

ПРАВА ЛЮДИНИ ЖІНОК, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІА В УКРАЇНІ:

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ
НА БАЗІ СПІЛЬНОТИ КРІЗЬ ПРИЗМУ CEDAW

Canada 



Позитивні жінки

 UN 
WOMEN

Дослідження було проведене за підтримки Структури Організації Об'єднаних Націй з питань гендерної рівності та розширення прав і можливостей жінок (ООН Жінки), Регіонального відділення для Східної Європи та Центральної Азії.

Погляди, викладені в цій публікації, належать автору (авторам) та не обов'язково відображають погляди структури ООН Жінки, Організації Об'єднаних Націй та будь-якої з її асоційованих організацій.

Ця публікація була підготовлена за технічної та фінансової підтримки проекту ООН Жінки **«CEDAW в дії»**, що фінансується Міністерством міжнародних справ Канади.

ПРАВА ЛЮДИНИ ЖІНОК, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІА В УКРАЇНІ:

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ
НА БАЗІ СПІЛЬНОТИ КРІЗЬ ПРИЗМУ CEDAW

ЗМІСТ

Вступ	6
Методологія	6
Навіщо проводилося це дослідження?	7
ВІЛ і Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (CEDAW)	9
Резюме дослідження	12
Основні висновки	14
• Права людини	14
• Насильство щодо жінок	15
• Здорове сексуальне життя	17
• Вагітність і можливість завагітніти	18
• Психічне здоров'я та ВІЛ	20
• Лікування ВІЛ-інфекції та побічні дії	20
• Тягар догляду	21
• Доходи й економічні можливості	22
Дискусії у форматі фокус-груп	23
Як використовується це дослідження?	25
Міжнародні норми і стандарти, що стосуються жінок та ВІЛ і СНІДу:	28

ВСТУП

У лютому – березні 2016 року Благодійна організація «Позитивні жінки» провела дослідження на тему жінок та ВІЛ, під час якого було зібрано інформацію про дискримінацію, приклади виключення з суспільного життя, цінності та потреби жінок, які живуть з вірусом імунодефіциту людини та синдромом набутого імунодефіциту (ВІЛ та СНІД) в Україні. Дослідники мали намір з'ясувати вплив ВІЛ статусу на важливі аспекти життя жінок, які живуть з ВІЛ, а саме їх сексуальне та репродуктивне здоров'я, гендерну рівність та права людини, гендерне насильство, їх економічні та політичні можливості.

Підхід до проведення дослідження ґрунтується на розумінні, що запобігання та лікування ВІЛ є не лише проблемою охорони здоров'я. Дослідження зосереджується на чинниках та соціально-економічних умовах, які призводять до зараження ВІЛ, на визнанні того, що порушення прав людини, у тому числі гендерна нерівність та гендерне насильство є основними чинниками зараження ВІЛ, а також виявляє основні перешкоди для лікування ВІЛ та доступу до інших медичних послуг в Україні.

МЕТОДОЛОГІЯ

МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ:

опитування, дискусії у форматі фокус-груп, інтерв'ю, аналітичний огляд національних політик і програм України щодо ВІЛ та СНІД

РЕСПОНДЕНТИ:

жінки, які живуть з ВІЛ в Україні
віком понад 18 років, представники організацій з надання послуг лікування ВІЛ

**МЕТОДОЛОГІЯ ТА РЕЗУЛЬТАТИ
ОПИТУВАННЯ БУЛИ ЗАСВІДЧЕНІ
СОЦІОЛОГІЧНОЮ АСОЦІАЦІЄЮ
УКРАЇНИ**

1000

ЖІНОК, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ,
з усіх РЕГІОНІВ УКРАЇНИ

989

анкет
оброблено

4

консультації на базі
спільноти у форматі
фокус-груп за участю

57

активістів, менеджерів
та представників ВІЛ-
сервісних організацій

40

історій про досвід
отримання жінками послуг

Навіщо проводилося це дослідження?

Досвід минулих десятиліть стосовно епідемії довів, що гендерна нерівність є одним із чинників поширення ВІЛ, що підвищує рівень інфікування та впливає на здатність жінок та дівчат зменшити наслідки епідемії. Крім того, у випадках, коли жінок позбавляють прав та можливості представлення своїх інтересів, їхня здатність захищати себе сильно знижується.

Гендерна нерівність і нерівне співвідношення сил жінок та чоловіків дуже впливають на рівень інфікування ВІЛ. Біологічні чинники роблять жінок і дівчат більш вразливими до ВІЛ-інфекції, що посилюється соціокультурними та структурними чинниками, такими як бідність, руйнівні стереотипи, обмежений вплив на прийняття рішень, відсутність контролю над фінансовими ресурсами, обмежена мобільність, насильство та недостатня якість послуг у сфері охорони сексуального та репродуктивного здоров'я.¹

¹ Книга CEDAW: Міжнародний договір про права жінок. Робоча група з ратифікації Конвенції ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок, 2004. – С. 37.
https://www.hivlawandpolicy.org/sites/default/files/CEDAW_Book-_WHOLE_BOOK.pdf


Інтереси жінок, які живуть з ВІЛ, та їхніх організацій часто не враховуються під час прийняття рішень, які стосуються політик та програм щодо ВІЛ. Їхнє право на участь не враховується, що призводить до втрати їхніх потенційних внесків у процес боротьби з епідемією. Через те, що жінкам відводиться другорядна роль у процесах прийняття рішень, програми та політики щодо ВІЛ не відповідають потребам і правам жінок та дівчат, які живуть з ВІЛ. Це перешкоджає розробці адекватних програм і бюджетів, що, у свою чергу, заважає жінкам отримати повноцінний доступ до таких послуг, як профілактика, лікування, догляд та підтримка.

