдаются изменения в возрастной и половой структурах эпидемии. В период с 2009 по 2013 годы ВИЧ-инфекция была

<sup>16</sup> Республиканский центр СПИДа

<sup>17</sup> Промежуточная оценка Национальной программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в РТ на период 2011-2015гг. ВОЗ, 2013

<sup>18</sup> Эта цифра отличается от данных промежуточных оценок ВОЗ в 2013 и 2014. В них указано, что в 2011 г. выявлено 194 случаев гетеросексуальной передачи среди мужчин

<sup>19</sup> Отчет Республики Таджикистан о достигнутом прогрессе в противодействии эпидемии ВИЧ, 2014

<sup>20</sup> Исследование ЦСИ, 2012

сконцентрирована на взрослом населении (89%) и, в основном, инфицирование ВИЧ пришлось на возрастную группу 30-39 лет.

Среди всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции, самая высокая доля (42,2%) приходится на женщин в возрастной группе 21-29 лет, а 46,4% всех случаев ВИЧ-инфекции у мужчин приходится на возрастную группу 30-39 лет.

#### **Увеличение случаев передачи ВИЧ от матери ребенку**

В первом полугодии 2014 года отмечалось увеличение на 54% вертикального пути передачи в структуре новых случаев ВИЧ-инфекции<sup>21</sup>. Если сравнивать по годам, то очевидно увеличение случаев вертикальной передачи с 2,5% в 2009 году до 5,5% в 2013 году. В 2014 году было зарегистрировано 168 ВИЧ-положительных беременных женщин<sup>22</sup> (в 2013 – 112 женщин), родилось от ВИЧ-инфицированных женщин 162 ребенка. В течение шести месяцев 2014 года большая часть женщин узнали о своем ВИЧ-статусе во время беременности и родов (70%)<sup>23</sup>. Охват тестированием на ВИЧ-инфекцию беременных женщин в 2013 году составил 74,6%<sup>24</sup>, а в 2014 году уже 97,7%.

В 128 случаях ВИЧ-инфекции у детей из 132, зарегистрированных в 2009-2013гг., факты инфекции и вертикальная трансмиссия были установлены по результатам клинико-лабораторного и эпидемиологического обследования, проведенного спустя определенное время после родов и первичного обращения родителей за медицинской помощью в связи с возникшими проблемами в состоянии здоровья их детей. При этом из анамнеза было установлено, что матери этих детей (128) не проходили тестирование на ВИЧ во время беременности, до и после родов<sup>25</sup>.

#### **Резкое увеличение количества случаев ВИЧ-инфекции у детей, особенно мальчиков, у которых нет ВИЧ-положительных матерей.**

Около 7,6% от общего числа ЛЖВ это дети до 15 лет, а число новых случаев ВИЧ-инфекции у детей резко возросло в течение последних трех лет.

Среди 130 новых случаев ВИЧ-инфекции в 2013 году, 64% не имеют ВИЧ-положительных матерей и путь передачи ВИЧ зарегистрирован как "неизвестный". Все 83 ребенка были моложе 14 лет, и 61% были в возрасте 2-4 лет на момент постановки диагноза, 60% - мальчики, 40% - девочки. Эксперты ВОЗ предполагают<sup>26</sup>, что, по-видимому, имела место внутрибольничная инфекция, и, возможно, небезопасная практика мужского обрезания в сельской местности (непроверенная информация из интервью). Большее количество мальчиков, чем девочек может быть связано с небезопасной практики обрезания мужчин (в медицинских учреждениях и/или за пределами медицинских учреждениях) или использование небезопасных продуктов крови, инъекций и т.д., в больничных учреждениях, где оказываются услуги отдельно для мальчиков и девочек.

Из 325 случаев ВИЧ-инфекции среди детей, АРВ-лечением не охвачено 38% ВИЧ-позитивных детей<sup>27</sup>.

### **ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ**

Эпидемия ВИЧ в Таджикистане сконцентрирована в группе ЛУИН. Вызывает беспокойство незнание реальных масштабов эпидемии среди группы МСМ и сексуальных партнеров ЛУИН.

<sup>21</sup> Национальная стратегия по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в РТ на период 2015-2017 гг.

<sup>22</sup> Республиканский центр СПИДа РТ

<sup>23</sup> Национальная стратегия по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в РТ на период 2015-2017 гг.

<sup>24</sup> Оценка национальных программ по ВИЧ в РТ. ВОЗ. 2014

<sup>25</sup> Национальный отчет о достигнутом прогрессе в РТ за 2013

<sup>26</sup> Оценочное количество секс-работников и потребителей инъекционных наркотиков в РТ в 2014 г. Министерство здравоохранения. 2014

<sup>27</sup> НСПВ РТ на 2015-2017 гг



## Процент распространенности ВИЧ в ключевых группах населения<sup>28</sup>

Группа	Распространенность ВИЧ <sup>29</sup>
ЛУИН	12.8% (2014)
Заклученные	8.4% (2013)
Работники секса	4.7% (2014)
МСМ	1.5% (2011)

**Неизвестно истинное число женщин, употребляющих наркотики, уровень распространенности ВИЧ-инфекции среди них, а также среди женщин, половых партнеров мужчин, употребляющих наркотики.**

По данным официальной статистики, количество зарегистрированных людей, употребляющих наркотики, в Таджикистане составляет 7176 человек, в том числе 4837 (67%) являются потребителями инъекционных наркотиков<sup>30</sup>.

Женщины, употребляющие наркотики, не рассматриваются в последней официальной оценке 2014 года<sup>31</sup>, в ней нет дезагрегации по полу. По некоторым источникам они составляют 10% всех ЛУИН в Таджикистане<sup>32</sup>.

Распространенность ВИЧ среди ЛУИН снижается. В соответствии с последним ДЭН (2014) 12,8% ЛУИН живут с ВИЧ в Таджикистане. Использование презерватива при последнем сексуальном контакте - 27%, распространенность гепатита С - 61%. Распространенность ВИЧ среди ЛУИН в Таджикистане в 2011 году составляла 13,5%, в то время как 15,4% женщин и 13,3% мужчин, употребляющих инъекционные наркотики, жили с ВИЧ в 2011 году<sup>33</sup>. Распространенность инфекций, передающихся половым путем среди женщин, выше, чем среди мужчин. Большинство мужчин, употребляющих инъекционные наркотики, состоят в браке и их жены подвергаются высокому риску заражения ВИЧ половым путем. Только 39% потребителей наркотиков использовали презервативы при половых контактах<sup>34</sup>.

Заместительная терапия доступна в Таджикистане только для 2% ЛУИН, в то время как рекомендуется, по крайней мере, 20% охват<sup>35</sup>. Программы ОЗТ включают в себя только около 30 женщин (менее 1%).

В 2014 году отмечается 23% сокращение числа ЛУИН, живущих с ВИЧ<sup>36</sup>. В последнее время все чаще ВИЧ-инфекция передается от ЛУИН их сексуальным партнерам (в том числе не употребляющим наркотики), но данных статистики по этим группам нет. Существует явное пересечение между коммерческим сексом и употреблением инъекционных наркотиков, в частности, в городских местностях страны.

**Рост количества работников коммерческого секса и уменьшение случаев использования презервативов среди них.**

По оценкам, численность работников коммерческого секса (РС) в Таджикистане составляет 14 100 человек<sup>37</sup>. В основном, РС являются женщины, но сексуальные услуги также предоставляют

<sup>28</sup> Оценка национальных программ по ВИЧ в РТ. ВОЗ. 2014

<sup>29</sup> Данные о динамике показателей среди ключевых групп населения, полученных с помощью комплексного ИБИИ, также доступны, но они не достоверны из-за того, что методы отбора выборок и сбора данных в населенных пунктах в системе IBBS изменились с течением времени. Поэтому эти данные не показаны.

<sup>30</sup> Оценка национальных программ по ВИЧ в РТ. ВОЗ. 2014

<sup>31</sup> Оценочное количество секс работников и потребителей наркотиков в РТ. Министерство здравоохранения. 2014 г

<sup>32</sup> Оценка национальных программ по ВИЧ в РТ. ВОЗ. 2014. Tumanov T, Asadulov K, Chariev N. Analysis of epidemiological situation and response measures based on the data from second generation system sentinel surveillance among injecting drug users in the Republic of Tajikistan in 2009. Dushanbe, 2010.

<sup>33</sup> ДЭН, 2011

<sup>34</sup> ДЭН, 2011

<sup>35</sup> ВОЗ, ЮНЭЙДС, УНП ООН и Всемирный банк

<sup>36</sup> НСПВ в РТ на 2015-2017 гг

<sup>37</sup> Оценочное количество секс работников и потребителей наркотиков в РТ. Министерство здравоохранения. 2014 г

небольшое количество мужчин, а также трансгендерные люди<sup>38</sup>. За последние годы в Таджикистане неуклонно растет число РС: в 2009 – 12 500 человек, в 2014 – 14 100 человек.

Согласно данным последнего ДЭН в 2014 году распространенность ВИЧ среди РС составил 4,7%. ВИЧ наиболее распространен среди РС, употребляющих инъекционные наркотики, или имеющих партнеров, употребляющих инъекционные наркотики, в то время как распространенность сифилиса среди РС составляет около 10%. Из всех женщин, употребляющих наркотики (2402), 39% (936) сообщили о предоставлении сексуальных услуг за деньги<sup>39</sup>. Процент РС, которые использовали презерватив с их последним клиентом снизилась на 13% в период 2009-2012 гг.<sup>40</sup>. Женщины-работницы коммерческого секса сообщают об отказе партнеров от использования презервативов.

### **Скрытая эпидемия ВИЧ среди МСМ**

В соответствии с последней оценкой в 2011 году численность мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ) составляет 30 000 человек<sup>41</sup>. В 2011-м году, впервые в Таджикистане, в городе Душанбе было проведено ИБПИ среди 350 МСМ. По его данным показатель распространенности ВИЧ у МСМ составил 1,5%, гепатита С – 3,9% и сифилиса – 5,1%. Большинство МСМ, живущих с ВИЧ, гепатитом С и сифилисом входят в возрастную группу старше 25 лет. При ИБПИ применялся метод выборки «снежный ком» (МСМ рекомендуют других МСМ как потенциальных участников для исследования), поэтому результаты данного исследования не являются репрезентативными для всей популяции МСМ в стране. Уровень знаний о ВИЧ и СПИД у ВИЧ-положительных МСМ составил все лишь 0,1%, тогда как у ВИЧ-отрицательных МСМ эта цифра равна 54,6%. Охват тестированием МСМ составляет 3%.<sup>42</sup>

Хотя ВОЗ и ECDC не получили сведений о случаях гомосексуального пути передачи ВИЧ, можно предположить, что случаи инфицирования ВИЧ среди МСМ ложно регистрируются как "гетеросексуальные" или "неизвестные"<sup>43</sup>. Скорее всего, это связано с риском стигматизации и дискриминации. Истинные масштабы распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, неизвестны.

Большое число мужчин, инфицированных ВИЧ сексуальным путем (194 в 2011 году) указывает на возможную вспышку эпидемии среди МСМ. За период реализации национальной программы 2011-2015 гг., в стране не было зарегистрировано случая гомосексуального инфицирования ВИЧ<sup>44</sup>, хотя среди МСМ были зарегистрированы 6 случаев. В связи с высоким уровнем стигматизации, МСМ практикуют бисексуальные связи, что также приведет к увеличению ВИЧ-инфекции среди женщин (57,3% МСМ сообщали, что занимаются сексом и с мужчинами, и с женщинами).

### **Низкий уровень использования презервативов женщинами, живущими с ВИЧ**

Из общего количества ВИЧ-инфицированных женщин, живущих половой жизнью, только 56,5% отметили, что при этом используют презерватив<sup>45</sup>.

Из общего количества ВИЧ+ женщин 86,3% отметили, что имеют постоянных и 13,7% нерегулярных партнеров. 92,9% отметили, что их партнеры знают об их ВИЧ-статусе. На вопрос если партнер не имеет ВИЧ-инфекции, пользуются ли они презервативом, только 61,8% ответили положительно. 60% отметили, что имеют возможность свободно приобрести шприцы и презервативы. Среди тех ВИЧ-инфицированных женщин, которые отметили, что не имеют доступа к приобретению презервативов и одноразовых шприцов 35% отметили, что они не имеют финансовых средств, более 31% отметили, что не считают необходимым приобретать шприцы и презервативы.

---

<sup>38</sup> НСПВ в РТ на 2015-2017 гг

<sup>39</sup> Оценка национальных программ по ВИЧ в РТ. ВОЗ. 2014.

<sup>40</sup> НСПВ в РТ на 2015-2017 гг

<sup>41</sup> НСПВ в РТ на 2015-2017 гг.

<sup>42</sup> Оценка национальных программ по ВИЧ в Таджикистане. ВОЗ. 2014

<sup>43</sup> Оценка национальных программ по ВИЧ в Таджикистане. ВОЗ. 2014

<sup>44</sup> Промежуточная оценка Национальной программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в РТ на период 2011 - 2015 гг. ВОЗ. 2013

<sup>45</sup> Исследование по определению нужд и проблем женщин, живущих с ВИЧ в Таджикистане, Таджикская сеть женщин, живущих с ВИЧ, ЮНЭЙДС, 2013. В ходе проведенного исследования было опрошено 230 респондентов или 22% от общего количества (1062) зарегистрированных на 31 декабря 2012 года в стране ВИЧ-инфицированных женщин.

Социально-экономическое положение женщин, живущих с ВИЧ-инфекцией<sup>46</sup>

Практически все ВИЧ-инфицированные женщины относятся к репродуктивному возрасту. Из общего количества ВИЧ-инфицированных женщин 10% на момент опроса не состояли в браке, 35,7% состояли в зарегистрированном и 13% в не зарегистрированном браке, 13,5% в разводе и 24,3% оказались вдовами. Женщины сталкиваются с большой проблемой не только в создании семьи, но и в ее сохранении. Среди ВИЧ-положительных женщин самый высокий уровень разводов.

**Из общего количества женщин 50,4% отметили, что их сексуальные партнеры являются трудовыми мигрантами и 26% потребителями инъекционных наркотиков.** Более 89% ВИЧ-инфицированных женщин отметили, что у них есть дети. Из общего количества женщин 48% отметили, что имеют детей в возрасте до 5 лет.

Из общего количества опрошенных женщин всего 2,6% отметили, что не имеют образования и 8,3% имеют начальное образование. 30,4% женщин имеют среднее неполное, 38,7% среднее полное, 14,3% среднее специальное и 5,6% высшее образование. Основная часть женщин (66,6%), живущих с ВИЧ-инфекцией, не заняты активной трудовой деятельностью. По среднемесячному доходу, что исходя из паритета покупательной способности (ППС), **76,6% женщин с ВИЧ, попадают в категорию бедных, из них 59,2% к крайне бедным.**

Стигма, дискриминация и насилие в семье и обществе

Высокий уровень дискриминации по отношению к женщинам, проявляется при трудоустройстве (56,1%), при получении медицинской помощи (66,3%). Более ¼ части женщин отметили, что по отношению к ним проявляются различные формы дискриминации при обращении в правоохранительные органы. 34% женщин отметили, они ощущают различные формы дискриминаций в семье.

Более 26% ВИЧ-инфицированных женщин ощущают на себе различные формы насилия. Среди них 46,7% ответили, что насилие по отношению к ним проявлялось в физической форме и 53,3% в психологической (оскорбление, унижение). Кроме того, из числа женщин, которые отметили, что подвергаются различным формам насилия, 82% подвергаются насилию в семье и 18% в обществе.

Формы проявления дискриминации в медицинских учреждениях

Результаты исследования свидетельствуют, о том, что женщины все меньше стали раскрывать свой ВИЧ-статус при обращении в медицинские учреждения (20,4%). Больше всего возникают проблемы в медицинских учреждениях:

- в отказе предоставления лечения (77%),
- в безразличном отношении со стороны медицинских работников (50%) и
- в разглашении их ВИЧ статуса (27%).

Несмотря на то, что у 43% ВИЧ-инфицированных женщин при обращении в медицинские учреждения возникали различные проблемы, 99% из них отметили, что они не обращались в судебные и правоохранительные органы для восстановления своих прав.

Трудовая миграция

По официальным данным Департамента миграции Республики Таджикистан, 744 000 трудовых мигрантов было зарегистрировано в 2013 году (около 9% от общей численности населения), из которых около 90% мужчины. Тем не менее, местные эксперты считают, что до 2 млн. из общего населения таджикских граждан являются мигрантами, которые путешествуют за рубеж в течение различных периодов времени, как правило, для труда.

Количество женщин-мигрантов из Таджикистана увеличилось за последние годы и по оценочным данным составляет около 20,5% от общего числа мигрантов. Многие женщины-мигранты выполняют

<sup>46</sup> Исследование по определению нужд и проблем женщин, живущих с ВИЧ в Таджикистане, Таджикская сеть женщин, живущих с ВИЧ, ЮНЭЙДС, 2013. В ходе проведенного исследования было опрошено 230 респондентов или 22% от общего количества (1062) зарегистрированных на 31 декабря 2012 года в стране ВИЧ-инфицированных женщин.

низко квалифицированную работу, часто не имея правового статуса, без доступа к здравоохранению и услугам в связи с ВИЧ. В таких ситуациях они часто подвержены эксплуатации и/или физическому и сексуальному насилию, в некоторых случаях и со стороны работодателя, и могут вступать в сексуальные отношения по экономическим причинам или в обмен на физическую защиту<sup>47</sup>. Исследование с участием мужчин-мигрантов из Таджикистана показало, что 24% имели сексуальные отношения с секс-работниками и имели множественных партнеров, и только 35% использовали презервативы во время последнего полового контакта<sup>48</sup>. Другое исследование среди 400 мужчин-мигрантов из Таджикистана в Москве, показало, что 88% имели несколько половых партнеров; 92% занимались сексом с секс-работниками и только 62% всегда пользовались презервативами с секс-работниками, 13% сообщили об употреблении наркотиков и у всех были жены в Таджикистане. Многие мужчины не знали о тестировании на ВИЧ, консультировании и лечении, считая, что ВИЧ является смертным приговором. 33% беременных женщин, живущих с ВИЧ, указали, что их мужья являются мигрантами<sup>49</sup> и также указали, что имеют проблемы для обсуждения применения презервативов со своими мужьями<sup>50</sup>.

## ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ И ПРАВОВЫЕ ФАКТОРЫ

Президент Таджикистана подписал поправки к Закону о ВИЧ/СПИДе 14 марта 2014 года. В Законе впервые отмечено, что ЛУИН, РС и МСМ относятся к группам населения, которые наиболее уязвимы к ВИЧ-инфекции. В законе отменены все ограничения на въезд, пребывание и проживание в Таджикистане для людей, живущих с ВИЧ. Измененное таджикское законодательство отменяет обязательное тестирование на ВИЧ для всех иностранцев, включая персонал иностранных миссий, беженцев и лиц без гражданства. В соответствии Законом родителям, дети которых являются ВИЧ-инфицированными или больными СПИДом, предусматриваются социальные гарантии. В соответствии со статьей 16 данного закона, родители имеют право на освобождение от работы и выплаты пособий по временной нетрудоспособности во время совместного пребывания в стационаре, сохранением трудового стажа за одним из родителей при увольнении с работы и получения пособий. В соответствии со статьей 8 Закона медицинское освидетельствование проводится добровольно и анонимно, в специализированных медицинских учреждениях, по просьбе освидетельствуемого лица или с его согласия. В соответствии со статьей 12 Закона лица ВИЧ-инфицированные и больные СПИДом имеют право на бесплатное получение всех видов квалифицированной и специализированной медицинской помощи, а также обеспечение лекарствами. Не допускается отказ в приеме в лечебные учреждения, в отказе оказания неотложной помощи лицам с ВИЧ/СПИДом.

