



# ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ НАДАННЯ ПОСЛУГ ДЛЯ ЛЖВ

*Підготовлено ІП «ГФК ЮКРЕЙН» для ВБО  
«Всеукраїнська Мережа ЛЖВ»*

**Автори звіту:** старший дослідник ІП «ГФК ЮКРЕЙН» Інна Волосевич, дослідники ІП «ГФК ЮКРЕЙН» Володимир Головка та Ольга Ігнатова

**Консультанти:** гендерний експерт Елла Ламах, кандидат соціологічних наук Тамара Марценюк

**Затверджено:**  
Грудень, 2012

## ЗМІСТ

<b>ТЕРМІНИ ТА СКОРОЧЕННЯ .....</b>	<b>3</b>
<b>ЦІЛІ ТА МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ .....</b>	<b>5</b>
<b>1. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ ПОРТРЕТ ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК, ЩО ЖИВУТЬ З ВІЛ.....</b>	<b>10</b>
<b>2. ДОСТУП ДО МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ .....</b>	<b>17</b>
2.1. Рівень користування послугами ВІЛ-сервісних організацій	17
2.2. Рівень задоволеності потреб існуючою системою послуг	20
2.3. Бар'єри до користування послугами	21
2.3.1. Побутові та інфраструктурні бар'єри до користування послугами ВІЛ-сервісних організацій	21
2.3.2. Гендерні стереотипи	33
2.4. Висновки щодо перевірки Гіпотези 1: ВІЛ-позитивні чоловіки та ВІЛ-позитивні жінки мають нерівний доступ до медико-соціальних послуг, які мають вплив на підтримку здоров'я.	36
2.5. Рекомендації щодо подолання бар'єрів щодо доступу до медико-соціальних послуг для чоловіків та жінок.	37
<b>3. ПОТРЕБИ В ҐЕНДЕРНО-ЧУТЛИВИХ ПОСЛУГАХ.....</b>	<b>38</b>
3.1. Особливості надання ґендерно-чутливих послуг для ВІЛ-позитивних чоловіків та жінок	38
3.2. Очікування ВІЛ-позитивних жінок та чоловіків щодо ґендерно-чутливого аспекту надання/отримання медико-соціальних послуг	43
3.3. Практика вивчення та врахування потреб як ВІЛ-позитивних чоловіків, так і ВІЛ-позитивних жінок у ґендерно-чутливих медико-соціальних послугах, причини з боку надавачів послуг, які заважають впровадженню ґендерно-чутливих медико-соціальних послуг для чоловіків та жінок	47
3.4. Висновки щодо перевірки Гіпотези 2: У клієнтів потреби в ґендерно-чутливих послугах сформовані, а надавачі готові їх враховувати.	52
3.5. Рекомендації щодо впровадження ґендерно-чутливих медико-соціальних послуг для чоловіків та жінок.	53
<b>4. ҐЕНДЕРНЕ НАСИЛЬСТВО.....</b>	<b>54</b>
4.1. Насильство як причина інфікування ВІЛ	54
4.2. ВІЛ-позитивний статус як причина насильства	55
4.3. Стереотипи щодо насильства, його види та прояви	55
4.4. Причини насильства, портрети жертви та агресора	58
4.5. Висновки щодо перевірки Гіпотези 3 «ВІЛ-позитивні жінки найчастіше є жертвами ґендерного насильства. Насильство може бути причиною інфікування ВІЛ, мати різні форми та впливати на доступ до послуг».	61
4.6. Рекомендації з попередження та подолання причин насильства	61

## ТЕРМІНИ ТА СКОРОЧЕННЯ

**АРТ** – антиретровірусна терапія.

**ВІЛ** – вірус імунодефіциту людини.

**ГФ, Глобальний Фонд** - Глобальний Фонд з боротьби зі СНІД, туберкульозом і малярією

**Гендер (соціальна стать)** – це соціальні відмінності в ролях, поведінці, ментальних та емоційних характеристиках між чоловіками та жінками.

**Гендерні стереотипи** – набір схематичних, часто викривлених уявлень, норм і суджень, які стосуються становища чоловіків і жінок, їхньої поведінки, вчинків і характеру потреб.

**Гендерна рівність** – рівний правовий статус жінок і чоловіків та однакові можливості для його реалізації, що дає змогу особам обох статей нарівно брати участь у всіх сферах життєдіяльності суспільства.

**Гендерна дискримінація** – дискримінація за ознакою статі – дії чи бездіяльність, що виражають будь-яке розрізнення, виняток або привілеї за ознакою статі, якщо вони спрямовані на обмеження або унеможливають визнання, користування чи здійснення на рівних підставах прав і свобод людини для жінок і чоловіків.

**Гендерний підхід** – це підхід, що базується на урахуванні різних потреб та різних ситуацій, в яких опиняються жінки та чоловіки через свої соціальні ролі.

**Гендерно-чутливі програми/проекти соціального спрямування** – діяльність або послуги, які надаються особливим методом клієнтам конкретної статі або спрямовані на зміну поведінки саме жінок/чоловіків.

**Гендерно-чутливий підхід до надання послуг у сфері ВІЛ/СНІД – це підхід, який повинен:**

- враховувати гендерні відмінності (в т.ч. соціальні, психологічні та біологічні особливості та потреби) в надання послуг ЛЖВ;
- забезпечувати рівність прав (в т.ч. рівність у доступі до послуг) чоловіків та жінок;
- бути направленим на зміну тих гендерних ролей, які негативно впливають на доступ до послуг та якість життя з ВІЛ.

**Дискримінація** – дія або поведінка, ґрунтована на упередженні. Дискримінація є шляхом зумисного або неусвідомлюваного виявлення стигматичних переконань.

**Догляд** – це комплекс послуг, які направлені на покращення фізичного стану та якості життя ЛЖВ, та, які передбачають безперервність, інтенсивність, індивідуальність надання допомоги (патронаж, надання медичної допомоги) та інше.

**ЖКС** – жінки комерційного сексу.

**ЛЖВ** – люди, які живуть з ВІЛ.

**Мережа** - ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ».

**НУО** – неурядова організація.

**Підтримка** – це комплекс послуг, які направлені на покращення психоемоційного, соціального, матеріального стану ЛЖВ та їх близького оточення, які передбачають надання послуг відповідно до потреб та запиту клієнту з метою формування соціально-економічної та психологічної незалежності (консультації, психотерапія, групи самопомоги, супровід та інше).

**РКС** – робітники комерційного сексу.

**СІН** – споживачі ін'єкційних наркотиків.

**СНІД** – синдром набутого імунодефіциту.

**СНІД-центр** – центр з профілактики та боротьби зі СНІДом.

**Стигма ЛЖВ** – вживається для позначення усіх видів негативного ставлення та негативних переконань стосовно людей, які живуть із ВІЛ (ЛЖВ), або тих, кого вважають інфікованими, включно із партнером або коханою людиною, близькими друзями, соціальними групами чи спільнотами.

**ЧСЧ** - чоловіки, які мають секс із чоловіками – загальний термін, створений, щоб охопити ЧСЧ, які не ідентифікують себе як геї або бісексуали.

**ЧКС** – чоловіки комерційного сексу.

**ЦСССДМ** – Центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.

**ЮНЕЙДС** – Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІД.

## ЦІЛІ ТА МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

На поширення епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні впливають ґендерні чинники, оскільки захворювання на ВІЛ та СНІД у великій мірі зумовлені характером ґендерних відносин, рівнем ґендерної культури чоловіків і жінок.