Насильство над жінками та дівчатами є причиною та наслідком ВІЛ-інфекції. Воно є одним із основних чинників збільшення кількості жінок та дівчат, які живуть з ВІЛ та СНІД. Нерівноправне становище багатьох жінок та дівчат у своїх родин, спільнотах і громадах обмежує їхній доступ до інформації про сексуальне та репродуктивне здоров'я, можливості скористатися медичними послугами. Страх насильства змушує багатьох відмовлятися проходити тестування та лікування, а також перешкоджає інформуванню про проблеми стосовно більш безпечних форм сексуальної поведінки.

Ще однією проблемою є те, що національні органи планування не мають достатнього досвіду та засобів для проведення ґендерного аналізу у розробці політик щодо протидії ВІЛ та визначення пріоритетів ґендерних аспектів. Для якісного аналізу, моніторингу та оцінки ефективності програм у попередженні ВІЛ, органам влади необхідно збирати данні, розподілені за статтю та віком, та складати звіти за конкретними показниками з ґендерної рівності.

Дослідження «Сексуальне і репродуктивне здоров'я, ґендерна рівність та права людини, ґендерне насильство, економічні та політичні можливості жінок, які живуть з ВІЛ в Україні» є унікальним, тому що вперше в Україні воно було проведене жінками, яких безпосередньо зачепила епідемія ВІЛ.

Це дослідження надає як якісну, так і кількісну інформацію з перших рук про досвід жінок, які живуть з ВІЛ в Україні. Воно також надає докази з першоджерела щодо поточного становища жінок, які живуть з ВІЛ, такого дослідження раніше не проводили. У ньому наведені докази масштабу дискримінації, з якою стикаються жінки, які живуть з ВІЛ в Україні, та інформаційний ресурс використовуючи який вони можуть заявити про себе.



ВІЛ І КОНВЕНЦІЯ
ПРО ЛІКВІДАЦІЮ
ВСІХ ФОРМ
ДИСКРИМІНАЦІЇ
ЩОДО ЖІНОК
(CEDAW)

Конвенція CEDAW є одним з основних міжнародних нормативних документів разом із Політичною декларацією з ВІЛ/СНІД 2011 року з активізації зусиль для викорінення ВІЛ-інфекції/СНІДу, Пекінською платформою дій та Цілями сталого розвитку, які спрямовують роботу з профілактики ВІЛ та СНІДу та боротьби з ними. Конвенція CEDAW та її Загальні рекомендації, у тому числі Загальна рекомендація № 15², містять важливі істотні положення для досягнення гендерної рівності. Вони надають державам-учасницям засоби для сприяння повній реалізації прав людини жінок, включаючи розробку гендерно-орієнтованих національних заходів боротьби з ВІЛ/СНІДом.

Конвенція CEDAW була ратифікована Україною у 1981 році, від цього часу реалізується в політиках та програмах Уряду України про гендерну рівність та ліквідацію дискримінації щодо жінок.³ У ній права жінок розглянуто у політичному, соціальному, економічному, культурному та сімейному сенсі. Вона закликає держави-учасниці долати перешкоди у вигляді дискримінації жінок у сферах забезпечення прав людини, освіти, зайнятості, охорони здоров'я, політики та фінансів та визначає основні критерії.

Конвенція CEDAW має особливо важливе значення для вирішення проблем з ВІЛ та СНІД в Україні. Епідемія ВІЛ в Україні посилює проблему порушення прав людини жінок та підвищує їхню уразливість до ВІЛ. Права на сексуальне та репродуктивне здоров'я охороняються недостатньо. Відсутні заходи, спрямовані на усунення зв'язків між гендерним насильством та ВІЛ. Законодавство або його відсутність, упереджена судова практика, обмеженість доступу до юридичних послуг та недостатня поінформованість про права – усе це може бути перешкодою на шляху до правосуддя для жінок, які живуть з ВІЛ. Кримінальне законодавство може перешкоджати профілактиці, лікуванню ВІЛ та догляду за жінками з ВІЛ. Таким чином, надзвичайно важливо включити питання щодо ВІЛ у заходи з виконання Конвенції про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок в Україні та використовувати Конвенцію під час розробки політики та законодавчих актів, виконання програм щодо ВІЛ/СНІДу, їх моніторингу та оцінки для звернення особливої уваги на права і потреби жінок та дівчат.

² Загальна рекомендація CEDAW № 15: Недопущення дискримінації жінок у національних стратегіях попередження і контролю синдрому набутого імунodefіциту (СНІД) від 1990 року
<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm>

³ Збірник договорів ООН
https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg_no=IV-8&chapter=4&clang=_en

СТАТТЯ 1

У статті 1 дається визначення дискримінації жінок. Виявлення та усунення дискримінації за ознакою статі має найважливіше значення для ефективної боротьби з ВІЛ/СНІДом.