Правительством Республики Таджикистан внедрена выплата месячных пособий для семей, имеющих детей, живущих с ВИЧ, до 16 лет. Принят клинический протокол по элиминации передачи ВИЧ от матери ребенку приказом Министерства здравоохранения и социальной защиты РТ за №259 от 06.05.2013 г.

В соответствии со статьями 13 и 14 Закона РТ «О государственном социальном страховании» женщинам репродуктивного возраста назначается пособие по беременности и семейные пособия. В соответствии со статьей 13 данного закона, пособие по беременности и родам выплачивается в размере полного заработка за весь период отпуска. В статье 14 данного закона указано, что при рождении в семье ребенка, назначаются и выплачиваются, единовременное пособие в связи с рождением ребенка и ежемесячные пособия по уходу за ребенком. Пособие выплачиваются по месту работы (учебы) одного из родителей, а если родители не работают и не учатся – отделами социальной защиты населения по месту жительства. По результатам исследования 60,9% ВИЧ-инфицированных женщин информированы о льготах беременным женщинам и детям, рожденных от ВИЧ-инфицированной матери.

<sup>47</sup> Отчет о гендерной оценке, Таджикистан, 2013

<sup>48</sup> Weine и др., 2012.

<sup>49</sup> Golobof и соавт., 2011

<sup>50</sup> King и Максименко, 2013

В 2013 году принят Закон № 954 «О предупреждении насилия в семье». В 2014 году была принята Госпрограмма по предупреждению насилия в семье на 2014-2023 гг. и разработан План мероприятий Государственной программы по предупреждению насилия в семье на 2014 - 2023 годы в Республике Таджикистан. Статья 93 Административного кодекса РТ предполагает штраф нарушителю закона, если он не выполнит требования правоохранительных органов. Таких санкций как выселение лица, совершившего насилие, из жилища, либо лишение его свободы не предусмотрено.

На данный момент в стране отсутствует скоординированная программа ни по снижению дискриминации в отношении женщин, живущих с ВИЧ, ни по предотвращению насилия в отношении них. Имели место разовые или локальные кампании, ограниченные определенными медицинскими учреждениями и неправительственными организациями.

Гендерное неравенство является одной из самых распространенных форм неравенства в таджикском обществе и экономике. Женщины в Таджикистане практически не имеют доступа к земле, имуществу или финансовым ресурсам. Они имеют ограниченный доступ к образованию, после получения общего образования и борются за то, чтобы продолжать учебу и получить профессиональное или высшее образование. Существующее на практике многоженство/полигамия среди мужчин не поддерживают концепцию гендерного равенства.

Женщины, которые участвовали в консультациях<sup>51</sup>, видят необходимость дальнейшей законодательной реформы и развития механизмов, обеспечивающих соблюдение существующих законов, например, недавно принятый закон о домашнем насилии. Все новые законы, стратегии и программы должны проходить обязательный гендерный скрининг перед их утверждением. Необходима более широкая репрезентация женщин на руководящих должностях во всех ветвях власти через применение мягких и жестких квот в этом отношении. Средства массовой информации должны играть важную роль в решении проблемы гендерных стереотипов.

Таджикистан поддерживает центральную роль Комиссии по Статусу Женщин в обзоре и оценке осуществления Пекинской декларации и Платформы действий, Целей развития тысячелетия, продвижении гендерного равенства, укреплении роли и расширении участия женщин во всех сферах жизни. По словам председателя Комитета по делам женщин и семьи РТ, ключевым компонентом усилий в этом направлении является искоренение насилия в отношении женщин. Социальные реформы, проводимые в Таджикистане, нацелены на закрепление государственных гарантий равноправия мужчин и женщин в национальных правовых нормах. Вопросы равноправия мужчины и женщины, защиты прав женщин от насилия и недопущение дискриминации в отношении женщин стали приоритетными направлениями деятельности Уполномоченного по правам человека на 2011-2015 годы.

С целью обеспечения прав девушек на получение образования, и их подготовки к самостоятельной жизни, а также реализации отдельных положений Конвенции ООН о правах ребенка 21 июля 2010 года были внесены изменения и дополнения в Семейный кодекс Таджикистана, согласно которому брачный возраст повышен с 17 лет до 18 лет. Уголовный кодекс предусматривает уголовную ответственность за выдачу замуж девочки, не достигшей брачного возраста (статья 168), и заключение брака в отношении лица, не достигшего брачного возраста.

Как таковых, очередей на программы ОЗТ не зафиксировано. Во многом, это связано с критериями приема, которые создают барьеры вовлечения в программу: наличие паспорта и прописки по месту работы сайта, неудачные попытки лечения в наркологических клиниках. Законодательство РТ не предусматривает уголовного наказания за употребление наркотиков и это существенно помогает привлекать наркозависимых людей в профилактические и лечебные программы. Существует административное наказание за хранение и приобретение наркотиков.

Административный кодекс определяет проституцию как административное правонарушение, которое влечет за собой предупреждение или штраф в размере ½ от минимального размера месячной заработной платы. Статья 239 Уголовного кодекса предусматривает уголовную ответственность за организацию или содержание притонов, сводничество либо сутенерство, которое влечет за собой штраф либо лишение свободы на срок до пяти лет.

---

<sup>51</sup> Отчёт Таджикистана по Национальным консультациям. Мир после 2015 года

Женщины предложили введение обязательных медицинских тестов до вступления в брак партнёров как одну из мер предотвращения распространения ВИЧ и венерических заболеваний, а также других заболеваний. Вопрос об обязательном медицинском обследовании вступающих в брак в Таджикистане поднимается не впервые, и у него есть как сторонники, так и противники. Опрос специалистов и рядовых граждан показывает, что общество поддерживает введение обязательного теста на ВИЧ перед вступлением в брак.

### 1.3. ЦЕЛЬ ГЕНДЕРНОГО АНАЛИЗА

ОЮЛ «Центрально-Азиатская Ассоциация Людей, живущих с ВИЧ»,<sup>52</sup> при поддержке Структуры «ООН-женщины» реализует проект «Гендерное равенство в ответных мерах по ВИЧ/СПИД», направленный на внедрение гендерного подхода в национальные стратегии и соответствующих процедур по обеспечению развития потенциала сетевых организаций женщин, живущих с ВИЧ. Работая в тесном сотрудничестве с Национальным программным специалистом ЮНЭЙДС, Координатором проекта по Гендеру и ВИЧ мультистранового офиса в Казахстане, международным и национальными консультантами по гендеру и ВИЧ, Ассоциация провела гендерный анализ национальной политики по ВИЧ и СПИД в Таджикистане.

**Основная цель анализа:** обеспечение обоснования для разработки и стратегического планирования национальных программ в области ВИЧ и СПИДа на основе гендерных подходов и интеграции вопросов ВИЧ в широкую национальную гендерную повестку.

Задачи анализа:

1. Изучить основные стратегические документы в сфере здравоохранения, ВИЧ и СПИДа и гендерного равенства, а также другие секторальные стратегии.
2. Изучить документы, указывающие на успехи и пробелы по внедрению гендерных аспектов в ответных мерах по ВИЧ и СПИД (исследований, проектов, указывающих на гендерные аспекты в вышеуказанных документах, подтверждающие пробелы в гендерной политике в отношении ВИЧ-инфекции)
3. Провести блиц-опрос среди НПО, работающих по гендерным вопросам для выяснения существующей и возможной интеграции программ по ВИЧ и СПИДу и гендерной политики страны
4. Выработать рекомендации для лиц, принимающих решения, разработчиков стратегических программ, экспертов, НПО и международных организаций по улучшению гендерных подходов в программах по ВИЧ и СПИДу и интеграции вопросов ВИЧ в гендерную политику в Таджикистане.

### 1.4. МЕТОДОЛОГИЯ ПРОВЕДЕНИЯ АНАЛИЗА

#### 1. Обзор существующих документов

Члены команды изучали документы, предоставленные коллегами и партнерами и указанные в разделе "Список использованной литературы", которые описывают контекст секторов здравоохранения и социальной политики в Таджикистане, а также в регионе ВЕЦА и мире. В то же время, основными документами для рассмотрения были:

- Национальный отчет Республики Таджикистан за 2012-2013гг. о ходе выполнения декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ и СПИД, принятой на специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН в 2011 году. Национальный отчет отражает состояние дел и прогресс, достигнутый странами в ответ на эпидемию ВИЧ-инфекции.

- Заключительные замечания по сводному четвертому и пятому периодическому докладу Таджикистана Комитета по ликвидации дискриминации в отношении женщин от 29 октября 2013 года (Рекомендации комитета CEDAW).

---

<sup>52</sup> Объединение юридических лиц «Центрально-Азиатская Ассоциация Людей, Живущих с ВИЧ» учреждена в 2009 году людьми, живущими с ВИЧ из четырех стран: Казахстана, Кыргызстана, Таджикистана и Узбекистана для совместной деятельности по поддержке национальных организаций, улучшения качества и достоинства жизни людей, живущих с ВИЧ <http://www.capla.asia/index.php/ru/>

- Национальная стратегия по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Республике Таджикистан на период 2015-2017 гг.
- Программа по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан на период 2011-2015 годы (Постановление № 62 Правительства Республики Таджикистан от 30 октября 2010 года)
- Гендерная Оценка национальных мер в ответ на распространение ВИЧ в Республике Таджикистан (Пилотный проект), ЮНЕЙДС. 2013
- Национальная стратегия активизации роли женщин в Республике Таджикистан на 2011–2020 годы (Постановление № 269 Правительства Республики Таджикистан 2010 года)
- Исследование по определению нужд и проблем женщин, живущих с ВИЧ-инфекцией в Таджикистане, ЮНЭДС. 2013

2. Встречи с ключевыми партнерами, которые проходили во время совещаний, визитов в организации, в том числе в формате неформальных встреч и интервью.

Команда по проведению анализа рассмотрела цели и задачи проекта «Гендерное равенство в ответных мерах на ВИЧ и СПИД» и рабочий план, а также встретила с национальными правительственными и неправительственными организациями в Таджикистане, которые представляют основных партнеров, которые работают в сфере профилактики и лечения ВИЧ и СПИДа. Среди них получатели грантов Глобального Фонда для борьбы со СПИДом, Туберкулезом и Малярией, члены НКК, агентства ООН, НПО, работающие в сфере ВИЧ и СПИДа, самоорганизации и сети ЛЖВ, клиенты социальных проектов и пациенты, получающие АРВ-лечение и опиоидную заместительную терапию. Встречи проходили во время совещаний, визитов в организации, в том числе в формате неформальных встреч и интервью. По итогам встреч и дискуссий получены ценные сведения и новая информация о секторе здравоохранения и социального развития Таджикистана, в частности по ВИЧ и СПИД, как со стороны официальных властей, так и со стороны гражданского общества и пациентов.

Особое внимание было уделено изучению мнения организаций, которые активно работают по вопросам продвижения гендерного равенства. Основная задача: определить на основе имеющегося опыта существующие механизмы и способы улучшения взаимодействия секторов, которые отвечают за преодоление эпидемии ВИЧ/СПИД и реализацию гендерной политики и стратегии.

Информация и материалы, используемые для анализа, имеют ограничения, и оценки могут носить субъективный характер.



## 2. МЕЖДУНАРОДНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА

Международные подходы к гендерному равенству включают в себя интеграцию гендерной перспективы во все стратегии и программы развития.

Гендерное равенство находится в самом сердце прав человека и ценностей ООН. основополагающим принципом Устава ООН, принятого мировыми лидерами в 1945 году, является "равноправие мужчин и женщин", и все государства несут ответственность за защиту и поощрение прав женщин. Тем не менее, гендерное насилие затрагивает, по крайней мере, 30% женщин по всему миру<sup>53</sup>. Глобально, СПИД остаётся лидирующим по показателям причиной смертности среди женщин в возрасте 15-44<sup>54</sup>. Каждый час 50 молодых женщин по всему миру инфицируются ВИЧ. Риск инфицироваться ВИЧ на 50% выше у женщин, переживших насилие.<sup>55</sup>

Дискриминация по половому признаку запрещена практически всеми договорами в области прав человека, включая Международный пакт о гражданских и политических правах и Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, которые в своей общей статье 3 предусматривают равное для мужчин и женщин право пользования всеми правами. В добавление, существуют документы и экспертные органы, которые посвящены исключительно реализации прав женщин:

- *Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (КЛДЖ или CEDAW)*. Это основополагающий международный документ, который утверждает принципы основных прав человека и равенства для женщин. Казахстан ратифицировал Конвенцию в 1998 году. Она определяет план действий на национальном уровне по противодействию дискриминации в отношении женщин. Отчеты по CEDAW является действенным механизмом, который позволяет женщинам отстаивать свои права и держать правительство ответственным за достижение прогресса в ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин.

- *Комитет КЛДЖ*. Контроль соблюдения Конвенции - задача Комитета по ликвидации дискриминации в отношении женщин, группы 23 независимых экспертов по правам женщин из разных стран, ратифицировавших Конвенцию. Государства-участники Конвенции каждые четыре года должны представлять доклады о выполнении ее положений. Комитет (договорной орган) изучает эти доклады, а также может заслушать претензии касательно нарушений и расследовать грубые или систематические нарушения прав женщин.

- *Специальный докладчик по вопросу о насилии в отношении женщин*. В 1994 году ООН решила назначить Специального докладчика (независимого эксперта) по вопросу о причинах и последствиях насилия в отношении женщин. Специальный докладчик осуществляет расследования и мониторинг случаев насилия в отношении женщин и рекомендует, и продвигает решения по его искоренению.

- *Рабочая группа по вопросу о дискриминации в отношении женщин в законодательстве и на практике*. В 2010 году Совет по правам человека учредил Рабочую группу с целью продвижения ликвидации законов, дискриминирующих женщин и/или имеющих дискриминационное влияние на них.

За последнее десятилетие, взаимодействие между темами гендерного насилия, сексуального и репродуктивного здоровья и прав, и уязвимости женщин к ВИЧ становится все более признанным, как активистками из сообществ, так и мировыми политическими лидерами. Цели покончить с эпидемией СПИДа и ликвидации насилия в отношении женщин идут рука об руку, и обе требуют место в период после 2015 года в программе устойчивого развития. Это возможность для всех женщин и девочек полностью раскрыть свой потенциал, без угрозы насилия, риска заражения ВИЧ или нарушение их сексуальных и репродуктивных прав<sup>56</sup>.

В марте 2010 года во время 54го заседания Комиссии по положению женщин<sup>57</sup> ЮНЭЙДС в сотрудничестве с соучредителями и Структурой «ООН-женщины», а также партнерами из

<sup>53</sup> Управление Верховного Комиссара ООН по Правам человека <http://www.ohchr.org/RU/Issues/Women/WRGS/Pages/WRGSIndex.aspx>

<sup>54</sup> World Health Organization, 2013.

<sup>55</sup> HIV and AIDS in numbers. UNAIDS. 2014

<sup>56</sup> UNAIDS. Unite with women Unite against violence. 2014

<sup>57</sup> <http://www.unwomen.org/en/csw>



правительств и гражданского общества, была инициирована Повестка дня для женщин и девочек, которая имеет три основные рекомендации:

- 1) Создать улучшенную доказательную базу и сформировать более глубокое понимание конкретных потребностей женщин и девочек в контексте ВИЧ,
- 2) Превратить политические обязательства в масштабную деятельность и ресурсы, направленные на обеспечение прав и потребностей женщин и девочек в связи с ВИЧ, и
- 3) Лидировать в создании благоприятной среды, которая поощряет и защищает права женщин и девочек и расширяет их возможности в контексте ВИЧ.

Политическая декларация ООН по ВИЧ/СПИД 2011 года<sup>58</sup> отражает единую позицию мировой общественности по вопросу создания всеобъемлющей программы, направленной на достижение шестой цели развития тысячелетия: остановить распространение и начать сокращать масштабы эпидемии ВИЧ к 2015 году. Цели 1, 3, 7, 8 и обязательства Политической декларации:

*Цель 1. Снизить передачу ВИЧ половым путем на 50% к 2015 году*

*Цель 3. Искоренить новые случаи ВИЧ-инфицирования среди детей к 2015 году и значительно снизить уровень материнской смертности вследствие СПИДа*

*Цель 7. Искоренить гендерное неравенство, плохое обращение с женщинами и девочками и насилие по отношению к ним, а также расширить их возможности в плане защиты от ВИЧ-инфицирования*

*Цель 8. Искоренить стигму и дискриминацию по отношению к людям, живущим с ВИЧ и затронутым проблемой ВИЧ, путем принятия законов и политических мер, обеспечивающих полную реализацию всех прав человека и основных свобод*

Пекинская декларация и Платформа действий<sup>59</sup> была принята на 4-ой Всемирной конференции по положению женщин в 1995 году. Важным аспектом явилось осознание необходимости перенесения основного внимания с самих женщин на концепцию гендера, признав потребность переоценки всей структуры общества и всех отношений между мужчинами и женщинами внутри него. Семнадцатый пункт Декларации гласит, что «Четкое признание и подтверждение права всех женщин на контроль за всеми аспектами своего здоровья, в частности фертильностью, имеют основополагающее значение для расширения их возможностей».

Парламентская ассамблея Совета Европы (ПАСЕ) приняла историческое постановление о правах трансгендеров<sup>60</sup>. Резолюция 2048 (2015) «Дискриминация трансгендеров в Европе» от 22 апреля 2015 г. направляет всей Европе сигнал о том, что трансгендеры должны пользоваться равными правами. Данная всеобъемлющая резолюция призывает государства — члены Совета Европы принять законодательство против дискриминации и преступлений на почве ненависти, отдельно включающее в себя защиту трансгендеров. Она также призывает государства отменить медицинские требования, такие как стерилизация, в качестве процедур правового признания гендерной идентичности. Кроме того, государства должны обеспечить доступ к специальным услугам здравоохранения для трансгендеров. Государствам — членам Совета Европы также следует рассмотреть возможность введения третьего пола в удостоверениях личности для тех людей, которые не считают себя мужчиной или женщиной.

Последние Рекомендации ВОЗ<sup>61</sup> в отношении профилактики, диагностики лечения и ухода при ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения среди важнейших условий успешной деятельности указывают, что:

<sup>58</sup> [http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/declarations/aids\\_decl2011.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/aids_decl2011.shtml) Политическая декларация по ВИЧ и СПИДу: активизация наших усилий по искоренению ВИЧ и СПИДа. Принята резолюцией 65/277 Генеральной Ассамблеи от 10 июня 2011 года.

<sup>59</sup> [http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/declarations/womdecl.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/womdecl.shtml)

<sup>60</sup> <http://www.coe.int/ru/web/portal/-/procedures-based-on-self-determination-for-changing-gender-on-id-documents>

<sup>61</sup> Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: Профилактика, Диагностика, Лечение и Уход, Июль 2014 г. Приложение 4.

- Медицинские услуги должны быть доступными и приемлемыми для ключевых групп населения, а при их оказании нужно руководствоваться принципами медицинской этики, обеспечения соблюдения прав всех граждан на здоровье и предотвращения стигматизации и дискриминации.