Для кожної статі існують різні фактори уразливості щодо ВІЛ, що, у свою чергу, визначає різні потреби в заходах з профілактики, догляду та підтримки. Так, чоловіки переважають серед СІН, які залишаються основною групою ризику, що обумовлює розвиток епідемії в Україні (відповідно до даних Інформаційного бюлетеню «ВІЛ-інфекція в Україні» №38 станом на 01.07.2012 року), а також повністю формують групу ризику ЧСЧ, тоді як РКС переважно представлені жінками, що пояснюється складним комплексом ґендерних та біологічних факторів<sup>1</sup>. Загалом відповідно до Інформаційного бюлетеню «ВІЛ-інфекція в Україні» №37 (станом на 1.01.2012) розподіл ЛЖВ за статтю становить 55/45 чоловіків та жінок, тоді як за даними Державної служби статистики України станом на 1.01.2011 розподіл населення України за статтю становить 46/54 чоловіків та жінок (серед населення молодшого віку, що є більш уразливим до ВІЛ, співвідношення чоловіків та жінок становить близько 50/50). Отже, загалом чоловіки є дещо більш уразливими до ВІЛ, але при поширенні статевого шляху передачі ВІЛ (що став домінувати над ін'єкційним з 2008 року відповідно до Інформаційних бюлетенів «ВІЛ-інфекція в Україні») почала збільшуватися саме кількість ВІЛ-інфікованих дівчат та жінок.

Відповідно до цього і підходи з подолання чинників та наслідків інфікування мають враховувати фізіологічні та ґендерні особливості. ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» (далі – Мережа) в співпраці з ЮНЕЙДС та Державною службою України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань розробили проект стратегії «ґендерна складова у політиці протидії ВІЛ-інфекції». Дана стратегія буде включена до наступної Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД. У контексті розробки даної стратегії метою дослідження було дослідити ґендерний аспект у процесі надання та отримання медико-соціальних послуг ЛЖВ, а також описати прояви ґендерного насильства по відношенню до ВІЛ-позитивних жінок та чоловіків.

Спеціалісти Мережі сформували наступні гіпотези дослідження:

**Гіпотеза 1. ВІЛ-позитивні чоловіки та ВІЛ-позитивні жінки мають нерівний доступ до медико-соціальних послуг, які мають вплив на підтримку здоров'я.**

Дослідницькі завдання до Гіпотези 1:

- проаналізувати, чи рівний доступ мають ВІЛ-позитивні жінки та чоловіки до медико-соціальних послуг;
- дослідити, у чому полягають ґендерні відмінності у наявних бар'єрах щодо доступу до медико-соціальних послуг для чоловіків та жінок;
- розробити рекомендації щодо подолання бар'єрів щодо доступу до медико-соціальних послуг для чоловіків та жінок.

**Гіпотеза 2. У клієнтів потреби в ґендерно-чутливих послугах сформовані, а надавачі готові їх враховувати.**

Дослідницькі завдання до Гіпотези 2:

- визначити особливості надання ґендерно-чутливих послуг для ВІЛ-позитивних чоловіків та жінок;
- дослідити очікування ВІЛ-позитивних жінок та чоловіків щодо ґендерно-чутливого аспекту надання/отримання медико-соціальних послуг;
- висвітлити практику вивчення та врахування потреб як ВІЛ-позитивних чоловіків, так і ВІЛ-позитивних жінок у ґендерно-чутливих медико-соціальних послугах;

<sup>1</sup> Детальний аналіз факторів уразливості чоловіків та жінок до ВІЛ наведено в проекті стратегії «ґендерна складова у політиці протидії ВІЛ-інфекції», документ доступний за посиланням <http://network.org.ua/media/news/page-3201/>

- дослідити причини з боку надавачів послуг, які заважають впровадженню ґендерно-чутливих медико-соціальних послуг для чоловіків та жінок.

**Гіпотеза 3. ВІЛ-позитивні жінки найчастіше є жертвами ґендерного насильства. Насильство може бути причиною інфікування ВІЛ, мати різні форми та впливати на доступ до послуг.**

Дослідницькі завдання до Гіпотези 3:

- дослідити прояви різних форм насильства по відношенню до ВІЛ-позитивних жінок та чоловіків;
- визначити тип насильства, яке мало місце;
- визначити, чи було насильство причиною ВІЛ-інфікування;
- визначити, чи був ВІЛ-позитивний статус причиною насильства;
- визначити обставини, в яких найчастіше відбувається насильство;
- вивчити портрет жертви та агресора;
- проаналізувати можливості з попередження та подолання причин насильства.

Дослідницькі гіпотези були перевірені шляхом опитування ЛЖВ, а також працівників ВІЛ-сервісних НУО та медичних працівників.

Опитування ЛЖВ проводилось методом особистого інтерв'ю. Респонденти відбирались у центрах профілактики та боротьби зі СНІДом (далі СНІД-центри) для того, щоб охопити як клієнтів, так і не клієнтів послуг з догляду та підтримки. Всього було опитано 519 респондентів.

Опитування працівників ВІЛ-сервісних НУО та медичних працівників проводилося методом комп'ютеризованого телефонного інтерв'ю (всі респонденти надали перевагу телефонному інтерв'ю перед особистим) в студії ІП «ГФК УКРЕЙН». Загалом було проведено 31 інтерв'ю із представниками ВІЛ-сервісних НУО (соціальний працівник, психолог або юрист) та 30 інтерв'ю із медичними працівниками в СНІД-центрах та протитуберкульозних диспансерах (у СНІД-центрах опитувався лікар-інфекціоніст, у протитуберкульозних диспансерах - фтизіатр).

Польовий етап дослідження проводився в листопаді 2012 року.

Опитування охопило 12 обласних центрів, АР Крим та 2 міста загальнодержавного значення. На Сході були охоплені Харків, Донецьк та Луганськ, на Півдні – Запоріжжя, Миколаїв, Сімферополь та Севастополь, у Центрі – Дніпропетровськ, Полтава та Вінниця, на Півночі – Житомир, Чернігів та м. Київ, на Заході – Львів та Луцьк.

Планувалося провести по 33 інтерв'ю в кожному місті, але у Львові та Києві була проведена більша кількість інтерв'ю<sup>2</sup>, тому для подальшого аналізу дані було зважені для отримання однакової кількості респондентів у кожному СНІД-центрі. У Таблиці 1 подається порівняння запланованої вибірки ЛЖВ із реалізованою, у Таблиці 2 та 3 – порівняння запланованої вибірки лікарів СНІД-центрів та протитуберкульозних диспансерів із реалізованою вибіркою. Слід зазначити, що працівники НУО краще йшли на контакт, тоді як частина працівників СНІД-центрів та протитуберкульозних диспансерів відмовлялися брати участь в опитуванні, тому їх доводилось замінювати працівниками інших організацій.

Таблиця 1. Запланована та реалізована вибірка ЛЖВ\*

Місто	Запланована кількість опитаних	Реалізована кількість опитаних
Вінниця	33	33
Дніпропетровськ	33	33

<sup>2</sup> Більша кількість інтерв'ю у Києві пояснюється тим, що у даному місті було додатково проведено 7 пілотних інтерв'ю, а більша кількість інтерв'ю у Львові – тим, що представники СНІД-центрів у деяких містах на Заході спочатку відмовились від проведення опитування і замість даних міст було вирішено провести більше інтерв'ю у Львові, але згодом вдалося налагодити співпрацю із СНІД-центрами в усіх містах.