СТАТТЯ 5

Стаття 5 Конвенції CEDAW закликає уряди вжити всіх відповідних заходів для зміни соціальних та культурних моделей поведінки для викоренення гендерних стереотипів, звичаїв та всіх інших проявів, що ґрунтуються на ідеї неповноцінності чи зверхності однієї статі над іншою або стереотипних ролях чоловіків і жінок. Дисбаланс влади між жінками та чоловіками на користь чоловіків впливає на уразливість жінок до ВІЛ інфекції.

СТАТТЯ 10

Стаття 10 Конвенції CEDAW закликає уряди вжити всіх відповідних заходів для того, щоб ліквідувати дискримінацію щодо жінок в галузі освіти, а стаття 11 – у галузі зайнятості (захистити право на працю, надати можливості для працевлаштування, забезпечити рівну винагороду за працю та соціальний захист), що безпосередньо пов'язано з майбутніми доходами та економічними можливостями жінок та збільшенням їхньої уразливості до ВІЛ.

СТАТТЯ 12

Стаття 12 передбачає вимогу вжити відповідних заходів для ліквідації дискримінації щодо жінок у галузі охорони здоров'я, щоб забезпечити рівний доступ як чоловіків, так і жінок до медичного обслуговування, зокрема стосовно планування сім'ї. Без доступу до необхідної інформації, запобіжних заходів та лікування жінки і дівчата продовжують перебувати у зоні ризику зараження на ВІЛ.

СТАТТЯ 14

У статті 14 йдеться насамперед про особливі проблеми, з якими стикаються жінки, що проживають у сільській місцевості, через недоступність медичних послуг та неналежні умови життя, які помножуються для жінок, які живуть з ВІЛ, у сільській місцевості або невеликих містах по всій Україні.

СТАТТЯ 18

вимагає від країни-учасниць подавати періодичні доповіді до Комітету з ліквідації дискримінації щодо жінок про заходи, які вони проводять для виконання положень Конвенції, а Факультативний протокол надає вкрай важливий механізм, що дає змогу жінкам або групам жінок подавати скарги про порушення прав, що охороняються відповідно до Конвенції, безпосередньо до Комітету CEDAW.

Характеристики учасників

Більшість учасниць (87,4%) репродуктивного віку – від 18 до 45 років. 16,8% визначили себе сексуально активними, але зазначили, що не мають партнера. 32,3% мають одного чи більше сексуальних партнерів, які живуть з ВІЛ. 29,9% мають одного чи двох партнерів, які не мають ВІЛ. Майже половина учасниць дослідження (42,3%) дізналася про свій ВІЛ-позитивний статус під час обстеження на вагітність. 54,7% респонденток народили дітей після того, як дізналися про свій ВІЛ-статус, 15,9% із них мають ВІЛ-позитивних дітей.

Більше половини респонденток (56,3%) були заміжні чи перебували у постійних стосунках на час опитування. Дещо більше третини опитаних (35,1%) мають гепатит С. Третина респонденток мають досвід вживання наркотиків (32%), а 28,2% серед усіх опитаних жінок мають партнерів, які вживали чи вживають наркотики. Кожна п'ята (22,1%) має інвалідність. Щонайменше кожна десята була ув'язнена або утримувалася під вартою (9,2% та 12,4% відповідно). 7,3% жінок надавали секс-послуги. 5% є внутрішньо переміщеними особами з Криму чи Донбасу. 8,6% ВІЛ-позитивних жінок повідомили про наявність активного туберкульозу в анамнезі.

87,4%

**УЧАСНИЦЬ РЕПРОДУКТИВНОГО
ВІКУ ВІД 18 ДО 45 РОКІВ**



УЧАСНИЦІ ДОСЛІДЖЕННЯ

16,8%

Визначили себе
сексуально активними,
але зазначили, що не
мають партнера

32,3%

Мають одного чи більше
сексуальних партнерів, які
живуть з ВІЛ

29,9%

мають одного чи двох
партнерів, які не мають ВІЛ

56,3%

Більше половини
респонденток були заміжні
чи перебували у постійних
стосунках на час опитування

Мають гепатит С

35,1%

ВІЛ-позитивних
жінок повідомили про
наявність активного
туберкульозу в анамнезі

8,6%



МАЙЖЕ ПОЛОВИНА
РЕСПОНДЕНТОК ДІЗНАЛАСЯ
ПРО СВІЙ ВІЛ-ПОЗИТИВНИЙ
СТАТУС ПІД ЧАС ОБСТЕЖЕННЯ
НА ВАГТІЦТІВ

42,3%

Має інвалідність

22,1%

Мають досвід
вживання наркотиків

32%

54,7%

НАРОДИЛИ ДІТЕЙ
після того, як дізналися про
свій ВІЛ-статус

15,9%

з них
мають ВІЛ-позитивних дітей

5% є ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИМИ ОСОБАМИ
З КРИМУ ЧИ ДОНБАСУ

Права людини

Майже половина жінок, що живуть з ВІЛ, “не знають” (15,8%) або “не вірять” (33,3%) у те, що медпрацівники не розкриють інформацію про їхній ВІЛ-статус або будь-які інші подробиці без їхньої згоди.

Кожна третя з жінок, які живуть з ВІЛ, не знає про свої права та засоби їх захисту. 31,8% респонденток не знає, куди скаржитися на дії медпрацівників, якщо їхні права порушують у медичних закладах. Приблизно кожна п'ята респондентка (19,2%) переконана, що у разі порушення її прав як жінки з ВІЛ вона не отримає необхідного правового захисту; 23,2% жінок не знають, чи можуть розраховувати на правову допомогу.