- В партнерстве с организациями, представляющими интересы ключевых групп населения, следует принять меры по предотвращению и устранению насилия в отношении людей из ключевых групп населения. Все случаи насилия в отношении людей из ключевых групп населения следует отслеживать и регистрировать, а для обеспечения справедливости должны быть созданы соответствующие механизмы.

В 2011 году Глобальный фонд вновь подтвердил свою приверженность принципам гендерного равенства. Он привержен постоянной поддержке программ, учитывающих гендерные аспекты, и основанных на доказательствах, которые достигают воздействия, в том числе стимулирование отчетности с использованием разбивки данных по возрасту и полу. Он также подтвердил обновленный фокус на женщин и девочек, в том числе, но не ограничиваясь, тремя конкретными областями деятельности на ближайшие годы:

1. Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку, за счет расширенного четырех-векторного подхода и увеличенных связей с материнским, младенческим и детским здоровьем;
2. Предотвращение гендерного насилия и устранение вредных гендерных норм;
3. Реагирование на потребности наиболее уязвимых групп женщин, в частности секс-работниц, в том числе трансгендерных женщин и женщин, употребляющих наркотики.

Глобальный фонд включает вопросы защиты прав человека в грантовый цикл. Глобальный фонд предусматривает конкретные меры, такие как проведение тренингов по вопросам прав человека, по гендерным и другим межсекторальным вопросам в систему управления грантами; разработку новых инструментов и процедур выделения ресурсов; а также создание систем для непосредственного мониторинга использования финансовых средств для проведения мероприятий, направленных на устранение связанных с правами

### 3. МЕРЫ ПО ДОСТИЖЕНИЮ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

#### 3.1. ВЫПОЛНЕНИЕ ТРЕТЬЕЙ ЦЕЛИ РАЗВИТИЯ ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ В ТАДЖИКИСТАНЕ

В 1991 году был создан Комитет по делам женщин и семьи при Правительстве Республики Таджикистан. Мандатом Комитета является продвижение и реализация политики по улучшению положения женщин во всех сферах общественной жизни. Таджикистан сделал решительные шаги в направлении обеспечения гендерного равенства с момента обретения независимости в 1991 году, но до сих пор ряд экономических, политических, культурных и других барьеров необходимо преодолеть, чтобы достичь фактического равенства между мужчинами и женщинами.

Начиная с 15-летнего возраста, резко снижается посещение школ таджикскими девушками. Уменьшение количества девочек в школе вместе с засильем традиционных гендерных стереотипов, в сочетании с низким уровнем жизни населения влияет на реальный доступ к высшему образованию у девочек. По сравнению с мужчинами, меньший процент женщин имеют высшее образование, этот процент еще ниже для сельских женщин.

В Таджикистане участие женщин на рынке труда является слабым (31,1%). Но микрофинансовые организации внесли значительный вклад в улучшение экономической активности женщин, особенно, ориентированными на женщин проектами. В период 2006-2009 гг. были реализованы 190 проектов, что привело к созданию рабочих мест для 15000 женщин. Но, к сожалению, доходы женщин до сих пор остаются намного ниже мужчин.

В целом наблюдается низкий уровень представительства женщин в законодательных органах государственной и небольшое количество женщин находятся на руководящих должностях в Таджикистане. 30% представительство женщин в органах законодательной, судебной и исполнительной власти не было достигнуто. Это число даже снижается на всех уровнях власти.

В 2013 году Парламентом страны был принят Закон «О предупреждении насилия в семье». Приказом Министра внутренних дел введены должности инспекторов по противодействию насилия в семье. В Академии МВД Республики Таджикистан с ноября 2010 года был введен факультативный курс по предотвращению домашнего насилия.

Другим механизмом укрепления потенциала, как национального, так и местных комитетов по делам женщин является создание и деятельность информационно-консультативных центров (ИКЦ), которые созданы при поддержке странового офиса ООН-Женщины.

Комитет по делам женщин и семьи при Правительстве Республики Таджикистан тесно работает с Коалицией общественных объединений «От равенства юридического – к равенству фактическому», которая была создана в мае 2008 года. Коалиция действует на основе Договора о партнерстве, без образования юридического лица, и в настоящее время ее членами являются 93 общественных объединений из различных регионов страны.

Расширение экономических возможностей женщин, их конкурентоспособности на рынке труда и развития их предпринимательской деятельности играет ключевую роль в обеспечении равноправия мужчин и женщин. В 2012 году Правительство страны разработало и утвердило «Государственную Программу подготовки специалистов из числа женщин и содействия их занятости на 2012-2015 гг.». С целью снижения уровня женской безработицы в рамках госпрограммы предусмотрены меры, направленные на стимулирование занятости женщин. Одним из действенных направлений политики в области женской занятости является поддержка инициатив женщин в организации индивидуальной трудовой деятельности и предпринимательства путем предоставления микрокредитов, который является эффективным инструментом стратегии снижения бедности.

Правительство страны уделяет особое внимание вопросу профессионального обучения женщин через государственную систему подготовки кадров, в том числе через развитие центра обучения взрослых и профессионально-технических учреждений.

### 3.2. НАЦИОНАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ АКТИВИЗАЦИИ РОЛИ ЖЕНЩИН В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН НА 2011-2020 ГОДЫ<sup>62</sup>

Особого внимания заслуживает Национальная Стратегия активизации роли женщин в Республике Таджикистан на 2011-2020 годы (далее - Стратегия).

Правительство определяет необходимость её принятия проблемами, вызванными социально-экономическими и политическими преобразованиями в Республике Таджикистан. В частности: недостаточное осознание обществом необходимости гендерного равенства и реализация гендерной политики, наличие традиционных стереотипов о роли и месте женщины в обществе; несовершенство законодательной базы; формальное равенство мужчин и женщин; недостаточное взаимодействие государственных учреждений и неправительственных организаций, занимающихся проблемами защиты прав и законных интересов женщин; сохраняются препятствия для женщин в реализации их прав в сфере труда, экономики, культуры, политике и т.п.

Важность её принятия также отмечена в заключительных замечаниях по сводному четвертому и пятому периодическому докладу Таджикистана Комитета по ликвидации дискриминации в отношении женщин от 29 октября 2013 года (Рекомендации комитета CEDAW). Хотя в самой Стратегии описаны цели каждого направления, сильные и слабые стороны, а также возможности, угрозы, стратегические задачи и действия, Комитет КЛДЖ рекомендует принять всеобъемлющий план действий по осуществлению Стратегии.

Стратегия направлена на оказание помощи в подготовке специалистов по проблеме равноправия полов, гендерной проблематике, способных вести работу по разработке национальной политики с позиции гендерного баланса; реализации прав женщин в контексте прав человека; росту влияния женщин в принятии решений на всех уровнях и по всем вопросам; обеспечению женщинам равных прав на рынке труда; охране здоровья женщин; пресечению насилия в отношении женщин; взаимодействию с третьим сектором т.е. подготовке специалистов по гендерной проблематике в сфере общественного взаимодействия, сотрудничества между Правительством Республики Таджикистан, министерствами, ведомствами и женскими общественными объединениями на постоянной основе, включая их тем самым в совместном управлении при решении социально-значимых проблем.

Стратегия дает очень подробный анализ сильных и слабых сторон, возможностей и угроз, а также действий по осуществлению Стратегии.

Примечательно, что одновременно разрабатывалась Национальная программа по противодействию эпидемии ВИЧ и СПИД в Республике Таджикистан на период 2011-2015 годы, но интеграции и взаимного дополнения двух секторов не отслеживается.

Так, в Стратегии единожды упоминается ВИЧ и СПИД в разделе «**5. ЖЕНЩИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**» среди угроз в достижении цели - Повышение качества жизни женского населения через укрепление здоровья в целом и репродуктивного здоровья в частности. Ниже приводится выдержка из этого раздела.

#### 5.1. Сильные стороны:

- создана и расширяется сеть медицинских организаций, оказывающих услуги по охране здоровья женщин, функционируют центры репродуктивного здоровья;
- разработаны и реализовываются программы по репродуктивному здоровью и репродуктивному праву, профилактике инфекционных и экстрогенитальных заболеваний, безопасному материнству;
- разработана Концепция охраны репродуктивного здоровья, определяющая государственную политику в этой области и систему комплексных профилактических мер, включающую совершенствование организации медицинской и лекарственной помощи, улучшение подготовки и усовершенствование кадров, информационное обеспечение деятельности в области охраны репродуктивного здоровья, а также проведения научных исследований по проблеме;
- функционируют общественные организации, занимающиеся вопросами исследования и освещения

<sup>62</sup> Утверждена постановлением Правительства Республики Таджикистан от 29 мая 2010 года №269

проблем, связанных с репродуктивным здоровьем женщин;

- проводятся информационные компании по важности грудного вскармливания, медицинского обслуживания матери и ребенка;

- созданы кризисные центры для женщин как компонент защиты, в том числе психического здоровья.

#### 5.2. Слабые стороны:

- низкий образовательный уровень женского населения;

- недостаточность объемов государственного финансирования сектора здравоохранения. Ограниченность государственных расходов на здравоохранение затрагивает и мужчин, и женщин, но в условиях дефицита семейного бюджета потребности женщин в поддержании здоровья оказываются наименее приоритетными;

- низкий уровень квалификации и нехватка медицинского персонала, особенно в сельской местности;

- низкий уровень доходов семей, недостаточность финансовых средств для поддержания здоровья и полноценного доступа женщин к медицинскому обслуживанию;

- низкая информированность молодого поколения в вопросах сохранения репродуктивного здоровья и получения квалифицированной помощи;

- отсутствие системности в проведении мероприятий по профилактике, диагностике и лечению рака молочной железы, шейки матки, яичников и остеопороза.

#### 5.3. Возможности:

- формирование и системный анализ банка данных по медицинской статистике с учетом гендерного аспекта;

- разработка сценариев развития системы здравоохранения, с обоснованием возможных перспектив относительно женского и детского здоровья;

- совершенствование системы диагностики и профилактики женского и детского здоровья;

- консолидация усилий официальных структур, органов местного самоуправления, неправительственных организаций в активизации информационных компаний по охране женского и детского здоровья;

- последовательное продвижение политики планирования семьи.

#### 5.4. Угрозы:

- неразвитость системы сбора и анализа данных в рамках медицинской статистики, что не позволяет получить полноценную реальную оценку ситуации;

- сохраняющаяся практика домашних родов увеличивает риск неблагоприятных родов;

- увеличение количества социально опасных заболеваний (ВИЧ/СПИДа, наркомании, алкоголизма, инфекций, передаваемых половым путем и др.);

- сохраняющийся рост случаев суицида у женщин, в том числе в молодом возрасте свидетельствует и о психологической неустойчивости.

#### 5.5. Стратегические задачи:

- повышать образовательный уровень женщин;

- усилить потенциал сектора здравоохранения;

- обеспечить достоверность и прозрачность медицинской статистики;

- постепенно стирать различия между городом и селом в доступе и качестве медицинских услуг.

#### 5.6. Действия:

- создание аналитической базы по демографическим тенденциям, заболеваемости, репродуктивному здоровью женщин и девушек-подростков, влиянию на здоровье мер в рамках политики занятости и социальной защиты, образования, экологии;

- формирование программ развития системы здравоохранения и системы бюджетирования с гендерно-чувствительными индикаторами;

- создание и реализация устойчивого механизма объединения усилий и координация действий органов государственной власти всех уровней, общественных объединений, религиозных и благотворительных организаций для проведения информационных компаний по поддержанию здоровья, оценки ситуации и мониторингу программ в области здравоохранения;

- интеграция национальной системы медицинской отчетности к мировой системе, в том числе в

- плане методологии расчетов, обоснованию медицинских норм и стандартов;
- повышение кадровой и технической оснащенности медучреждений, в особенности в сельской местности;
  - создание на базе действующих онкологических отделений и женских консультаций пункты для раннего выявления (скрининга) рака молочной железы;
  - разработка и обеспечение прозрачности нормативной базы по сооплате пациентов за медицинские услуги, с учетом гендерного фактора;
  - осуществление программ планирования семьи;
  - принятие мер по профилактике самоубийств, включая развитие сети телефонов доверия, женских кризисных центров;
  - обеспечение доступа всех женщин и девочек к просвещению по вопросам половой жизни и деторождения, безопасного материнства и кормления грудью, питания, злоупотребления психоактивными веществами;
  - содействие повышению уровня знаний для снижения нежелательной беременности у молодежи.

Очень комплексно проанализированы проблемы насилия в 7ом разделе Стратегии – **«НАПРАВЛЕНИЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ НАСИЛИЯ В ОТНОШЕНИИ ЖЕНЩИН»**. Основная задача государства - это максимально реализовывать на практике определенные в разделе действия.

Основная цель: создание условий для достойной жизни женщин без насилия. Не допускать насилия как формы отношений между людьми. Искоренение насилия в его различных проявлениях во всех социальных сферах, включая семью.

#### 7.1. Сильные стороны:

- создан координационный совет по предотвращению насилия в отношении женщин, в состав которого входят представители министерств юстиции, труда и социальной защиты населения, здравоохранения, Министерства внутренних дел, комитета по делам женщин и семьи при Правительстве РТ, работники судов и Генеральной прокуратуры, а также представители НПО;
- Таджикистан присоединился к Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, приняв на себя обязательства обеспечивать равные права для мужчин и женщин, в том числе право на жизнь без насилия;
- в нижней палате Парламента Республики Таджикистан функционирует комитет по делам семьи, охране здоровья, социальной защите и экологии, который занимается ведением законопроектной работы, и «участвовал в разработке гендерной политики страны»;
- имеются структуры в областных, городских, районных, представительных органах власти на местах, занимающиеся вопросами семьи;
- в министерствах и ведомствах социального сектора (здравоохранения, труда и социальной защиты и др.) имеются подразделения, непосредственно занимающиеся решением проблем женщин, семьи, детей. Решением вопросов труда и быта женщин занимаются службы занятости населения и другие государственные органы;
- при содействии Национальной комиссии по делам семьи и женщин ведется работа по предотвращению насилия в отношении женщин.

#### 7.2. Слабые стороны:

- жертвы не заявляют о совершенном насилии из-за страха подвергнуться общественному порицанию. Вследствие действия стереотипа «женской виновности» в изнасиловании; процедура сбора доказательств по данному виду преступления воспринимается женщинами как унижительная и не обеспечивающая окончательной победы в судебном процессе и наказания насильника;
- трафик женщин становится заметным социальным явлением. В то же время информации о его масштабах, формах и видах явно недостаточно; жертвы трафика обычно оказываются без виз «и паспортов или с поддельными паспортами, превращаясь в нелегальных мигрантов, в результате чего они не желают контактировать с правоохранительными органами, несмотря на противоправные условия жизни и работы;
- все вопросы, связанные с защитой прав и свобод граждан, рассматриваются местными судами в

общем порядке, процедуры, учитывающие специфические потребности женщин, не предусмотрены;

- подразделения органов внутренних дел, занимающиеся проблемами насилия в отношении женщин, технически слабо оснащены, не имеют достаточных возможностей для оказания конкретной помощи женщинам-жертвам насилия;
- отсутствие эффективных институциональных механизмов, занимающихся предотвращением и решением вопросов насилия в отношении женщин и способные предоставить поддержку жертвам такого насилия;
- не достаточная разработанность современного законодательства в области профилактики и предотвращения насилия в отношении женщин, отсутствие специализированных нормативно-правовых актов в этой области и механизма мониторинга выполнения существующих нормативно-правовых актов;
- отсутствие комплексной системы регистрации и введения статистики по фактам насилия по гендерному признаку для оперативного регулирования в области оказания различным видам помощи, пострадавшим от насилия;
- практически отсутствует статистика о насилии в семье, на работе, по месту учебы, которое совершается в форме морального надругательства, психологического давления, недостаточно учитываются факты сексуального домогательства;
- недостаточный уровень подготовки сотрудников правоохранительных, образовательных, медицинских учреждений по вопросам насилия по гендерному признаку и защиты прав человека;
- низкий уровень осведомленности населения о проблемах насилия по гендерному признаку ввиду неадекватного освещения этой проблемы в СМИ.

#### 7.3. Возможности:

- создание государственной программы и включение всех уровней и всех подразделений власти в борьбу с проявлениями насилия в отношении женщин;
- развитие сети кризисных центров и приютов для лиц, подвергшихся насилию. В перспективе они могут стать методической и информационной базой для всех учреждений социального обслуживания семьи и детей;
- предотвращение и профилактика домашнего насилия посредством обучения и выявления насилия на ранней, начальной стадии.

#### 7.4. Угрозы:

- гендерная асимметрия, являясь базовой в системе человеческих отношений и выступая питательной средой для любых насильственных проявлений, основанных на представлении о «природном» превосходстве мужчин, может принимать нежелательные формы; кроме того, она приводит к деформации личности, столкнувшейся с проявлениями насилия;
- последствия насилия, которые могут привести к социальной изоляции и антисоциальному поведению женщины, ограничению экономических возможностей, нежеланию участвовать в политической, общественной или образовательной деятельности;
- негативное воздействие насилия на психику детей-очевидцев;
- рост суицида женщин, убийств и нанесения телесных повреждений средней тяжести, преступности среди детей, подростков и молодежи.

#### 7.5. Действия:

В области профилактики и предотвращения насилия в отношении женщин:

- совершенствование системы законодательства в области профилактики и предотвращения насилия по гендерному признаку, рассмотреть возможность создания районных кризисных центров за счет средств местных бюджетов и государственных грантов на социально значимые проекты;
- создать и внедрить систему по работе с виновниками семейного насилия, обязательное прохождение ими программ по реабилитации виновников семейного насилия;
- рассмотреть вопросы создания реабилитационных центров в пунктах пропуска через государственную границу для размещения жертв трафика из Таджикистана и стран-участниц СНГ до выяснения обстоятельств их пребывания за границей;
- принять меры по упрощению процессуальных действий по принятию мер к виновным за совершение домашнего насилия;

- укрепить структурные подразделения МВД, занимающиеся предупреждением и пресечением насилия;
- оказывать поддержку кризисным центрам за счет государственных грантов на социально значимые проекты.

Комитет при КЛДЖ в своих заключительных замечаниях по Таджикистану отметил, обеспокоенность весьма низкой долей национального бюджета, выделенной для укрепления структурного потенциала и расширению финансовых возможностей Комитета по делам женщин и семьи (0,7 процента), ограниченной отдачей от реализации плана действий по осуществлению Национальной стратегии активизации роли женщин и отсутствием эффективного мониторинга программ, направленных на реализацию прав женщин и общего равенства между мужчинами и женщинами.

КЛДЖ рекомендовал Таджикистану добиваться повышения статуса национального механизма по улучшению положения женщин и в ускоренном порядке усилить его мандат, расширить его полномочия и повысить его авторитет на национальном и местном уровнях, обеспечив его необходимыми людскими и финансовыми ресурсами, сопоставимыми с возложенным на него мандатом, и укрепив его возможности в плане подготовки, координации и отслеживания разработки и претворения в жизнь законодательных актов и директивных мер в области гендерного равенства; а также принять всеобъемлющий план действий по осуществлению Национальной стратегии активизации роли женщин (2011–2020 годы).

