

УСЛЫШАТЬ НЕСЛЫШИМОЕ

ИССЛЕДОВАНИЕ СРЕДИ ЖЕНЩИН, ЖИВУЩИХ С ВИЧ

Изучение социального и экономического положения женщин, живущих с ВИЧ, через анализ неоплачиваемого домашнего труда

И дольше века длится день.....

ДУШАНБЕ, 2024

Идея этого исследования была инициирована Республиканской Общественной организацией «Таджикистанская сеть женщин, живущих с ВИЧ». На протяжении 14 лет работы при взаимодействии с женщинами, живущими с ВИЧ, обычный ответ ЖЖВ на вопрос о том, почему не обращают внимание на своё здоровье, женщины отвечали «нет времени». И потому пришло понимание в необходимости проведения исследования для того, чтобы изучить каковы затраты времени женщин в повседневной жизни, какие есть барьеры, которые можно и устранять, чтобы женщины и их дети имели доступ к здоровью, к лучшей жизни.

Хотелось бы отметить, что проведение этого исследования состоялось благодаря поддержке офиса ЮНЭЙДС в Таджикистане и Регионального офиса ЮНЭЙДС для стран Восточной Европы и Центральной Азии ЮНЭЙДС. Огромную помощь оказали Общественные организации, которые работают по людям с множественной уязвимостью: ОО «Гули сурх», ОО «Спин Плюс», ОО «Марворид».

Особая благодарность гендерной команде Азиатского Банка Развития и лично г-же Гулноре Холовой за предоставление технической поддержки и стандартного вопросника по оценке затрат времени женщин.

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И ОПРЕДЕЛЕНИЙ	6
РЕЗЮМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	7
ВВЕДЕНИЕ	10
3. МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ	12
3.1. Цели и задачи исследования	12
3.2. Целевые группы	12
3.3. Методы исследования	12
3.4. Методология выборки	13
3.5. Инструментарии исследования	14
3.6. Сбор данных	15
3.7. Обработка и анализ данных	15
3.8. Ограничения исследования	15
4. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	17
4.1. Анализ ситуации	17
4.2. Социально-демографическая характеристика домохозяйства и респонденток	21
4.3. Затраты времени, забота о здоровье и принятие решений	25
4.4. Здоровье и практика принятия решений о здоровье	30
4.5. Доступ к медицинским услугам	36
ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ	43
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	46
Приложение 1. Методология выборки для опроса	46
Приложение 2. Вопросник для проведения опроса	48
Приложение 3. Гайд для проведения ФГД с целевыми НПО и ЖЖВ	49
Приложение 4. Гайд для проведения интервью с медицинскими работниками.....	50
Приложение 5. Группировка независимых переменных	51

Список таблиц, диаграмм и рисунков

Таблица 1. Список выбранных ПЕВ для опроса ЖЖВ	13
Таблица 2. Количество ВИЧ-инфицированных, впервые взятых на учёт с установленным диагнозом	18
Таблица 3. Количество ВИЧ-инфицированных детей (до 18 лет), впервые взятых на учёт с установленным диагнозом	20
Таблица 4. <i>Размер домохозяйств по районам</i>	21
Таблица 5. Распределение членов домохозяйств по полу и возрасту	22
Таблица 6. Уровень образования в распределении по занятости респонденток.....	24
Таблица 7. Распределение времени респонденток в сравнении с ИВГ и ИВЖСМТ	27
Таблица 8. Распределение ежедневного времени респонденток по видам деятельности	28
Таблица 9. Распределение ежедневного времени респонденток по видам неоплачиваемых работ по дому	29
Таблица 10. Виды других заболеваний у респонденток.....	31
Таблица 11. Причины несоблюдения графика посещений для поддержания общего состояния здоровья.....	37
Таблица 12. Виды расходов связанные с лечением ВИЧ.....	38
Таблица 13. Пропорциональное распределение выборки	46
Таблица 14. Непропорциональное распределение выборки	46
Таблица 15. Распределение ПЕВ по целевым районам.....	47
Диаграмма 1. Численность беременных женщин с ВИЧ инфекцией в Таджикистане за 2012–2023 годы	19
Диаграмма 2. Типы семей домохозяйств	21
Диаграмма 3. Распределение домохозяйств по уровню дохода	22
Диаграмма 4. Тип местности, N=100.....	23
Диаграмма 5. Средний возраст респонденток, N=100	24
Диаграмма 6. Уровень образования респонденток, N=100.....	24
Диаграмма 7. Семейное положение респонденток, N=100.....	25
Диаграмма 8. Наличие других заболеваний у респонденток.....	30
Диаграмма 9. Как часто вам нужно посещать медицинское учреждение для лечения ВИЧ?	30
Диаграмма 10. Проходили диагностику рака шейки матки и молочной железы, N=100.....	31
Диаграмма 11. Осведомленность респонденток об обязательности диагностики, n=86	31
Диаграмма 12. Пол лица, принимающего важные решения в домохозяйстве, N=100	32
Диаграмма 13. Семейный статус женщин, участвующих в принятии решений, n=31.....	32
Диаграмма 14. Требуется ли вам получать разрешение от других для посещения медицинского учреждения?	33
Диаграмма 15. Негативное влияние необходимости разрешения на посещение медучреждений на здоровье респонденток.....	34
Диаграмма 16. Стигма как барьер для доступа к медицинским услугам	35
Диаграмма 17. Соблюдаете ли вы график посещений для общего	37

Диаграмма 18. Получили все специализированные услуги.....	40
Диаграмма 19. Вы нуждались в этих услугах?.....	40
Диаграмма 20. Вы обращались за помощью для получения необходимой специализированной услуги?	40
Диаграмма 21. Куда обращались за помощью?	40
Диаграмма 22. Возможность респонденток покрыть расходы на тестирование и лечение ВИЧ	41
Диаграмма 23. Среднее расстояние, время и расходы на дорогу до медицинских учреждений для лечения ВИЧ	41
Рисунок 1. Распределение респонденток по районам, n=100	23
Рисунок 2. Оценка доступности услуг по 5-ти бальной шкале	39

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И ОПРЕДЕЛЕНИЙ

ICATUS	International Classification of Activities for Time Use Statistics
АРТ	Антиретровирусная терапия
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ГИ	Глубинное интервью
ДХ	Домохозяйство
ЖЖВ	Женщины, живущие с ВИЧ
ИВГ	Использование времени в Грузии
ИВЖСМТ	Использование времени женщинами в сельской местности Таджикистана
КЗ РТ	Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
МДИТ	Медико-демографическое исследование Таджикистана
МЗСЗН РТ	Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
НПО	Неправительственная организация
НСПВ	Национальная стратегия противодействия ВИЧ
Респондент	Лицо, принимающее участие в опросе
РТ	Республика Таджикистан
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
УК РТ	Уголовный Кодекс Республики Таджикистан
ФГД	Фокус-групповая дискуссия
ЦУР	Цели устойчивого развития

РЕЗЮМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

В фокусе внимания данной оценки – определение возможностей женщин, живущих с ВИЧ (*здесь и далее ЖЖВ*), как одной из наиболее уязвимых групп населения для получения услуг здравоохранения через призму затрат времени, практики принятия решений по собственному здоровью и занятости. Этот целостный подход, при котором делается попытка всесторонней оценки барьеров ЖЖВ на пути реализации их прав.

Оценка ситуации была проведена в период с сентября по ноябрь 2024 года. В рамках оценки ситуации были проведены следующие исследовательские мероприятия:

- опрос 100 ЖЖВ,
- интервью с представителями системы здравоохранения,
- фокус-групповая дискуссия с представителями НПО и ЖЖВ.

Полученные результаты позволили сформулировать следующие выводы:

1. Практически все респонденты скрывают свой статус от окружающих – 97%. В основном из-за страха быть отвергнутыми: *«моя свекровь знала, что я заразилась от её сына. Но она с ним общалась, а от меня даже не принимала пиалку чая. Никто со мной не говорил»*.
2. Стигма и дискриминация – это один из самых значительных барьеров для ЖЖВ. Приём гинеколога или стоматолога – это не только и не сколько финансовый барьер, потому как специалисты этих направлений, как правило, отказывают ЖЖВ в предоставлении услуги: *«моих дочерей, у них статус ЖЖВ, как и у меня, не принимают стоматологи. Как только они говорят, что у них болят зубы, мне хочется убить себя. Я же знаю, что врачи их не примут»*. Врачи, обычно, ссылаются на то, что медицинская техника, используемая ими, применяется для большинства. И врачи не могут себе позволить рисковать жизнью и здоровьем других пациентов. Очевидно, что ЖЖВ, у которых нет собственных средств или ЖЖВ, проживающие в сельской местности, наиболее уязвимы.
3. В Постановлении 600 о предоставлении платных медицинских услуг нет ясной и чёткой формулировки о предоставлении ЛЖВ услуг гинеколога и стоматолога на бесплатной основе. Однако в Статье 163 Кодекса Здравоохранения указано, что люди, живущие с ВИЧ, имеют право на все виды бесплатной медицинской помощи, включая медикаментозную. Однако, результаты исследования показывают, что ЖЖВ приходится платить как за услуги, связанные с сопутствующими и оппортунистическими заболеваниями, так и за услуги стоматолога, гинеколога, хирурга. Другая сложность для ЖЖВ – найти специалистов, которые были бы согласны принять их, не выказывая дискриминационного отношения.
4. У большинства ЖЖВ (78%) есть финансовая зависимость от членов семьи, так как они не относятся к категории занятых: домохозяйки – 65% и безработные – 13%. Самостоятельное принятие решения, в том числе по собственному здоровью, недоступно для 55% ЖЖВ и чаще всего это относится к сельским женщинам. При этом большинство респондентов сообщили о наличии других заболеваний – 80%. Примечательно, что **практически четверть**

из числа опрошенных отмечали в качестве сопутствующего заболевания невроз – 26%. По сравнению с городскими жителями, это заболевание чаще отмечали сельские жители – 22% и 32% соответственно. Среди тех женщин, кто принимает решение самостоятельно – 72% являются вдовами или разведёнными.

5. Одна из причин несоблюдения графика посещений медицинских учреждений для поддержания общего состояния здоровья – нехватка финансовых средств. На эту проблему указали 55% респонденток. Кроме того, нехватка времени также выступает значительным препятствием: 23% респонденток отмечают, что домашние обязанности мешают посещению медучреждений, а 20% – занятость на работе. В целом, 92% респонденток не имели финансовых средств на сразу на все все специализированные услуги, включая услуги гинеколога, стоматолога и хирурга. Большинство из этой группы отметили необходимость в услугах гинеколога – 18%. Услуги хирурга и стоматолога требовались 3% и 2% респонденток соответственно, а все три услуги одновременно – 2%. На вопрос о том, куда они обратились для получения необходимой услуги, большинство (65%) ответили, что не предприняли никаких действий, главным образом из-за финансовых ограничений и страха осуждения.
6. Антиретровирусная терапия должна соблюдаться на основе регулярного получения и приёма лекарств. Основная доля ЖЖВ, участвующих в опросе, отметила, что должны обращаться в медицинское учреждение каждые 3 месяца – 82%. Не имеют возможности соблюдать необходимый график сельские жители по сравнению с городскими. Что же им мешает в этом? Как правило, для сельской местности характерно проживание в расширенных семьях, где основная нагрузка по домашним заботам ложится на невесток. Наряду с этим, если женщина не имеет собственных финансов и не включена в принятие решений, она не может соблюдать график посещения медицинского учреждения без получения согласия от мужа и старших в доме, даже имея статус ЖЖВ и зная необходимость и важность регулярного приема АРВ терапии.
7. Для женщин, живущих с ВИЧ, регулярная диагностика на рак шейки матки и молочной железы является обязательной из-за повышенного риска развития онкологических заболеваний. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует начинать диагностику шейки матки с 25 лет и повторять её каждые три года, а диагностику молочной железы проводить каждые два года, начиная с 40 лет. Эти мероприятия позволяют выявлять заболевания на ранних стадиях, когда лечение наиболее эффективно и помогает предотвратить тяжелые осложнения¹. Диагностику рака шейки матки и молочной железы (хотя бы один раз в жизни) прошли только 14% респондентов. Остальные – либо не знали о том, что необходимо проходить эту диагностику, либо не имели финансовых возможностей.

¹ ВОЗ. Рак шейки матки: информационный бюллетень. Доступно на: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>. Дата обращения: 17 ноября 2023 года.

Полученные результаты исследования позволили сформулировать следующие рекомендации:

1. **Расширение доступа** женщинам, живущим с ВИЧ, к комплексным медицинским услугам;
2. **Развивает услуги поддержки**, которые помогают решать проблемы, с которыми сталкиваются женщины, живущие с ВИЧ, включая стигматизацию, дискриминацию и проблемы психического здоровья;
3. **Расширение экономических прав и возможностей ЖЖВ**;
4. **Организация личного времени и программ**, помогающих женщинам лучше управлять своим временем, особенно в балансировании между деятельностью, связанной со здоровьем, уходом и занятостью, включая создание услуг службы быта, поддержку по уходу за детьми, работу на дому, особенно в сельской местности.
5. **Реализовать образовательные программы**, повышающие осведомленность о ВИЧ, его путях передачи и профилактике, нацеленные как на женщин, так и на более широкое сообщество, чтобы снизить стигматизацию.
6. **Адвокация и изменение политики** с целью защиты прав женщин, живущих с ВИЧ, обеспечивая им равный доступ к ресурсам и возможностям:
7. **Поддержка женских сообществ**;
8. **Регулярно и повсеместно проводить информационные кампании** среди населения, включая медицинских работников.

ВВЕДЕНИЕ

Ратифицировав Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин в декабре 1993 года Правительство Таджикистан, выражая приверженность принципам Конвенции уделяет значимое внимание вопросам равного доступа к рынку труда, образованию, медицинским услугам, развитию институциональных механизмов по обеспечению гендерного равенства, в том числе и наиболее уязвимым группам среди населения. По данным за 2023 год, по рейтингу здоровья и продолжительности жизни Таджикистан улучшил свои показатели и занял 69 место среди 146 стран, однако в целом по индексу гендерного разрыва страна заняла 112 место².

Проводимые исследования позволяют выявить те проблемы и пробелы, решение которых позволит устранить их на пути гендерного равенства. В фокусе внимания данной оценки – определение возможностей женщин, живущих с ВИЧ (*здесь и далее ЖЖВ*), как одной из наиболее уязвимых групп населения, получения услуг здравоохранения через призму затрат времени, практики принятия решений по собственному здоровью и занятости. Этот целостный подход, при котором делается попытка всесторонней оценки барьеров ЖЖВ на пути реализации их прав.

Исследование может пролить свет на сложные и многослойные вызовы, с которыми сталкиваются эти женщины. Уход за детьми, пожилыми людьми, больными или инвалидами, а также выполнение домашних обязанностей несут значительную невидимую нагрузку, которая зачастую не учитывается при определении доступа женщин, в том числе и ЖЖВ к различного рода услугам, в том числе к услугам здравоохранения. Несмотря на признание этой невидимой работы в рамках Цели устойчивого развития 5 (*здесь и далее ЦУР 5*), касающейся достижения гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин и девочек, проблема остается актуальной. Цель 5.4 ЦУР 5 призывает к признанию и оценке невидимой заботы и домашней работы.