ПОСТАНОВКИ

Насильство щодо жінок

Фізичне насильство, загроза або страх перед насильством, а також страх бути покинутою та перед злиденністю разом з іншими гендерними, економічними та соціальними чинниками значно підвищують уразливість жінок до ВІЛ-інфекції.⁴

Більше третини (35,3%) жінок, які живуть з ВІЛ, зазнали насильства від свого сексуального партнера або чоловіка. Ця частка значно вища, ніж у середньому серед жіночого населення (19%)⁵. Більше половини (51,3%) опитаних жінок (серед тих, які відповіли на питання) після досвіду насильства не мали жодної підтримки.

До постановки діагнозу ВІЛ жінки частіше зазнавали насильства з боку партнера, однак діагноз ВІЛ-позитивної значно збільшує

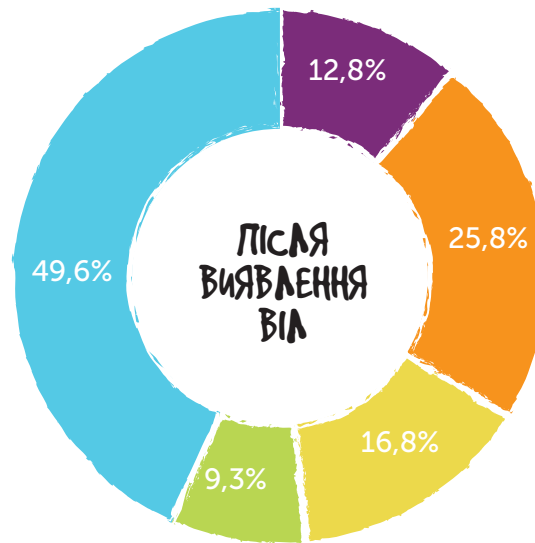
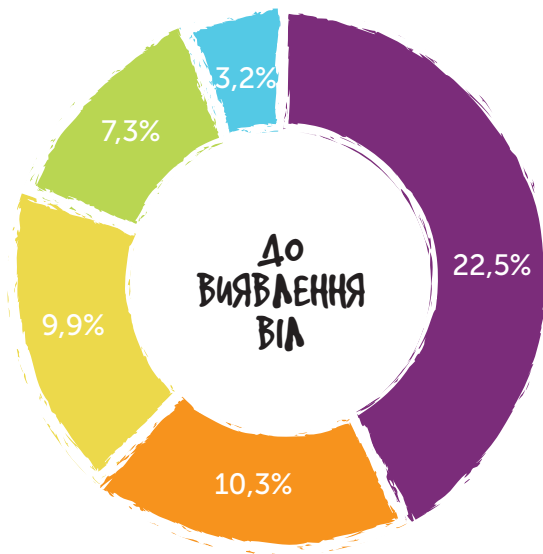
⁴ CEDAW, Міжнародний договір про права жінок, Робоча група з ратифікації Конвенції ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок, 2004.

⁵ Фонд Організації Об'єднаних Націй у сфері народонаселення (ЮНФПА), Масштаби насильства щодо дівчат та жінок, Київ, 2014.

ймовірність насильства в усіх сферах, і найбільше, в 15,5 разів, – саме у сфері охорони здоров'я, куди жінки мусять звертатися для отримання вчасного належного догляду та лікування і, відповідно, повноцінного життя.

Для жінок, які живуть з ВІЛ, найважливішим є соціальний захист, можливість забезпечити догляд за своїми дітьми і самостійно заробляти собі на життя, мати доступ до

послуг кваліфікованих фахівців (передусім лікарів і юристів), обізнаних із правами і проблемами жінок, які живуть з ВІЛ (і жінок із уразливих груп), підтримку гарячої лінії, груп взаємопідтримки та притулків. Більшість жінок не вважають криміналізацію секс-роботи, вживання наркотиків та передачу ВІЛ інституційним насильством і не розуміють зв'язку та впливу цих законів на доступ до послуг та реалізацію прав людини.



НАСИЛЬСТВО ЩОДО ЖІНОК

- Від партнера
- Від поліцейських і представників інших правоохоронних органів
- Від представників з оточення
- Від медичних працівників
- Від членів сім'ї

Здорове сексуальне життя

54,8%

**МОЖЕ ОБГОВОРЮВАТИ СВОЄ
СЕСУАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ТА
ПОТРЕБИ ЗІ СВОЇМ ЛІКАРЕМ**

Упродовж тривалого часу тема ВІЛ-позитивних жінок розглядалася в контексті успішності попередження передачі ВІЛ від матері дитині, тому питання сексуального здоров'я жінок, які живуть з ВІЛ, не визначалися як пріоритетні, в тому числі й самими жінками.

Кожна п'ята жінка з ВІЛ займається сексом для задоволення свого партнера, але ніколи сама не ініціює секс, а 35,6% опитаних завжди або як правило вступають у сексуальні відносини тоді, коли цього хоче партнер. 10,7% жінок, що живуть з ВІЛ, вважають свій ВІЛ-позитивний статус або страх заразити партнера (8,9%) перешкодою для отримання задоволення від свого сексуального життя.

Тільки половина жінок, що живуть з ВІЛ, завжди почувуються зі своїм партнером у безпеці. 58,2% вважають запорукою приємного сексуального життя довірливі стосунки з партнером. У той же час тільки половина жінок (54,8%) може обговорювати своє сексуальне здоров'я та потреби зі своїм лікарем. Приблизно половина (59,1%) жінок наважились пройти діагностику та лікування від СНІДу без побоювання почути звинувачення з боку медпрацівників.