Донецьк	33	33
Житомир	33	33
Запоріжжя	33	33
Київ	33	40
Луганськ	33	33
Луцьк	33	33
Львів	33	49
Миколаїв	33	33
Полтава	33	33
Севастополь	33	33
Сімферополь	33	33
Харків	33	33
Чернігів	33	33
<b>ВСЬОГО</b>	<b>495</b>	<b>519</b>

\*Далі у звіті представлені зважені дані відповідно до запланованої кількості опитаних

Таблиця 2. Запланована та реалізована вибірка працівників ВІЛ-сервісних НУО

Організація	Запланована кількість респондентів	Реалізована кількість респондентів
<b>Вінниця</b>		
1. Вінницьке ОВ ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»	1	2
<b>Дніпропетровськ</b>		
2. Криворізьке МВ ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»	2	2
<b>Донецьк</b>		
3. Клуб «Світанок»	2	2
<b>Житомир</b>		
4. Житомирське ОВ ВБО «Всеукраїнська Мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД»	2	2
<b>Запоріжжя</b>		
5. Запорізьке ОВ ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»	2	2
<b>Київ</b>		
6. Київське МВ ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»	2	2
<b>Луганськ</b>		
7. «Крок у майбутнє»	2	2
<b>Луцьк</b>		
8. «Шанс»	2	2
<b>Львів</b>		
9. Львівське ОВ ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»	2	2
<b>Миколаїв</b>		
10. Миколаївське ОВ ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»	2	2
<b>Полтава</b>		
11. Полтавське ОВ ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»	1	1
12. «Світло надії»	2	2
<b>Севастополь</b>		
13. «Гавань плюс»	2	2
<b>Сімферополь</b>		
14. «Надія та порятунок»	1	1
15. Кримське В ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»	1	1
<b>Харків</b>		
16. Харківське ОВ ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»	2	2
<b>Чернігів</b>		
17. Чернігівське ОВ ВБО «Всеукраїнська Мережа ЛЖВ»	2	2

Організація	Запланована кількість респондентів	Реалізована кількість респондентів
<b>Вінниця</b>		
1. Вінницьке ОБ ВБО Всеукраїнська мережа ЛЖВ»	1	2
<b>Усього респондентів</b>	<b>30</b>	<b>31</b>

Таблиця 3. Запланована та реалізована вибірка працівників СНІД-центрів та протитуберкульозних диспансерів

Організація	Запланована кількість респондентів	Реалізована кількість респондентів
<b>Вінниця</b>		
1. Вінницький обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом	1	1
2. Обласний протитуберкульозний диспансер	1	1
<b>Дніпропетровськ</b>		
3. Дніпропетровський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом	1	1
4. Обласний протитуберкульозний диспансер	1	1
<b>Донецьк</b>		
5. Донецький обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом	1	1
6. Обласний протитуберкульозний диспансер	1	1
<b>Житомир</b>		
7. Житомирський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом	1	0*
8. Обласний протитуберкульозний диспансер	1	1
<b>Запоріжжя</b>		
9. Запорізький обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом	1	1
10. Обласний протитуберкульозний диспансер	1	1
<b>Івано-Франківськ</b>		
11. Фтизіопульмонологічний центр	0	1
<b>Київ</b>		
12. Київський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом	1	1
13. Обласний протитуберкульозний диспансер	1	1
<b>Луганськ</b>		
14. Луганський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом	1	1
15. Обласний протитуберкульозний диспансер	1	1
<b>Луцьк</b>		
16. Волинський обласний центр по профілактиці та боротьби зі СНІДом	1	1
17. Обласний протитуберкульозний диспансер	1	1
<b>Львів</b>		
18. Львівський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом	1	0**
19. Обласний протитуберкульозний диспансер	1	0***
<b>Миколаїв</b>		



20. Миколаївський обласний центр профілактики та лікування хворих на СНІД	1	1
21. Обласний протитуберкульозний диспансер	1	1
<b>Полтава</b>		
22. Полтавський обласний центр профілактики ВІЛ-інфекції та боротьби зі СНІДом	1	1
23. Обласний протитуберкульозний диспансер	1	1
<b>Рівне</b>		
24. Рівненський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом	0	1
<b>Севастополь</b>		
25. Севастопольський міський центр профілактики і боротьби зі СНІДом	1	1
26. Севастопольський міський протитуберкульозний диспансер	1	1
<b>Сімферополь</b>		
27. Кримська Республіканська установа «Центр профілактики та боротьби зі СНІДом»	1	1
28. Кримська республіканська установа «Протитуберкульозний диспансер»	1	1
<b>Суми</b>		
29. Сумський обласний центр профілактики ВІЛ-інфекції та СНІДу	0	1
30. Обласний протитуберкульозний диспансер	0	1
<b>Харків</b>		
31. Харківський обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом	1	1
32. Обласний протитуберкульозний диспансер	1	1
<b>Чернігів</b>		
33. Чернігівський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом	1	1
34. Обласний протитуберкульозний диспансер	1	0****
<b>Усього респондентів</b>	<b>30</b>	<b>30</b>

\* Житомирський обласний центр профілактики та боротьби із СНІДом замінено на Сумський обласний центр профілактики ВІЛ-інфекції та СНІДу у зв'язку з відрядженням лікаря.

\*\* Львівський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом замінено на Рівненський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом у зв'язку з відмовою респондента.

\*\*\* Львівський обласний протитуберкульозний диспансер замінено на Івано-Франківський фтизіопульмонологічний центр у зв'язку з відмовою респондента.

\*\*\*\* Чернігівський обласний протитуберкульозний диспансер замінено на Сумський обласний протитуберкульозний диспансер у зв'язку з відрядженням лікаря.

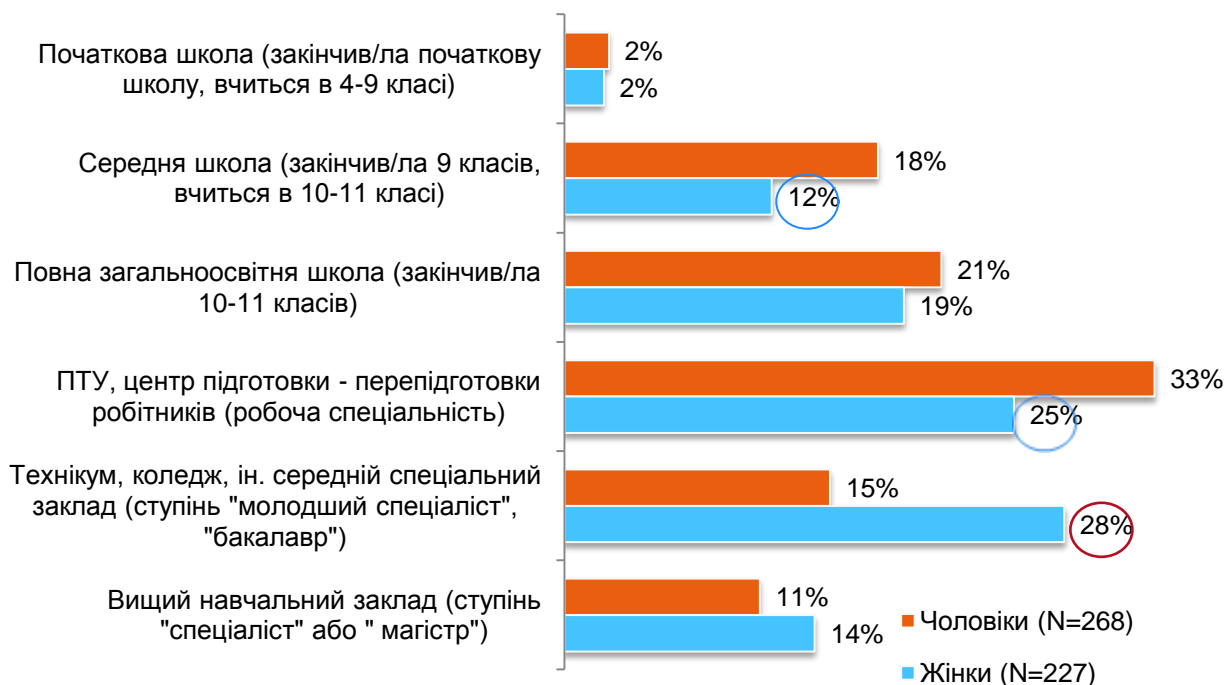
Результати опитування аналізуються у розрізі статі респондента (опитування ЛЖВ) та типу організації: СНІД-центр, протитуберкульозний диспансер, ВІЛ-сервісна НУО (опитування працівників). Далі у звіті позначено статистично значущі відмінності між відповідями ЛЖВ чоловічої та жіночої статі на рівні 10%.