### 3.3. Подготовка новых Целей устойчивого развития

В настоящее время формируется новая глобальная программа устойчивого развития на период после 2015 года. В связи с этим были проведены консультации на глобальном уровне, а также в 50 странах мира, включая Таджикистан. Консультации сосредоточены на ключевых проблемах и надеждах народа после 2015 года<sup>63</sup>, посредством вовлечения таких вопросов как бедные и уязвимые, местные органы власти и гражданское общество, частный сектор, профсоюзы и ассоциации работодателей, ученые круги. В июле 2014 года ООН запустила второй раунд консультаций<sup>64</sup> с целью стимулирования проведения всестороннего диалога о средствах выполнения повестки развития после 2015 года на местном уровне, определения решений на местах и повышения важности местного измерения развития. Второй раунд глобальных и национальных консультаций фокусировался на том, как можно локализовать выполнение повестки развития после 2015 года. Таджикистан был выбран одной из стран для запуска второй фазы консультаций не для определения целей как таковых, а для определения способов локализации их выполнения.

Результаты всех страновых консультаций будут отражены в глобальном отчете Группы по вопросам развития ООН (UNDG), который в свою очередь будет определять повестку обсуждений глобального развития на период после 2015 года во время заседания Генеральной Ассамблеи ООН в сентябре 2015 года.

#### **Отчёт Таджикистана по Национальным консультациям «Мир после 2015 года».**

В отчёте Таджикистана по Национальным консультациям «Мир после 2015 года»<sup>65</sup> указано следующее.

##### Доступ к образованию

Женщины указали, что отсутствие дошкольных учреждений также препятствует вовлеченности женщин на рынке труда.

Женщины и представители гражданского общества особо подчеркнули важность скорейшего расширения возможностей для образования детей малого возраста. Женщины, в особенности,

<sup>63</sup> <https://www.worldwewant2015.org/ru/node/306903>

<sup>64</sup> <https://www.facebook.com/events/411447932329091/>

<sup>65</sup> Отчет Таджикистана по национальным консультациям. Мир после 2015 года.

[file:///C:/Users/Svitlana/Downloads/post\\_2015\\_tajikistan\\_consultation\\_report\\_20%20may\\_rus.pdf](file:///C:/Users/Svitlana/Downloads/post_2015_tajikistan_consultation_report_20%20may_rus.pdf)



подчеркнули важность альтернативных моделей дошкольных учреждений с вовлечением родителей и представителей общины. Участники с гражданского общества выразили тревогу тем, что бюрократия и обременительное налогообложение может препятствовать расширению образовательных учреждений для детей малого возраста.

Участники на консультациях с молодёжью и женщинами указали на важность вовлечение НПО и частного сектора как средство расширения возможностей дошкольного образования. Люди с ограниченными возможностями выступили в поддержку за создание модели инклюзивных детских садиков, доступного для всех детей, включая детей с ограниченными возможностями.

Девочки сталкиваются с проблемой доступа к образованию, особенно в старших классах общего образования, и также при поступлении в техникумы и университеты. **Женщины, молодёжь и гражданское общество особенно отметили гендерное неравенство как проблему в доступе к образованию. Ранние браки и гендерные нормы и ценности общества выделяются как ключевые причины данной проблемы.** На консультациях с молодёжью в Сугде, участники отметили факт запрета хиджаба в школах как потенциальный барьер для образования девочек.

В отношении доступа девочек к образованию, женщины предлагают, что одним из вариантов поощрения девочек в продолжении учебы после 9-го класса – это сделать окончание 11-го класса обязательным для всех. Они также утверждали о необходимости принятия конкретных шагов по искоренению ранних браков. Женщины, молодёжь и представители гражданского общества придают особое значение преодолению укоренившихся социальных гендерных норм, которые придают мало значения образованию, в особенности, продолжению их образования после 9-го класса.

#### Бремя болезни

Женщины и представители гражданского общества также выразили озабоченность ростом ВИЧ и туберкулёза. Молодежь выразила озабоченность высоким уровнем венерических заболеваний. Женщины предложили введение обязательных медицинских тестов до вступления в брак партнёров как одну из мер предотвращения распространения ВИЧ и венерических заболеваний, а также других заболеваний. Многие участники на консультациях сошлись во мнении о том, что Таджикистан ещё не достиг целей ЦРТ 4, 5 и 6. Соответственно, они должны оставаться приоритетными и в период после 2015 года.

Представители Правительства выразили необходимость повышения осведомлённости трудовых мигрантов и молодёжи в сельских местностях о болезнях ВИЧ и СПИД и других венерических заболеваниях.

Женщины также акцентировали внимание на важности повышения информированности самых уязвимых слоёв населения о ВИЧ и СПИД, туберкулёзе, малярии, особенно выделяя трудовых мигрантов, молодёжь, секс-работников и их семей.

#### Доступ к медицинским услугам

Женщины особенно предупреждали о **последствиях высокой стоимости медицинских услуг, которые, по их мнению, приводят к росту домашних родов**, которые, в свою очередь, оказывают негативное влияние на детскую и материнскую смертность.

Женщины выражают недовольство тем, что, **несмотря на то, что поликлиники должны предоставлять бесплатные услуги, беременным женщинам предлагается платить за многие принадлежности и аксессуары прямо перед родами, что, по их мнению, противоречит политике Правительства.**

Представители гражданского общества отметили, что **люди, живущие с ВИЧ, и сексуальные меньшинства сталкиваются проблемой дискриминации**, когда они обращаются за помощью в медицинские учреждения. Они высказались за улучшение правовой основы **защиты людей, живущих с ВИЧ и СПИД.**

#### Финансирование и Управление

Представители Правительства на консультациях выразили согласие на увеличение финансирования сектора здравоохранения, с акцентом на приоритеты материнского и детского здоровья. Женщины отметили негативные последствия продолжительной зависимости сектора

здравоохранения от внешнего финансирования. Они убедительно просили Правительство выделять достаточные средства на финансирование сектора, принимая во внимание, что вероятнее всего, внешнее финансирование некоторых направлений сектора здравоохранения (например, ВИЧ и СПИД, туберкулёз, малярия и иммунизация) заканчивается. **Правительство должно быть готово взять на себя ответственность финансирования из внутренних источников.**

#### Безработица и неэффективность рынка труда

Молодежь отметила дискриминацию при трудоустройстве на основе политических убеждений, религиозного вероисповедания, национальности. Женщины отметили гендерную дискриминацию, лица с инвалидностью сообщили о дискриминации их коллег.

Женщины отметили, что гендерные стереотипы и традиции затрудняют получение работы. Они также чувствуют, что ставится **неофициальный возрастной ценз до 35 лет**, старше этого возраста женщинам труднее найти работу. Женщины также указали, что **девочки бросают и выбывают из школы раньше, чем мальчики, и попадают на рынок труда**. Промышленные сектора, которые ранее обычно нанимали много женщин, как текстильная промышленность, сейчас находятся в состоянии застоя. **Женщины также говорят, что нехватка дошкольных учреждений ограничивает их возможности устроиться на работу.**

#### Трудовая миграция

Представители Правительства в ходе консультаций также выразили обеспокоенность по этому поводу, и указали на необходимость более активной миграционной политики, регулирования миграционных потоков и обеспечения осведомленности о правах и механизмах социальной защиты для мигрантов. Они также предложили повышение информированности трудовых мигрантов по вопросам ВИЧ и СПИДа и других заболеваний с тем, чтобы мигранты, во время своего пребывания за рубежом, делали выбор в пользу здорового образа жизни.

#### Создание рабочих мест и развитие частного сектора

Женщины выступают за учебные программы и кредитные схемы, чтобы помочь еще большему количеству женщин найти оплачиваемую работу.

#### Гендерное неравенство

Гендерное неравенство является одной из самых распространенных форм неравенства в таджикском обществе и экономике. Женщины в Таджикистане практически не имеют доступа к земле, имуществу или финансовым ресурсам. Они имеют ограниченный доступ к образованию, после получения общего образования и борются за то, чтобы продолжать учебу и получить профессиональное или высшее образование.

Женщины имеют ограниченный доступ к информации, а вероятность того, что их голоса будут приняты во внимание в процессе принятия решений, является очень низкой. Женщины и девочки также часто становятся жертвами гендерного насилия, будь то физическое, сексуальное, психологическое или экономическое насилие. Крупномасштабная миграция (в основном) мужчин еще более отяготила бремя женщин и девушек, оставляя их, во многих случаях, де-факто, главой домохозяйств. Участники отметили, что, несмотря на многие перспективные законы, меры политики и программы, в достижении гендерного равенства было достигнуто мало прогресса.

Женщины, которые участвовали в консультациях, видят необходимость дальнейшей законодательной реформы и развития механизмов, обеспечивающих соблюдение существующих законов, например, недавно принятый закон о домашнем насилии. Все новые законы, стратегии и программы должны проходить обязательный гендерный скрининг перед их утверждением. Они хотели бы видеть более широкую репрезентацию женщин на руководящих должностях во всех ветвях власти и приводят доводы в пользу применения мягких и жестких квот в этом отношении. Средства массовой информации должны играть важную роль в решении проблемы гендерных стереотипов.

Женщины говорят, что в первую очередь следует решить проблему ранних браков и расширить возможности девочек в получении профессионального или высшего образования. Следует принять

специальные программы для поддержки женщин-предпринимателей. И наконец, женщины также предполагают, что государственное управление, предусматривающее вовлечение женщин, с акцентом на прозрачность и подотчетность должно пройти долгий путь на пути решения проблемы неравенства.

#### Социальная защита и социальные пособия

В ходе обсуждений было определено несколько категорий людей, которые являются особенно уязвимыми и нуждаются в социальной защите. К ним относятся люди с ограниченными возможностями (включая детей), престарелые люди, трудовые мигранты и семьи, которых они оставили, а также люди с хроническими заболеваниями, такими как ВИЧ и СПИД.

Организации гражданского общества приводят довод в пользу того, чтобы часть этих повышенных бюджетных вложений использовались для поддержки лиц, живущих с ВИЧ и СПИД, для финансирования антиретровирусной терапии.

#### Социальные услуги

Участники консультации считают, что социальные услуги для уязвимых людей не достаточно развиты. Они считают, что профессию «социальной работы» необходимо усилить. Представители гражданского общества предлагают расширить на уровне университетов профессиональное обучение социальных работников. Это позволит, например, расширение служб Социальной Помощи на Дому и интеграцию функции социальной работы в службы здравоохранения.

Организации гражданского общества также отметили, что стигма и дискриминация, особенно тех, кто живет с ВИЧ или страдает от СПИДа, может привести к тому, что людям, имеющим право на социальные услуги, будет отказано в доступе к ним. Они предложили включить вопрос толерантности в школьную программу и бороться со стигмой и дискриминацией посредством СМИ для построения более инклюзивного общества. В тоже время, знание прав теми, кто сталкивается со стигмой и дискриминацией, следует усилить.

#### *Ключевые группы, вовлеченные в процесс национальных консультаций*

##### Гражданское общество

Различные уязвимые группы населения, такие как дети, молодежь, женщины, люди с ограниченными возможностями, представители этнических меньшинств, малоимущие, люди, живущие с ВИЧ, и пожилые люди должны иметь равные условия доступа ко всем услугам и льготам. Государство должно гарантировать выполнение своих обязательств в отношении международных конвенций, в частности тех, которые касаются прав человека.

##### Женщины

Была проведена консультация с женщинами, организованная ООН-женщины, при участии представителей женских ассоциаций, женщин-лидеров и жен трудовых мигрантов, приехавших из разных частей страны. Доминирующей темой стало желание выйти за рамки ограничений и преодолеть барьеры, налагаемые на женщин традициями, сохраняющихся социальных норм, установок и стереотипов, и использование средств массовой информации для того, чтобы способствовать введению таких перемен.

Тесно связанные с традиционными стереотипами, участницы неоднократно ссылались на различные другие виды неравенства, вытекающего из гендерного неравенства, включая доступ к материальным ресурсам, в том числе, таким как земля, недвижимость, финансовые ресурсы, а также неравенство в доступе к нематериальным ресурсам, таким как образование и принятие решений. Особую озабоченность вызывает тенденция девушек вступать в брак в раннем возрасте и лишение их возможности достижения своего полного потенциала. С учетом огромного уровня трудовой миграции мужчин, женщины, особенно в сельских регионах, борются, пытаясь совместить воспитание детей с работой, что, как правило, усугубляется отсутствием экономической деятельности в сельской местности, низкой заработной платой и гендерными стереотипами. Женщины также сообщали о распространенности насилия по половому признаку в основном в семейном окружении. В процессе обсуждения с женщинами была также высказана озабоченность вопросами, о которых говорилось и на других консультациях, а именно слабая инфраструктура и качество услуг

образовательных и медицинских учреждений, проблемы вокруг материнской и детской смертности, особенно в отдаленных горных районах, и уязвимость женщин перед инфекционными заболеваниями.

**Заключительные рекомендации** в основном касаются принятия агрессивных мер по обеспечению информированности через наиболее влиятельные СМИ с целью устранения гендерных стереотипов, особенно в отношении поступления девочек в школы; продолжение программ гендерной интеграции в сочетании с сильным мониторингом; усиления государственной и частной поддержки для продвижения женского предпринимательства; пересмотра законов по укреплению компонентов гендерного равенства и развития и продвижения альтернативных форм дошкольного образования.

### 3.4. ИНТЕГРАЦИЯ ВОПРОСОВ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА В ПОЛИТИКИ ПО ВИЧ И СПИД

Женщины составляют более 50% всех зарегистрированных безработных таджиков, и большинство из них являются домохозяйками<sup>66</sup>. Для этой группы женщин медицинские работники представляют основной и единственный источник информации о ВИЧ и СПИД<sup>67</sup>, в то время как для работающих женщин существуют различные источники информации, в том числе на рабочем месте. Таким образом, последние лучше информированы об этом заболевании.

Женщины имеют более низкий уровень образования, а также ограниченные возможности вести переговоры об использовании презервативов<sup>68</sup>; женщины не имеют доступа к земле, собственности, финансам и грамотности<sup>69</sup>, женщины очень часто не могут обратиться за медицинской помощью без одобрения мужей<sup>70</sup>

В стране не существует достаточных данных о гендерном насилии, и связи с ВИЧ. Признается, что насилие усиливается против женщин, живущих с ВИЧ, в то же время данные проблемы не отражаются в программах и проектах.

Проблемы сексуального здоровья обсуждаются только тогда, когда они возникают и только с медицинскими работниками.

В 2011 жертвы насилия (9427 женщины и 9401 мужчина) получили помощь в кризисных центрах, существующих в стране. Несмотря на это нет вероятности, что всем жертвам насилия были оказаны услуги, связанные с ВИЧ<sup>71</sup>.

В 2011 в рамках проекта структуры «ООН-женщины» и ЮНЭЙДС было проведено исследование по проблемам насилия, прав женщин и уязвимости к ВИЧ среди женщин-военнослужащих. 75,2% респондентов указали, что они столкнулись с различными проявлениями домогательств, включая сексуальные домогательства на рабочем месте. Более чем 30% участниц опроса отметили, что подвергались физическому насилию со стороны своих мужей и даже со стороны своих коллег.

В целом проекты по борьбе с ВИЧ, не имеют специфической гендерной направленности и вмешательств, адресованных на предотвращение насилия и оказание помощи жертвам насилия.

В соответствии с Гендерной оценкой, проведенной в стране в 2013 году, гендерным вопросам в разрезе национального ответа было уделено особое внимание в рамках Национальной программы по преодолению эпидемии ВИЧ/СПИД на период 2011-2015гг. Впервые, во время отчетного периода, проблемы женщин и девочек, гендерное равенство и вопросы, связанные с ВИЧ-инфекцией, были внесены в широкую повестку дня на национальном уровне, с приведением выявленных результатов исследования о доступе к социальным услугам людей, живущих с ВИЧ, с акцентом на гендерное равенство.

Заложена основа интеграции гендерных мероприятий и ответных мер по ВИЧ и СПИД в деятельность различных министерств и отделов, таких как Комитет по делам женщин и семьи при Правительстве Республики Таджикистан, Министерство здравоохранения, Министерство труда и

<sup>66</sup> Государственный комитет по статистике Республики Таджикистан. Мужчины и женщины Таджикистана. Национальный статистический отчет. Душанбе, 2010 год.

<sup>67</sup> Национальный центр стратегических исследований. Национальное исследование знаний, отношения и практик по вопросам ВИЧ/СПИДа среди населения в возрасте 15-49 лет. Душанбе, 2010 г.

<sup>68</sup> Smolak, 2010 г.

<sup>69</sup> Отчет по национальным консультациям в РТ. Мир после 2015

<sup>70</sup> Гендерная оценка ответных мер по ВИЧ. ЮНЭЙДС. 2013

<sup>71</sup> Гендерная оценка ответных мер по ВИЧ. ЮНЭЙДС. 2013

Министерство обороны. В целях повышения уровня осведомленности по вопросам ВИЧ и СПИДа и гендерным вопросам, были вовлечены религиозные лидеры. Представители более 40 организаций из государственного и гражданского сектора, представляющие интересы поставщиков услуг в сфере ВИЧ и СПИДа, приняли участие в учебной программе по предотвращению насилия и оказанию психологической поддержки жертвам насилия. Вопросы по ВИЧ и СПИДу были интегрированы в национальную кампанию, посвященную борьбе с насилием в отношении женщин.

Следующие проблемы требуют **интегрированный подход** в их разрешении:

### **1. Семья и отношения**

- Исследования показали<sup>72</sup>, что проблема института семьи у ВИЧ-инфицированных женщин стоит очень остро. Следует отметить, что ВИЧ-инфицированные женщины сталкиваются с большой проблемой не только в создании семьи, но и в ее сохранении. Среди ВИЧ-инфицированных женщин самый высокий уровень разводов;

- Насилие по гендерному признаку усугубляется такими явлениями, как многоженство, ранние браки, принудительное замужество или незарегистрированные браки. Гендерное насилие по отношению к ВИЧ-положительным женщинам усугубляется в связи с их болезнью. Исследования показали, что каждая четвертая ВИЧ-инфицированная женщина подвергалась различным формам насилия и прежде всего в семье. ВИЧ-инфицированные, пережившие насилие, меньше всего обращаются за консультациями в Кризисные и Ресурсные центры из-за боязни раскрытия ВИЧ-статуса;

- Более 40% ВИЧ+ женщин не использует презерватив во время половых связей. Необходимо системно повышать уровень информирования всех женщин о профилактике ВИЧ-инфекции и использовании презервативов, особенно сексуальных партнеров трудовых мигрантов и потребителей инъекционных наркотиков. В данный процесс, прежде всего, необходимо задействовать центры здоровья, которые непосредственно находятся по месту жительства женщин и ведут работу по репродуктивному здоровью. Практически все женщины репродуктивного возраста находятся на учете в центрах здоровья. Использование презерватива во время половых связей является одним из основных путей профилактики и снижения риска заражения ВИЧ-инфекцией.