Игнорирование домашнего труда приводит к игнорированию реальных условий, в которых находятся женщины, особенно тех, кто совмещает две роли: оплачиваемую работу и неоплачиваемый домашний труд. Этот двойной груз создает значительный стресс и напряжение, что усложняет поддержание достойного баланса между работой и личной жизнью. Более того, невидимая забота, хотя и критически важная, остается вне поля зрения, что способствует сохранению гендерного неравенства в распределении труда и негативно влияет на экономическое расширение прав и благополучие женщин, которые несут на себе основную нагрузку.

Исследование затрат времени женщин, живущих с ВИЧ, имеет особое значение в этом контексте, поскольку данные женщины сталкиваются с дополнительными вызовами, связанными с заботой о своём здоровье и выполнением повседневных обязанностей. Как правило, спрос на неоплачиваемую работу воспринимается как норма, что связано с глубоко укоренившимися гендерными стереотипами.

Другое двойное бремя, которое может создавать барьеры для ЖЖВ – это гендерно нечувствительные законодательство и политики в отношении ЖЖВ, стигма со стороны

² Global Gender Gap Report. World Economic Forum, June 2023. https://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2023.pdf

окружающих, в том числе, и со стороны представителей системы здравоохранения. Следует при этом отметить, что в соответствии со ст. 163 КЗ РТ лица, живущие с ВИЧ, имеют право на бесплатное получение всех видов квалифицированной и специализированной медицинской помощи, включая медикаментозную, в государственных организациях здравоохранения.

Таким образом, данное исследование поможет осветить масштаб повседневных сложностей, с которыми сталкиваются ЖЖВ, и выявить скрытые аспекты их опыта, что позволит более точно учитывать эти факторы при разработке политик и программ, направленных на поддержку их здоровья и благополучия.

3. МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1. Цели и задачи исследования

Цель исследования – определить возможности и барьеры для женщин, живущих с ВИЧ, по доступу к услугам здравоохранения, анализируя затраты времени, практики принятия решений по собственному здоровью, занятость и финансовые возможности, а также выявить скрытые аспекты их повседневных трудностей и невидимой нагрузки, влияющие на их благополучие и экономическую независимость.

Задачи исследования:

- ⇒ **Изучить затраты времени** женщин, живущих с ВИЧ, связанные с уходом за собственным здоровьем, выполнением домашних обязанностей и уходом за детьми или другими зависимыми лицами, чтобы определить, как эти затраты времени влияют на доступ ЖЖВ к медицинским услугам.
- ⇒ **Определить практики принятия решений** женщинами, живущими с ВИЧ, относительно их собственного здоровья, включая влияние финансовых возможностей и уровня занятости на доступ к услугам здравоохранения.
- ⇒ **Оценить влияние невидимого труда** (домашняя работа и уход за другими) на общий стресс и нагрузку женщин, живущих с ВИЧ, и как это влияет на их способность поддерживать баланс между оплачиваемой и неоплачиваемой работой.
- ⇒ **Исследовать воздействие законодательных и политических факторов** на доступ женщин, живущих с ВИЧ, к медицинским услугам, с учетом возможной нечувствительности политики и практик системы здравоохранения к их специфическим нуждам.
- ⇒ **Выявить скрытые аспекты и проблемы**, с которыми сталкиваются женщины, живущие с ВИЧ, и определить, какие дополнительные барьеры существуют в доступе к медицинским и социальным услугам.
- ⇒ **Рекомендовать меры** для улучшения доступа и поддержки женщин, живущих с ВИЧ, основываясь на полученных данных, с целью повышения их благополучия и экономической независимости.

3.2. Целевые группы

Целевая группа 1 – ЖЖВ, для реализации задач 1-3;

Целевая группа 2 – медицинские работники, для реализации задач 4-5;

Целевая группа 3 – представители целевых неправительственных организаций (*здесь и далее НПО*), работающих по вопросам ВИЧ / СПИД и правозащитников, для реализации задач 4-6.

3.3. Методы исследования

В исследовании были использованы кабинетное исследование, а также количественные и качественные инструменты:

Кабинетное исследование

- ✓ Изучение имеющихся вторичных данных по теме исследования, включая обзор законодательства, отчёты, публикации

Количественный

- ⇒ Опрос, методом «лицом-к-лицу» с ЖЖВ. Общий размер выборки – 100 респондентов

Качественный

- ⇒ Интервью с ЖЖВ, наиболее ярко иллюстрирующими барьеры по целевой теме – 1 интервью;
- ⇒ Интервью с медицинскими работниками – 1 интервью;
- ⇒ Фокус-групповые дискуссии с представителями НПО и ЖЖВ – 1 ФГД.

3.4. Методология выборки**Количественное исследование**

Методология выборки основывалась на численности населения городов Душанбе и Гиссар, а также района Яван. Общий размер выборки составила 100 ЖЖВ в возрасте 18 лет и старше: 40 в Душанбе, 30 в Гиссаре и 30 в Яване. Общий размер выборки составил 100 ЖЖВ в возрасте 18 лет и старше: 40 в Душанбе, 30 в Гиссаре и 30 в Яване. ЖЖВ для опроса были выбраны случайно среди сёл, улиц и посёлков, так называемых первичных единиц выборки (далее — ПЕВ), целевых районов. Планировалось опросить по 10 ЖЖВ из каждой ПЕВ, таким образом, общее количество ПЕВ составило 10. В **Таблице 1** приведены названия выбранных ПЕВ по каждому району.

Таблица 1. Список выбранных ПЕВ для опроса ЖЖВ

Город/Район	Джамоат/Район/Город	Населенный пункт
Сино	Сино	Шамси
Фирдавси	Фирдавси	Негмата Карабаева проезд 2
Шохмансур	Шохмансур	Дехлави 1-ый пр.
И.Сомони	И.Сомони	Файзулло Ансори
Гиссар	Дехконабад	Муминобод (Кулмунда)
Гиссар	Навабад	Мавлонджари Боло
Гиссар	Хонакои кухи	Кипчок
Яван	Гулсара Юсуфова (Навкорам)	Кунчи
Яван	Обимуки	Даштабад
Яван	Хаёти Нав	Комсомол

Выборка формировалась с учетом численности населения целевых районов, поскольку с увеличением численности населения с высокой вероятностью увеличивается и количество ЖЖВ. Количество населения по целевым районам основано на статистических данных - 'Численность населения Республики Таджикистан на 1 января 2022 года, Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан.

Выборка из 100 респонденток имеет ошибку выборки в пределах $\pm 9,8\%$, а результаты будут достоверными с доверительным интервалом 95%³. Для разработки выборки использована многоступенчатая вероятностная непропорциональная случайная выборка.

Основные шаги, предпринятые в процессе разработки выборки, приведены в Приложении 1.

Качественное исследование

Интервью с медицинскими работниками. Для этого интервью были отобраны наиболее чувствительные к теме ВИЧ / СПИД работники по рекомендации целевых НПО.

Фокус-групповые дискуссии с НПО и представители ЖЖВ. Для этого мероприятия были приглашены представители организаций:

- 1) Таджикистанская сеть женщин, живущих с ВИЧ;
- 2) Ваш выбор;
- 3) СПИН плюс;
- 4) Марворид;
- 5) Гули сурх.

3.5. Инструментарии исследования

Количественный инструментарий

Для проведения данного опроса был использован полуструктурированный вопросник, состоящий из закрытых и открытых вопросов. Вопросник включал следующие разделы:

- Согласие на участие;
- Профиль домохозяйства (ДХ);
- Использование времени в типичный день;
- Использование времени в нетипичный день;
- Доступ и барьеры.

Средняя продолжительность одного опроса с использованием данного вопросника, составила около 30 минут. Полная версия вопросника приведена в Приложении 2.

Качественные инструментарии

Гайд для проведения интервью с ЖЖВ состоял из 5 блоков:

1. Общая информация
2. Медицинские услуги
3. Отношение в обществе
4. Предоставляемые услуги
5. Пробелы и рекомендации

³ Ошибка выборки определялась с помощью онлайн-сервиса калькулятора выборки: <https://socioline.ru/rv.php>

Полная версия гайда приведена в Приложении 3.

В ходе интервью было получено мнение респондента не только по имеющимся барьерам, но и рекомендации для изменения ситуации. Это позволило разработать предложения, которые стали итогом исследования.

3.6. Сбор данных

Сбор данных исследования проходил с 5 по 23 сентября и занял 19 календарных дней.

3.7. Обработка и анализ данных

Собранные данные были обработаны и визуализированы с помощью программ SPSS и Microsoft Excel. Перед анализом данные были тщательно очищены для исключения различных ошибок.

Методология определения отклонений в данных

Для обеспечения надежности анализа и исключения влияния аномальных значений в числовых переменных, характеризующих исследуемую целевую группу, был проведен анализ выбросов.

Выбросы идентифицировались с использованием метода межквартильного размаха (IQR). Этот метод основан на расчете квартилей Q1 (25-й перцентиль) и Q3 (75-й перцентиль), а также межквартильного размаха ($IQR = Q3 - Q1$). Формулы для определения границ выбросов:

- Нижняя граница: $Q1 - 1,5 \times IQR$
- Верхняя граница: $Q3 + 1,5 \times IQR$

Любое значение, выходящее за эти границы, считается выбросом и исключается из дальнейшего анализа. Ниже приведены шаги, предпринятые для идентификации выбросов:

1. Определение значения первого (Q1) и третьего квартилей (Q3), которые делят данные на четыре равные части.
2. Расчет межквартильного размаха (IQR), который равен разнице между Q3 и Q1.
3. Установление нижней и верхней границ, значения за пределами которых считаются выбросами.
4. Исключение всех значений, выходящие за установленные границы.

Этот метод был выбран благодаря его простоте вычисления, устойчивости к выбросам и способности адаптироваться к распределению данных. Он позволяет эффективно выявлять аномальные значения без необходимости делать предположения о конкретном типе распределения, что делает его универсальным инструментом для обработки данных.

3.8. Ограничения исследования

1. Несмотря на снижение ошибки выборки на уровне районов, она остаётся высокой (в пределах $\pm 15,5\% - \pm 17,9\%$). Поэтому результаты, полученные на уровне районов, следует интерпретировать с осторожностью. По этой причине выводы и рекомендации разработаны на основе общих данных, а не по отдельным целевым районам.

2. Все количественные данные, а также ответы, касающиеся доступа к медицинским услугам, стигмы, принятия решений и других ключевых показателей, основаны на информации, предоставленной респондентками. Таким образом, данные отражают субъективные оценки респонденток и могут не в полной мере объективно представлять реальные условия.

4. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Что является барьером для ЖЖВ на пути к услугам здравоохранения, какие аспекты в их повседневной жизни усложняют заботу о собственном здоровье? Являются ли затраты времени, направленные на жизнедеятельность домохозяйства (*здесь и далее ДХ*) основным препятствием, либо более значимыми являются финансовые барьеры, либо стигма со стороны окружающих? Ответы на эти и другие вопросы, направленные на определение основных барьеров для ЖЖВ представлены в данной главе и распределены по следующим разделам:

1. Анализ ситуации по результатам кабинетного исследования, включающий общий обзор официальной статистики, законодательства и нормативных документов, а также доступных исследований.
2. Социально-демографическая характеристика домохозяйства и респонденток. В этом разделе представлена информация по размеру домохозяйства, то есть количеству людей, проживающих в нём, что может гипотетически влиять на затраты времени женщин по домашней неоплачиваемой занятости. Также в разделе приведена характеристика непосредственно самой ЖЖВ – возраст, уровень образования, занятость и семейное положение.
3. Затраты времени, забота о здоровье и принятие решений. Включены ли вопросы заботы о здоровье в повседневную жизнь ЖЖВ – это основной вопрос, для ответа на которые последовательно рассмотрены возможные барьеры, препятствующие заботе о своём здоровье для ЖЖВ.
4. Доступ к медицинским услугам: финансы, стигма, расстояние, время, транспорт. В этом разделе описывают указанные барьеры, затрудняющие доступ ЖЖВ к медицинским услугами.

4.1. Анализ ситуации

Таджикистан принял Декларацию о приверженности делу борьбы со СПИДом в рамках специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН (2011 г.) и 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 2030 года признает возрастающее бремя инфекционных заболеваний и определяет снижение распространения ВИЧ и СПИД в качестве основного приоритета.

Предполагалось, что НСР по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа внесет свой вклад в усилия Республики Таджикистан по достижению Целей Устойчивого Развития (ЦУР). В частности, она 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 включала в себя задачи для достижения нижеследующих долгосрочных результатов к концу 2017 года:

1. Снизить количество новых инфекций хотя бы на 20%;
2. Снизить уровень смертности, связанной со СПИДом, на 20%;
3. Снизить социально-экономическое влияние ВИЧ на уровне домохозяйств и общины⁴.

Следует отметить, что Таджикистан каждые пять лет принимает Национальные программы по противодействию эпидемии ВИЧ. Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 30 декабря 2021 года №566 была утверждена Национальная программа формирования здорового образа жизни в Республике Таджикистан на 2022–2026 годы, включающая отдельный параграф, посвященный ВИЧ-инфекции.

Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан запрещает дискриминацию на основании наличия ВИЧ-инфекции (статьи 163, 165, 166). В частности, статья 163 гарантирует предоставление родителям или законным представителям детей, рожденных от матерей, инфицированных ВИЧ, заменителей грудного молока с момента рождения до установления окончательного диагноза, чтобы снизить риск заражения ВИЧ.

С 2012 по 2023 год в Таджикистане зарегистрировано 13 190 новых случаев ВИЧ-инфекции. Из них большинство составляют мужчины — 8 117 случаев, женщины — 5 073 случая. Другими словами, доля мужчин от общего числа зарегистрированных новых случаев составляет 62%, соответственно женщин – 38%.

Динамика регистрации новых случаев варьировалась по годам: минимальное число новых случаев было зафиксировано в 2013 году (763 случая), а максимальное — в 2018 году (1 422 случая). В последние два года (2022 и 2023) число новых случаев ВИЧ-инфекции осталось на уровне базового периода, за который взяты данные 2012 года. Так, на 100 тыс. населения Республики Таджикистан в этих годах было зафиксировано по 11 новых случаев ВИЧ (см. Таблицу 2). Следует отметить, что в последние годы отмечается стабилизация регистрации новых случаев – около 1000 новых случаев среди обоих полов в год. В тоже время, отмечается тенденция в увеличении доли женщин среди новых случаев ВИЧ в среднем на 6% -7% за последние 10 лет ⁵.