## 1. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ ПОРТРЕТ ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК, ЩО ЖИВУТЬ З ВІЛ

Соціально-демографічні відмінності між ЛЖВ чоловічої та жіночої статі обумовлюють їх різні потреби та життєві обставини, що в свою чергу можуть бути причинами ґендерної нерівності у доступі до послуг. З метою детального вивчення впливу даного чинника до опитувальника для ЛЖВ було включено блок питань, присвячений опису їхніх соціально-демографічних характеристик.

Статистично значущих відмінностей між опитаними чоловіками та жінками за віком виявлено не було: більшість опитаних ЛЖВ належать до вікової групи 25-34 роки (43%) та 35-44 роки (39%), лише 5% ще не досягли 25-ти років, а 13% мають більше 44 років. Жінки є більш освіченими, ніж чоловіки: серед жінок статистично значуще більше тих, хто отримав середню спеціальну освіту – закінчив технікум або коледж (28% проти 15% серед чоловіків), а серед чоловіків – тих, хто має базову середню освіту та робочу спеціальність (див. Діаграму 1.1.).

Діаграма 1.1. Рівень освіти \*



\* Тут і далі у звіті статистично значущі відмінності (на рівні 10%) відповідей жінок від відповідей чоловіків позначено кружечками: червоні кружечки означають, що серед жінок той чи інший показник є вищим, ніж серед чоловіків, сині кружечки – що серед жінок той чи інший показник є нижчим.

За основним родом занять, серед жінок значно більше самозайнятих (6% проти 2% серед чоловіків), також саме вони переважно займаються домашнім господарством (10% жінок проти 0% чоловіків), водночас серед чоловіків значуще більше непрацюючих через інвалідність (9% проти 16% чоловіків). Рівень зайнятості чоловіків і жінок є майже однаковим, але жінки частіше не працюють тому, що займаються домашнім господарством, а чоловіки через інвалідність (див. Діаграму 1.2.).

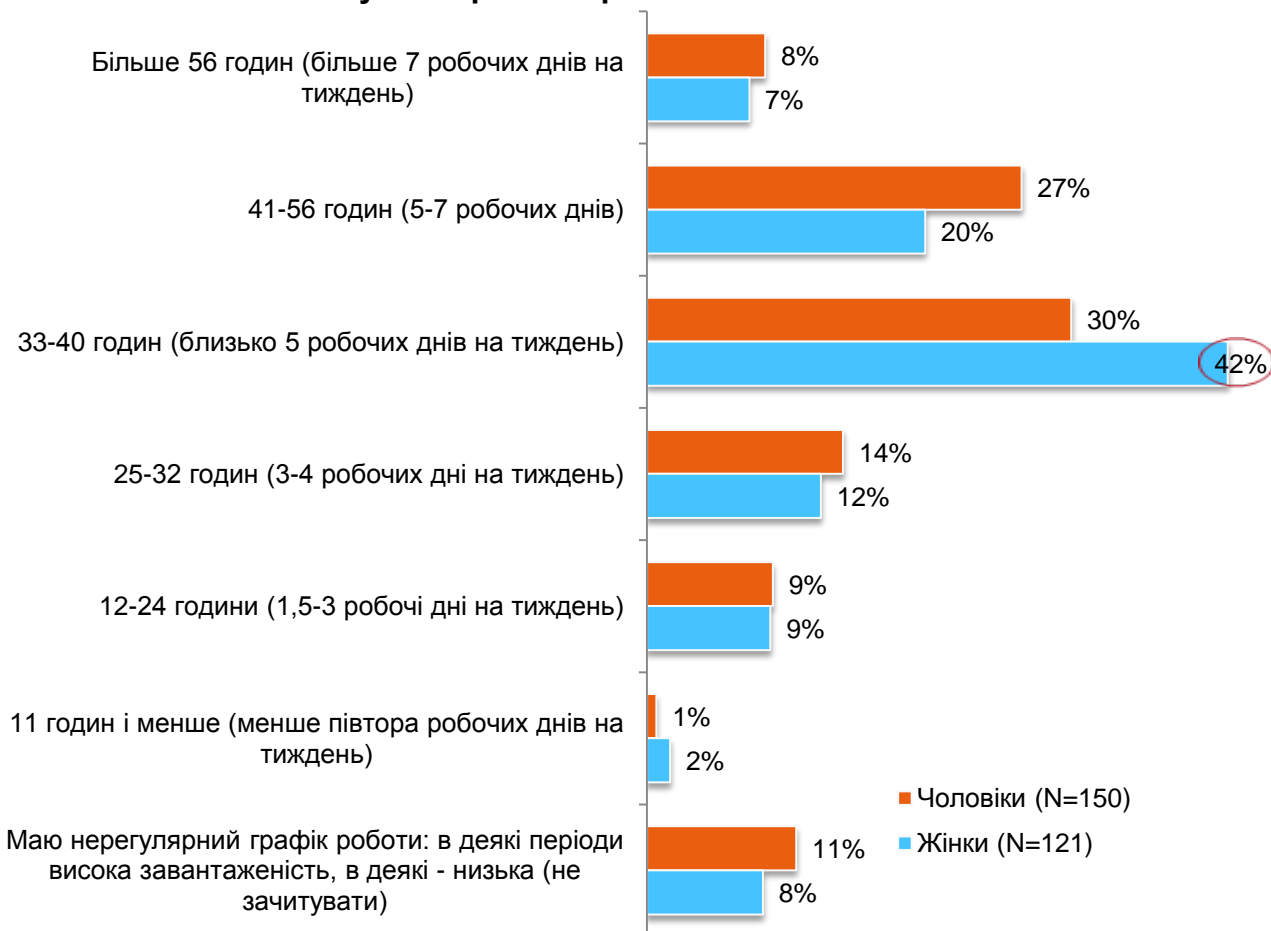
Діаграма 1.2. Основний рід занять



Прикметно, що 19% опитаних іноді працюють у нічний час, а 2% завжди працюють у нічний час – статистично значущої різниці у відповідях чоловіків і жінок не виявлено.