### **2. Трудоустройство, социальная защита и бедность**

- Для женщин, живущих с ВИЧ-инфекцией, проблема с трудоустройством является первоочередной. Из общего количества ВИЧ-положительных женщин 67% не заняты активной трудовой деятельностью, что усугубляет их положение в семье и обществе. Необходимо разработать меры по привлечению ВИЧ-инфицированных женщин к активной трудовой деятельности, например, через выдачи микро кредитов. При этом необходимо создать условие по недопущению дискриминации на рабочем месте, как гендерной, так и в связи с ВИЧ;

- По уровню дохода ВИЧ-инфицированные женщины относятся к наиболее уязвимым слоям населения, более 76% из них живут за чертой бедности. При этом, явного прогресса в повышении уровня информированности ВИЧ-положительных женщин о видах социальной помощи, гарантированных законодательством, не наблюдается. Относительный прогресс наблюдается в уровне информированности женщин о предоставлении бесплатного лечения, обеспечения лекарствами и образования. Значительно снизился уровень информированности о таких социальных льготах как, пенсионное обеспечение, возмещение убытков, связанных с ограничением прав, на профессиональную деятельность. Необходимо усилить работу службам социальной защиты, центрам СПИДа, неправительственным организациям по повышению уровня информированности ЛЖВ об их правах на социальную защиту, в соответствии с законодательством РТ;

- Основная часть ВИЧ-положительных женщин находятся в репродуктивном возрасте, около 50% имеют детей пятилетнего возраста. Важным фактором их социальной защиты является повышение уровня информированности об услугах, предоставляемых беременным женщинам, и детям, рожденным от ВИЧ-инфицированной матери.

---

<sup>72</sup> Исследование по определению нужд и проблем женщин, живущих с ВИЧ-инфекцией в Таджикистане, ЮНЭДС. 2013

### 3.5. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ГЕНДЕРНЫХ И ВИЧ-СЕРВИСНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Для изучения мнения организаций, которые активно работают в сфере продвижения гендерного равенства в Таджикистане национальный консультант провел т.н. блиц-опрос<sup>73</sup> представителей таких НПО<sup>74</sup>. Мы ставили целью узнать, как они осведомлены о состоянии эпидемии ВИЧ в стране и как, используя их опыт, можно улучшить взаимодействие секторов, которые отвечают за преодоление эпидемии ВИЧ/СПИД и реализацию гендерной политики и стратегии.

Все респонденты согласились с тем, что проблемы ВИЧ/СПИДа являются актуальными в Республике Таджикистан. Отметили также некоторые факторы эпидемии (миграция) и необходимость защиты прав ЛЖВ. Только у некоторых организаций есть опыт взаимодействия с ВИЧ-сервисными НПО (предоставление бесплатных юридических консультаций, проведение оценки ситуации совместно с Таджикостанской Сетью женщин, живущих с ВИЧ по соблюдению прав людей, живущих с ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан, проведение круглых столов).

Все участники опроса выразили готовность сотрудничать с НПО и другими специалистами в сфере ВИЧ/СПИДа, в том числе с женщинами, напрямую затронутыми эпидемией (ЛЖВ, секс-работницы, женщины ЛУН). Некоторые уже ведут такую работу (работе с РС и МСМ в гг. Душанбе и Худжанд; профилактика ВИЧ и СПИД с фокусом на женщин и трудовых мигрантов).

Среди форм и методов взаимодействия гендерные НПО предлагают предоставление таких услуг, как приём и консультирование ЛЖВС и РС в «Центре поддержки женщин», организация профобразования для ЛЖВС и РС для усиления их возможностей при трудоустройстве и улучшению качества жизни, а также совместное проведение исследований, опросов, подготовка альтернативных отчетов. Респонденты также сделали акцент на продвижение гендерного равенства и защиту прав людей, живущих с ВИЧ, в частности женщин.

Участники опроса единогласно согласились с тем, что включение представителей ВИЧ-сервисных НПО в состав рабочей группы по подготовке отчета CEDAW является важным. Цитата: *«В контексте ВИЧ/СПИД наиболее уязвимы женщины и девушки, которые, не имея доступа к информации о репродуктивном и сексуальном здоровье, не имея возможности обсуждать эти важные вопросы, более подвержены заражению ВИЧ, а последствия домашнего насилия, дискриминации и стигматизации ощутимо влияют на качество жизни женщин и их детей»*. Было высказано мнение, что это участие позволит провести более качественный мониторинг и оценку программ со стороны общественных и государственных организаций; а также, что необходимо включать представителей ВИЧ-сервисных НПО в состав рабочей группы по разработке не только отчетов CEDAW, но и доклада рабочей группы по Универсальному Периодическому Обзору (УПО)<sup>75</sup>.

---

<sup>73</sup> От социологического опроса блиц-опрос отличается отсутствием репрезентативности.

<sup>74</sup> Развернутые ответы и Список участников в Приложении 3.

<sup>75</sup> Совет по правам человека ООН

## 4. ПРОГРАММЫ И СТРАТЕГИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СВЯЗИ С ВИЧ

### 4.1. НАЦИОНАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ ЭПИДЕМИИ ВИЧ И СПИД НА 2015-2017 гг.

Национальная стратегия по противодействию эпидемии ВИЧ и СПИДа (НСПВ) вносит вклад в усилия Республики Таджикистан по достижению Целей Устойчивого Развития (ЦУР). В частности, НСПВ направлена на построение общества, свободного от ВИЧ-инфекции, где все люди вне зависимости от пола, возраста и происхождения, будут иметь доступ к лечению и уходу, и тем самым иметь возможность вести полноценную жизнь. НСПВ включает в себя задачи для достижения нижеследующих долгосрочных результатов к концу 2017 года:

- Снизить количество новых инфекций хотя бы на 20%
- Снизить уровень смертности, связанной со СПИДом на 20%
- Снизить социально-экономическое влияние ВИЧ на уровне домохозяйств и общины

В ситуационном анализе Стратегии отмечается, что гендерная динамика ВИЧ в Республике Таджикистан является сложной и неоднозначной.<sup>76</sup> Несмотря на преобладание ЛУИН в динамике развития эпидемии ВИЧ в Таджикистане, женское население остается особенно уязвимым. Большинство РС представлено женщинами, среди ЛУИН они составляют примерно 11%. Помимо этого, существует ряд социально-экономических и психологических факторов, воздействующих на уязвимость женщин к ВИЧ-инфекции в Таджикистане. В целом, общество характеризуется строгим патриархальным укладом, где мужчины вправе управлять семейными ресурсами и принимать решения о любых действиях, которые будут выполняться женщинами. Вследствие существования психологических и социальных табу, норм и стереотипов, многие женщины сталкиваются с трудностями, когда требуют от своих супругов или партнеров безопасной сексуальной практики. Кроме того, они также обладают ограниченными возможностями обсуждения вопросов репродуктивного здоровья и сексуальных отношений со своими партнерами. При этом зависимый статус женщин ведет к росту сексуальной эксплуатации, жестокости и незащищенным половым контактам.

Низкий уровень знаний мужчин и женщин о заболеваниях, передающихся половым путем и ВИЧ/СПИДе, распространенность насилия в отношении женщин, высокий уровень миграции среди молодых мужчин, а также использование услуг работников коммерческого секса трудовыми мигрантами после отъезда из дома – это основные аспекты, воздействующие на распространение инфекции среди женщин. Большинство ЛУИН, которые представляют собой основную уязвимую группу населения в стране, женаты и их супруги или сексуальные партнеры находятся в повышенном риске заражения ВИЧ-инфекцией.

В разделе 2 «Анализ национального ответа» НСПВ<sup>77</sup> гендерные вопросы отмечены отдельным пунктом (п.8). В нем хорошо проанализированы немедицинские факторы эпидемии, а именно:

*В Таджикистане, принятие ВИЧ-профилактического поведения женщинами остается трудной для достижения задачей, в связи с многочисленными социально-культурными факторами: традиционная сексуальная культура, не в пользу использования презервативов; низкая роль женщин в семье и их экономическая зависимость от своих мужей и старших членов семьи; низкий уровень образования и (как следствие) отсутствие или малый уровень информированности по вопросам ВИЧ/СПИДа; низкий доступ к добровольному тестированию на ВИЧ.*

*Учитывая эти факторы, необходимо серьезно рассмотреть возможность последовательного распространения ВИЧ-инфекции за пределами групп риска (ЛУИН, МСМ, РС) при гетеросексуальных половых контактах. По мнению многих женщин, работающих или имеющих отношение к НПО, нынешний показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди женщин может быть в значительной степени недооценен.*

*Профилактика ВИЧ-инфекции среди женщин не должна рассматриваться в качестве самого контекста ВИЧ/СПИДа. Если не будет изменен социально-культурный контекст,*

<sup>76</sup> НСПВ в РТ на 2015-2017 гг. Раздел 1.3. ГЕНДЕР, СТИГМА И ДИСКРИМИНАЦИ

<sup>77</sup> НСПВ в РТ на 2015-2017 гг. Раздел 2.8. ГЕНДЕРНЫЕ ВОПРОСЫ

*профилактические усилия приведут к незначительным улучшениям. Женщины должны иметь возможность посещать школу, и получать полное среднее образование. Женщины должны иметь право роста в иерархии общества, которое признает их равные права, позволяет им работать и получать экономическую независимость от семей своих мужей. Кроме того, женщины должны иметь равный доступ к медицинским услугам и получать непредвзятое консультирование, уход и поддержку. Все эти изменения сами по себе независимы от усилий по профилактике ВИЧ, однако ВИЧ-профилактические усилия не могут быть эффективными, если условия жизни женщин Таджикистана останутся таким же, как и на сегодняшний день.*

*В рамках национальных ответных мер, проводятся круглые столы, встречи, семинары, направленные на расширения возможностей женщин. В рамках этих мероприятий были приглашены женщины, которые играют ведущую роль в своих сообществах/общинах и/или также женщины - сотрудники НПО. Такие усилия могут принести пользу, однако их количество недостаточно для привнесения эффективных изменений.*

В разделе 4.1. НСПВ (Реагирование на доказательства новых случаев инфицирования) предлагаются три основных кластера в контексте приоритета интервенций, среди которых:

Интенсификация профилактической программы, ориентированной на пары, в частности путем повышения качества ДКТ для пар. Данное мероприятие будет иметь решающее значение в прерывании и сокращении передачи ВИЧ - инфекции среди половых партнеров лиц, практикующих случайные гетеросексуальные связи.

В контексте ограниченных ресурсов Таджикистана, НСПВ отдает предпочтение ключевым группам населения, подверженных риску заражения ВИЧ-инфекцией. Иными словами - это группы населения, среди которых наблюдается более высокий или средний уровень распространенности ВИЧ (> 2%), и те, кто соответственно, еще не практикует превентивное поведение. Ниже приведен перечень этих групп населения:

- Люди, употребляющие инъекционные наркотики, и их половые партнеры;
- Работницы секса и их половые партнеры, клиенты работниц секса и их партнеры;
- Мужчины, практикующие секс с мужчинами, и их половые партнеры;
- Заключенные и сотрудники исправительных учреждений;
- Мобильное население и трудовые мигранты, а также общины, затронутые миграцией;
- Военнослужащие и сотрудники в форме (правоохранительные органы и т.д.) подверженные опасному поведению или практикующие опасное поведение;
- Дети, рожденные от ВИЧ-инфицированных родителей;
- Молодежь, подверженная опасному поведению;
- Люди на рабочих местах, подверженные опасному поведению или практикующие опасное поведение.

Из данного перечня, остается открытым вопрос о женах и половых партнерах трудовых мигрантов (можно ли их отнести к категории «общины, затронутые миграцией»?).

#### Приоритет 4: Включение вопросов по ВИЧ и СПИДу в стратегии и политику конкретных отраслей.

Национальный ответ на ВИЧ и СПИД является важным компонентом национальной стратегии развития страны. Для достижения согласованных совместных результатов, все ключевые заинтересованные стороны должны работать сообща, с целью определения стратегий и приоритетов для реализации национальных приоритетов по ВИЧ и СПИДу, в рамках более широкого контекста национального развития, который включает в себя достижение целевых показателей, установленных в рамках Целей развития тысячелетия (ЦРТ), Специальной Сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций и других целей, согласованных на международном уровне в области развития.

Включение проблематики ВИЧ в отраслевые стратегии - это стратегический процесс, которые делает проблематику ВИЧ и СПИДа неотъемлемой частью функционирования отраслей, самоорганизации, отношения к сотрудникам и предоставления услуг. Деятельность по включению проблематики ВИЧ в рамках НСПВ будет затрагивать гендерные аспекты. НСПВ подтверждает, что значимую роль касательно включения проблематики ВИЧ и СПИДа в стратегии отраслей играют



гендерные вопросы. Должны быть определены планы и действия в целях устранения структурного гендерного дисбаланса, являющегося одним из движущих факторов эпидемии. Программы должны принимать во внимание особые потребности и различные риски мужчин и женщин, девочек и мальчиков. Подход, связанный с правами человека, является основной платформой для обеспечения всеобщего доступа и необходимо его рассматривать в качестве комплексного вопроса в национальных ответных мерах. Обязательства по соблюдению прав человека необходимо преобразовывать в конкретные интервенции, направленные на усовершенствование благоприятной среды, устранение стигматизации, дискриминации и насилия, а также продвижение и защиту прав уязвимых групп населения.

Обзор интервенций по приоритету 4 НСПВ включает:

- Усовершенствование интеграции подхода, основанного на учете гендерных особенностей и прав человека в национальные стратегические планы и ответные меры.
- Укрепление национального потенциала ключевых заинтересованных сторон и электората, включая руководителей программ, сотрудников правоохранительных органов, судей и национальные институты по правам человека для принятия мер в направлении гендерного равенства, защиты прав человека, а также разрешения вопросов, связанных со стигматизацией, дискриминацией и насилием, связанных с ВИЧ;
- Оказание поддержки в разработке плана мероприятий в целях включения проблематики ВИЧ/СПИДа в основную сферу деятельности отрасли, министерства, учреждения/организации/компании;
- Оказание содействия при подсчете стоимости услуг и выделении финансирования для мероприятий, направленных на включение вопросов ВИЧ/СПИДа в отраслевые программы.
- **Разработка последовательной системы мониторинга, оценки и отчетности**
- Реализация и документирование запланированной деятельности по включению проблематики ВИЧ/СПИДа в отраслевую деятельность;
- Мониторинг и оценка плана по включению проблематики ВИЧ и СПИДа в отраслевую деятельность.

#### **4.2. ПРОГРАММА ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ ЭПИДЕМИИ ВИЧ/СПИД В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН НА ПЕРИОД 2011-2015 ГОДЫ**

В текущем году заканчивается реализация Программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД на 2011-2015 гг. (Программа) в РТ, направленной на дальнейшее расширение действий, с помощью которых был достигнут успех в 2007-2010 гг., а также еще большее фокусирование на выявленных проблемных областях. Цель данной программы связана с Целями Развития Тысячелетия (Цель 6): к 2015 году замедлить и начать тенденцию к сокращению распространения ВИЧ/СПИД посредством обеспечения всеобщего доступа населения к профилактике, лечению, уходу и поддержке.

Главными стратегическими направлениями этой Программы являются: создание правового поля, способствующего обеспечению универсального доступа к услугам профилактики, лечения, ухода и поддержки; реализация профилактических программ и обеспечение доступа к услугам по ВИЧ для всех групп, в первую очередь для особо уязвимых; проведение АРВ терапии, лечение оппортунистических заболеваний, таких как туберкулез; оказание паллиативной помощи, лечения и уход за ЛЖВ; интеграция услуг по лечению ВИЧ-инфекции в структуру оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) с целью улучшения доступа, снижения уровня стигматизации и улучшения качества оказания медицинской помощи; обеспечение социальной поддержки ЛЖВ; совершенствование системы эпидемиологического надзора, мониторинга и оценки профилактических мероприятий, и улучшение системы дозорного эпидемиологического надзора за распространением ВИЧ инфекции.

В разделе «Гендер и ВИЧ»<sup>78</sup> отмечено, что, несмотря на преобладание ЛУИН в динамике развития эпидемии ВИЧ в Таджикистане, женское население остается особенно уязвимым. Большинство РС представлено женщинами, среди ЛУИН они составляют примерно 11%. Помимо этого, большая часть

<sup>78</sup> Национальная программа по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан на период 2011-2015 годы, Стр.17

МСМ состоят в браке с женщинами, с которыми имеют незащищенные сексуальные отношения. В результате, женщины в Таджикистане могут заразиться ВИЧ несколькими путями. Большинство ВИЧ-позитивных беременных женщин являлись сексуальными партнерами или женами трудовых мигрантов, меньшую часть - партнеры ЛУИН.

Почти половина мужского населения страны уезжает на заработки в Россию или Казахстан, покидая надолго семью и близких. Находясь вдали от дома, многие из них практикуют рискованное поведение, такое как потребление инъекционных наркотиков и незащищенные половые отношения с СР. Возвращаясь, домой ВИЧ-инфицированные мигранты могут заразить своих жен. В таджикских семьях, роль мужчин-мигрантов как основных кормильцев, в сочетании с высокими культурными ценностями, направленными на сохранение семьи, не дают возможности женщинам обсуждать вопросы безопасных сексуальных отношений со своим мужем, в частности использование презерватива.

Среди основных причин и факторов, определяющих эпидемию ВИЧ в Таджикистане на момент написания Программы, указаны контекстуальные факторы, а среди них: (а) бедность<sup>79</sup> и (б) культурные отношения и практика. Бедность распространяет свое влияние через сотни взаимосвязей, включая неравномерное распределение дохода, экономическое неравенство между мужчинами и женщинами, способствующее развитию коммерческого секса, относительно слабая информированность населения в вопросах укрепления здоровья, а также неадекватная система общественного здравоохранения.

Взаимосвязь между культурными особенностями и распространением ВИЧ-инфекции мало изучена. По некоторым данным, культурные отношения и практики могут способствовать распространению инфекции в Таджикистане. Гендерное неравенство лежит в основе большинства патриархальных культур, где статус женщины, на ступень ниже мужского, определяет выбор, который она делает в жизни, в том числе и в сексуальных отношениях. Такое принятие решений обычно сопряжено с принуждением и насилием, присутствующими во взаимоотношениях мужчины и женщины. В частности, мужчины-партнеры вступают в половую связь с СР, либо имеют несколько связей одновременно, в то время как их постоянные партнерши-женщины или жены не могут настоять на использовании презерватива во время полового контакта из страха потерять основной источник поддержания жизни.

### ***Доступ к услугам***

В 2014 году полный курс АРВ-профилактики получили 97,5% ВИЧ-положительных беременных женщин, а охват профилактическим лечением детей составил – 93,8%. Данные демонстрируют значительный прогресс, в сравнении с предыдущими периодами, когда охват беременных женщин программой ППМР составлял в 2012 году 64% и 88,6% - детей. Тем не менее, расчет ведется от числа женщин, официально зарегистрированных в женских консультациях. Их посещаемость беременными женщинами не известна, особенно в сельской местности, хотя некоторыми специалистами она оценивается на уровне 40-80%<sup>80</sup>. Домашние роды без присутствия медперсонала составляют до 10%<sup>81</sup> от общего количества родов, а в сельской местности эта цифра может быть выше.

В 2013 году в лабораторную практику РЦ СПИД, в целях ранней диагностики инфекции и реализации, при необходимости, раннего лечения, впервые внедрено исследование РНК ВИЧ (ПЦР) у младенцев, рожденных от ВИЧ-положительных матерей<sup>82</sup>. Соблюдение детьми правил приема АРВ-терапии полностью зависит от уровня знаний и приверженности их родителей.

Специалисты ВОЗ<sup>83</sup> отмечали, что в стране нет доказательств поддержки политики для кормления детей грудного возраста. Недавно принятая на основе доказательной медицины национальная

<sup>79</sup> Национальная программа по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан на период 2011-2015 годы, Стр.19-20

<sup>80</sup> Оценка национальных программ по ВИЧ в РТ. ВОЗ. 2014

<sup>81</sup> Совещание ВОЗ по ППМР в Астане в апреле 2015.