20,1% жінок з ВІЛ не можуть впливати на прийняття рішень стосовно використання (чоловічих) засобів контрацепції сексуальними партнерами. Тільки одна третина жінок (29,1%) жінок, що живуть з ВІЛ, можуть користуватися жіночими засобами контрацепції на свій вибір, а кожна третя жінка (33%) ніколи ними не користувалася.

Вагітність і можливість завагітніти

42,3%

ДІЗНАЛАСЯ ПРО СВІЙ
 ВІЛ-ПОЗИТИВНИЙ СТАТУС ПІД ЧАС
 ОБСТЕЖЕННЯ ЩОДО ВАГІТНОСТІ

Жінки, які живуть з ВІЛ, як на етапі планування сім'ї, так і під час вагітності стикаються з численними медичними та соціально-психологічними проблемами, оскільки мають враховувати основні чинники ризику передачі ВІЛ-інфекції в умовах подорожчання медичних послуг та під тиском стигматизації та соціальних стереотипів. Доволі значна частина ВІЛ-позитивних жінок, згідно з результатами дослідження, не отримують належної підтримки від свого найближчого оточення та не мають доступу до консультацій медичних працівників, що необхідно для прийняття рішення про народження дітей. Лише 60,4% опитаних зазначили про підтримку з боку свого партнера у виборі мати чи не мати дітей, а кожна п'ята зазначила про відсутність підтримки з боку сім'ї та оточення.

Спостерігається низький рівень доступу респонденток до медичних послуг, що пов'язані із особливостями репродуктивного здоров'я ВІЛ-позитивних жінок. Лише 10,9% можуть чи змогли скористатися безкоштовним лікуванням безпліддя або допоміжними репродуктивними технологіями і лише кожній п'ятій було надано допомогу з безпечним зачаттям. Лише половина опитаних жінок отримала консультації з питань дітонародження.

Майже половина учасниць дослідження (42,3%) дізналася про свій ВІЛ-позитивний статус під час обстеження щодо вагітності. При цьому лише

ЗНАЧНА ЧАСТИНА ОПИТАНИХ ЗАЛИШАЛАСЯ САМ НА САМ ІЗ ПРОБЛЕМОЮ ВІЛ- СТАТУСУ ПІД ЧАС СВОЄЇ ВАГІТНОСТІ

55,4% жінок добровільно пройшли тестування на ВІЛ; лише 61,8% отримали необхідну консультацію; майже кожна п'ята не отримала консультації щодо способу вигодовування дитини (17,9%). Отже, досить значна частина опитаних залишалася сам на сам із проблемою ВІЛ-статусу під час своєї вагітності.

У 51,8% респонденток була одна або декілька незапланованих вагітностей. Однак ВІЛ-позитивні жінки переважно мають обмежений доступ до безпечного абортів та післяабортної допомоги, в тому числі є певні обмеження з доступом респонденток до екстреної контрацепції.

“...Коли я вкотре прийшла до гінеколога в жіночу консультацію, лікарка почала кричати на мене та звинувачувати, що я не розповіла їй про свій діагноз. Вона сказала, що подасть до суду, тому що я могла її заразити, та додала ще кілька принизливих епітетів, найбільш культурним з яких було «Так тобі, наркоманко, і треба!»... Я ще довго боялась йти до лікарів, боялась, що вони будуть мене засуджувати. Говорити про свій статус було ще принизливіше.

Тому я не звернулась по медичну допомогу, навіть коли відчула біль у животі, який щодня ставав сильнішим. Мене привезла до гінекологічного відділення машина швидкої допомоги неприємно, із кровотечею. Виявилось, що в мене позаматкова вагітність. Мене врятували, але дітей тепер, на жаль, я мати не зможу.”

МАРИНА, 32 РОКИ, ПОЛТАВА

Психічне здоров'я та ВІЛ

Питання психічного здоров'я жінок, які живуть з ВІЛ, не втрачає своєї актуальності, незважаючи на розширення в Україні програм лікування та підтримки, пов'язаної з ВІЛ-статусом. Самі респондентки акцентують увагу на потребі фахової допомоги після встановлення діагнозу, вважаючи консультування та групи взаємодопомоги найкращими способами захисту психічного здоров'я.

У багатьох випадках порушення психічного здоров'я жінок передує виявленню у них ВІЛ-інфекції та супроводжується ризикованими поведінковими практиками, тому важливим аспектом профілактики поширення ВІЛ є щонайширше охоплення фаховою психологічною підтримкою жінок, які належать до груп ризику.

Кожна п'ята респондентка відповіла, що зловживала наркотиками або алкоголем до виявлення у неї ВІЛ, тривалу депресію до встановлення діагнозу відчували 15,5% опитаних.

Доволі незначна частина жінок (5–12%, які відповіли, що не знають, чи відчували певні психічні розлади) не усвідомлюють власних психологічних проблем, що ускладнює виявлення та надання вчасної допомоги.