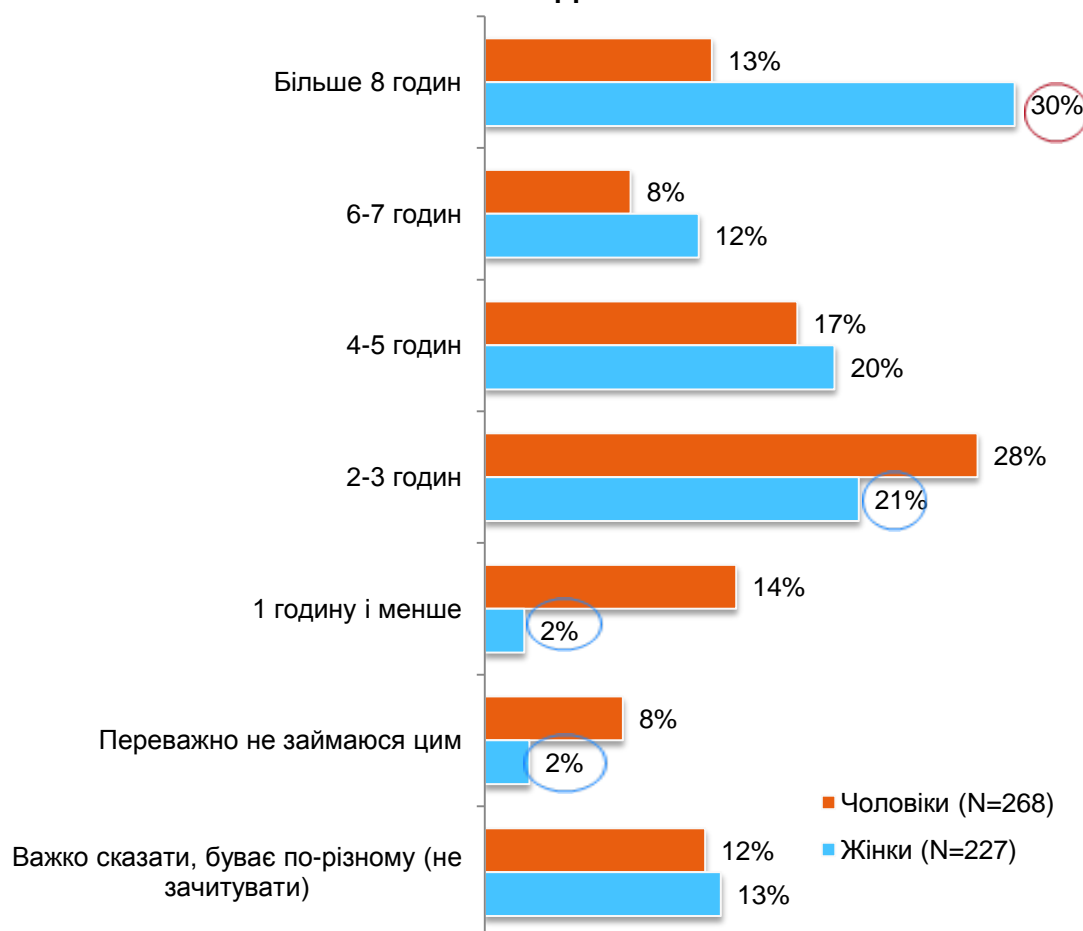
Серед зайнятих жінок значуще більше тих, хто працює за звичним робочим графіком – 33-40 годин на тиждень (42% проти 30% серед чоловіків), в той час як серед чоловіків більше тих, хто працює із більшим навантаженням – 41-56 годин (35% проти 27% жінок) (див. Діаграму 1.3.).

**Діаграма 1.3. Час, який в середньому присвячується  
оплачуваній роботі протягом ТИЖНЯ**



Натомість, жінки значно більше за чоловіків витрачають сил на хатню роботу та піклування про близьких – 30% опитаних жінок (проти 13% чоловіків) присвячують їй 8 або більше годин в день, тоді як відносно більшість чоловіків займається хатньою роботою лише 2-3 години на день (28% проти 21% жінок) (див. Діаграму 1.4.). Отже, ґендерна нерівність у навантаженні хатньою роботою є значно вищою за нерівність у навантаженні оплачуваної роботою.

**Діаграма 1.4. Час, який в середньому присвячується хатній роботі, піклуванню про дітей та інших членів родини протягом ДНЯ**



Жінки в цілому краще оцінюють фінансовий стан свого домогосподарства, ніж чоловіки: серед них значуще менше тих, хто економить на харчуванні (17% порівняно із 24% серед чоловіків), та, відповідно, значуще більше тих, хто вважає, що їм вистачає на харчування, але треба заощадити або позичити для придбання одягу або взуття (35% проти 26% чоловіків).

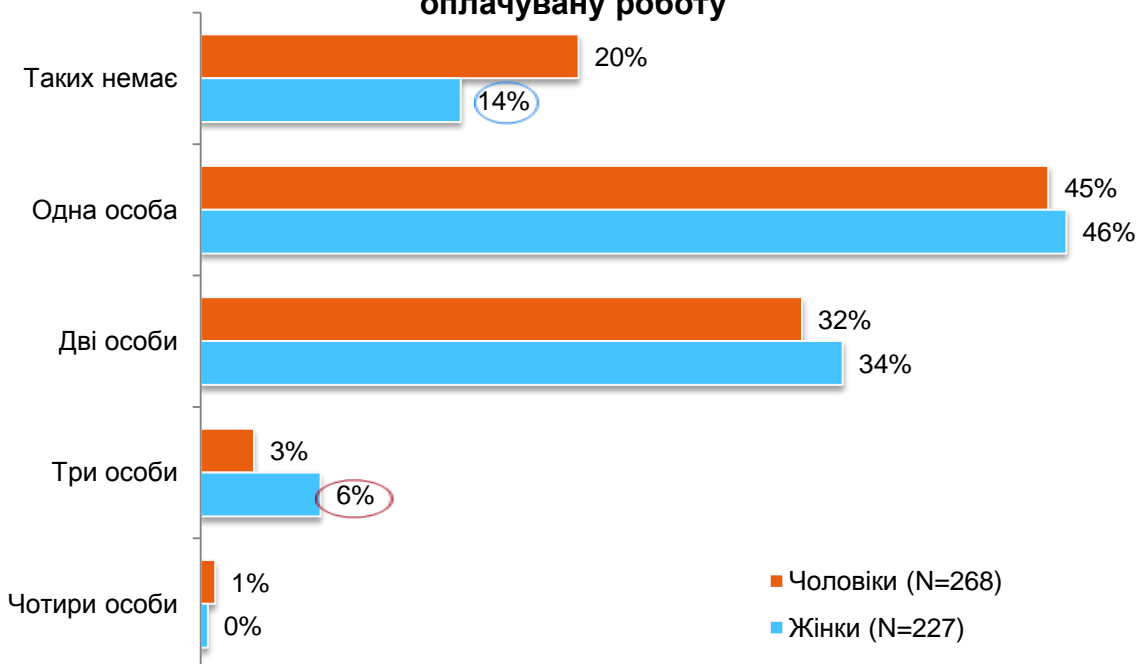
Діаграма 1.5. Фінансовий стан домогосподарства



Незважаючи на відмінності у фінансовому стані, не зафіксовано значущої відмінності між чоловіками та жінками у доступі до Інтернету (що є важливим ресурсом з точки зору доступу до інформації про послуги з лікування, догляду та підтримки). Це пояснюється тим, що різниця у фінансовому стані між чоловіками та жінками виявляється тільки на рівні категорій «змушені економити на харчуванні» та «змушені економити на одязі та взутті», тоді як доступ до Інтернету переважно мають ЛЖВ з більш заможних домогосподарств, які є однаково представлені серед чоловіків та жінок. Загалом 54% опитаних ЛЖВ мають можливість користуватися Інтернетом.