<sup>82</sup> Национальный отчет о достигнутом прогрессе в РТ за 2013

<sup>83</sup> Промежуточная оценка Национальной программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан на период 2011-2015гг. Экспертная группа ВОЗ, по запросу Министерства здравоохранения РТ, при участии ЮНЭЙДС, ПРООН, ГФСТМ и ЮНИСЕФ. 2013г.

политика вскармливания новорожденных еще не реализована. Недостаточный доступ и использование услуг планирования семьи для ВИЧ-положительных женщин.

Исследование<sup>84</sup>, проведенное в двух таджикских городах Куляб (Хатлонской области) и Хороге (Горно-Бадахшанской автономной области) показало, что передозировки от опиоидов среди ЛУИН является серьезной проблемой. Доступ к опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) и антиретровирусной терапии либо отсутствует, либо недостаточен. Очень немногие женщины, употребляющие инъекционные наркотики, имеют доступ к программам игл и шприцев в Кулябе и Хороге. Лечение гепатита не предоставляется подавляющему большинству ЛУИН.

В настоящее время в РТ функционирует 51 пункт доверия (ПД/ПОШ), предоставляющие шприцы и иглы, которые по данным ПРООН (Основного Реципиента гранта ГФСТМ) охватывают услугами 12261 ЛУИН (53% от оценочного количества ЛУИН в Таджикистане)<sup>85</sup>. ПД и ПОШ работают как на базе НПО, так и на базе центров СПИД (26/25). Количество шприцев, распространяемых ежегодно ЛУИН, повысилось вдвое<sup>86</sup>; увеличилось на 86% число ЛУИН, сообщивших об использовании презерватива во время последнего полового акта, наряду с повышением на 49% числа ЛУИН, сообщивших об использовании стерильного инструментария для инъекций во время последнего употребления инъекционных наркотиков.

Время работы ПОШ отличается в зависимости от того, на чьей базе они расположены. ПОШ на базе медицинского учреждения работает с 09.00 до 16.00. ПОШ на базе НПО может работать до «последнего клиента», как минимум до 18.00.

В конце 2014 года в Таджикистане работало 6 сайтов ОЗТ с охватом 530-580 человек. Это означает, что только 2% ЛУИН в Таджикистане имеют доступ к ОЗТ, в то время как рекомендуется, по крайней мере, 20% охват<sup>87</sup>. Женщины ЛУИН составляют менее 1% пациентов ЗПТ. Такое небольшое количество женщин в программах ОЗТ и снижения вреда связано с дискриминацией женщин в связи с употреблением наркотиков, страхом насилия со стороны членов семьи, сообщества и мужчин ЛУИН. Во время интервью с представителями миссии ВОЗ<sup>88</sup> клиенты сообщили, что для женщин, употребляющих наркотики, услуги снижения вреда ограничены. На это влияют культурные нормы и экономическая зависимость от мужей.

Практически все сайты ОЗТ функционируют на базе наркологической службы (клиники, диспансеры). Хотя открытые сайты представляют все регионы Таджикистана, в некоторых городах, существует потребность в наличии программы ОЗТ (например, Вахдат).

Как таковых, очередей на сайтах ОЗТ нет. Небольшой охват связан с тем, что лишь немногие ЛУИН соответствуют строгим критериям приема в программу, а также географической удаленностью сайтов ОЗТ, требующих расходов на дорогу. Основные критерии приема в программу, которые создают барьеры – это: наличие паспорта и прописки по месту работы сайта и неудачные попытки лечения в наркологии. Наркологические услуги не предоставляются на бесплатной основе, включая детоксикацию от героина и реабилитацию. Барьеры: предоставляемое лечение платное (официальная стоимость детокса 450-500 сомони, что составляет приблизительно 80% от минимальной заработной платы необходимо предусмотреть интересы ЛЖВ и посещающих ОЗТ, чтобы детокс и реабилитация в гос. клиниках предоставлялись бесплатно.

Сами ЛУИН таким образом характеризуют доступ к услугам детокса и реабилитации<sup>89</sup>:

- «Такая услуга не имеется, только на ОЗТ. Реабилитация у нас нет.» (ПОШ, Худжанд)
- «Доступно по направлению социального работника, но проблема в деньгах, сейчас всё платное стало». «Реабилитация? У нас нет этой услуги» (ПОШ, Хорог)
- «Все доступно, если есть деньги». «Нужен детокс и ОЗТ в г. Вахдат» (ПОШ, Вахдат)

<sup>84</sup> Drug scene, drug use and drug-related health consequences and responses in Kulob and Khorog, Tajikistan. Alisher Latypova, David Otiashvili, William Zuled. 2014

<sup>85</sup> Отчет по результатам оценки доступности, приоритетности и качества услуг снижения вреда силами сообщества. СПИН Плюс. Региональный проект ЕССВ «Снижение вреда работает – обеспечьте финансирование!». 2014

<sup>86</sup> НСПВ в РТ на 2015-2017 гг

<sup>87</sup> ВОЗ, ЮНЭЙДС, УНП ООН и Всемирный банк

<sup>88</sup> Оценка национальной программы по ВИЧ. ВОЗ. 2014

<sup>89</sup> Отчет по результатам оценки доступности, приоритетности и качества услуг снижения вреда силами сообщества. СПИН Плюс. Региональный проект ЕССВ «Снижение вреда работает – обеспечьте финансирование!». 2014

- «Очень нужны услуги по реабилитации, особенно детокс... В наркологии кладут в общие палаты, женских нет и реабилитации для женщин нет отдельно... Хорошо, если будет ночлежка для женщин, а то если забирает милиция ночью, то сразу в приемник распределитель ... если ночевать негде, милиция достанет» (женщины, посещающие ПОШ, ЛУИН/РС).

В РТ отсутствует уголовное наказание за употребление наркотиков и это существенно помогает привлекать наркозависимых людей в профилактические и лечебные программы. Существует административное наказание за хранение и приобретение наркотиков, в размерах предусмотренных законодательством. В целом, наркополитика в Таджикистане довольно гибкая, что позволяет развиваться программам снижения вреда.

В стране действует 24 центра «дружественных услуг» для РС, 15 из которых находятся на базе НПО. Их охват консультированием и тестированием на ВИЧ-инфекцию увеличился более чем в три раза в период 2009-2013 гг. Профилактические программы для РС охватывают в общей сложности 7600 человек, что составляет 60% от расчетного количества в стране. Но даже, несмотря на высокие и увеличивающиеся показатели охвата услугами, использование презервативов, как сообщалось ранее, уменьшается. Среди услуг на базе НПО присутствуют следующие: бесплатные консультации юристов, консультирование по вопросам ВИЧ, мотивирование на прохождение тестирования, содействие в трудоустройстве, частичная помощь в приобретении лекарств (отличных от АРТ).

В стране работает 13 дружественных кабинетов для МСМ и все под управлением НПО. Охват МСМ с профилактической деятельности среди ВИЧ-отрицательных МСМ (39,5%) значительно выше, чем среди ВИЧ-инфицированных МСМ (0,7%)<sup>90</sup>. Необходимо проведение исследований для оценки масштабов ВИЧ эпидемии среди популяции МСМ.

Представительницы женщин-активисток, живущих с ВИЧ, отмечают, что в Таджикистане услуги кризисных центров не доступны для ВИЧ-положительных женщин:

*«По поводу кризисных центров. В Душанбе таких центров нет. У нас есть Комитет по делам женщин и семьи при правительстве РТ и Центр самопознанию женщин при Хукумате<sup>91</sup> города Душанбе, которые предоставляют психологическую и юридическую помощь. Но, к сожалению, нет кризисных центров, именно для женщин из уязвимых групп и ВИЧ-положительных женщин, где бы они могли временно проживать и решать свои проблемы.*

*В Согдийской области есть такой центр "Гулрухсор", для женщин, переживших домашнее насилие, который финансирует ОБСЕ. Этот центр не доступен нашим женщинам».*

#### **4.3. НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ПО ВИЧ И СПИД НА 2016-2020 ГГ.**

С целью оказания поддержки странам в проведении комплексной, стандартизированной и систематической гендерной оценки ответных мер на эпидемию ВИЧ и СПИДа, ЮНЭЙДС разработала новый инструмент. Этот инструмент был пропилотирован в Таджикистане в 2013 году. Данный анализ позволил улучшить понимание того, насколько проблемы гендерного неравенства, способствующие распространению ВИЧ-инфекции, признаны и нашли свое отражение в ответных мерах на эпидемию ВИЧ. Инструмент также способствовал продвижению решения проблем гендерного неравенства в программах по ВИЧ и СПИДу.

Основной целью гендерной оценки ответных мер на эпидемию ВИЧ и СПИД в Таджикистане стало предоставление стратегической информации, адвокационных инструментов и данных по гендерным аспектам ответных мер на эпидемию ВИЧ для людей, принимающих решения на национальном и областном уровнях, а также для специалистов и экспертов в различных сферах деятельности, представителей гражданского общества и международных партнеров.

Проведение данной оценки содействовала определению приоритетов для дальнейшего процесса стратегического планирования и мобилизации ресурсов в области ВИЧ и СПИДа, достижению

<sup>90</sup> Оценка национальных программ по ВИЧ в Таджикистане. ВОЗ. 2014

<sup>91</sup> Городская администрация

гендерного равенства и ликвидации гендерного насилия через интеграцию гендерных аспектов и вопросов ВИЧ в широкую национальную повестку дня.

Рекомендации, предоставленные экспертами и участниками процесса, направлены на усиление гендерных аспектов национального ответа на эпидемию ВИЧ. На основании полученных результатов был разработан ряд рекомендаций для улучшения стратегического планирования и внедрения программ, подбора адвокационных инструментов, усиления потенциала и мобилизации ресурсов, которые рассмотрены во время проведения среднесрочного обзора национальной программы по предотвращению ВИЧ и СПИДа в Республике Таджикистан на период 2011-2015.

Специалисты ВОЗ при проведении промежуточной оценки национальной программы в 2013 году<sup>92</sup> в рекомендациях отметили, что ограничения на семейном уровне значительно влияют на прохождение тестирования и доступ к лечению, поддержке и уходу; а также указали на необходимость реализовать рекомендации "Гендерной оценки ответных мер по ВИЧ в Республике Таджикистан" от 2013 года.

Необходимость проведения в 2013 году гендерной оценки ответных мер на эпидемию ВИЧ/СПИДа в Республике Таджикистан была обусловлена следующими фактами:

1. Состояние эпидемии ВИЧ и процесс ее феминизации продемонстрированы различными данными, в том числе данными научных исследований и государственной статистики.

2. Гендерные вопросы ВИЧ-инфекции в Таджикистане интегрируются в широкую национальную повестку дня, приобретают характеристику межсекторальных проблем.

3. Обеспечено участие гражданского общества, том числе женщин, живущих с ВИЧ, в обсуждении, планировании и внедрении программ.

4. Гендерные вопросы становятся основными аспектами при планировании и внедрении программ по профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ и СПИДом, а также при мобилизации ресурсов. Значительный прогресс в области политики по борьбе с ВИЧ и СПИДом, а также других мер был связан с проектными предложениями международным донорам, в ряд которых был внедрен гендерный аспект. На сегодняшний день мероприятия в рамках этих проектов и программ включают гендерные аспекты эпидемии ВИЧ, однако нуждаются в постоянном и систематическом продвижении гендерных вопросов.

5. Страна достигла хороших результатов в обеспечении наиболее уязвимых к ВИЧ групп профилактическими и лечебными услугами, такими как добровольное тестирование и консультирование, снижение вреда, информирование, предоставление АРВ терапии.

6. Несмотря на достигнутые успехи и имеющиеся результаты проведенных исследований и оценок, до настоящего времени полноценная гендерная оценка мер в ответ на эпидемию ВИЧ на национальном уровне не проводилась.

На техническом уровне оценка направлена на отражение текущей ситуации эпидемии ВИЧ и ее гендерных аспектов, уровня феминизации эпидемии и гендерных вопросов, связанных с доступом к услугам по ВИЧ/СПИД.

На основе отчета "Гендерная оценка мер в ответ на ВИЧ в Таджикистане" ЮНЭЙДС поддержала миссию (1-9 августа, 2013) для разработки рекомендаций гендерно-трансформативных мер в Таджикистане с 1 по 9 августа 2013 года. В результате миссии, на основе базы научных данных о гендерно-трансформативных подходах<sup>93</sup> и на основе консультативного семинара с участием основных заинтересованных сторон были определены следующие основные проблемные области и предложены соответствующие рекомендации правительственным структурам Республики Таджикистан для создания гендерно-трансформативных мер в ответ на ВИЧ:

1. Разработать механизмы для устойчивого, приоритизированного, гендерно-трансформативного и эффективного по стоимости национального ответа на основе увеличения политической и финансовой государственной поддержки в частности для программ, направленных на ключевые группы населения, наиболее подверженные риску заражения.

<sup>92</sup> Промежуточная оценка Национальной программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан на период 2011-2015гг. Экспертная группа Всемирной Организации Здравоохранения, по запросу Министерства здравоохранения Таджикистана, при участии ЮНЭЙДС, ПРООН, ГФСТМ и ЮНИСЕФ. 2013г.

<sup>93</sup> Что работает для женщин и девочек: научные факты для интервенций в области ВИЧ/СПИД, [www.whatworksforwomen.org](http://www.whatworksforwomen.org), (Gay et al., 2013), при финансовой поддержке PEPFAR и OSF

2. Содействовать гендерному равенству через все средства связи и политику, и содействовать соблюдению прав собственности для женщин.

3. Повысить потенциал поставщиков услуг в области здравоохранения, юриспруденции, социальной защиты по снижению стигмы и дискриминации со стороны поставщиков в отношении людей, живущих с ВИЧ.

4. Интегрировать услуги по ВИЧ с другими существующими услугами для более полного удовлетворения потребностей клиентов, предоставляя комплексный пакет услуг в едином месте, тем самым, повышая экономическую эффективность услуг и, снижая дополнительные затраты времени клиентов.

5. Повысить потенциал организаций гражданского общества и инвестировать\* в развитие сетей ВИЧ-положительных женщин для их вовлечения в диалог и более полного удовлетворения потребностей женщин.

6. Начать просветительские кампании, направленных на освещение нужд женщин и девочек с целью повышения осведомленности о существовании антиретровирусной терапии и том факте, что раннее тестирование и диагностика спасает жизни.

7. Улучшить информационные системы для слежения за предоставлением услуг, включая данные, дезагрегированные по полу, с проведением гендерного анализа полученных данных

Одновременно были определены несколько конкретных проблем, связанных с гендерными аспектами ответных мер на эпидемию в Таджикистане и предоставлены четкие рекомендации по их решению.

Учитывая гендерные особенности развития эпидемии в Таджикистане новая национальная программа по ВИЧ и СПИДу на период после 2015 года должна быть более ориентирована на гендерные аспекты, и результаты данной оценки могут быть использованы при разработке новой программы.

## **Основные рекомендации при подготовке новой Национальной программы на 2016-2020 гг.**

### **1. Гарантировать участие гражданского общества, женских организаций, представителей ЛЖВ и ключевых групп населения в подготовке новой национальной программы по ВИЧ и СПИД в Таджикистане на 2016-2020 гг.**

- Руководителю рабочей группы по подготовке Программы ввести по согласованию в состав группы представителей гражданского общества, ЛЖВ и групп повышенного риска, в том числе женщин, затронутых эпидемией ВИЧ.

- Руководителю рабочей группы по подготовке Программы ввести по согласованию в состав группы представителей государственных и негосударственных секторов, которые занимаются вопросами гендерного равенства и искоренением насилия.

- Уполномоченным представителям гражданского общества провести широкие консультации с сообществами, которые они представляют по основным разделам мероприятий Программы и предоставить свои рекомендации в письменном виде в установленные сроки.

- Руководителю рабочей группы, международным организациям и агентствам ООН обеспечить техническую помощь представителям гражданского общества для эффективного участия в заседаниях и работе рабочей группы по подготовке Программы.

### **2. Развивать и укреплять потенциал женщин, живущих с ВИЧ и уязвимых к ВИЧ**

Партнерам:

- Повышать и поддерживать способность женщин эффективно участвовать в комитетах и рабочих группах по формированию политики, программ и мониторингу национальных ответных мер на эпидемию СПИДа, таких как НКК и его подструктуры, группа по подготовке государственного и теневого отчета для Комитета по ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (CEDAW), и т.д.

- Провести обучение женщин-лидеров инструментам сбора и анализа необходимой информации для доказательной базы в отношении потребностей и барьеров в доступе к услугам и гендерного бюджетирования.
- Содействовать включению женщин, затронутых эпидемией в составы правительственных делегаций для участия в Комиссии по Статусу Женщин, СС ГАООН по СПИДу и наркотикам, и т.д.
- Разработать механизмы участия представительства интересов людей, живущих с ВИЧ, особенно женщин, живущих с ВИЧ, в других приоритетных программах, направленных на достижение гендерного равенства и прав человека (экономических, политических, культурных, социальных и т.д.)

Женщинам-лидерам сетей, организаций, инициативных групп:

- Максимально объединить усилия в проведении адвокационных мероприятиях по интеграции вопросов гендерного равенства и программы общественного здравоохранения, не ограничиваясь только программами по ВИЧ и СПИД
- Развивать потенциал и предавать опыт другим женщинам для развития сервисов и адвокации на областном и городском уровне
- Повышать экспертизу в институциональном развитии организаций, построению эффективного менеджмента, внешних и внутренних коммуникаций; активно заниматься фандрайзингом. Подготовить стратегический и операционный планы.
- Как минимум раз в год подготавливать и презентовать доклад для НКК женщинами, затронутыми эпидемией, о реализации их прав и свобод и доступе к услугам.
- Участвовать в формировании региональной и глобальной повестки для женщин и девочек, затронутых эпидемией ВИЧ через региональные и глобальные сети женщин, живущих с ВИЧ
- Инициировать журналистские расследования для актуализации проблем и потребностей целевых групп и распространения лучших практик работы

### **3. Внедрять гендерно-чувствительные и гендерно-трансформативные услуги в программах ГФСТМ**

- При объявлении тендера для государственных учреждений и ВИЧ-сервисных НПО в рамках реализации национальной программы «О противодействии эпидемии ВИЧ и СПИДа в РТ на 2015-2017 гг.» (при финансовой поддержке Глобального Фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и Малярией по новой модели финансирования с октября 2015 года) Основному Реципиенту (Программа развития ООН) учитывать гендерные аспекты эпидемии и рекомендации гендерной оценки при формировании пакета услуг ключевых затронутых групп населения, как основного, так и расширенного. (См. Таблица 1)

### **4. Рекомендовать к рассмотрению группе МиО при НКК так называемые «гендерные индикаторы» для дальнейшей их имплементации в национальные стратегии и программы.**

- Использовать рекомендации гендерной оценки (2013) и предлагаемые индикаторы при подготовке новой национальной программы по ВИЧ и СПИД на 2016-2020 гг. (Приложение 2).