Таблица 2. Число ВИЧ-инфицированных, впервые взятых на учёт с установленным диагнозом⁶

Пол \ Год	Год													ВСЕГО
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023		
Мужчины	539	453	579	683	624	737	882	773	911	578	663	695	8117	
Женщины	289	310	429	463	416	470	540	547	486	344	374	405	5073	
Всего	828	763	1008	1146	1040	1207	1422	1320	1397	922	1037	1100	13190	

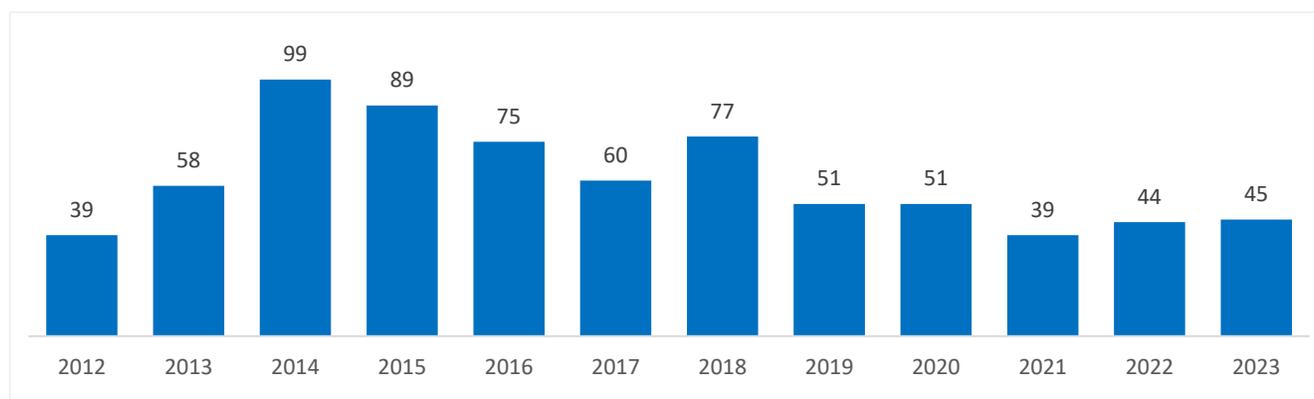
⁴ Гендерный анализ национальной политики в сфере ВИЧ и СПИД в Республике Таджикистан. Исследование было проведено ОЮЛ «Центрально Азиатская Ассоциация людей, живущих с ВИЧ» для Структуры «ООН-женщины», в партнерстве с ЮНЕЙДС. https://ewna.org/wp-content/uploads/2022/10/gender-analysis-tajikistan_moroz.pdf

⁵ Гендерная оценка национальных ответных мер на ВИЧ, Душанбе, 2024

⁶ Статистические сборники «Здравоохранение в Республике Таджикистан» за 2018, 2022 и 2024 годы, Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан. Доступны по ссылкам: 1) <https://www.stat.tj/wp-content/uploads/2024/07/sb-zdrav-vypusk-2017-2018.pdf> 2) <https://www.stat.tj/wp-content/uploads/2024/08/majmuai-omori-tandurusti-2022-varianti-ohir.pdf> 3) <https://www.stat.tj/wp-content/uploads/2024/09/tandurusti-dar-jumhurii-tojikiston-2024varianti-ohir.pdf>

Уровень распространенности ВИЧ-инфекции среди беременных женщин ниже, чем среди всего женского населения. В 2023 году этот показатель составил 0,1% среди всех женщин и только 0,019% среди беременных женщин. Максимальное количество ВИЧ-инфицированных беременных было зафиксировано в 2014 году, а минимальное — в 2012 и 2022 годах, по 39 случаев. Кроме того, согласно официальным данным, за последние пять лет (2019–2023 гг.) наблюдается тенденция к снижению числа ВИЧ-инфицированных среди беременных женщин (см. *Диаграмму 1*). Параллельно с этим, увеличивается первичный охват тестированием на ВИЧ: если в 2016 году он составлял 76%, то в 2020 году вырос до 85%. В 2023 году почти 99% беременных женщин в Таджикистане были охвачены дородовой помощью. Из них 93.4% прошли тестирование на ВИЧ, а 93.2% от числа ВИЧ-позитивных женщин получили антиретровирусные препараты (АРВ) для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку. В результате в Таджикистане снизился уровень передачи ВИЧ от матери к ребенку до 2.2%. По оценкам, процент детей (0–14 лет), инфицированных ВИЧ от матери, составляет всего 0.4%.

Диаграмма 1. Численность беременных женщин с ВИЧ инфекцией в Таджикистане за 2012–2023 годы⁷



Мероприятия по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку проводятся на основании «Клинического протокола по усилению мер профилактики передачи вируса иммунодефицита человека от матери к ребенку в Республике Таджикистан», утвержденного Министерством здравоохранения и защиты населения Республики Таджикистан (*здесь и далее МЗСЗН РТ*)⁸. Реализация данного протокола началась в 2022 году во всех городах и районах страны. В соответствии со статьей 163 Кодекса здравоохранения Республики Таджикистан матери с ВИЧ получают заменители грудного молока из местных бюджетов для профилактики ВИЧ у детей.

Официальные статистические данные свидетельствуют о снижении числа новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей за последние четыре года (2020–2023 годы) по сравнению с базовым периодом, в качестве которого был взят 2012 год. Если в 2012 году показатель числа ВИЧ-инфицированных детей на 100 тысяч населения в возрасте до 18 лет составлял 4, то в 2020 году он снизился до 3, а в период с 2021 по 2023 годы — до 2.

⁷ см. выше

⁸ Утверждено 30 сентября 2021 года под № 876

С 2012 по 2023 год в Таджикистане зарегистрировано 1 420 случаев ВИЧ-инфекции среди детей до 18 лет. Максимальное количество новых случаев зафиксировано в 2019 году — 187, а минимальное — в 2022 году — 61 случай. Доля мальчиков от общего числа новых зарегистрированных случаев составляет 58%, доля девочек соответственно составляет 42%.

Отметим, что возможной причиной более высокого выявления ВИЧ среди мальчиков может быть традиция проведения обряда хатна (*обрезание*), которое с 2018 года проводится в медицинских учреждениях и перед проведением этой операции требуется в том числе анализ крови ребёнка⁹ (см. Таблицу 3).

Таблица 3. Количество ВИЧ-инфицированных детей (до 18 лет), впервые взятых на учёт с установленным диагнозом¹⁰

Пол \ Год	Год													ВСЕГО
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023		
Мужчины	97	67	78	78	73	72	89	104	60	38	28	46	830	
Женщины	39	42	55	62	51	58	57	83	42	32	33	36	590	
Всего	136	109	133	140	124	130	146	187	102	70	61	82	1420	

Уязвимость людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), усугубляется наличием или неверным толкованием дискриминационных норм в законодательстве и практическими барьерами. ЛЖВ, особенно женщины, часто привлекаются к уголовной ответственности по статье 125 Уголовного кодекса Республики Таджикистан. Законодательство и суды не учитывают добровольное информированное согласие партнера, использование презервативов при половом контакте и низкую вирусную нагрузку.

Такая ситуация создает риск, что ЛЖВ будут избегать обращения за медицинской помощью и своевременного лечения, что может увеличить уровень смертности. С целью декриминализации ЛЖВ Верховный суд Республики Таджикистан 26 декабря 2023 года принял Постановление Пленума №5, в котором настоятельно рекомендуется не выносить обвинительные приговоры по части 1 статьи 125 Уголовного кодекса, если у ЛЖВ подавленная вирусная нагрузка и приняты все меры

После принятия Пленума №5 судом были рассмотрены 14 кейсов. Из них 8 дел возбуждено в отношении женщин.

Одной ЖЖВ назначили 5 лет лишения свободы по ст.125, часть 3 УК РТ. К двум ЖЖВ применили ст.78 УК РТ и отсрочили применение наказания в виде лишения свободы.

Из материалов Круглого стола «Расследование уголовных дел по статье 125 УК РТ с учётом рекомендаций Постановления Пленума Верховного суда» от 24 сентября 2024 года
<https://hrc.tj/archives/3694>

⁹ Порядок проведения операции обрезания. Приложение к приказу Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан от 30 октября, №994

http://portali-huquqi.tj/publicadliya/view_qonunhoview.php?showdetail=&asosi_id=22360

¹⁰ Статистические сборники «Здравоохранение в Республике Таджикистан» за 2018, 2022 и 2024 годы, Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан. Доступны по ссылкам: 1) <https://www.stat.tj/wp-content/uploads/2024/07/sb-zdrav-vypusk-2017-2018.pdf> 2) <https://www.stat.tj/wp-content/uploads/2024/08/majmuai-omori-tandurusti-2022-varianti-ohir.pdf> 3) <https://www.stat.tj/wp-content/uploads/2024/09/tandurusti-dar-jumhurii-tojikiston-2024varianti-ohir.pdf>

профилактики. Кроме того, в проекте изменений Уголовного кодекса часть 1 статьи 125 (заведомое поставление в опасность заражения ВИЧ) была исключена. Следует принять во внимание, что указанный Пленум №5 от 2023 года носит рекомендательный характер.

4.2. Социально-демографическая характеристика домохозяйства и респонденток

Домохозяйства. Более 70% населения Таджикистана проживает в сельской местности, для которой характерны расширенные, традиционные семьи, включающие в одном домохозяйстве несколько поколений и несколько семей, в то же время для городской местности более характерным являются нуклеарные семьи, состоящие из родителей / родителя и детей. Также традиционным является патрилокальный принцип, при котором жена после замужества переезжает в дом мужа. Такая структура семьи означает, что значительная часть времени женщин посвящается обеспечению повседневных нужд домохозяйства. В данном исследовании более двух третей домохозяйств относятся к категории расширенных – 68% и к категории нуклеарных – 32%.

Результаты данного опроса показывают, что в среднем одно домохозяйство состоит из 6 членов, что согласуется с данными Агентства по статистике¹¹ (см. Таблицу 4).

Диаграмма 2. Типы семей домохозяйств



Таблица 4. Размер домохозяйств по районам

Районы	Средний размер ДХ	Всего членов ДХ	Всего ДХ
Гиссар	6.1	204	30
Душанбе	5.8	282	40
Яван	5.7	171	30
ВСЕГО	5.9	657	100

Женщины составляют 57% членов домохозяйств, мужчины соответственно – 43%. В домохозяйствах преобладают взрослые (18 лет и старше) – 58%. Возрастная структура по районам имеет незначительные различия (см. Таблицу 5).

Полученные данные о среднем размере домохозяйств и половозрастной структуре в целом коррелируют с официальными статистическими данными о численности и переписи населения Республики Таджикистан (далее РТ) Агентства по статистике при Президенте РТ¹².

¹¹ Population of Republic of Tajikistan, 2022, Agency on statistics under the President of the Republic of Tajikistan
URL: https://drive.google.com/file/d/1vJ0HgTGWKB2LISGQeHbRbuftgseInjg/view?usp=drive_link

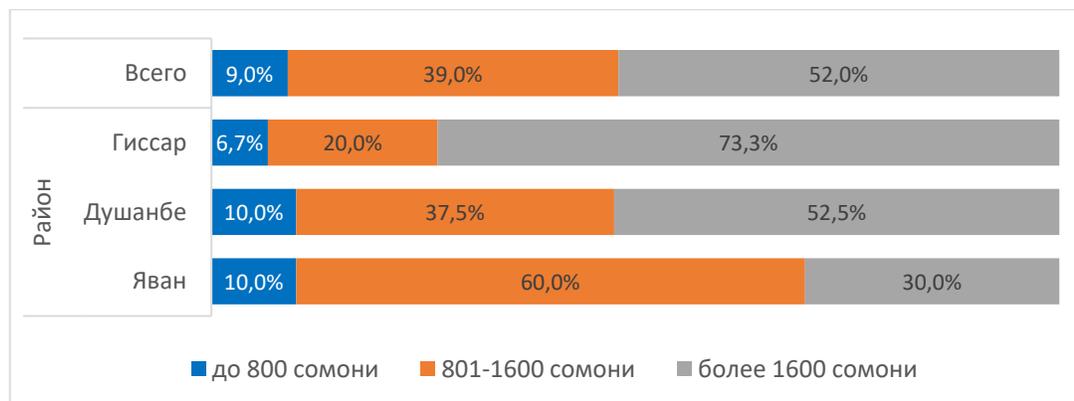
¹² Population of Republic of Tajikistan, 2022, Agency on statistics under the President of the Republic of Tajikistan
URL: https://drive.google.com/file/d/1vJ0HgTGWKB2LISGQeHbRbuftgseInjg/view?usp=drive_link

Таблица 5. Распределение членов домохозяйств по полу и возрасту

Районы	Пол		Возраст				Всего, n
	Мужчина	Женщина	0-6 лет	7-14 лет	15-17 лет	18 лет и старше	
Гиссар	44.6%	55.4%	16.2%	20.6%	7.4%	55.9%	204
Душанбе	44.0%	56.0%	18.8%	14.9%	7.8%	58.5%	282
Яван	40.9%	59.1%	11.1%	18.1%	9.9%	60.8%	171
Всего	43.4%	56.6%	16.0%	17.5%	8.2%	58.3%	657

Согласно результатам опроса, большинство ДХ имеют совокупный доход свыше 1600 сомони – 52% и это получается в среднем 267 сомони на одного члена ДХ в месяц. В Гиссаре доля ДХ с доходом выше 1600 сомони составляет 73%, что значительно превышает аналогичный показатель в Душанбе – 53%. В Яване же менее всего представлены ДХ с таким доходом – 30% (см. Диаграмму 3).

Диаграмма 3. Распределение домохозяйств по уровню дохода



Респондентки. Всего в опросе приняли участие 100 респонденток из числа ЖЖВ: 40% — в Душанбе, и по 30% — в Гиссаре и Яване. Такое распределение соответствует запланированному распределению выборки по целевым районам (см. Рисунок 1).

В целом, 59% респонденток проживают в городской местности, тогда как 41% — в сельской. Более всего сельских жительниц отмечено по Гиссару – 73% (см. Диаграмму 4).

Рисунок 1. Распределение респонденток по районам, n=100

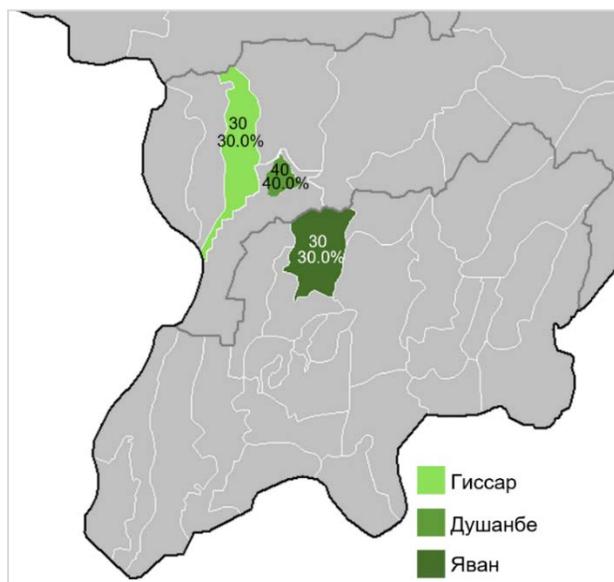
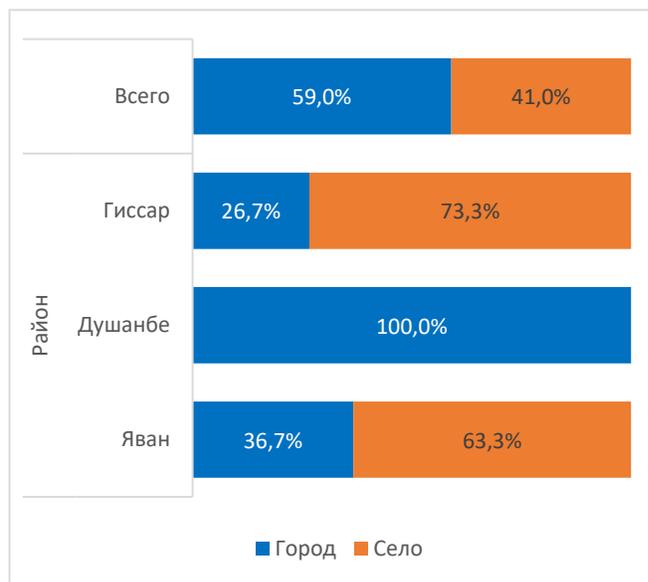


Диаграмма 4. Тип местности, N=100



В среднем возраст респонденток составил 41 год. Самые молодые ЖЖВ выявлены по Гиссару, где средний возраст респонденток составил 38 лет.