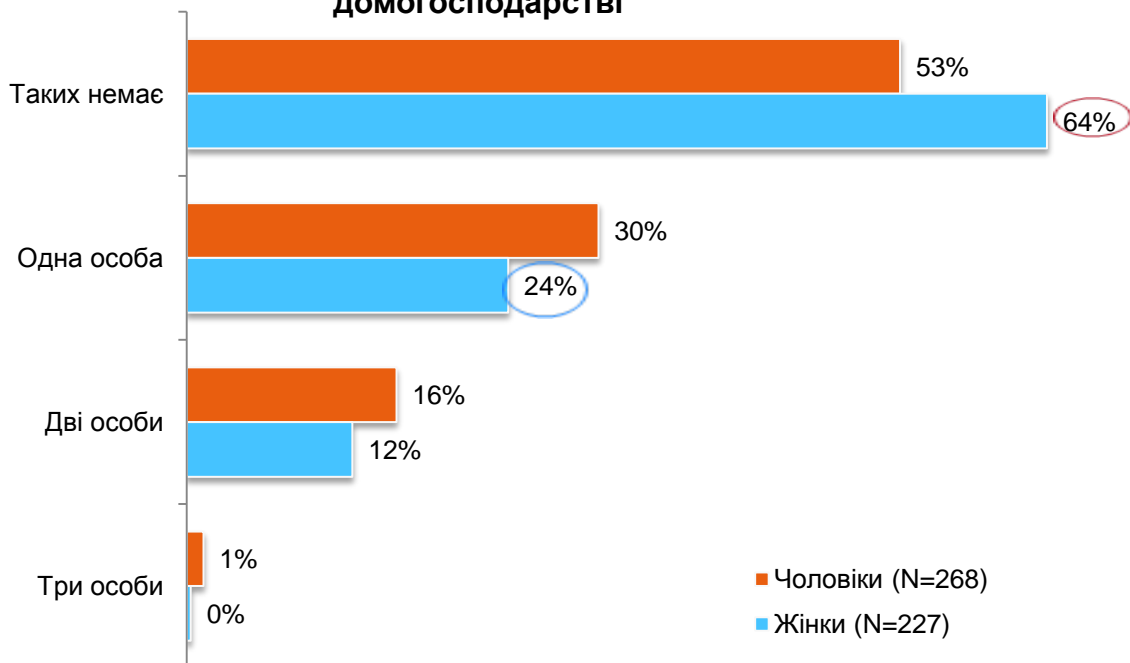
Краще фінансове самопочуття жінок пояснюється тим, що в їхніх домогосподарствах більше людей, які мають оплачувану роботу.

**Діаграма 1.6. Кількість людей у домогосподарстві, що мають оплачувану роботу**



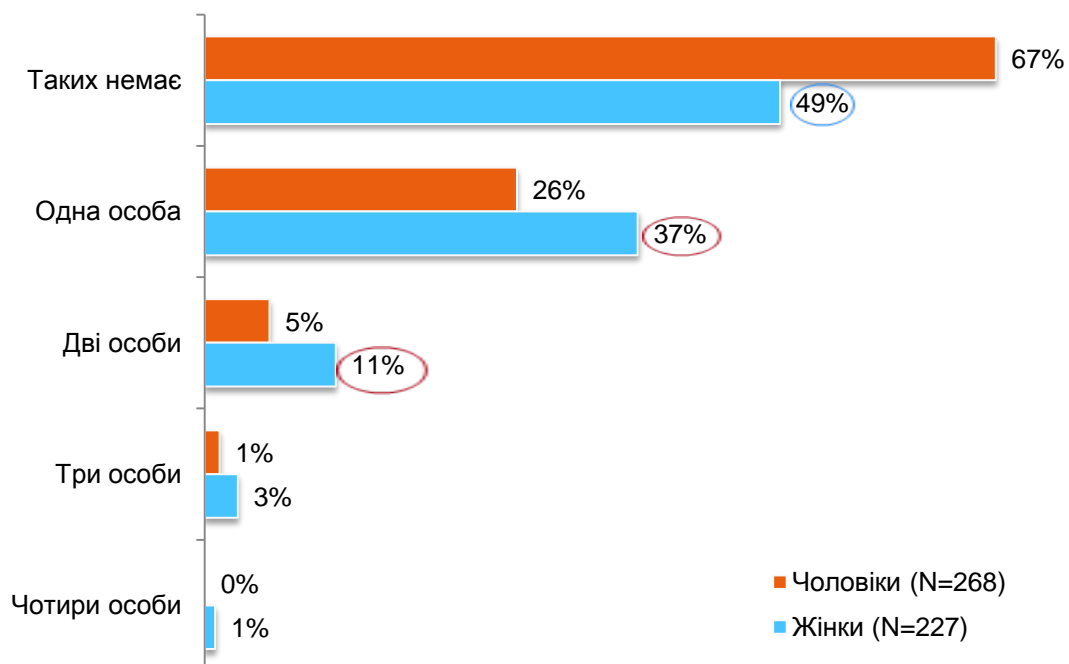
Серед непрацюючих категорій населення у домогосподарствах жінок менше пенсіонерів. Ймовірно, дані відмінності можна пояснити тим, що серед чоловіків порівняно більше СІН та тих, хто нещодавно звільнився із місць позбавлення волі, які проживають разом із своїми батьками.

**Діаграма 1.7. Кількість непрацюючих пенсіонерів у домогосподарстві**



Якщо чоловіки частіше проживають із пенсіонерами, то жінки – з неповнолітніми дітьми: 41% жінок проживають разом з дітьми до 18 років, серед чоловіків таких лише 33%.

Діаграма 1.8. Кількість дітей до 18 років у домогосподарстві



Отже, аналіз соціально-демографічних відмінностей доводить, що жінки об'єктивно мають менше часу на отримання послуг з лікування, догляду та підтримки через зайнятість хатньою роботою, піклуванням про дітей та інших близьких. Водночас, чоловіки є більш уразливою категорією ЛЖВ через гірше матеріальне становище, нижчий рівень освіти та частіші випадки інвалідності (ймовірно, ці відмінності пояснюються тим, що чоловіки складають абсолютну більшість СІН).



## 2. ДОСТУП ДО МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ

Доступ до медико-соціальних послуг розглядається у трьох аспектах:

- рівень користування послугами ВІЛ-сервісних організацій;
- рівень задоволеності потреб існуючою системою послуг;
- бар'єри до користування послугами.