## 5. БИБЛИОГРАФИЯ

1. Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020 гг. Утверждена постановлением Правительства Республики Таджикистан от "2" августа 2010 года №265
2. Отчет Республики Таджикистан о достигнутом прогрессе в противодействии эпидемии ВИЧ, 2014
3. Отчёт Таджикистана по Национальным консультациям. Мир после 2015 года
4. Национальная стратегия активизации роли женщин в Республике Таджикистан на 2011-2020 гг. Утверждена постановлением Правительства Республики Таджикистан от 29 мая 2010 года №269
5. Исследование по определению нужд и проблем женщин, живущих с ВИЧ-инфекцией в Таджикистане, ЮНЭЙДС, Таджикистанская сеть женщин, живущих с ВИЧ. 2013
6. Drug scene, drug use and drug-related health consequences and responses in Kulob and Khorog, Tajikistan. Alisher Latypova, David Otiazhvili, William Zuled. 2014. Elsevier B.V.
7. Оценка национальных программ по ВИЧ в Таджикистане. ВОЗ. 2014
8. Промежуточная оценка Национальной программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан на период 2011-2015гг. Экспертная группа Всемирной Организации Здравоохранения, по запросу Министерства здравоохранения Таджикистана, при участии ЮНЭЙДС, ПРООН, ГФСТМ и ЮНИСЕФ. 2013г.
9. Отчет по результатам оценки доступности, приоритетности и качества услуг снижения вреда силами сообщества. СПИН Плюс. Региональный проект ЕССВ «Снижение вреда работает – обеспечьте финансирование!». 2014
10. Alternative Report to the Committee on Economic, Social and Cultural Rights on Tajikistan's Second and third periodic reports on the implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Drug Use, HIV, Overdose and Harm Reduction: Article 12. Submitted jointly by the Canadian HIV/AIDS Legal Network, the Eurasian Harm Reduction Network, NGO 'Volunteer', SPIN Plus
11. Руководство: ОТЧЕТНОСТЬ О ДОСТИГНУТОМ ПРОГРЕССЕ В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ГЛОБАЛЬНЫХ МЕР В ОТВЕТ НА СПИД В 2014 ГОДУ. Мониторинг выполнения Политической декларации Организации Объединенных Наций по ВИЧ и СПИДу 2011 года. ВОЗ, ЮНЕЙДЗ, ЮНИСЕФ. 2014



## Приложение 1.

### Результаты блиц-опроса гендерных НПО в Таджикистане

В опросе приняли участие представители четырех организаций (помечены R1 – R4).

#### 1. Насколько Вы считаете проблемы ВИЧ/СПИДа актуальными в Республике Таджикистан?

R1. Несмотря на усилия Правительства Республики Таджикистан по снижению распространения и борьбе с ВИЧ/СПИД, проблема остаётся достаточно актуальной. Необходимо привлекать общественность к решению данной проблемы. Также актуален вопрос защиты прав ЛЖВС в РТ.

R2. Вопросы эти очень и очень актуальны, особенно учитывая уровень миграции

R3. В настоящее время существуют серьезные предпосылки для быстрого распространения ВИЧ-инфекции в связи с изменением миграционной политики и экономической ситуации России. Большинство трудовых мигрантов вынуждены возвращаться обратно в Таджикистан, и есть вероятность, что среди них есть люди с ВИЧ.

R4. Эти вопросы актуальные и требуют более пристального внимания и изучения. Проблемами ВИЧ/СПИДа у нас занимаются только те организации, у которых в Уставах организации имеются цели и задачи. Также необходимо отметить, чтобы больше работать по изучению данного вопроса и его профилактики.

#### 2. Есть ли у Вас опыт взаимодействия с ВИЧ-сервисными НПО? Уточните какой? Если нет, то почему?

R1. Опыт небольшой, но эффективный:

- Учитывая, что при ГУ «Центр самопознания женщин города Душанбе» действует «Центр поддержки для женщин, которые оказались в трудной жизненной ситуации», с 2012 года мы принимали обращения от женщин с ВИЧ и пытались разрешить их запросы (В данном центре предоставляются бесплатные юридические консультации).

- в 2014 году взаимодействовали с Таджикистанской Сетью женщин, живущих с ВИЧ в рамках проведения оценки ситуации с соблюдением прав лиц, живущих с ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан; провели с ними серию круглый стол «Права и возможности ЛЖВС» (03.12.2014 г.).

R2. До некоторой степени да, поскольку присутствуем на различных круглых столах, семинарах.

Хорошо информированы о деятельности некоторых из них: АнтиСпид, СПИН+, Апейрон и Марворид

R3. Прямого взаимодействия с ВИЧ-сервисными НПО у нас нет. Почему нет? – так как нет прямой работы с ЛЖВ! Но, в тоже время некоторые проектные инициативы нашей Федерации вбирают в себя вопросы стратегического планирования и построения партнёрства в вопросах сексуального и репродуктивного здоровья, включая ВИЧ/СПИД. Мы сотрудничаем с ЮНФПА и ЮНЭЙДС!

R4. Большого опыта работы с ВИЧ сервисными НПО у нас нет. К нам редко, но обращаются люди, заразившиеся этой болезнью.

#### 3. Насколько Вы готовы и открыты к сотрудничеству с НПО и другими специалистами в сфере ВИЧ/СПИДа, в том числе с женщинами, напрямую затронутыми эпидемией (ЛЖВ, секс-работницы, женщины ЛУН)?

R1. В 2015 году мы намерены тесно сотрудничать, наряду с другими уязвимыми группами, с ЛЖВС, и РКС.

R2. Мы не только заинтересованы, но уже начали работу в рамках проекта ЮНФПА по повышению уровня знаний населения по работе с РС и МСМ в гг. Душанбе и Худжанд. В целом организация имеет большой опыт работы по профилактике ВИЧ/СПИД с фокусом на женщин и трудовых мигрантов

R3. Мы готовы к сотрудничеству с НПО и другими специалистами в сфере ВИЧ/СПИДа, в том числе с женщинами, напрямую затронутыми эпидемией в рамках наших профилактических мероприятий

направленных на формирование жизненно важных навыков, в особенности у девочек через спортивную и социальную активность .

R4. Мы готовы работать со специалистами в этой сфере.

4. Какие формы и методы взаимодействия Вы считаете возможными, приемлемыми и эффективными?

R1. Следующие формы взаимодействия:

- приём и консультирование ЛЖВС и РКС в «Центре поддержки женщин».
- организация проф.образования для ЛЖВС и РКС для усиления их возможностей при трудоустройстве и улучшению качества жизни.
- проведение совместных мероприятий по решению возникающих проблем.

R2. Если вопрос касается взаимодействия с ВИЧ-сервисными НПО, то: совместное проведение исследований, опросов, участие в различного рода мероприятиях, подготовка альтернативных отчетов и др.

R3. В настоящий момент наиболее приемлемыми эффективными формами сотрудничества с ВИЧ-сервисным НПО возможно будет как один из механизмов взаимодействия с сообществами в вопросах гендерного равенства и профилактики ВИЧ. Ведь признано, что гендерное неравенство и нарушение прав женщин являются ключевыми факторами, ведущими к увеличению распространенности этого заболевания среди девушек и женщин.

R4. Совместные проекты и защиту прав людей, живущих с ВИЧ/СПИД

5. Насколько считаете возможным включение представителей ВИЧ-сервисных НПО в состав рабочей группы по разработке отчета CEDAW?

R1. Включение СПИД-сервисных организаций в подготовку альтернативного отчета по CEDAW считаю крайне важным. В контексте ВИЧ/СПИД наиболее уязвимы женщины и девушки, которые, не имея доступ к информации о репродуктивном и сексуальном здоровье, не имея возможности обсуждать эти важные вопросы, более подвержены заражению ВИЧ, а последствия домашнего насилия, дискриминации и стигматизации ощутимо влияют на качество жизни женщин и их детей.

R2. Обязательно должны быть включены. Необходимо учитывать интересы всех групп без исключения.

R3. Возможно, это позволит провести более качественный мониторинг и оценку программ со стороны общественных и государственных организаций, направленных на профилактику ВИЧ, помощь и поддержку ЛЖВ.

R4. На все встречи и при составлении отчетов CEDAW приглашаются представители сервисных НПО. Но насколько готовы они обсуждать эти вопросы и принимать участие в отчете? Считаю необходимым включение представителей ВИЧ-сервисных НПО в состав рабочей группы по разработке не только отчетов CEDAW, но и УПО.

Рекомендации Гендерной оценки	Программа по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан на период 2016-2020 годы
<b>Проблема 1: Увеличивается количество женщин и девушек, которые инфицируются ВИЧ.</b>	
<b>Предлагаемые рекомендации:</b> Обеспечить равные возможности для женщин, особенно для женщин, живущих с ВИЧ, при доступе к образованию и занятости, содействовать окончанию девочками 11-го класса общеобразовательных школ	
<p><b>Внедрение и / или расширение следующих эффективных мер и методов:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Увеличить внимание вопросам гендерных норм, гендерного насилия и навыкам ведения переговоров о презервативах в рамках учебной программы, а также проведению отдельных сессий для девочек и мальчиков в школьной программе средних учебных заведений во всех школах в Таджикистане и высших учебных заведениях.</li> <li>- Обеспечение сотрудничества между Министерством здравоохранения и Министерством образования для достижения указанной цели с соответствующим государственным финансированием.</li> <li>- Тренинги и взаимная поддержка для женщин по профилактике ВИЧ, в том числе навыки ведения переговоров о презервативах и предоставление информации о существующих услугах через учреждения дородовой помощи и клиники, дружественные к молодежи.</li> <li>- Обеспечить консультирование пар в системе дородовой медицинской помощи таким образом, чтобы не только женщины, но и мужчины знали свой ВИЧ-статус.</li> <li>- Организовать обучение женщин, работающих в неформальном секторе экономики, а также женщин из других целевых групп, имеющих влияние, таких как, свекрови, женщин-религиозных лидеров по вопросам передачи и профилактики ВИЧ и связанных с ними гендерными</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Возможные индикаторы</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Количество разработанных сессий в рамках школьных учебных программ по вопросам гендерных норм, гендерного насилия и навыкам ведения переговоров о презервативах, отдельно для девочек и мальчиков</li> <li>- Количество разработанных сессий в высших учебных заведениях по вопросам гендерных норм, гендерного насилия и навыкам ведения переговоров о презервативах, отдельно для девушек и юношей</li> <li>- Количество учебных заведений, где они внедрены</li> <li>- Количество обученных мальчиков и девочек, юношей и девушек</li> <li>- Межведомственный приказ и план реализации между Министерством здравоохранения и Министерством образования для достижения указанной цели</li> <li>- Бюджет мероприятий к плану</li> <li>- Утвержденная тренинговая программа для женщин по профилактике ВИЧ, в том числе развитие навыков ведения переговоров о презервативах и предоставление информации о существующих услугах через учреждения дородовой помощи и клиники, дружественные к молодежи</li> <li>- Количество проведенных тренингов</li> <li>- Количество женщин, прошедших обучение</li> <li>- Количество групп взаимной поддержки для женщин</li> <li>- Протоколы/алгоритмы консультирования пар в системе дородовой медицинской помощи, ориентированные не только на женщин, но и на мужчин</li> <li>- Количество пар, прошедших консультирование</li> <li>- Количество мужчин и женщин, прошедших тест на ВИЧ после консультирования</li> <li>- Количество учреждений, предоставляющих услуги консультирования для пар</li> <li>- Утвержденная тренинговая программа по обучению женщин, работающих в неформальном секторе экономики, а также женщин из других целевых групп, имеющих влияние, таких как, свекрови, женщин-религиозных лидеров по вопросам передачи и профилактики ВИЧ и связанных с ними гендерными нормами.</li> <li>- Количество сертифицированных тренеров по обучению женщин, работающих в неформальном секторе экономики, а</li> </ul>

<p>нормами.</p> <p>– Предоставлять информацию и учебные материалы на таджикском, кыргызском, узбекском и русском языках.</p> <p><b>Мониторинг и исследования</b></p> <p>– Осуществлять мониторинг бюджета для обеспечения реализации гендерной политики</p> <p>– Следить за исполнением законов о репродуктивном здоровье, ВИЧ и т.д.</p> <p>– Провести исследование потребностей людей, живущих с ВИЧ, с особым вниманием к гендерно-трансформативному подходу и потребностям женщин, живущих с ВИЧ.</p>	<p>также женщин из других целевых групп, имеющих влияние, таких как, свекрови, женщины-религиозные лидеры по вопросам передачи и профилактики ВИЧ и связанных с ними гендерными нормами.</p> <p>- Количество проведенных тренингов для женщин, работающих в неформальном секторе экономики, а также женщин из других целевых групп, имеющих влияние, таких как, свекрови, женщин - религиозных лидеров по вопросам передачи и профилактики ВИЧ и связанных с ними гендерными нормами.</p> <p>- Количество женщин, работающих в неформальном секторе экономики, а также женщин из других целевых групп, имеющих влияние, таких как, свекрови, женщин - религиозные лидеры, прошедших обучение по вопросам передачи и профилактики ВИЧ и связанных с ними гендерными нормами.</p> <p>- Наличие информационных и учебных материалов на таджикском, кыргызском, узбекском и русском языках</p> <p>- Отчет по мониторингу бюджета для обеспечения реализации гендерной политики</p> <p>- Отчеты/доклады ВИЧ-сервисных НПО, женских организаций, в том числе заслушанные на СКК</p> <p>- Рекомендации качественных и количественных исследований о потребностях ЛЖВ, в том числе ВИЧ+ женщин с особым вниманием к гендерно трансформативному подходу</p>
<p><b>Проблема 2: Низкий охват программ снижения вреда для людей, употребляющих наркотики</b></p>	
<p><b>Предлагаемые рекомендации:</b></p> <p>- Расширить программы по снижению вреда, включая предоставление заместительной терапии, продвигаясь от пилотных проектов до широкого охвата на уровне страны</p> <p>- Обеспечить своевременное начало антиретровирусной терапии для ВИЧ-инфицированных женщин, употребляющих наркотики</p>	
<p><b>Внедрение и / или расширение следующих эффективных мер и методов:</b></p> <p>Расширение программ снижения вреда, включая:</p> <p>– Предоставление социальной поддержки, в том числе жилья, особенно для женщин, и людей, освобожденных из мест лишения свободы;</p> <p>– Предоставление услуг по снижению</p>	<p style="text-align: center;"><b>Возможные индикаторы</b></p> <p>- Количество приютов, кризисных центров, социальных общежитий, предоставляющих социальную поддержку, в том числе жилье, особенно для женщин, и людей, освобожденных из мест лишения свободы</p> <p>- Количество мужчин и женщин с разбивкой по возрасту, которым предоставлена социальная поддержка, в том числе жилье</p> <p>- Количество программ СВ, которые оказывают услуги совместно с услугами по репродуктивному здоровью</p> <p>- Количество мужчин и женщин программ СВ, которые оказывают услуги совместно с услугами по репродуктивному здоровью</p>

<p>вреда совместно с услугами по репродуктивному здоровью</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Обеспечить возможность посетить сайт ОЗТ с детьми и / или оказывать услуги по уходу за детьми на сайте ОЗТ;</li> <li>- Возмещать расходы на проезд для женщин;</li> <li>- Оказывать психологическую поддержку;</li> <li>- Подготовить равных консультантов и расширить аутрич-работу для женщин, и нанять женщин, употребляющих инъекционные наркотики, чтобы увеличить охват услугами по профилактике, снижения вреда и доступа к АРВ-терапии</li> <li>- Способствовать трудоустройству пациентов;</li> <li>- Расширение доступа для беременных женщин, употребляющих наркотики, к услугам снижения вреда, включая заместительную терапию, во время беременности, родов и в послеродовой период,</li> <li>- Создание гендерно-чувствительных групповых занятий отдельно для мужчин и женщин, для пар, которые употребляют наркотики, чтобы увеличить использование презервативов и более безопасные практики инъекций.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Количество сайтов ОЗТ, которые оказывают услуги по уходу за детьми на сайте</li> <li>- Количество пациентов (мужчин и женщин) сайтов ОЗТ, которые оказывают услуги по уходу за детьми на сайте</li> <li>- Количество женщин, получивших компенсацию расходов на проезд до пунктов предоставления услуг СВ</li> <li>- Количество клиентов СВ (мужчин и женщин), получивших психологическую поддержку</li> <li>- Количество обученных равных консультантов для женщин из числа женщин, употребляющих инъекционные наркотики</li> <li>- Количество клиенток программ СВ, получивших услуги равных консультантов</li> <li>- Количество программ СВ, имеющих услуги равных консультантов для женщин в аутрич работе</li> <li>- Количество трудоустроенных клиентов (мужчин и женщин) программ СВ</li> <li>- Количество программ снижения вреда, предоставляющих услуги беременным женщинам, употребляющих наркотики</li> <li>- Количество беременных женщин, употребляющих наркотики, охваченных программами СВ, в том числе ОЗТ, во время беременности, родов и в послеродовой период</li> <li>- Количество программ СВ, которые проводят групповые занятия отдельно для мужчин и женщин, для пар, которые употребляют наркотики, чтобы увеличить использование презервативов и более безопасные практики инъекций</li> <li>- Количество мужчин и женщин, посетивших групповые занятия отдельно для мужчин и женщин, для пар, которые употребляют наркотики, чтобы увеличить использование презервативов и более безопасные практики инъекций</li> <li>- Количество пар, посетивших групповые занятия отдельно для мужчин и женщин, для пар, которые употребляют наркотики, чтобы увеличить использование презервативов и более безопасные практики инъекций</li> </ul>
<b>Проблема 3: Существующая стигма и дискриминация, ассоциированные с ВИЧ</b>	
<p><b><u>Предлагаемые рекомендации:</u></b> Укрепление потенциала по снижению стигмы и дискриминации в отношении людей живущих с ВИЧ, в частности, женщин, живущих с ВИЧ</p>	
<p><b><u>Внедрение и / или расширение следующих эффективных мер и методов:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Разработать коммуникационные стратегии для кампаний в области здравоохранения с предоставлением достоверной информацией о ВИЧ, путях передачи и мерах профилактики с использованием различных видов средств массовой информации (например, радио, газеты, и ТВ), а также других каналов (традиционных</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Возможные индикаторы</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Разработанные коммуникационные стратегии для кампаний в области здравоохранения с предоставлением достоверной информации о ВИЧ, путях передачи и мерах профилактики с использованием различных видов средств массовой информации</li> <li>- Количество СМИ и других каналов передачи информации, принимающих участие в реализации коммуникационных стратегии для кампаний в области здравоохранения с</li> </ul>