Большинство из числа опрошенных респонденток имеют среднее образование – 72%. Полученные результаты с учётом погрешности выборки $\pm 9,8\%$, коррелируют с данными Медико-демографического исследования Таджикистана (МДИТ) за 2023 год, согласно которым 84% женщин имеют среднее образование¹³ (см. Диаграммы 5 и 6).

Когда в школе ученики сдавали кровь для анализа, то моя дочь сказала, что ей можно сдавать кровь только в поликлинике. Ей медсестра при всех ответила: «Значит, у тебя СПИД». После этого одноклассники начали над ней смеяться, и дочь заявила, что больше не пойдёт в школу.

Из результат ат ов ФГД

Согласно опросу, 10% респонденток не имеют образования. Этот показатель совпадает с данными исследования "Индекс стигмы людей, живущих с ВИЧ в Таджикистане", где выявлена аналогичная доля ЖЖВ¹⁴. При этом следует отметить, что доля ЖЖВ без образования заметно выше, чем среди женского населения страны в возрасте от 18 лет и старше – 10% и 1% соответственно¹⁵. Указанные результаты могут свидетельствовать о существующих проблемах ЖЖВ с доступом к формальному образованию.

¹³ Медико-Демографическое исследование 2023: Отчёт по ключевым индикаторам. – С.12.

¹⁴ The People Living with HIV Stigma Index 2.0, Tajikistan, Analytical Report", Public Organization "SPIN Plus", 2021, стр. 23.

¹⁵ Статистический сборник «Перепись населения и жилищного фонда 2020», Том IV - Образовательный уровень населения РТ, Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, стр. 46-47

Диаграмма 5. Средний возраст респонденток, N=100

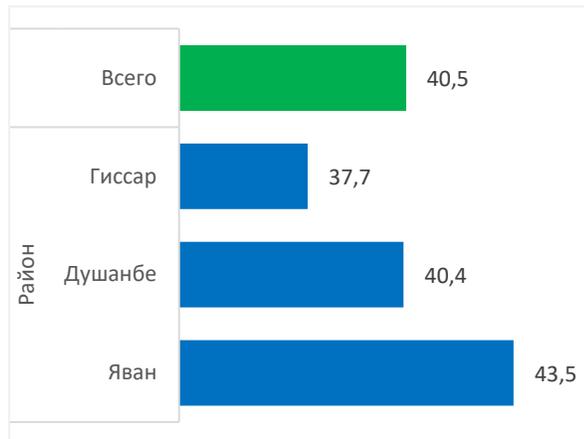
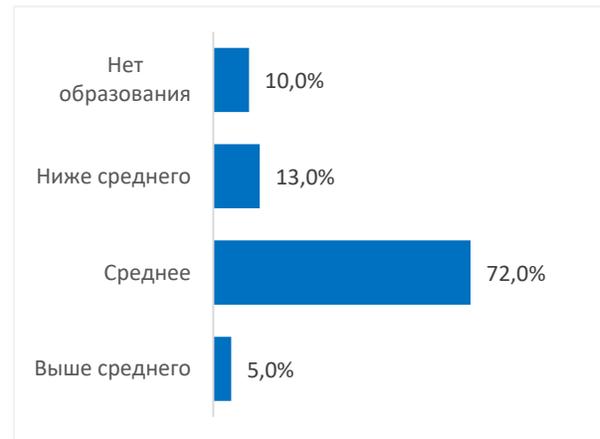


Диаграмма 6. Уровень образования респонденток, N=100



Образование является одним из влияющих факторов на расширение возможностей индивида. Чем выше уровень образования, тем выше вероятность быть трудоустроенной, а следовательно возможность быть в определённой степени финансово независимой. Общая доля занятых среди ЖЖВ составляет 22%. При этом к занятым относятся те, кто имеет полное среднее образование и выше (см. Таблицу 6). Другими словами, остальные 78% ЖЖВ гипотетически не имеют собственных финансов и зависимы.

Я участвовала в нескольких исследованиях, посвящённых ЖЖВ. В сельской местности большинство ЖЖВ не работают, опасаясь раскрытия своего статуса. Например, в Гиссаре произошёл случай: женщину, работавшую уборщицей, уволили после того, как узнали о её ВИЧ-статусе. Её попросили больше не приходить и не выполнять обязанности, ссылаясь на риск заражения других

Из результатов ФГД

Таблица 6. Уровень образования в распределении по занятости респонденток

Статус занятости	Нет образования, n=10	Ниже среднего, n=13	Среднее, n=72	Выше среднего, n=5
Есть оплачиваемая работа	-	-	26.4%	60.0%
Безработная	30.0%	30.8%	8.3%	-
Домохозяйка	70.0%	69.2%	65.3%	40.0%
ВСЕГО	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

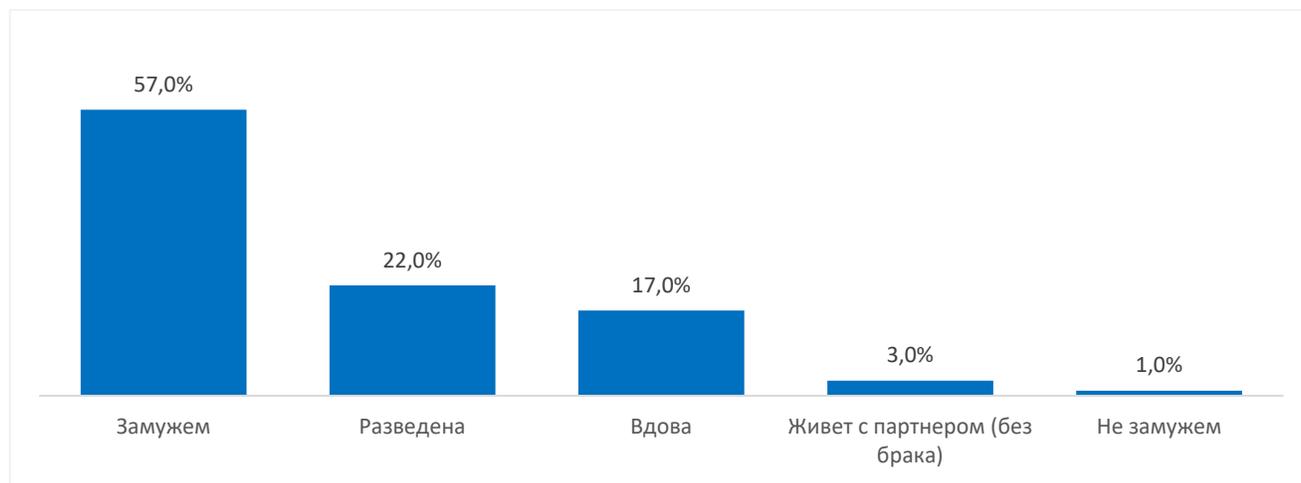
Согласно результатам опроса, более половины респонденток замужем – 57%. Состоят в разводе 22%, а 17% являются вдовами (см. Диаграмму 7). Согласно официальным данным за 2023 год^{16 17}, удельный вес расторгнутых браков среди населения составляет 13% от числа официально зарегистрированных браков. Сравнение позволяет сделать вывод о том, что доля состоящих в

¹⁶ <https://www.stat.tj/wp-content/uploads/2024/11/osnovnoj-regiony-2024-1.pdf>

¹⁷ <https://www.stat.tj/wp-content/uploads/2024/11/tadzhikistan-v-czifrah-2024-1.pdf>

разводе ЖЖВ сравнительно выше по сравнению с такой категорией среди общего населения, что предположительно может являться следствием ВИЧ-статуса ЖЖВ.

Диаграмма 7. Семейное положение респонденток, N=100



Анализ по социально-демографическому блоку позволил сформулировать следующие основные выводы, предположительно свидетельствующие о влиянии диагноза ВИЧ на следующие сферы жизни:

1. Доля ЖЖВ без образования заметно выше, чем среди взрослых женщин в Таджикистане (18 лет и старше) – 10% и 1% соответственно;
2. Общая доля занятых среди ЖЖВ составляет 22% и к этой категории относятся те, кто имеет полное среднее образование и выше. Другими словами, остальные 78% ЖЖВ гипотетически не имеют собственных финансов и зависимы от окружающих;
3. Доля разведённых среди ЖЖВ в 1.6 раз выше, чем среди населения в целом. Если среди населения этот показатель составляет 13%, то среди ЖЖВ этот показатель составляет 22%.

4.3. Затраты времени, забота о здоровье и принятие решений

Затраты времени. Одна из основных идей исследования заключалась в том, что занятость по дому может являться одним из препятствий на пути доступа женщин к медицинским услугам. В данном разделе приведены результаты расчётов затрат времени в повседневной жизни ЖЖВ. За основу для проведения расчётов была взята международная классификация видов деятельности для статистики по использованию времени (ICATUS). Эта методология упрощает классификацию видов деятельности, на которые человек тратит время в течение суток, и служит основой для стандартизированной оценки использования времени. Применение ICATUS позволяет сопоставлять результаты различных исследований, благодаря чему стало возможным сравнение данных текущего опроса с результатами исследований «Использование

времени женщинами в сельской местности Таджикистана» (ИВЖСМТ)¹⁸, «Использование времени в Грузии 2020–2021» (ИВГ)¹⁹.

В аналитических целях все приведённые расчёты представлены в обобщённом виде. Также при представлении данных по затратам времени, из 24 часов было вычтено время сна, примерно определив его в 8 часов. И такой же подход применили к данным ИВЖСМТ и ИВГ.

Согласно результатам опроса, респондентки в среднем большую часть своего времени расходуют на неоплачиваемую работу по дому и уход за иждивенцами – 54% или 8 часов 42 минуты, что в два раза больше по сравнению с результатов ИВГ среди всех женщин – 27%, и в 1.2 раза больше, чем по ИВЖСМТ – 44%.

На оплачиваемую занятость у ЖЖВ в среднем уходит 14% времени (2 ч. 18 м), что немного выше аналогичного показателя в ИВГ – 12%, а также выше показателя ИВЖСМТ – 10% (см. Таблицу 7). Отметим, что в оплачиваемую занятость входят такие виды работ как уборка помещений, уборка улиц, базаров, а также сельскохозяйственные сезонные работы.

На уход за собой и саморазвитие женщины тратят меньше времени:

– **уход за собой, включающий личную гигиену и заботу о здоровье**

ИВЖСМТ – 11% или 1 час 48 минут, ЖЖВ – 12% времени или 1 час 56 минут. И эти показатели практически в два раза меньше, чем по данным ИВГ – 23% или 3 часа 36 минут;

– **отдых и досуг**

ИВЖСМТ – 11% или 1 час 54 минуты, ЖЖВ – 7% времени или 1 час 7 минут, ИВГ – 25% или 3 часа 56 минут;

– **социальное и общественное взаимодействие**

ИВЖСМТ – 15% или 2 часа 18 минут, ЖЖВ – 5% времени или 0 часов 45 минут, ИВГ – 8% или 1 час 17 минут;

– **обучение и саморазвитие:** ИВЖСМТ – 0%, ЖЖВ – 2% времени или 0 часов 21 минута, ИВГ – 2% или 0 час 18 минут.

ЖЖВ из сельской местности зарабатывают на жизнь шитьём курпача (прим. – лёгкий стёганный матрас) или занятостью в сезонных сельскохозяйственных работах – сбор хлопка и фруктов. Однако эти виды деятельности краткосрочны, длятся всего 2-3 месяца и не обеспечивают стабильного дохода. В целом, большинство женщин остаются дома без постоянной работы.

Из результатов ФГД

¹⁸ Women`s Time Use in Rural Tajikistan. Asian Development Bank, June 2020

¹⁹ Time Use Survey in Georgia 2020-2021. UN Women. Доступно по ссылке: <https://eca.unwomen.org/en/digital-library/publications/2022/12/time-use-survey-in-georgia-2020-2021-0>

Таблица 7. Распределение времени респонденток в сравнении с ИВГ и ИВЖСМТ

Вид деятельности	Текущий опрос		ИВГ		ИВЖСМТ	
	%	время	%	время	%	время
Неоплачиваемая работа по дому и уход за иждивенцами	54.4%	8 ч. 42 м.	26.9%	4 ч. 17 м.	43.6%	7 ч. 00 м.
Оплачиваемая занятость	14.4%	2 ч. 18 м.	11.6%	1 ч. 50 м.	10.4%	1 ч. 42 м.
Уход за собой (личная гигиена и здоровье)	12.1%	1 ч. 56 м.	22.6%	3 ч. 36 м.	11.1%	1 ч. 48 м.
Отдых и досуг	7.0%	1 ч. 7 м.	24.6%	3 ч. 56 м.	11.7%	1 ч. 54 м.
Выращивание сельскохозяйственных продуктов для собственного потребления	5.3%	0 ч. 51 м.	4.4%	0 ч. 41 м.	8.6%	1 ч. 24 м.
Социальное и общественное взаимодействие	4.7%	0 ч. 45 м.	8.1%	1 ч. 17 м.	14.6%	2 ч. 18 м.
Обучение и саморазвитие	2.1%	0 ч. 21 м.	2.0%	0 ч. 18 м.	-	-
ВСЕГО	100%	16 ч. 00 м	100%	16 ч. 00 м	100%	16 ч. 00 м.

В расширенных, традиционных ДХ на оплачиваемую занятость отводится меньше времени, чем в нуклеарных. Кроме того, ЖЖВ в возрасте от 30 до 44 лет, отводят относительно больше времени на оплачиваемую работу по сравнению с другими возрастными группами. Другими словами, если у молодых (возраст 20-29 лет) занятость практически полностью замыкается на работах по дому, в частной сфере, то чем старше становится женщина, тем больше появляется свободного времени и, соответственно, возможности совмещать неоплачиваемую работу с оплачиваемой. Стоит заметить, что оплачиваемая работа в данном случае более относится к категории неформальных, что предполагает нестабильный доход, сезонность и ненормированный график.

Как уже было отмечено, большая нагрузка, связанная с домашними работами и уходом ложится на молодых невесток, так молодые респондентки тратят на эти обязанности больше времени – 70%, чем респондентки старшего возраста – 48%. Вполне логично, что чем крупнее домохозяйство, тем больше времени уделяется этим задачам. Так, согласно расчётам у респонденток из нуклеарных семей на выполнение домашних работ в среднем уходит 53% времени, то в традиционных, расширенных семьях на эти задачи затрачивается 69%. Разница составляет 16% или 2 часа 34 минуты.

Отметим, что полученные данные по исследованию среди ЖЖВ согласуются с данными ИВЖСМТ, согласно которым, чем старше становится женщина, тем больше у неё высвобождается времени на отдых и досуг. Однако существует обратная зависимость между размером домохозяйства и временем, уделяемым отдыху и досугу: для традиционных, расширенных домохозяйств это менее характерно. Уходу за собой больше всего времени уделяют респондентки старшего возраста – 14% (см. Таблицу 8).