Лікування ВІЛ-інфекції та побічні дії

РЕЗУЛЬТАТИ ОПИТУВАННЯ СВИДЧАТЬ ПРО ТЕ, ЩО ЖІНКИ, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ, ЗАГАЛОМ ВІДЛОВИДАЛЬНО СТАВЛЯТЬСЯ ДО НЕОБХІДНОСТІ ВИРІШЕННЯ ПИТАНЬ ЗІ ЗДОРОВ'ЯМ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ЇХНІМ ДІАГНОЗОМ. РЕСПОНДЕНТКИ РЕГУЛЯРНО СПІАКУЮТЬСЯ ЗІ СВОІМИ ВІЛ-КОНСУЛЬТАНТАМИ ТА ПЕРЕВІРЯЮТЬ КІЛЬКІСТЬ КАЛТИН СДЧ.

Більшість опитаних жінок проходять АРВ-лікування, а основною причиною відмови від терапії є страх побічних ефектів. 87% респонденток, які приймають АРВ-препарати (насамперед Алувіа, Тенвір, Вірокомб), відчують побічні ефекти. Найчастіше – втому, зміни настрою, головні болі та/або випадіння волосся.

Тягар догляду

Проблеми повсякденного життя жінок, які живуть з ВІЛ, є важливою складовою для розуміння стилю життя та здоров'я жінки, яка поєднує тягар піклування про власне здоров'я з утриманням домогосподарства.

Повсякденні обов'язки жінок, які мають партнера та дітей, такі як збирання дітей до школи або дитячого садку, у 15,9% випадках покладаються повністю на плечі жінок. Досить значна частина жінок завжди сама займається приготуванням їжі (37,9%) та прибиранням житла (36,5%). 56,3% самостійно перуть одяг, а 64% самостійно його прасують. Приблизно половина жінок (43,5%) самостійно представляють родини в установах та закладах (візити до соціальних служб, чиновників, установ соціального захисту, пенсійного фонду, міграційної служби та ін.). 29,9% самі ходять на батьківські збори, 28,8% – відвідують дитячого лікаря.

Спільно з партнером купують продукти 37,8% жінок, побутову техніку – 55,9%, організовують свята вдома – 52,5% і поза домом – 51%. Щодо прийняття рішень про розподіл сімейного бюджету – 56,4% жінок вирішують ці питання разом з партнерами.

У більшості питань стосовно побуту і стилю життя тягар покладається відповідно до традиційних ґендерних стереотипів, коли більшу частину домашньої роботи виконують саме жінки, а чоловіки приєднуються, коли йдеться про фінансові питання, великі покупки та організацію дозвілля.

Доходи й економічні можливості

Учасниці опитування загалом мають певний рівень доступу до вищої освіти. Майже половина жінок (48%) залежить від партнера тією чи іншою мірою і дещо менше чверті (23,1%) економічно як правило чи завжди залежні від партнера. Через це жінки дуже вразливі: вони зазнають тиску, пов'язаного із економічними питаннями, інших форм насильства з боку партнера і, відповідно, обмежені у прийнятті як фінансових, так і репродуктивних рішень.

Більше половини жінок мають змогу звернутися у центр зайнятості. Лишається відкритим питання, яку роботу і з яким заробітком їм пропонуватимуть у центрі зайнятості.

Більше чверті жінок (28,1%) відповіли, що не можуть поєднувати навчання і роботу без втрат. Одна п'ята респонденток (21,2%) відповіли, що вони завжди чи майже завжди можуть поєднувати навчання і роботу без втрат. Така ситуація означає, що для значної частини жінок одночасно працювати і отримувати освіту неможливо. Також майже половина опитаних жінок тією чи іншою мірою мають доступ до безоплатних чи доступних курсів з отримання додаткової спеціальності чи нових знань.

Дві третини опитаних жінок не мають відповідних знань і навичок для початку власної справи. Лише

чверть опитаних жінок володіють інформацією про те, до кого звернутися по допомогу для відкриття власної справи. Лише половина із опитаних жінок тією чи іншою мірою має доступ до послуг кредитування в українських банках.

Дві третини жінок не мають власного рухомого чи нерухомого майна, і тільки половина жінок самостійно приймають рішення про своє рухоме чи нерухоме майно. На 15% більше за тих жінок, які розпоряджаються власним рухомим чи нерухомим майном, жінок, що на власний розсуд розпоряджаються соціальними виплатами і виплатами на дитину.

Лише для третини жінок народження дитини не зашкодило їхній кар'єрі, майже для половини жінок народження дитини не вплинуло негативно на їхні доходи та фінансові перспективи.

ДИСКУСІЇ У ФОРМАТІ ФОКУС-ГРУП

У проведенні обстежень та дискусії у форматі 4-х фокус-груп взяли участь 57 жінок, які живуть з ВІЛ, з яких:

- 45,6% живуть з ВІЛ понад 10 років, 35,1% – 5–10 років,
- 51,9% є активістками протягом 5 і більше років, 34,4% є активістками не більше 5 років,
- 50,9% мають досвід роботи у наданні послуг лікування ВІЛ більше 5 років, 28,3% мають такий досвід менше 5 років.