<p>передвижных спектаклей, местных шоу и т.д.).</p> <p>– Принять меры по обеспечению прав человека людей, живущих с ВИЧ, например:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Сбор информации о нарушениях прав и возмещение ущерба в судах.</li> <li>– Обучение людей, особенно женщин, защите своих прав.</li> </ul> <p>– Оказать юридическую поддержку для возмещения ущерба по вопросам принудительного тестирования и лечения, отказа в помощи и отсутствия лечения, стигмы и дискриминации на рабочем месте, в сфере услуг здравоохранения и со стороны правоохранительных органов, с особым вниманием к правам женщин, живущих с ВИЧ.</p> <p>– Построение сотрудничества и обучение омбудсмена, представителей судебной системы и правоохранительных органов по снижению стигмы и дискриминации.</p> <p>– Предоставить женщинам, живущим с ВИЧ, целевые программы для получения средств к существованию, так как от многих из них отказывается семья;</p> <p>– Инициировать программы микрофинансирования для ВИЧ-отрицательных и ВИЧ-положительных женщин, что также приведет к сокращению гендерного насилия при интеграции с интерактивным обучением по вопросам ВИЧ, гендера и насилия.</p>	<p>предоставлением достоверной информации о ВИЧ, путях передачи и мерах профилактики с использованием различных видов средств массовой информации</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Отчеты/доклады о нарушениях прав ЛЖВ и описание случаев возмещения ущерба в судах</li> <li>- Количество групповых занятий и тренингов по навыкам защиты прав</li> <li>- Количество мужчин и женщин, прошедших обучение на групповых занятиях и тренингах по навыкам защиты прав</li> <li>- Количество правозащитных организаций/юристов, предоставляющих услуги ЛЖВ (мужчин и женщин) и уязвимым группам населения</li> <li>- Количество ЛЖВ (мужчин и женщин) и представителей уязвимых групп, обратившихся за юридическими услугами для возмещения ущерба по вопросам принудительного тестирования и лечения, отказа в помощи и отсутствия лечения, стигмы и дискриминации на рабочем месте, в сфере услуг здравоохранения и со стороны правоохранительных органов.</li> <li>- Количество проведенных тренингов для омбудсмена, представителей судебной системы и правоохранительных органов по снижению стигмы и дискриминации</li> <li>- Количество обученных: омбудсмена, представителей судебной системы и правоохранительных органов по снижению стигмы и дискриминации</li> <li>- Количество социально-экономических услуг и программ для женщинам, живущим с ВИЧ, которые остались без средств к существованию</li> <li>- Количество женщин, живущих с ВИЧ, оставшихся без средств к существованию, которые воспользовались социально-экономическими услугами</li> <li>- Количество программы микрофинансирования для ВИЧ-отрицательных и ВИЧ-положительных женщин</li> <li>- Количество женщин, ставших участницами программ микрофинансирования</li> </ul>
--	--

**Проблема 4: Высокий уровень гендерного насилия связан с эпидемией ВИЧ**

**Предлагаемые рекомендации:**

- Интегрировать проблемы ВИЧ в Национальную стратегию по внедрению принятого Закона о предупреждении насилия в семье (2013)
- Расширить сеть кризисных центров, отвечающих потребностям жертвам насилия с предоставлением полноценного пакета услуг для жертв сексуального насилия, включая наборы пост-контактной профилактики и профилактику ВИЧ-инфекции

- Разработать и проводить информационные кампании по увеличению информированности о новом Законе, о предупреждении насилия в семье и неприемлемости насилия против женщин
- На основе отчета CEDAW, обратить внимание и создать связь между политикой в области гендерного насилия и стратегиями по ВИЧ

**Внедрение и / или расширение следующих эффективных мер и методов:**

- Предоставить правовую поддержку и организовать программы по искоренению насилия в отношении молодых беременных девочек, включая мероприятия по снижению насилия со стороны членов семьи по отношению к этим девушкам.
- Организовать подготовку сотрудников правоохранительных органов для снижения насилия в отношении секс-работников, МСМ и потребителей наркотиков, с предоставлением информации о юридических последствиях, включая потерю работы, для тех сотрудников правоохранительных органов, практикующих физическое и сексуальное насилие или шантаж в отношении любых групп населения.
- Обучение судей и адвокатов для оказания правовой поддержки лицам, пережившим насилие, с перенаправлением на социальную поддержку.
- Обучение религиозных лидеров по предотвращению гендерного насилия
- Расширение доступа для людей, употребляющих наркотики, секс-работников и МСМ к услугам, предоставляемым кризисными центрами.
- Внедрить подходы обучения на базе сообществ с участием мужчин и женщин, чтобы создать отношения на основе гендерного равенства и снизить

**Возможные индикаторы**

- Количество правозащитных организаций/юристов и программ, предоставляющих услуги по защите от насилия молодых беременных девочек, включая мероприятия по снижению насилия со стороны членов семьи
- Количество молодых беременных девушек, обратившихся за юридическими услугами по защите от насилия.
- Утвержденная программа обучения для сотрудников правоохранительных органов по снижению насилия в отношении секс-работников, МСМ и потребителей наркотиков, с предоставлением информации о юридических последствиях, включая потерю работы,
- Количество тренингов, проведенных для сотрудников правоохранительных органов по снижению насилия в отношении секс-работников, МСМ и потребителей наркотиков
- Количество сотрудников правоохранительных органов, прошедших обучение по снижению насилия в отношении секс-работников, МСМ и потребителей наркотиков
- Утвержденная программа обучения для судей и адвокатов по оказанию правовой поддержки людям, пережившим насилие, с перенаправлением на социальную поддержку
- Количество тренингов, проведенных для судей и адвокатов по оказанию правовой поддержки людям, пережившим насилие, с перенаправлением на социальную поддержку
- Количество обученных судей и адвокатов по оказанию правовой поддержки людям, пережившим насилие
- Утвержденная программа обучения для религиозных лидеров по предотвращению гендерного насилия
- Количество тренингов, проведенных для религиозных лидеров по предотвращению гендерного насилия
- Количество обученных религиозных лидеров по предотвращению гендерного насилия
- Количество кризисных центров, предоставляемых услуги для людей, употребляющих наркотики, секс-работников и МСМ к услугам, предоставляемым кризисными центрами
- Количество мужчин и женщин, употребляющих наркотики, МСМ и секс-работников, получивших услуги кризисных центров.
- Количество обучающих мероприятий по снижению насилия на базе сообществ с участием мужчин и женщин
- Количество мужчин и женщин, прошедших обучение на базе сообществ по снижению насилия
- Количество подготовленных (сертифицированных) равных консультантов на базе сообщества по вопросам вредных гендерных норм для улучшения профилактики, тестирования, лечения и ухода в связи с ВИЧ
- Количество обученных партнеров на базе сообщества по

<p>уровень насилия;</p> <p>– Провести подготовку равных консультантов и партнеров на базе сообщества по вопросам вредных гендерных норм для улучшения профилактики, тестирования, лечения и ухода в связи с ВИЧ.</p> <p><b>Мониторинг и исследования</b> Включить вопросы гендерного насилия во все текущие или будущие демографические обследования.</p>	<p>вопросам вредных гендерных норм для улучшения профилактики, тестирования, лечения и ухода в связи с ВИЧ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Количество демографических обследований, включающих вопросы гендерного насилия</li> <li>- Отчеты демографических обследований, включающих вопросы гендерного насилия</li> </ul>
<p><b>Проблема 5: Мигранты мужчины и женщины, а также сексуальные партнеры мужчин-мигрантов подвергаются высокому риску получения ВИЧ и сталкиваются с особыми барьерами при доступе к антиретровирусной терапии.</b></p>	
<p><b><u>Предлагаемые рекомендации:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Расширить доступ женщин, живущих с ВИЧ, к рынку труда в Таджикистане, а также доступ к обучению, микрокредитованию и создание небольших предприятий для женщин, в частности для жен мигрантов;</li> <li>– Развивать диалог с правительством Российской Федерации по вопросам миграции и существующим запретам на поездки для ВИЧ-положительных людей.</li> <li>– Укрепить партнерство между Министерством труда и социальной защиты, Министерством здравоохранения и консульствами Правительства Таджикистана по расширению доступа к информации о профилактике ВИЧ-инфекции в Таджикистане, и в России.</li> <li>– Усилить роль неправительственных организаций и международных организаций по оказанию услуг по профилактике и лечению ВИЧ для нелегальных мигрантов.</li> </ul>	
<p><b><u>Внедрить и/или расширить следующие эффективные меры и методы:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Обучение по гендерным нормам и безопасному сексу для мужчин-мигрантов и проведение профилактических мероприятий, рассчитанных на мужчин-мигрантов, являющихся клиентами секс-работников для увеличения использования презервативов;</li> <li>– Обучение женщин ведению переговоров для улучшения репродуктивного здоровья и профилактики ВИЧ.</li> <li>– Партнерство с Министерством труда и социальной защиты, чтобы охватить жен мигрантов информацией о профилактике ВИЧ.</li> <li>– Расширить пилотные проекты с участием государственного финансирования для организации</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Возможные индикаторы</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Количество организаций, обучающих мужчин-мигрантов, являющихся клиентами секс-работников, по гендерным нормам и безопасному сексу для увеличения использования презервативов</li> <li>- Количество мужчин-мигрантов, прошедших обучение по гендерным нормам и безопасному сексу</li> <li>- Количество тренингов для женщин по навыкам ведения переговоров, связанных с репродуктивным здоровьем и профилактикой ВИЧ</li> <li>- Количество женщин, прошедших тренинги по навыкам ведения переговоров, связанных с репродуктивным здоровьем и профилактикой ВИЧ</li> <li>- Совместный рабочий план Министерства Здравоохранения и Министерством труда и социальной защиты с привлечением гражданского общества, общин, семей и религиозных лидеров по организации комплексной программы профилактики ВИЧ среди мужчин-мигрантов и их жён</li> <li>- Мониторинг государственного финансирования для</li> </ul>



<p>комплексных программ для мигрантов по ВИЧ-инфекции с участием общин, семей и религиозных лидеров.</p> <p>– Привлекать авиа- и железнодорожные компании для распространения информации о ВИЧ для людей с низким или нулевым уровнем грамотности.</p>	<p>комплексной программы профилактики ВИЧ среди мужчин-мигрантов и их жён</p> <p>- Количество авиа- и железнодорожных компаний, распространяющих информацию о ВИЧ для людей с низким или нулевым уровнем грамотности</p> <p>- Образцы информационных материалов, которые используются авиа- и железнодорожными компаниями, распространяющими информацию о ВИЧ для людей с низким или нулевым уровнем грамотности</p>
<p><b>Проблема 6: Секс-работники имеют высокий риск приобретения ВИЧ и нуждаются в доступе к лечению.</b></p>	
<p><b><u>Предлагаемые рекомендации:</u></b></p> <p>- Укрепить сообщества секс-работников по вопросам защиты их прав</p> <p>- Упразднить административные штрафы за занятие секс-работой</p>	
<p><b><u>Внедрить и/или расширить следующие эффективные меры и методы:</u></b></p> <p>– Обучить сотрудников правоохранительных органов соблюдению прав человека. В том числе в отношении основных групп населения, уязвимых к ВИЧ, включая секс-работников.</p> <p>– Расширить аутрич-работу и распространение презервативов среди мужчин-клиентов работников секс-бизнеса</p> <p>– Продолжать комплексные программы для секс-работников, так чтобы в ходе их реализации уровень использования презервативов секс-работниками увеличился до 80%</p> <p>– Предоставлять презервативы высокого качества</p> <p>– Продвигать использование презервативов с постоянным партнером</p> <p>– Обеспечить доступность услуг по ВИЧ и репродуктивному здоровью с привлечением доверенных врачей, которые могут предоставить качественную медицинскую помощь при беспристрастном подходе</p> <p>– Разработать понятные информационные материалы по профилактике, лечению и услугам в связи с ВИЧ для секс-работников с отсутствием или низким уровнем грамотности</p> <p>– Обеспечить справедливый доступ к</p>	<p><b>Возможные индикаторы</b></p> <p>- Утвержденная программа обучения для сотрудников правоохранительных органов по соблюдению прав секс-работников</p> <p>- Количество тренингов, проведенных для сотрудников правоохранительных органов по соблюдению прав секс-работников</p> <p>- Количество сотрудников правоохранительных органов, прошедших обучение по соблюдению прав секс-работников</p> <p>- % увеличения аутрич программ для секс-работников</p> <p>- Количество программ, распространяющих презервативы среди мужчин клиентов работников секса</p> <p>- % использования презервативов секс-работниками</p> <p>- Количество опросов, фокус-групп с секс-работниками по качеству предоставляемых презервативов</p> <p>- Количество организаций, продвигающих использование презервативов с постоянным партнером</p> <p>- Количество доверенных врачей, привлеченных для оказания качественной медицинской помощи для секс-работников в программах профилактики, лечения и поддержки в связи с ВИЧ</p> <p>- Количество разработанных и распространенных информационных материалов по профилактике, лечению и услугам в связи с ВИЧ для секс-работников с отсутствием или низким уровнем грамотности</p>

<p>антиретровирусной терапии для секс-работников.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Создать комплексные программы профилактики, которые включают такие компоненты, как обучение по принципу “равный равному”, медицинские услуги, материалы и группы поддержки.</li> <li>– Привлекать подготовленных равных консультантов для увеличения использования презервативов.</li> <li>– Увеличить распространение женских презервативов</li> <li>– Активизировать работу с девочками-подростками по вопросам репродуктивного здоровья и предотвращения их участия в секс-работе через услуги, дружественные к молодежи.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % ВИЧ-положительных секс-работников, получающих АРТ, соответствующих критериям начала АРВ-лечения, согласно национальных протоколов</li> <li>- Количество комплексных программ профилактики для секс-работников, которые включают такие компоненты, как обучение по принципу “равный равному”, медицинские услуги, материалы и группы поддержки</li> <li>- Количество клиентов секс-работников программ профилактики для секс-работников, которые включают такие компоненты, как обучение по принципу “равный равному”, медицинские услуги, материалы и группы поддержки</li> <li>- Количество подготовленных равных консультантов из числа секс-работников для увеличения использования презервативов</li> <li>- % увеличения распространения женских презервативов</li> <li>- Количество организаций и программ, осуществляющих работу с девочками-подростками по вопросам репродуктивного здоровья и предотвращения их участия в секс-работе через услуги, дружественные к молодежи</li> <li>- Количество девочек-подростков, участвующих в программах по вопросам репродуктивного здоровья и предотвращения их участия в секс-работе через услуги, дружественные к молодежи</li> </ul>
--	---

**Проблема 7: Безопасное материнство для женщин, живущих с ВИЧ, и снижение уровня вертикальной передачи ВИЧ.**

**Предлагаемые рекомендации:**

- Обеспечить доступность экспресс-тестов для беременных женщин за счет государственной поддержки и разработать механизм для создания цепи поставок для непрерывного доступа к товарам и лекарствам
- Шире применять тройную терапию для лечения или профилактики в послеродовом периоде для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку.
- Улучшить эффективность и качество услуг дородовой помощи для беременных женщин и обеспечить более полный охват беременных женщин услугами дородовой помощи
- Совершенствовать инфраструктуру родильных домов, и, развитие услуг мобильного бесплатного транспорта для неотложных ситуаций и неотложной акушерской помощи в сельской местности.

**Внедрить и / или расширить следующие эффективные меры и методы:**

- Предоставление тройной терапии для женщин во время беременности и в послеродовой период для тех, кто кормит грудью, с возможным внедрением стратегии В+
- Развитие социальной поддержки для матерей, живущих с ВИЧ
- Предоставление информации поставщиками услуг о риске передачи ВИЧ от матери к ребенку для ВИЧ-позитивных женщин, имеющих серонегативных детей для

**Возможные индикаторы**

- % ВИЧ-положительных беременных женщин, получивших тройную терапию во время беременности и в послеродовой период для тех, кто кормит грудью
- Количество программ социальной поддержки для матерей, живущих с ВИЧ
- Количество матерей, живущих с ВИЧ, получивших социальную поддержку
- Количество ВИЧ-позитивных женщин, обратившихся за профилактическими услугами

<p>повышения доверия к профилактическим услугам</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Предоставление информации дискордантным парам, желающих иметь детей, что на фоне неопределяемой вирусной нагрузки и ограниченном незащищенном сексе до пика фертильности (с возможным использованием средств до-контактной профилактики) риск перинатальной передачи является достаточно низким.</li> <li>- Гарантировать предоставление за счет государственных средств молочных смесей для искусственного вскармливания детям, рожденным от ВИЧ-положительных матерей, не получающим грудного вскармливания согласно выбору матери.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Количество дискордантных пар, желающих иметь детей, получивших информацию о снижении риска перинатальной передачи ВИЧ</li> <li>- % детей, рожденных ВИЧ+ матерями, обеспеченных молочными смесями для искусственного вскармливания (не менее 4 пачек в месяц), за счет государственных средств</li> </ul>
<p><b>Проблема 8: Мужчины, которые имеют секс с мужчинами, имеют высокий риск заражения ВИЧ и сталкиваются со стигмой и дискриминацией</b></p>	
<p><b><u>Предлагаемые рекомендации:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Обратить внимание лиц, принимающих решения, на существующие барьеры для адекватного равного доступа МСМ и трансгендерных людей к профилактике, лечению и уходу и на основании доказательной информации продвигать нужды данной группы для расширения данных программ</li> </ul>	
<p><b><u>Внедрить и / или расширить следующие эффективные меры и методы:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Расширить профилактические вмешательства на базе сообществ и услуги, дружественные к молодежи, включая распространение мужских и женских презервативов и смазок на водной и силиконовой основе для снижения практики незащищенного анального секса, обучение навыкам, равное консультирование, консультирование по снижению риска, скрининг и лечение инфекций, передаваемых половым путем, особенно генитальных язвенных заболеваний, добровольное тестирование и консультирование, а также включая работу с сообществом и предоставление медицинских и юридических услуг</li> <li>- Начать диалог о ситуации с ВИЧ среди МСМ с государственными организациями, в том числе путем о презентации существующих отчетов о положении МСМ для широкой дискуссии на страновом уровне, а также информировать по вопросам МСМ и ВИЧ людей, принимающих решения не только в секторе здравоохранения, но и в других секторах.</li> <li>- Обеспечить механизмы, предотвращающие насилие против МСМ и предоставить</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Возможные индикаторы</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Количество профилактических вмешательств для МСМ на базе сообществ и дружественных к молодежи, включая распространение мужских и женских презервативов и смазок для снижения практики незащищенного анального секса, обучение навыкам, равное консультирование, консультирование по снижению риска, скрининг и лечение инфекций, передаваемых половым путем, особенно генитальных язвенных заболеваний, добровольное тестирование и консультирование, а также включая работу с сообществом и предоставление медицинских и юридических услуг</li> <li>- Количество МСМ, охваченных профилактическими вмешательствами</li> <li>- Количество отчетов и презентаций о ситуации с ВИЧ среди МСМ для широкой дискуссии на страновом уровне и людей, принимающих решения не только в секторе здравоохранения, но и в других секторах</li> </ul>

<p>ответные действия на нужды МСМ, переживших насилие</p> <p>– Выступать за законы, защищающие достоинство и права человека МСМ и трансгендерных людей, и политику в отношении ВИЧ. Способствовать стратегическим планам с конкретными действиями по искоренению насилия в отношении МСМ и трансгендерных лиц, в том числе, включающие предоставление убежища и программы для получения средств к существованию для МСМ и трансгендерных людей, от которых отказались дома и на работе.</p> <p><b>Мониторинг и исследования:</b></p> <p>- Провести исследование для определения оценочного числа МСМ</p> <p>- Провести опрос трансгендерных людей для документирования информации об их потребностях и доступа, а также оценить количество трансгендерных людей в Таджикистане.</p>	<p>- Количество программ по предотвращению насилия и помощи МСМ, пережившим насилие</p> <p>- Количество МСМ, ставших участниками программ по предотвращению насилия и помощи МСМ, пережившим насилие</p> <p>- Законы, стратегические планы с конкретными действиями по искоренению насилия в отношении МСМ и трансгендерных людей, в том числе, включающие предоставление убежища и программы для получения средств к существованию для МСМ и трансгендерных людей, от которых отказались дома и на работе</p> <p>- Исследование для определения оценочного числа МСМ</p> <p>- Исследование для определения количества трансгендерных людей</p> <p>- Рекомендации качественных и количественных исследований о потребностях трансгендерных людей</p>
---	--