Таблица 8. Распределение ежедневного времени респонденток по видам деятельности

Характеристики	Вид деятельности					
	Оплачиваемая занятость	Выращивание сельскохозяйственных продуктов для собственного потребления	Неоплачиваемая работа по дому и уход за иждивенцами	Социальное и общественное взаимодействие	Отдых и досуг	Уход за собой (личная гигиена и здоровье)
Тип местности						
Город	15.0%	2.7%	61.7%	4.6%	7.8%	8.1%
Село	16.1%	10.7%	53.6%	5.4%	6.5%	7.7%
Возрастная группа респонденток						
20-29 лет	8.5%	3.3%	69.8%	4.2%	9.4%	4.7%
30-44 лет	18.4%	3.9%	59.2%	4.3%	5.9%	8.2%
45-59 лет	9.2%	11.6%	55.7%	8.4%	8.3%	6.7%
60 лет +	15.6%	9.9%	47.2%	0.9%	13.7%	12.7%
Тип ДХ						
Нуклеарная	17.7%	6.8%	53.2%	5.0%	8.5%	8.8%
Расширенная	10.7%	4.4%	69.1%	5.0%	4.6%	6.2%
В СРЕДНЕМ	14.4%	5.3%	54.4%	4.7%	7.0%	12.1%

Рассмотрим подробнее какие виды деятельности входят в перечень домашней работы. Результаты опроса показывают, что **в среднем** наиболее затратными по времени являются такие виды деятельности, как:

- a) приготовление и организация еды – 55% от общего времени, затрачиваемого на работы по дому;
- b) уборка и наведение порядка в доме – 24%;
- c) уход за детьми – 17% времени.

Однако, при определении временных затрат, как показали результаты анализа, следует учитывать такие факторы, как возраст ЖЖВ и тип ДХ. Как уже было отмечено выше, чем моложе ЖЖВ, тем больше у неё времени уходит на неоплачиваемую домашнюю деятельность. Чем больше домохозяйство, тем больше времени из домашних работ будет отводиться на уход за детьми, что очевидно, так как в расширенных домохозяйствах проживает несколько семей. Таким образом, у молодых невесток из традиционных, расширенных ДХ наименьшая возможность быть финансово независимой, так как у них не остаётся временных возможностей на оплачиваемую деятельность.

Рассмотрим более детально зависимость видов домашних работ от возраста ЖЖВ и типа ДХ:

- **Возраст.** Молодые респондентки (20–29 лет) наибольшую часть времени уделяют приготовлению еды (33%) и уходу за детьми (28%). В то же время для остальных возрастных групп наиболее затратными по времени видами домашних работ являются приготовление пищи и уборка дома.

- **Тип ДХ.** Для сравнения условно были взяты те виды деятельности, расход по времени которых составлял более пятнадцати процентов. В традиционных, расширенных ДХ наибольшая доля времени приходится на три вида деятельности: приготовление еды – 51%, уход за детьми – 21% и уборку – 19%. В нуклеарных были выделены две деятельности, временные расходы на каждую из которых составлял более пятнадцати процентов: приготовление пищи – 51% и уборка дома – 21% (см. Таблицу 9).

Таблица 9. Распределение ежедневного времени респонденток по видам неоплачиваемых работ по дому

Характеристики	Виды неоплачиваемых работ по дому					
	Приготовление и организация еды	Уборка и наведение порядка	Уход за детьми	Уход за другими (пожилые, лица с инвалидностью)	Покупки	Другие работы по дому
Тип местности:						
Город	45.7%	19.6%	16.6%	4.4%	3.0%	10.8%
Село	48.9%	20.7%	11.1%	5.4%	3.0%	10.9%
Возрастная группа респонденток:						
20-29 лет	32.6%	17.4%	28.3%	3.6%	0.7%	17.4%
30-44 лет	45.3%	20.5%	15.0%	4.3%	3.4%	11.5%
45-59 лет	51.3%	19.6%	9.1%	7.5%	3.5%	8.9%
60 лет +	65.8%	20.2%	8.8%	1.8%	0.9%	2.6%
Тип ДХ:						
Нуклеарная	50.8%	20.7%	10.7%	5.4%	3.9%	8.5%
Расширенная	40.3%	18.9%	20.9%	3.7%	1.6%	14.7%
В СРЕДНЕМ	54.9%	23.4%	16.8%	5.6%	3.5%	12.6%

По результатам анализа по данному блоку сформулированы следующие выводы:

- по сравнению с данными ИВГ, представляющих затраты времени среди женщин в целом, наиболее значимая доля времени у ИВЖСМТ и ЖЖВ уходит на работы по дому;
- основная часть времени респонденток уходит на домашние обязанности, тогда как на отдых и социальные взаимодействия отводится минимальное количество времени;
- на обучение и саморазвитие респондентки практически не уделяют времени вовсе;
- две трети времени у молодых женщин уходит на работы по дому и менее всего времени на социальное взаимодействие. При этом, чем больше размер домохозяйства, тем больше времени требуется на работы по дому;
- уход за собой, включающий вопросы здоровья у молодых женщин занимает сравнительно меньше времени;
- наибольшую часть времени ЖЖВ при выполнении домашних работ занимают приготовление и организация еды, уборка дома и уход за детьми;
- уход за детьми занимает больше времени у молодых респонденток (20-29 лет) и респонденток из традиционных, расширенных ДХ.

4.4. Здоровье и практика принятия решений о здоровье

В этом подразделе последовательно рассмотрены темы здоровья, где также внимание уделено пониманию респондентками необходимости лечения и, соответственно, обращения в медицинское учреждение. Следует учитывать, что обращение в медицинское учреждение предполагает не только информированность о лечении, но также и возможность принятия решения, что рассмотрено в следующей части данного подраздела. С принятием решения, как было выявлено при анализе, тесно взаимосвязан эффект стигмы, выступающий очень серьёзным барьером для ЖЖВ.

Здоровье. Известно, что одной из самых серьезных угроз для здоровья людей, живущих с ВИЧ, считаются так называемые оппортунистические инфекции. Большинство из числа опрошенных респонденток сообщили о наличии других заболеваний наряду с ВИЧ – 80% (см. Диаграмму 8). Возможно, поэтому 13% из числа опрошенных указали на необходимость ежемесячного посещения медицинского учреждения. Раз в три месяца посещают учреждение 82%, раз в полгода или один раз в год – 4% и 1% соответственно (см. Диаграмму 9).

Диаграмма 8. Наличие других заболеваний у респонденток

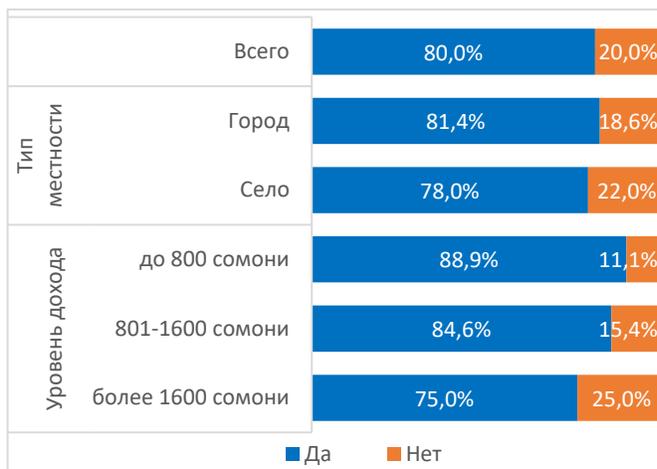
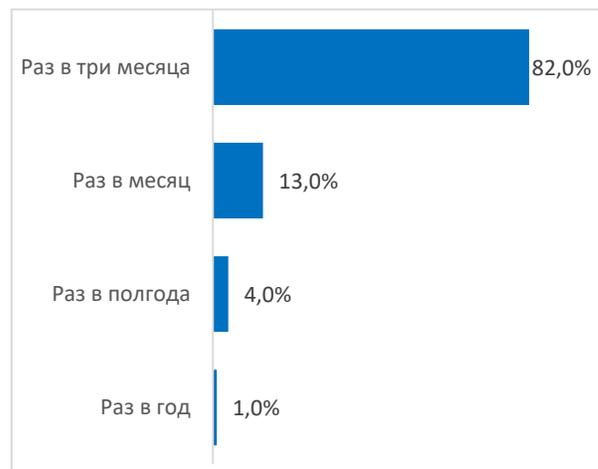


Диаграмма 9. Как часто вам нужно посещать медицинское учреждение для лечения ВИЧ?



Примечательно, что практически четверть из числа опрошенных отмечали в качестве сопутствующего заболевания невроз – 26%. По сравнению с городскими жителями, это заболевание чаще отмечали сельские жители – 22% и 32% соответственно.

Далее по снижающейся идут: повышенное артериальное давление – 18%), зоб – 13%, инфекции, передающиеся половым путем – 12%, а также заболевания репродуктивной системы – 12% и гепатит – 11% (см. Таблицу 10).

числа опрошенных отмечали в качестве

Работа с уязвимыми группами, включая ЖЖВ, вызывает серьезную тревогу. Когда представителей этих групп направляют к психологу или психотерапевту, из-за острой нехватки или полного отсутствия таких специалистов, квалифицированную помощь получить практически невозможно, что в итоге приводит к трагическим последствиям

Из результат ат ов ФГД

Таблица 10. Виды других заболеваний у респонденток

Вид заболевания	Всего	Тип местности	
		Город, n=59	Село, n=41
Невроз	26.0%	22.0%	31.7%
Повышенное артериальное давление	18.0%	20.3%	14.6%
Зоб	13.0%	13.6%	12.2%
ИППП и заболевания репродуктивной системы	12.0%	11.9%	12.2%
Гепатит	11.0%	18.6%	-
Гастрит	9.0%	6.8%	12.2%
Сердечные заболевания	9.0%	10.2%	7.3%
Анемия	9.0%	10.2%	7.3%
Туберкулез	3.0%	3.4%	2.4%

Для женщин, живущих с ВИЧ, регулярная диагностика на рак шейки матки и молочной железы является обязательной из-за повышенного риска развития онкологических заболеваний. ВОЗ рекомендует начинать диагностику шейки матки с 25 лет и повторять её каждые три года, а диагностику молочной железы проводить каждые два года, начиная с 40 лет. Эти мероприятия позволяют выявлять заболевания на ранних стадиях, когда лечение наиболее эффективно и помогает предотвратить тяжелые осложнения²⁰.

Согласно данным опроса, представленным в **Диаграмме 10** скрининг на рак шейки матки и молочной железы хотя бы один раз в жизни, прошли только 14% респонденток. Среди остальных 86%, не проходивших диагностику, подавляющее большинство указали, что не знали о её обязательности – 96%. Остальные 4% знали об обязательности, но не прошли диагностику из-за финансовых ограничений (см. **Диаграмму 11**).

Диаграмма 10. Проходили диагностику рака шейки матки и молочной железы, N=100

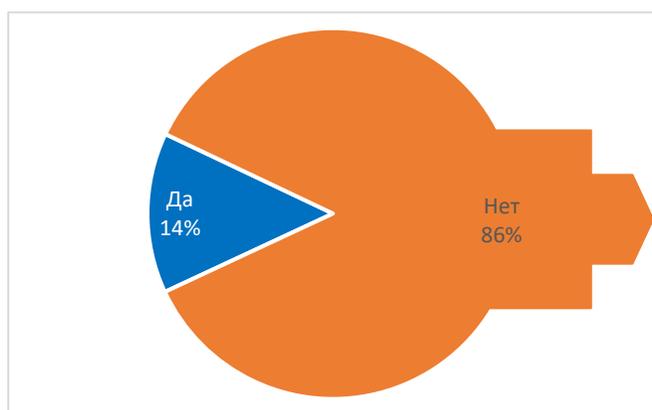
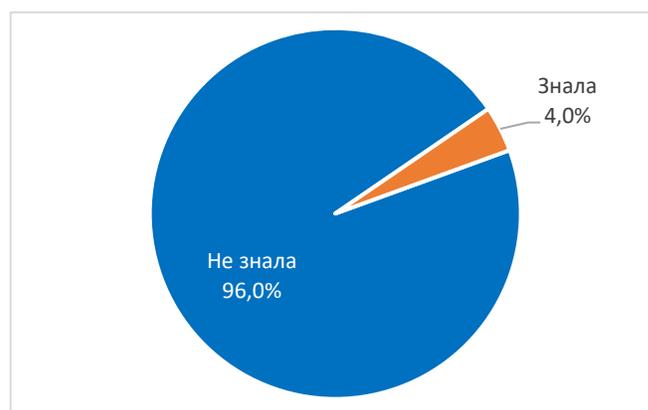


Диаграмма 11. Осведомленность респонденток об обязательности диагностики, n=86



Почему же, зная о необходимости посещения медицинского учреждения, ЖЖВ не всегда делают это? Участие женщин в принятии решений на уровне домохозяйства – это один из значимых

²⁰ ВОЗ. Рак шейки матки: информационный бюллетень. Доступно на: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>. Дата обращения: 17 ноября 2023 года.

индикаторов, который измеряется в Таджикистане на регулярной основе посредством МДИТ и включает три показателя: принятие решений о приобретении крупных покупок, принятие решений по собственному здоровью и принятие решений о возможности выхода из дома для посещения родственников или друзей. По данным МДИТ за 2017 год 33% замужних женщин в совокупности участвуют в принятии решений самостоятельно или со своим мужем по всем трём показателям. Сравнительно наиболее высокая доля женщин участвует в принятии решений по собственному здоровью, чем по остальным темам – 46%. При этом, почти половина замужних в настоящее время женщин, не участвует ни в одном из трех решений – 49%.

В большинстве домохозяйств важные решения принимают мужчины – 44%, совместно принимают решения 20%, доля женщин, самостоятельно принимающих решение по своему здоровью, составляет 31%. Кто же эти женщины, которые могут самостоятельно принимать решение? Как выяснилось, 72% в совокупности от принимающих решение являются вдовами или разведёнными (см. Диаграммы 12 и 13).

Диаграмма 12. Пол лица, принимающего важные решения в домохозяйстве, N=100

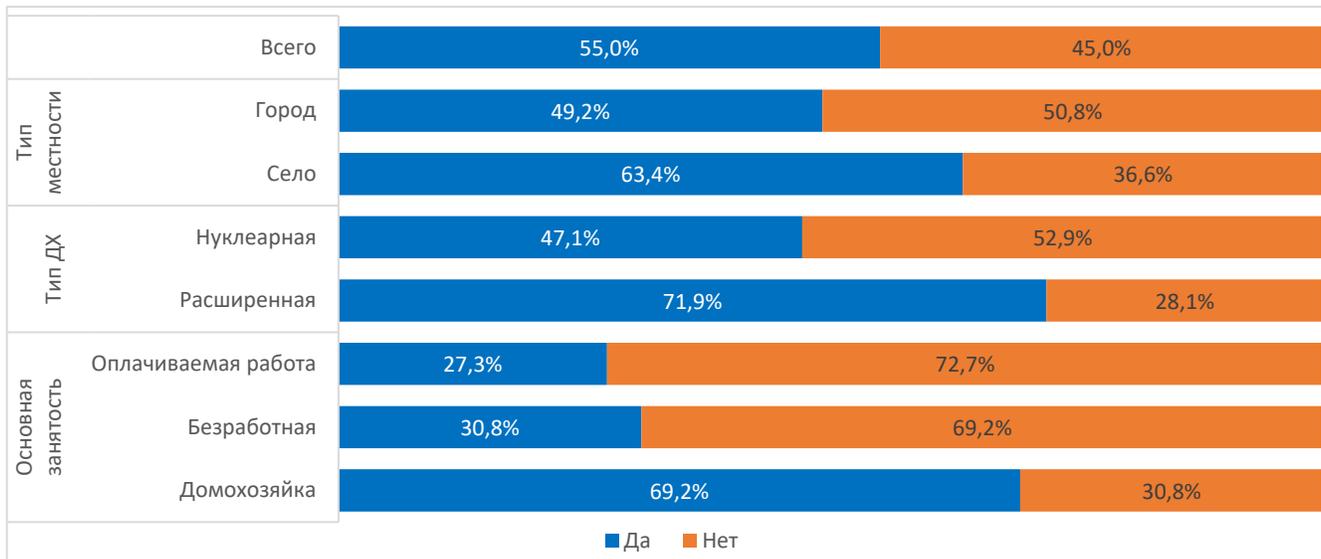


Диаграмма 13. Семейный статус женщин, участвующих в принятии решений, n=31



Выше вероятность необходимости получения разрешения на выход из дома для жительниц в сельской местности – 63%, домохозяек – 69% и проживающих в традиционных семьях – 72%. Они чаще контролируются и для выхода из дома им необходимо получать разрешение у старших членов домохозяйства / у мужей: в сёлах над ЖЖВ больше контроля, особенно со стороны свекрови (см. Диаграмму 14).