Майже однастайно жінки визначили «абсолютні» і «першочергові» пріоритети у формуванні та реалізації національної політики у напрямках

Політики та стратегії:

- Надавати комплексні послуги з лікування ВІЛ та у сфері охорони сексуального та репродуктивного здоров'я, забезпечити лікування лікарями-фахівцями – 98,2%;

- Розширити доказову базу про взаємозв'язок ВІЛ та сексуального і репродуктивного здоров'я та прав людини для дівчат і жінок, які живуть з ВІЛ, на усіх етапах життя – 98,2%;

та питання, пов'язані з **гендерним насильством**:

- Визнати і вирішити питання щодо всіх порушень прав жінок, які живуть з ВІЛ на рівні медичних закладів (наприклад, стигма і дискримінація; упередженість працівників; примусовий аборт або стерилізація; відсутність вибору, приватності або інформації тощо) – 98,2%;
- Визнати і вирішити проблеми з гендерним насильством, зокрема питання стосовно статевого партнера, насиллям з боку інших членів сім'ї та насиллям над жінками, які живуть з ВІЛ, з ключових груп (секс-працівниці, споживачі наркотиків, жінки, які мають секс з жінками, трансгендерні жінки) – 98,2%;
- Визнати і вирішити проблеми гендерної нерівності в суспільстві на усіх рівнях (наприклад, забезпечити рівні можливості працевлаштування і рівної оплати для чоловіків і жінок; забезпечити рівні майнові права та ін.) – 98,2%.

100%

СТО ВІДСОТКІВ АКТИВІСТОК ТА НАДАВАЧІВ ПОСЛУГ ПІДТРИМАЛИ РЕКОМЕНДАЦІЇ:

- Під час планування і надання послуг розуміти вплив супутніх захворювань, у тому числі туберкульозу, гепатиту С, раку та інфекцій, що передаються статевим шляхом, у контексті сексуального і репродуктивного здоров'я та прав жінок, які живуть з ВІЛ.
- Надавати рекомендації із достовірними та сучасними даними про зможу зачати дитину у парах з однаковим або різним ВІЛ-статусом.



ЯК
ВИКОРИСТОВУЄТЬСЯ
ЦЕ ДОСЛІДЖЕННЯ?

ВИСНОВКИ ДОСЛІДЖЕННЯ БУЛИ ВКЛЮЧЕНІ У ПЕРШИЙ НЕЗАЛЕЖНИЙ ЗВІТ, СПЕЦІАЛЬНО ПРИСВЯЧЕНИЙ СТАНОВИЩУ ЖІНОК, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ НАРКОТИКИ, ЖІНОК, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ, СЕКС-ПРАЦІВНИЦЬ, ЛЕСБІЙОК, БІСЕКСУАЛЬНИХ ЖІНОК І ТРАНСГЕНДЕРНИХ ЛЮДЕЙ В УКРАЇНІ.

Звіт було підготовлено громадськими організаціями «Легалайф-Україна», «Інсайт», «Позитивні жінки» та «Світанок». Незалежний звіт було представлено на 66-й сесії CEDAW у Женеві (Швейцарія), 14 лютого 2017 р.

Незалежний звіт містить докази та рекомендації щодо відстоювання кращого та недискримінаційного надання послуг жінкам, які живуть з ВІЛ, ліквідації сексуального та інших форм насильства, у тому числі насильства з боку представників поліції, захист репродуктивних і батьківських прав та викорінення численних стигм.⁶

Комітет CEDAW розглянув доповідь та взяв до уваги деякі з проблемних питань, порушених громадянським суспільством України, шляхом включення їх у Заключні зауваження до восьмої періодичної доповіді України. Комітет наголосив, що Україна повинна «активізувати виконання стратегій з боротьби з ВІЛ/СНІДом, зокрема превентивних стратегій, забезпечити доступ жінкам, які стали жертвами сексуального насильства, до комплексної медичної допомоги, в тому числі екстреної контрацепції та профілактики зараження ВІЛ/СНІДом, підтримки психічного здоров'я та психологічної підтримки,

⁶ Незалежний звіт про ситуацію жінок, які вживають наркотики, жінок, які живуть з ВІЛ, задіяних у секс-індустрії, лесбійок, жінок-бісексуалів і трансгендерів в Україні підготовлений громадськими організаціями «Легалайф-Україна», «Інсайт», «Позитивні жінки» та «Світанок», 2017. http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCEDAW%2fNGO%2fUKR%2f26367&Lang=en

⁷ Комітет з ліквідації дискримінації щодо жінок, Заключні зауваження до восьмої періодичної доповіді України, 2017, № 39 (с.д) http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2fC%2fUKR%2fCO%2f8&Lang=en

яка надається фахівцями в галузі охорони здоров'я, надати ефективний доступ до медичної інформації та забезпечити доступність (медичних) послуг для жінок та дівчат, зокрема щодо репродуктивного здоров'я та методів контрацепції, здійснити збір категоризованих даних і забезпечити навчання медичних працівників, зокрема в сільській місцевості»⁷.

Приділяючи основну увагу взаємозв'язку між статтю, ґендерною ідентичністю, а також правами людини та перешкодами і проблемами, зумовленими ґендерним чинником, у тому числі ґендерним насильством, Комітет рекомендує вживати програмних та політичних зусиль щодо профілактики ВІЛ. Включення висновків дослідження у заходи з виконання Конвенції CEDAW може вплинути на політику підвищення якості медичного обстеження, спостереження, надання психологічних, юридичних та медичних консультацій, медичного догляду та медичної підтримки, соціального та юридичного захисту та запобігання будь-якої форми дискримінації через ВІЛ.

Висновки дослідження було включено у Стратегію відстоювання ліквідації дискримінації жінок, які живуть з ВІЛ, на 2017–2018 рр. БО «Позитивні жінки», цілями якої є робота з представниками Уряду, партнерами з розвитку та відповідними групами громадянського суспільства задля впливу на правоохоронну політику та політику у сфері охорони здоров'я, що стосується жінок, які живуть з ВІЛ. Міністерство економічного розвитку також урахувало результати дослідження шляхом включення їх у Національну доповідь «Цілі сталого розвитку: Україна»⁸ і локалізація цілей сталого розвитку».