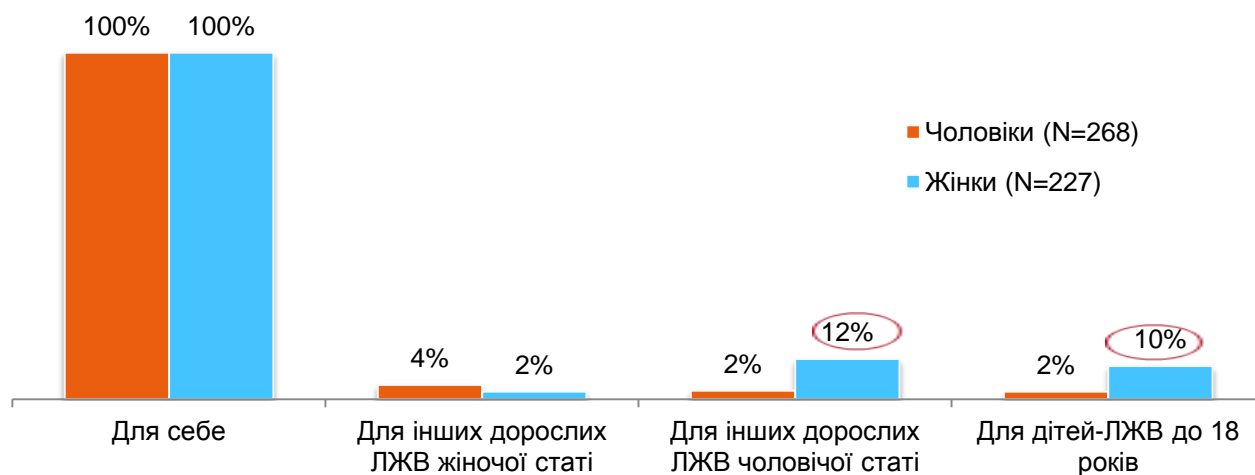
Окрім послуг, що спрямовані на конкретну статтю (наприклад, консультування вагітних або ЧСЧ), інші послуги, спрямовані на ЛЖВ обох статей, також можуть мати ґендерну специфіку через відмінність потреб чоловіків і жінок. Для виявлення ґендерно-чутливих послуг ми попросили ЛЖВ жіночої та чоловічої статі відзначити послуги, які повністю задовольняють їхні потреби (див. Діаграму 3.1.1).

### 2.1. Рівень користування послугами ВІЛ-сервісних організацій

Окрім СНІД-центру, 52% опитаних ЛЖВ також є клієнтами ВІЛ-сервісних НУО, 16% користувалися послугами Гарячої лінії з питань ВІЛ/СНІДу (дану послугу було виділено окремо через важливість швидкої інформаційної підтримки для ЛЖВ – особливо у період безпосередньо після повідомлення про статус і особливо для тих ЛЖВ, які не мають доступу до інтернету), 13% є клієнтами центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді. Статистично значущої різниці між відповідями чоловіків та жінок щодо рівня користування послугами ВІЛ-сервісних організацій не виявлено.

Разом з тим, 12% жінок отримують послуги для дорослих ЛЖВ чоловічої статі, тоді як серед чоловіків лише 2% отримують послуги для дорослих жінок-ЛЖВ – це є свідченням ґендерної нерівності у доступі до послуг.

**Діаграма 2.1.1. Ви отримуєте послуги в СНІД-центрах та інших організаціях...**



Для абсолютної більшості ЛЖВ першою ВІЛ-сервісною організацією, куди вони звертаються, є СНІД-центр. Відповідно, респондентам було поставлено запитання, скільки місяців пройшло з того моменту, як вони дізналися про позитивний статус, до особистого або телефонного звернення в будь-яку іншу ВІЛ-сервісну організацію (НУО, гаряча лінія з питань ВІЛ/СНІД, центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді), окрім СНІД-центру. Середнє значення для чоловіків становить 29,7 місяців, тоді як для жінок це значення становить 34,1 місяці. Дана відмінність пояснюється тим, що для жінок психологічні бар'єри звернення у ВІЛ-сервісні організації є вищими, ніж для чоловіків: серед них відносно більше тих, хто відчував шок і депресію (44% проти 39% серед чоловіків), і тих, хто не повірив у діагноз і не бажав його визнавати (36% проти 27% серед чоловіків), до того ж жінки значно частіше за чоловіків побоюються упередженого ставлення до них з боку працівників організацій (15% проти 6%).

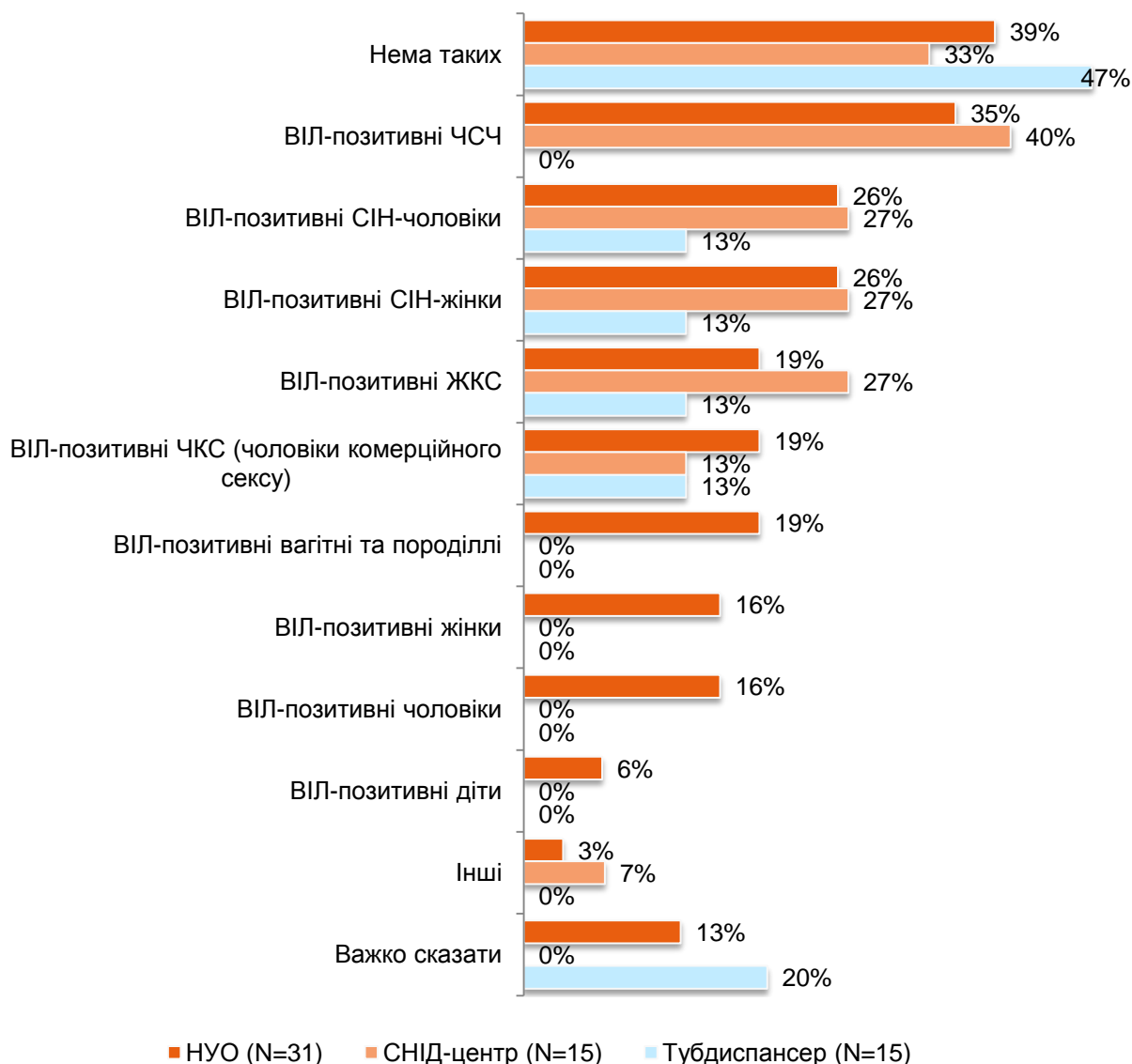
**Діаграма 2.1.2. Чому Ви не відразу звернулися до ВІЛ-сервісної громадської організації або телефону довіри щойно дізнались про статус? % від тих, хто звернувся через 2 або більше місяців після того, як дізнався про статус**