Диаграмма 14. Требуется ли вам получить разрешение от других для посещения медицинского учреждения?



Процесс получения разрешения не всегда завершается положительным ответом, то есть ЖЖВ могут

Как правило, женщины не рассказывают о своём статусе никому – ни родителям, ни мужу.

Парадоксально, но женщина, заразившаяся от мужа, может получить развод. И её будут обвинять во всех смертных грехах, так как ВИЧ рассматривается через призму морали.

И порой, женщине, проще не пойти к врачу, чем объяснять зачем и куда она идёт. И в этот момент она может не знать, что она наносит вред своему здоровью

Из беседы с экспертом

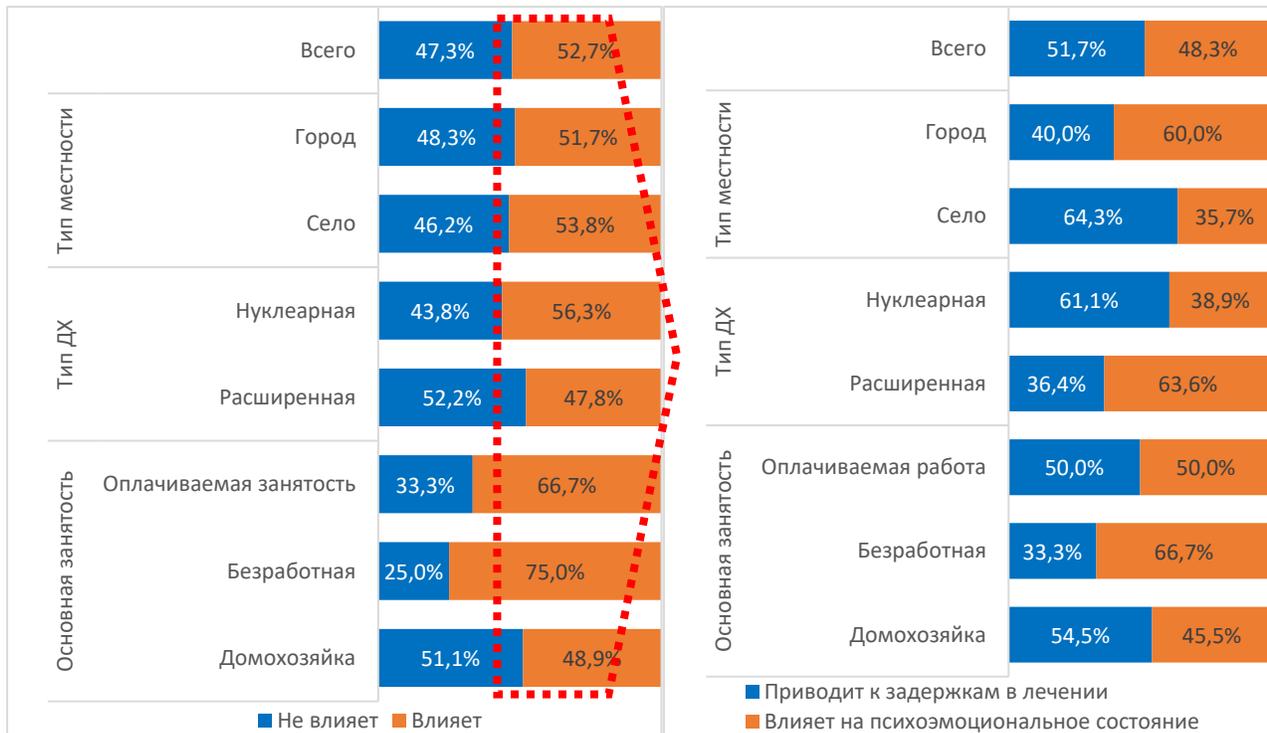
отказать и не разрешить выйти из дома. И в основном это связано с тем, что ЖЖВ не раскрывают свой статус в семье. Возможной причиной является страх и самостигма, являющаяся следствием усвоения социальных стереотипов, что приводит к снижению самооценки, усилению изоляции и ограничению возможностей для социальной адаптации и поддержания психоэмоционального благополучия.

Получение отказа на выход из дома с одной стороны, а с другой – необходимость получения разрешения на регулярной основе и представления объяснений в совокупности приводят к задержке лечения и/или ухудшению психоэмоционального состояния. Видимо,

поэтому и 26% отметили, что одним из сопутствующих заболеваний у них является невроз. Задержка в лечении чаще отмечалась опрошенными из сельской местности и домохозяйками.

По типу занятости ситуация в целом соответствует общей картине, где обе проблемы отмечаются почти поровну. Исключение составляют безработные, которые чаще указывали на ухудшение психоэмоционального состояния – 67% (см. Диаграмму 15).

Диаграмма 15. Негативное влияние необходимости разрешения на посещение медучреждений на здоровье респонденток



Согласно данным опроса, почти все респондентки скрывают свой ВИЧ-статус от окружающих – 97%.

Если попытаться нарисовать среднестатистический портрет человека с заболеванием ВИЧ, то могу сказать, что ему примерно 30 лет. Если у него есть возможность, то он переедет в город, потому что в городе больше возможностей, есть Группы самопомощи, что очень важно, есть Центры СПИД, где врачи не будут в тебя тыкать пальцем и отворачиваться.

Человек, у которого ВИЧ боится сказать родным и близким в лицо, что у него есть ВИЧ-инфекция. Этот человек ждёт от жизни какие-то улучшения, ждёт от судьбы выздоровления, ждёт от науки и медицины новые препараты, которые полностью излечит эту болезнь, чтобы улучшить своё здоровье.

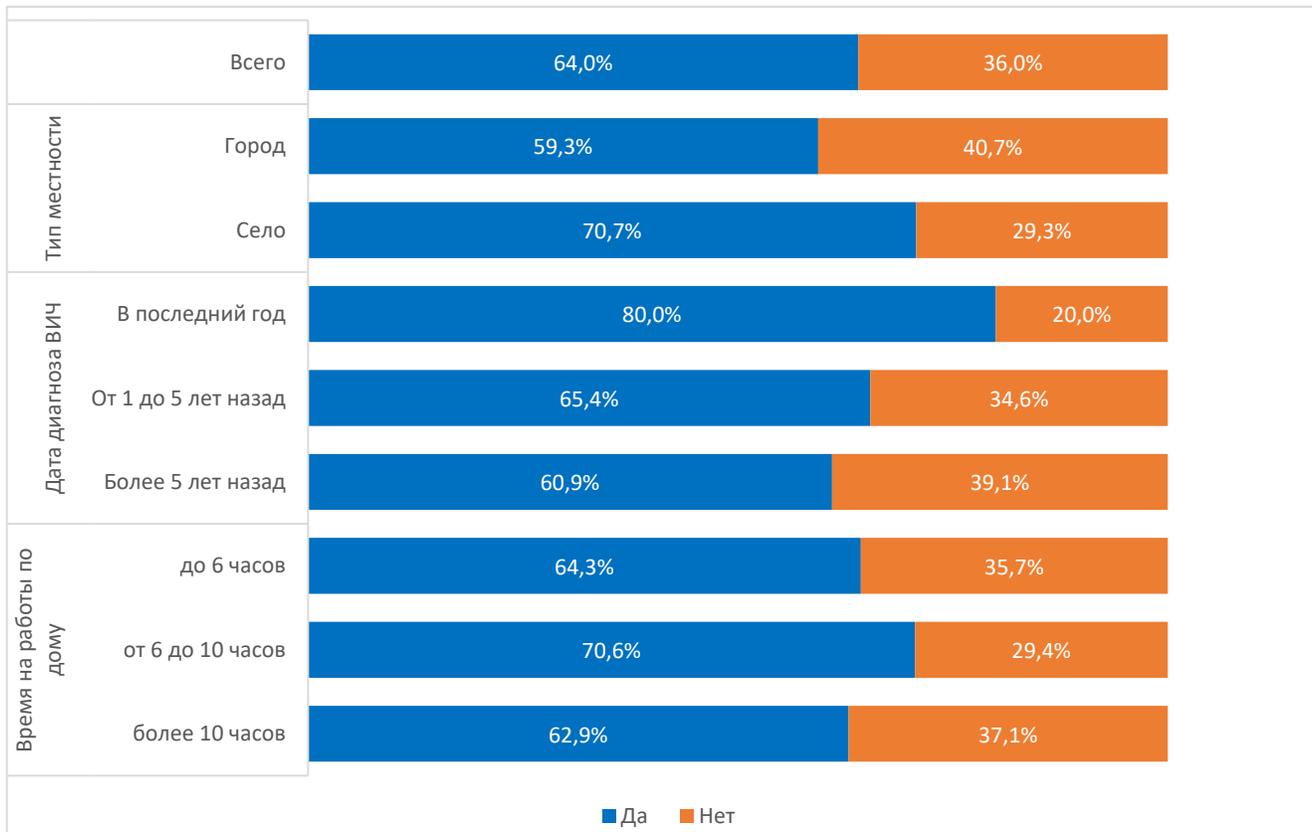
Из интервью с руководителем городского Центра СПИД

В основном из-за страха быть отвергнутыми: «моя свекровь знала, что я заразилась от её сына. Но она с ним продолжала общаться, а от меня даже не принимала пиалку чая. Никто со мной не говорил».

Практически две трети из числа респонденток указали, что стигма (социальное осуждение) является для них барьером для посещения медицинских учреждений с целью лечения ВИЧ и сопутствующих заболеваний – 64%. Проживающие в сельской местности чаще сталкиваются с этим барьером по сравнению с городскими жителями – 71% и 59% соответственно.

Стоит подчеркнуть, что этот барьер чаще упоминается респондентами, узнавшими о своём ВИЧ-статусе в течение последнего года – 80%. Для сравнения, среди респонденток, получивших диагноз от 1 года до 5 лет назад, таких было 65%, а среди тех, кто живёт с диагнозом более 5 лет – 61% (см. Диаграмму 16).

Диаграмма 16. Стигма как барьер для доступа к медицинским услугам



Результаты анализа по данному блоку позволяют сформулировать следующие выводы:

- Необходимость получения разрешения для посещения медицинских учреждений затрагивает более половины респонденток, особенно в сельской местности, среди домохозяек и респонденток из расширенных, традиционных семей. Этот процесс влияет на здоровье более половины опрошенных, что проявляется в виде задержки получения лечения и ухудшения их психоэмоционального состояния;
- Скрининг на рак шейки матки и молочной железы прошли как минимум один раз всего 14% от общего числа опрошенных. При этом практически все остальные респондентки знали о необходимости проведения диагностики;
- Одним из влияющих факторов на практику посещения медицинских учреждений ЖЖВ является участие в принятии решений по собственному здоровью. Если среди общего населения, согласно данным МДИТ, решения по собственному здоровью принимают 46% женщин, то по данным опроса среди ЖЖВ таковыми являются 36% и при этом 20% принимают участие в принятии решения совместно с мужьями;
- Из числа женщин, самостоятельно принимающих решения, 72% относятся к категории вдов или разведённых;

- Одним из наиболее распространённых среди ЖЖВ сопутствующих заболеваний является невроз – 26%, что, возможно связано с тем фактом, что практически все ЖЖВ скрывают от своих близких факт наличия диагноза ВИЧ;
- Практически все респонденты скрывают свой статус от близких – 97%;
- Для 64% ЖЖВ стигма и самостигма являются барьером для посещения медицинских учреждений с целью лечения ВИЧ и сопутствующих заболеваний. Этот барьер чаще упоминается респондентками, узнавшими о своём ВИЧ-статусе в течение последнего года.

4.5. Доступ к медицинским услугам

В этом разделе представлены результаты анализа опроса, глубинного интервью и фокус-групп по доступу к медицинским услугам.

Участникам ФГД при обсуждении доступа к медицинским услугам было предложено оценить доступ по 5-ти бальной шкале, где «1» означала бы «абсолютно свободный доступ, означающий, в том числе корректное отношение медицинского персонала, соблюдающего конфиденциальность», а «5» соответственно означало «абсолютно несвободный доступ».

По мнению участников ФГД, включавшего представителей целевых НПО и ЖЖВ, **доступ к медицинским услугам может быть оценен в 4.4 балла.**

Основная причина такой оценки заключалась в стереотипном мышлении медицинских работников, обуславливающим стигму и дискриминацию по отношению к ЛЖВ в целом, а также законодательство – в основном отметили статью 125 УК РТ. По мнению экспертов, дискриминационное отношение медицинских работников к ЛЖВ – проблема известная и работа по этой проблеме многоаспектная, включающая и необходимость исследовать и программу

обучения – включает ли она тему по ВИЧ, сколько часов и т.д. *В основе дискриминации лежит страх, который является зачастую следствием незнания. Поэтому в первую очередь нужно начинать с программы обучения врачей и медицинского персонала – по мнению директора городского Центра СПИД.*

Согласно результатам опроса, 52% ЖЖВ, придерживаются необходимого графика посещений медицинских учреждений для поддержания общего состояния здоровья²¹, в то время как 48% не

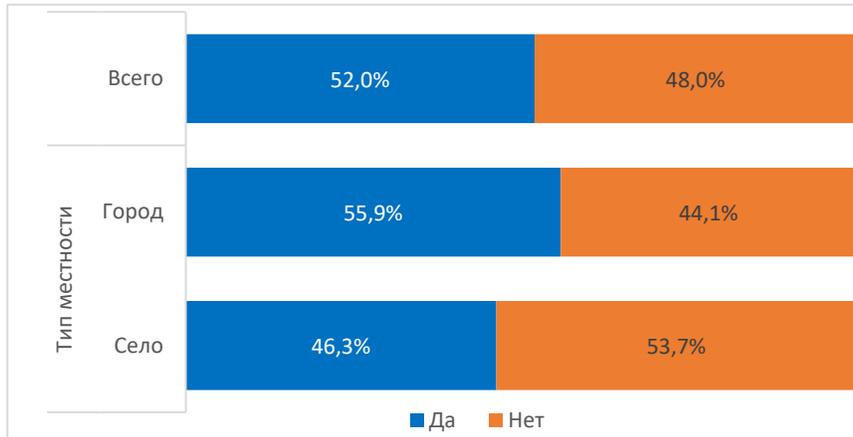
Я до сих пор не говорю о своём статусе, и никто не знает о том, что у меня ВИЧ.
У моих двух дочерей тоже ВИЧ. Меня заразил муж, и я родила девочек с этим заболеванием. Когда у них болят зубы, то я не знаю, что делать, потому что стоматологи не принимают, всё время говорят – приходите завтра. Когда обращаюсь в лабораторию, чтобы сдать анализ, то прохожу через унижение.
Только свои врачи (из Центром СПИД), мои друзья (представители НПО, которые работают по ВИЧ и группы самопомощи) – это те люди, которым я могу сказать о своих проблемах, о своей боли открыто.