Висновки дослідження є важливими для розвитку та моніторингу національних політик, що стосуються захисту жінок, які живуть з ВІЛ, таких як Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 рр. та майбутня Державна програма забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків на 2018–2022 рр., а також План дій щодо реалізації Національної стратегії у сфері прав людини на 2015–2020 роки.

⁸ Національна доповідь «Цілі сталого розвитку: Україна», 2017. – С. 28, http://www.un.org.ua/images/SDGs_NationalReportEN_Web.pdf

Міжнародні норми і стандарти, що стосуються жінок та ВІЛ і СНІДу:

Пекінська декларація та платформа дій закликає до залучення жінок до політик та програм з питань ВІЛ/СНІДу; перегляд і внесення змін до законодавства, що недостатньо захищає жінок від ВІЛ та СНІДу, впровадження законодавства, політик та практик для захисту жінок і дівчат від дискримінації, обумовленої ВІЛ/СНІДом; посилення національного потенціалу для створення та удосконалення гендерної політики та програм з ВІЛ/СНІДу.

Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (CEDAW) та її Загальні рекомендації містять важливі істотні положення для досягнення гендерної рівності. Вони надають державам-учасницям засоби для реалізації прав людини жінок, включаючи розробку гендерно орієнтованих національних заходів боротьби з ВІЛ/СНІДом.

17 цілей сталого розвитку (ЦСР) спрямовані на подолання бідності до 2030 року та сприяють соціальному розвитку, економічному процвітання та охороні навколишнього природного середовища для всіх. Ціль 3 спрямована на забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю з метою ліквідації СНІДу до 2030 року. Ціль 5 спрямована на досягнення гендерної рівності та розширення прав і можливостей жінок та дівчат. Ці цілі, разом з усіма іншими, є вкрай важливими дорожніми картами дій щодо усунення міжсекторальної гендерної нерівності в умовах епідемії ВІЛ.

У Декларації Генеральної асамблеї ООН від 2001 року про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом наголошено, що гендерна рівність і розширення прав і можливостей жінок та дівчат були основними інструментами зменшення уразливості жінок та дівчат до ВІЛ/СНІДу. У Політичній декларації щодо ВІЛ/СНІДу від 2006 року визнано, що заохочення до

ґендерної рівності, розширення прав і можливостей жінок та захист прав дівчат повинні бути основними складовими будь-якої комплексної стратегії боротьби з епідемією.

У Політичній декларації щодо ВІЛ/СНІДу від 2011 року: з активізацією зусиль для подолання ВІЛ-інфекції/СНІДу Держави-члени ООН зобов'язалися розширити можливості жінок та дівчат-підлітків для їхнього самозахисту від ризику зараження ВІЛ та вжити всіх необхідних заходів для створення сприятливих умов для розширення прав і можливостей жінок.

У Політичній декларації щодо ВІЛ/СНІДу від 2016 року: з прискоренням темпів боротьби з ВІЛ та подоланням епідемії СНІДу до 2030 року Держави-члени ООН взяли на себе тверді зобов'язання досягти ґендерної рівності та розширити права та можливості усіх жінок і дівчат у межах зусиль з подолання СНІДу до 2030 року.

Серед Резолюцій Ради з прав людини щодо захисту прав людини в контексті ВІЛ та СНІДу є Резолюція 16/28. Ухвалена у 2011 році, вона наголошує на забезпеченні наявності, доступності та ціновій прийнятності лікарських засобів та медичних послуг для ВІЛ-позитивних вагітних жінок. Вона також закликає до створення або розширення ґендерної політики та програм з ВІЛ/СНІДу.

Резолюція Ради Безпеки ООН 1983 року, в якій від 2011 року йдеться про непропорційно тяжкий тягар ВІЛ та СНІДу для жінок. Вона настійливо закликає Держави-члени, установи ООН, міжнародні фінансові установи та інші відповідні зацікавлені сторони підтримувати національні системи охорони здоров'я та мережі громадянського суспільства в наданні допомоги жінкам, які живуть з ВІЛ або страждають на ВІЛ у конфліктних та постконфліктних ситуаціях.

Комісія ООН з питань становища жінок ухвалила резолюції щодо жінок, дівчат та ВІЛ і СНІДу, зокрема Резолюцію 60/2 у 2016 році. Вона видала узгоджені висновки щодо рівного розподілу обов'язків між жінками та чоловіками, у тому числі з догляду у зв'язку з ВІЛ та СНІДом у 2009 році, та щодо жінок, дівчат і ВІЛ/СНІДу у 2001 році.

ООН Жінки є організацією ООН,
яка займається питаннями гендерної рівності
та захисту прав жінок. Направлена на
підтримку жінок і дівчат, ООН Жінки була
створена для прискорення прогресу у виконанні
їх потреб у всьому світі.

© ООН Жінки 2017. Всі права захищені.



Canada

вул. Еспланадна, 20
Київ, 01023, Україна
Тел.: +38 044 253 5980

<http://ukraine.unwomen.org>
www.facebook.com/unwomenukraine
www.twitter.com/unwomenukraine
www.youtube.com/unwomen
www.flickr.com/unwomeneuropecentralasia