Из результ ат ов ФГД

²¹ Поддержание общего состояния здоровья включает регулярные осмотры, вакцинации, а также консультации с профильными специалистами для укрепления физического и психического состояния

следуют этому графику. Чаще всего не соблюдают график респондентки из сельской местности – 54%, по сравнению с теми, кто проживает в городах – 44%. Следует при этом отметить, что медицинские услуги могут оказываться как в специализированных учреждениях, как Центры СПИД,

Диаграмма 17. Соблюдаете ли вы график посещений для общего состояния здоровья?



так и в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Однако, как отмечают эксперты, Центры СПИД являются более приемлемыми по причине толерантного отношения персонала, что является критически значимым для ЖЖВ.

Финансы. Одна из причин несоблюдения графика посещений медицинских

учреждений для поддержания общего состояния здоровья – нехватка финансовых средств. На эту проблему указали 55% респонденток. Кроме того, нехватка времени также выступает значительным препятствием: 23% респонденток отмечают, что домашние обязанности мешают посещению медучреждений, а 20% – занятость на работе. Стоит отметить, что оплачиваемая работа респонденток, как правило, относится к категории неформальных, что предполагает ненормированный и неопределённый график работы – уборка территорий, работа на дому, в сельской местности – работа на поле. Нехватка финансовых средств и нехватка времени из-за работы отмечаются как среди нуклеарных – 77%, так и среди традиционных, расширенных ДХ – 86%. (см. Таблицу 11).

Таблица 11. Причины несоблюдения графика посещений для поддержания общего состояния здоровья

Причина	Всего	Тип домохозяйства	
		Нуклеарный	Расширенный
Не хватает денег	55.1%	56.5%	52.2%
Не хватает времени из-за домашних обязанностей	23.2%	23.9%	21.7%
Не хватает времени из-за работы	20.3%	19.6%	21.7%
Медицинское учреждение находится далеко	1.5%	-	4.3%
ВСЕГО	100%	100%	100%

Основной вид расхода, связанный с лечением ВИЧ и других заболеваний, по данным опроса, включает транспортные затраты, которые отметили 88% респонденток. Кроме того, почти половина опрошенных указала на расходы на услуги стоматолога – 46% и покупку лекарств от сопутствующих и оппортунистических заболеваний – 42%. Четверть респонденток отметила затраты на услуги

гинеколога – 25%. Реже упоминались расходы на услуги хирурга – 19%, анализы, связанные с ВИЧ – 17%, диагностика рака шейки матки и молочной железы – 14%, а также консультации – 11%.

Респондентки из сельской местности, упоминали больше видов расходов, по сравнению с городскими. Они чаще отмечали транспортные расходы – 98%, покупку лекарств от сопутствующих и оппортунистических заболеваний – 27%, анализы, связанные с ВИЧ – 22%, и консультации – 19%.

Аналогично, респондентки, имеющие другие заболевания помимо ВИЧ, в целом упоминали больше видов расходов по сравнению с теми, у кого таких заболеваний нет. Они чаще отмечали расходы на услуги стоматолога – 48%, гинеколога – 51% и хирурга – 28%, а также анализы, связанные с ВИЧ – 19% (см. Таблицу 12).

Если у меня очень болит зуб, то я пойду к стоматологу. Говорю, что у меня ВИЧ. И этот стоматолог будет заставлять меня купить весь тот инструмент, которым он будет лечить мой зуб или удалять его. Это примерно 800 или 900 сомони. Откуда такие деньги у меня, у других, таких же как я. У нас же куча болячек из-за ВИЧа этого.

У меня такое чувство что эти медицинские работники, например, хирурги и зубные врачи не верят в свои стерилизации, они не верят, что правильно стерилизовали свои инструменты. Даже вот в интернет заходишь и читаешь, там написано, что этот вирус он не устойчив, при минимальной обработке он уничтожается.

Из результат ат ов ФГД

Таблица 12. Виды расходов связанные с лечением ВИЧ

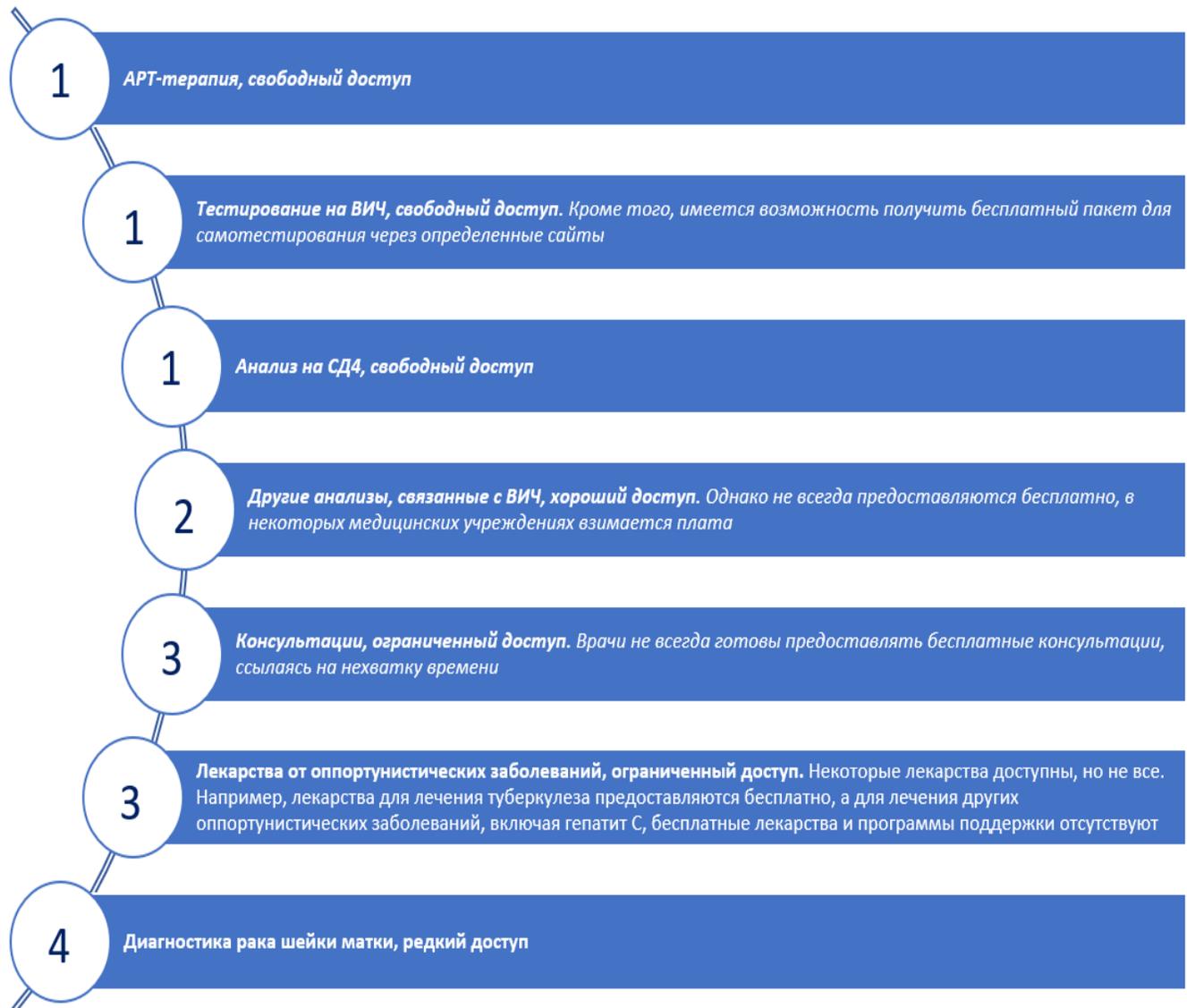
Вид расхода	Всего	Тип местности		Наличие других заболеваний	
		Город	Село	Да	Нет
Транспорт	88.0%	81.4%	97.6%	86.3%	95.0%
Услуги стоматолога	46.0%	50.8%	39.0%	47.5%	40.0%
Услуги гинеколога	42.0%	40.7%	43.9%	51.3%	5.0%
Услуги хирурга	25.0%	23.7%	26.8%	27.5%	15.0%
Лекарства от сопутствующих и оппортунистических заболеваний	19.0%	13.6%	26.8%	18.8%	20.0%
Другие анализы, связанные с ВИЧ	17.0%	13.6%	22.0%	18.8%	10.0%
Диагностика рака шейки матки и молочной железы	14.0%	11.9%	17.1%	16.3%	5.0%
Консультации	11.0%	5.1%	19.5%	10.0%	15.0%

В ходе интервью, директору городского центра СПИД был задан вопрос о том, как он оценивает доступность различных услуг для ЛЖВ по 5-бальной шкале, где:

- ⇒ **1** – свободный доступ,
- ⇒ **5** – затрудненный доступ.

На **Рисунке 2** приведены результаты полученных оценок по каждой услуге, сопровождающиеся объяснениями:

Рисунок 2. Оценка доступности услуг по 5-ти бальной шкале



Таким образом, из результатов интервью следует, что лечение и тестирование на ВИЧ, а также другие анализы, связанные с ВИЧ, были оценены как имеющие высокий уровень доступности. В то же время тестирование и лечение сопутствующих заболеваний получили низкую оценку, что объяснялось отсутствием соответствующих программ поддержки и несоответствием принципу бесплатности в медицинских учреждениях.

В целом, только 8% респонденток отметили, что у них были финансовые средства на все специализированные услуги, включая услуги гинеколога, стоматолога и хирурга.

Остальные 92% не имели расходов сразу на все эти услуги. Однако, согласно опросу, 25% из них указали, что нуждались в этих услугах. Большинство из этой группы отметили необходимость в услугах гинеколога – 18%. Услуги хирурга и стоматолога требовались 3% и 2% респонденток соответственно, а все три услуги одновременно — 2% (см. Диаграммы 18 и 19).

Диаграмма 18. Получили все специализированные услуги

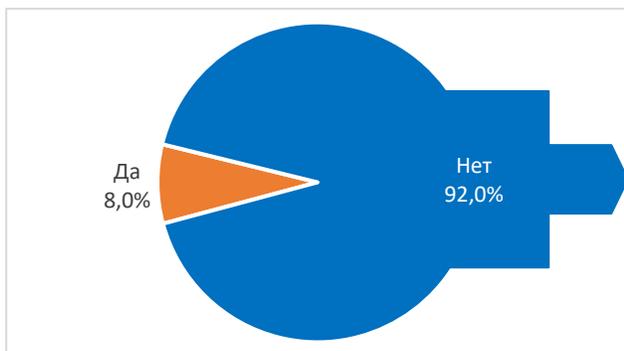
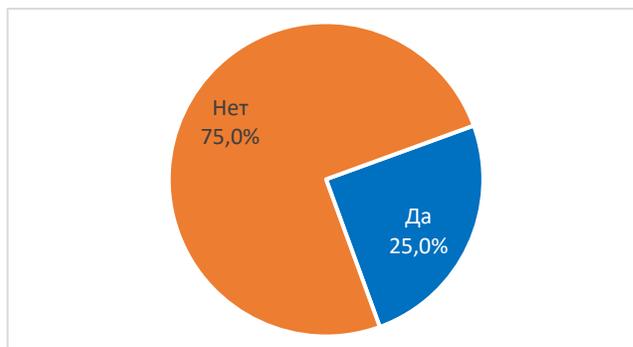


Диаграмма 19. Вы нуждались в этих услугах?



На вопрос о том, куда они обратились для получения необходимой услуги, большинство (65%) ответили, что не предприняли никаких действий, главным образом из-за финансовых ограничений и страха осуждения. Среди тех, кто обратился за помощью (35%), подавляющее большинство отметили, что обратились в центры СПИДа – 88%, а остальные обратились в другие учреждения МЗСЗН (ПМСП) – 12% (см. Диаграммы 20 и 21).

Диаграмма 20. Вы обращались за помощью для получения необходимой специализированной услуги?

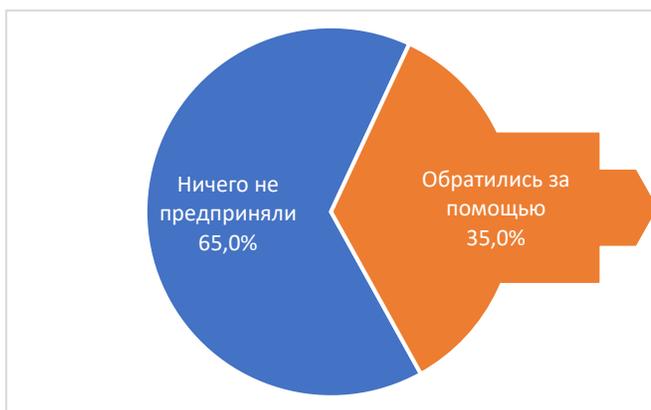


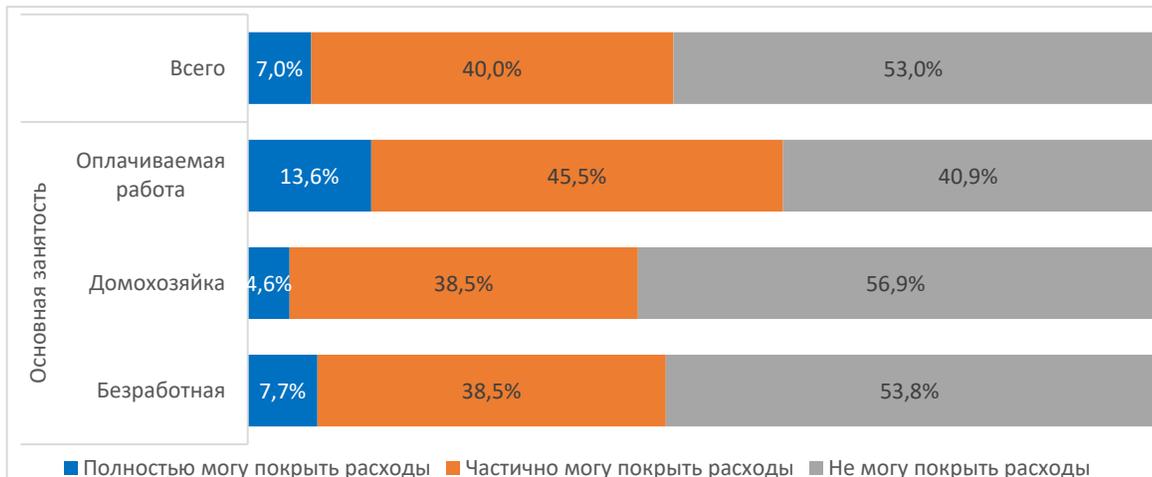
Диаграмма 21. Куда обращались за помощью?



Результаты опроса показали, что в целом, только 7% респонденток могут полностью покрыть расходы на обследование и лечение ВИЧ, 40% способны покрыть их частично, а остальные 53% не могут покрыть расходы. Это подчеркивает значительную финансовую уязвимость респонденток в доступе к медицинским услугам, связанным с ВИЧ.

Способность покрыть расходы на обследование и лечение ВИЧ зависит от занятости респонденток. Работающие респондентки чаще других могут полностью покрыть расходы на обследование и лечение ВИЧ (см. Диаграмму 22).

Диаграмма 22. Возможность респонденток покрыть расходы на тестирование и лечение ВИЧ



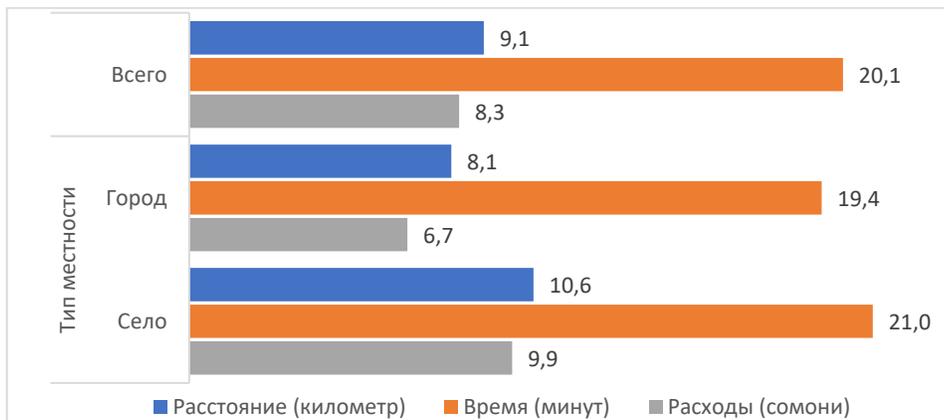
Расстояние до медицинского учреждения. В среднем расстояние до медицинского учреждения составляет примерно 9 километров, на преодоление которого уходит в среднем примерно 20 минут и затрачивается около 8 сомони.

Респондентки из сельской местности в среднем преодолевают большее расстояние, тратят больше времени и денег для получения медицинских услуг, связанных с лечением ВИЧ, по сравнению с городскими опрошенными (см. Диаграмму 23).

Бывают случаи, когда ЖЖВ из сельской местности, из-за отсутствия даже 5–10 сомони не может приехать в Центр СПИДа для получения препаратов АРТ.

Из результатов ФГД

Диаграмма 23. Среднее расстояние, время и расходы на дорогу до медицинских учреждений для лечения ВИЧ



Результаты анализа по данному блоку позволяют сформулировать следующие выводы:

- По мнению участников ФГД, доступ к медицинским услугам может быть оценен в 4.4 балла. Основная причина такой оценки заключалась в дискриминационном отношении к ЛЖВ в целом;
- Одна из причин несоблюдения графика посещений медицинских учреждений для поддержания общего состояния здоровья – нехватка финансовых средств. На эту проблему указали 78% респонденток;

- Нехватка времени также выступает значительным препятствием: 31% респонденток отмечают, что домашние обязанности мешают посещению медучреждений, а 29% – занятость на работе;
- В целом, только 8% респонденток отметили расход финансовых средств на все специализированные услуги, включая услуги гинеколога, стоматолога и хирурга. 25% из них указали, что нуждались в этих услугах. Однако, при этом было отмечена сложность найти указанных специалистов, готовых принять ЖЖВ;
- В среднем расстояние до медицинского учреждения составляет примерно 9 километров. Респондентки из сельской местности в среднем преодолевают большее расстояние, тратят больше времени и денег для получения медицинских услуг, связанных с лечением ВИЧ, по сравнению с городскими опрошенными.
- Услуги само и взаимопомощи ЖЖВ являются очень значимыми для ЖЖВ. Однако, они имеются только в тех городах, в которых активно работают целевые НПО: Душанбе, Гиссар, Вахдат, Рудаки, Куляб и Худжанд. Другими словами, только в столице, областной столице Согдийской области, одном городе Хатлонской области и трёх городах Районов республиканского подчинения.

ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Продолжается рост и регистрация новых случаев ВИЧ среди населения. Параллельно с этим, наблюдается тенденция к снижению числа ВИЧ-инфицированных среди беременных женщин и детей. Кроме того, увеличивается первичный охват тестированием на ВИЧ по стране: если в 2016 году он составлял 76%, то в 2020 году вырос до 85%.
2. За последние годы число вновь выявленных случаев ВИЧ у детей значительно снизилось. Среди выявленных отмечается сравнительно большее число зарегистрированных случаев у мальчиков по сравнению с девочками. Возможной причиной более высокого выявления ВИЧ среди мальчиков может быть традиция проведения обряда хатна (*обрезание*), которое с 2018 года проводится в медицинских учреждениях и перед проведением этой операции требуется, в том числе, анализ крови ребёнка.
3. Доля ЖЖВ без образования заметно выше, чем среди взрослых женщин в Таджикистане (18 лет и старше) – 10% и 1% соответственно²² и это очень серьёзный факт, требующий внимания;
4. ЖЖВ сталкиваются с серьёзными финансовыми затруднениями. У них наблюдается высокий уровень отсутствия образования (10% без образования против 1% среди взрослых женщин в Таджикистане), низкая занятость (только 22% трудоустроены, преимущественно с средним образованием) и высокая доля разведённых (22% против 13% в целом по населению), что подчеркивает их финансовую уязвимость.
5. Основную часть своего времени респондентки расходуют на работы по дому, особенно в крупных домохозяйствах, где на работы по дому тратится две трети времени. При этом минимальное количество времени отводится на отдых, социальные взаимодействия, обучение и саморазвитие. Уход за собой, включающий поддержание здоровья, также занимает значительно меньше времени, что может негативно сказываться на их физическом и психоэмоциональном состоянии.
6. Существенными являются и барьеры при доступе к медицинским услугам. Более половины из них вынуждены получать разрешение от других членов семьи на посещение медучреждений, особенно в сельской местности и в крупных домохозяйствах, что приводит к задержке лечения и ухудшению психоэмоционального состояния. Финансовые ограничения также являются серьёзной проблемой для респондентов: по этой причине, 78% из них не могут позволить себе регулярные посещения врачей, и только 7% способны полностью покрыть расходы на обследование и лечение ВИЧ. Дополнительно, стигма и дискриминация являются барьером для большинства респонденток (64%), препятствующим обращению за медицинскими услугами.
7. Уязвимость людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), усугубляется наличием или неверным толкованием дискриминационных норм в законодательстве и практическими барьерами.

²² Статистический сборник «Перепись населения и жилищного фонда 2020», Том IV - Образовательный уровень населения РТ, Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, стр. 46-47

ЛЖВ, особенно женщины, часто привлекаются к уголовной ответственности по статье 125 Уголовного кодекса Республики Таджикистан. С целью декриминализации ЛЖВ Верховный суд Республики Таджикистан 26 декабря 2023 года принял Постановление Пленума №5, в котором настоятельно рекомендуется не выносить обвинительные приговоры по части 1 статьи 125 Уголовного кодекса, если у ЛЖВ нулевая вирусная нагрузка и приняты все меры профилактики. Однако, указанное Постановление Пленума носит только рекомендательный характер.

Полученные результаты исследования позволили сформулировать следующие рекомендации:

8. Расширение доступа к здравоохранению: обеспечить женщинам, живущим с ВИЧ, доступ к комплексным медицинским услугам, включая:

- a) бесперебойный доступ к антиретровирусной терапии (АРТ), регулярные осмотры на предмет сопутствующих и оппортунистических заболеваний и лечение при их обнаружении, поддержку психического здоровья;
- b) разработка программ, которые специально направлены на удовлетворение потребностей репродуктивного здоровья женщин, живущих с ВИЧ, включая планирование семьи, услуги по охране материнского здоровья, и скрининг на рак шейки матки и молочной железы;
- c) Проведение информационно-образовательных мероприятий по снижению стигмы и дискриминации в медицинских учреждениях для оказания недискриминирующих услуг ЖЖВ и их близким.

9. Услуги поддержки: развивать и продвигать группы само- и взаимопомощи и консультационные службы, которые помогают решать проблемы, с которыми сталкиваются женщины, живущие с ВИЧ, включая стигматизацию, дискриминацию и проблемы психического здоровья. Создавать программы профессиональной психологической поддержки ЖЖВ с целью профилактики неврозов.

10. Расширение экономических прав и возможностей: предоставлять обучение и ресурсы для расширения экономических прав и возможностей, включая получение образования, развитие или приобретение профессиональных навыков, содействие трудоустройству, чтобы помочь женщинам достичь финансовой независимости.

11. Организация личного времени и поддержка: предлагать программы, помогающие женщинам лучше управлять своим временем, особенно в балансировании между деятельностью, связанной со здоровьем, уходом и занятостью, включая создание услуг службы быта, поддержку по уходу за детьми, работу на дому. Расширение сферы бытовых услуг поможет решить вопросы занятости и предоставления расширенных услуг всем группам женщин, независимо от ВИЧ-статуса, особенно в сельской местности.

12. **Образование и осведомленность:** реализовать образовательные программы, повышающие осведомленность о ВИЧ, его путях передачи и профилактике, нацеленные как на женщин, так и на более широкое сообщество, чтобы снизить стигматизацию.
13. **Адвокация и изменение политики:** разработка политик, защищающих права женщин, живущих с ВИЧ, обеспечивая им равный доступ к ресурсам и возможностям:
- а) **Ввести на основе фактических данных в новую Национальную программу по ВИЧ/СПИД и другие будущие документы** вопросы потребностей и проблем женщин, живущих с ВИЧ, и соответствующие ответные меры.
 - б) **Содействовать повсеместному внедрению и неукоснительному исполнению** Постановления Пленума №5 Верховного суда Республики Таджикистан от 26 декабря 2023 года, посредством проведения информационно-образовательных работ с представителями правоохранительных органов и судебной системы с целью предотвращения необоснованного привлечения к ответственности по статье 125 Уголовного кодекса.
14. **Работа с сообществами:** направить усилия на участие сообщества в создании поддерживающей среды для женщин, живущих с ВИЧ, для снижения бремени стигмы и оказания эмоциональной и практической поддержки.
15. **Регулярно и повсеместно проводить информационные кампании** о принципе Неопределяемый = Непередаваемый и важности толерантного отношения к ЛЖВ. Информационные кампании о принципе Н=Н, важности толерантного отношения к ЛЖВ рекомендуется проводить среди населения, включая медицинских работников.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Методология выборки для опроса

Для разработки выборки использована многоступенчатая вероятностная непропорциональная случайная выборка. Основные шаги, предпринятые в процессе разработки выборки, приведены ниже:

Шаг 1: Стратификация – распределение выборки по целевым районам

Первым шагом была стратификация целевых районов: для этого выборка (100 человек) была пропорционально распределена по каждому из них в соответствии с численностью населения (см. Таблицу 13).

Таблица 13. Пропорциональное распределение выборки

Целевые районы/города	Население, N	Опросов, n	Доля, %	Ошибка выборки, ±%
Душанбе	1 201 800	70	67.5%	11.7
Гиссар	331 400	20	18.6%	21.9
Яван	248 100	10	13.9%	31.0
Всего	1 781 300	100	100.0%	9.8

Важно, чтобы результаты исследования анализировались не только в целом, но и по целевым районам. Однако при пропорциональном распределении были обнаружены высокие ошибки выборки в городе Гиссар и районе Яван – ±21.9% и ±31,0% соответственно (см. Таблицу 12). Оптимальным решением для минимизации ошибки выборки в данном случае является увеличение выборки в этих районах за счет уменьшения объема выборки в городе Душанбе. После этих процедур удалось достичь минимальной ошибки выборки от ±15,5 до ±17,9% во всех районах – см. Таблицу 14. А непропорциональность выборки при анализе результатов будет сглажена путем применения процедуры статистического взвешивания.

Стоит отметить, что несмотря на уменьшение ошибки выборки, полученные значения на уровне районов всё ещё остаются высокими. Поэтому результаты на уровне районов следует интерпретировать с осторожностью. Кроме того, выводы и рекомендации следует разрабатывать на основе данных в целом, избегая их формирования на уровне отдельных целевых районов.

Таблица 14. Непропорциональное распределение выборки

Целевые районы/города	Население, N	Опросов, n	Доля, %	Ошибка выборки, ±%
Душанбе	1 201 800	40	40.0%	15.5
Гиссар	331 400	30	30.0%	17.9
Яван	248 100	30	30.0%	17.9

Всего	1 781 300	100	100.0%	9.8
--------------	------------------	------------	---------------	------------

Для того чтобы определить количество первичных единиц выборки (ПЕВ) в каждом целевом районе, было установлено количество интервью в каждой ПЕВ. В данном исследовании ПЕВ представляют собой населенные пункты из целевых районов – села, поселки, улицы, махалля. В каждой ПЕВ было установлено проведение 10 опросов. Выбор проведения 10 опросов был определён как оптимальный исходя из ограничений по времени и финансовым ресурсам. Кроме того, увеличение числа опросов приведет к сокращению количества точек, что негативно скажется на качестве данных из-за уменьшения географического охвата. А, сокращение числа опросов приведёт к росту транспортных и временных затрат, что повлияет на бюджет и сроки исследования. Распределение количества ПЕВ по каждому целевому району представлено в Таблице 15.

Таблица 15. Распределение ПЕВ по целевым районам

Целевые районы/города	ПЕВ
Душанбе	4
Гиссар	3
Яван	3
Всего	10

Шаг 2: Выбор ПЕВ в целевых районах

В Душанбе было случайным образом выбрано 4 точки для опроса. В Гиссаре и Яване также случайным образом выбрано по 3 точки в каждом районе. Список выбранных точек приводится в Приложении 4.

Шаг 3: Выбор домохозяйств

Домохозяйства для опроса являются те, которые имеют ЖЖВ и расположены в выбранных ПЕВ.

Шаг 4: Выбор респондентов

Респондентами являются ЖЖВ в возрасте 18 лет и старше проживающих в выбранных ПЕВ.

Приложение 2. Вопросник для проведения опроса



Вопросник для
опроса_Исследова

Приложение 3. Гайд для проведения ФГД с целевыми НПО и ЖЖВ



Гайд
ФГД_24.10.29.docx

Приложение 4. Гайд для проведения интервью с медицинскими работниками



Interview
Guidelines-Medical 5

Приложение 5. Группировка независимых переменных

Образование. Уровень образования ЖЖВ определялся на основе наивысшего полученного уровня формального образования. При этом, в аналитических целях, в отчете, ЖЖВ были разделены на следующие группы по уровню образования:

1. **Нет образования.** ЖЖВ, которые не закончили даже 1 класс или вообще не посещали школу.
2. **Образование ниже среднего.** ЖЖВ, имеющие начальное образование, то есть окончившие 1, 2, 3 или 4 классы.
3. **Среднее образование.** Включает все виды среднего образования – основное общее (5–9 классы), среднее общее (10–11 классы) и среднее специальное/техническое образование (колледжи).
4. **Образование выше среднего.** Включает ЖЖВ, получивших высшее образование, как по старой системе, так и по новой (бакалавриат, магистратура). Также сюда относятся те, кто имеют послевузовское образование (аспирантура, докторантура), хотя среди респонденток таких не было.

Размер домохозяйства. Домохозяйства были разделены на два типа по размеру:

1. **Расширенные.** Включают несколько поколений и брачных пар.
2. **Нуклеарные.** Состоят из двух родителей с детьми или одного родителя и детей.

Основная занятость. Для изучения основной занятости ЖЖВ в вопросник были включены следующие варианты ответов:

1. Работа на полный рабочий день;
2. Работа на неполный рабочий день;
3. Безработная;
4. Пенсионерка;
5. Домохозяйка;
6. Студентка;
7. Другое (уточните).

По результатам опроса, ЖЖВ отметили, что их основная занятость относится к следующим вариантам: работа на полный или неполный рабочий день, безработные и домохозяйки. Остальные варианты не были отмечены. В отчете, в целях анализа, опции 1 и 2 (работа на полный и неполный рабочий день) объединены в группу «оплачиваемая занятость».