Незважаючи на вищі бар'єри звернення до ВІЛ-сервісних НУО серед жінок, 52% опитаних працівників ВІЛ-сервісних НУО повідомляють, що їм частіше доводиться працювати з жінками, аніж з чоловіками (тільки 13% відповіли, що частіше працюють з чоловіками, решта приблизно однаковою мірою працюють з ЛЖВ обох статей). Працівники НУО переважно пояснюють це тим, що жінки частіше до них звертаються, зокрема, не тільки через власні потреби, а й через потреби дітей.

Також працівники ВІЛ-сервісних організацій оцінювали, які категорії ЛЖВ найгірше охоплені ВІЛ-сервісними організаціями того чи іншого міста. Відносна більшість представників СНІД-центрів та НУО вважають, що найменш охопленими є ВІЛ-позитивні ЧСЧ, на другому місці СІН (як чоловіки, так і жінки), на третьому – ЖКС, на четвертому - ЧКС.

**Діаграма 2.1.3. Які категорії ЛЖВ найгірше охоплені послугами у Вашому населеному пункті?**



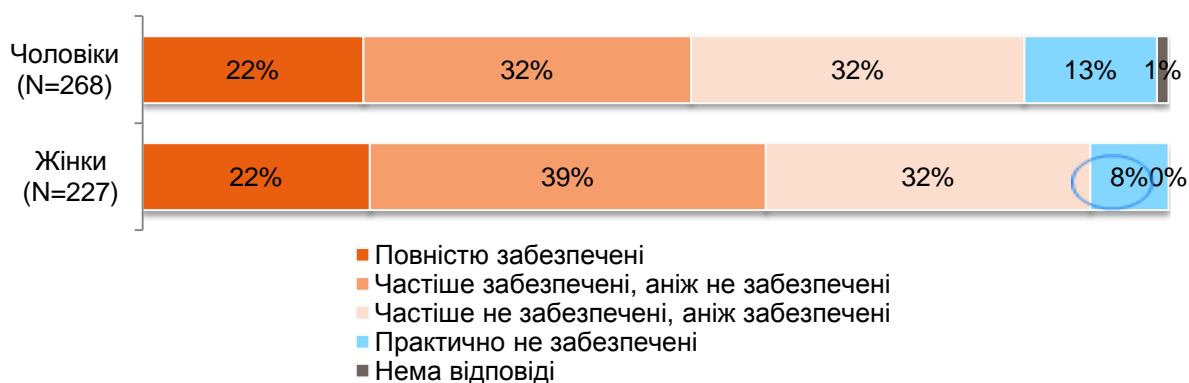
Отже, психологічні бар'єри звернення до інших ВІЛ-сервісних НУО, окрім СНІД-центрів, для жінок є вищими, аніж для чоловіків. Водночас, якщо вже жінки звертаються до ВІЛ-сервісних НУО, вони виявляють більшу активність, ніж чоловіки, зокрема, через те, що вони частіше отримують послуги для дітей та чоловіків-ЛЖВ. Тому жінки загалом є дещо краще охоплені послугами ВІЛ-сервісних НУО. Серед чоловіків послугами ВІЛ-сервісних організацій найменш охоплені ЧСЧ та ЧКС, а серед жінок – ЖКС. Слід зазначити, що усі дані групи є прихованими, тому працівники ВІЛ-сервісних організацій не завжди можуть знати, чи належить їхній клієнт до даних груп.

## 2.2. Рівень задоволеності потреб існуючою системою послуг

Абсолютна більшість опитаних ЛЖВ не усвідомлюють ґендерної нерівності у тому, наскільки система медичних та соціальних послуг задовольняє потреби ЛЖВ різних статей. 80% опитаних вважають, що система медичних послуг однаковою мірою забезпечує потреби ЛЖВ обох статей, а 76% дотримуються такої думки і щодо системи соціальних (не пов'язаних із лікуванням) послуг. Лише від 1% до 3% опитаних чоловіків та жінок помічають ґендерну нерівність у користуванні системою медичних та соціальних послуг, решта опитаних не змогли відповісти на дане запитання. Статистично значущих відмінностей між відповідями чоловіків та жінок у даних питаннях виявлено не було. Такої ж думки притримується й абсолютна більшість опитаних працівників ВІЛ-сервісних організацій.

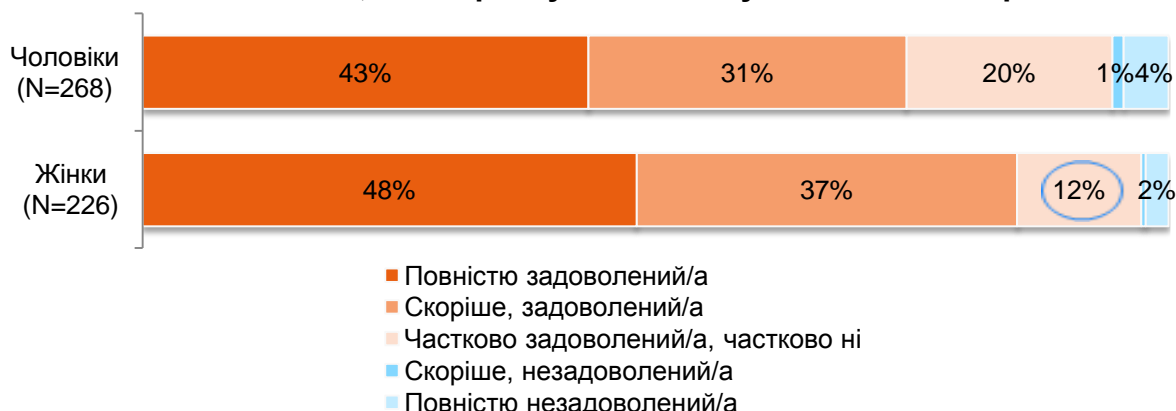
Водночас, у питанні щодо забезпеченості потрібними медикаментами та лікуванням спостерігається значуща відмінність у відповідях чоловіків та жінок: зокрема, 13% чоловіків практично не забезпечені медикаментами та лікуванням проти 8% жінок. Ймовірно, дана відмінність пояснюється кращим фінансовим становищем жінок (див. Діаграму 1.5.).

**Діаграма 2.2.1. Забезпеченість потрібними медикаментами та лікуванням**



Щодо задоволеності послугами окремих ВІЛ-сервісних організацій, то якістю надання послуг у СНІД-центрах в цілому більше задоволені жінки: 94% з них повністю або скоріше задоволені наданням послуг, коли серед чоловіків таких лише 74%. Знову ж таки можна припустити, що нижча задоволеність чоловіків пояснюється гіршим матеріальним становищем та більшими потребами в соціальній допомозі.

**Діаграма 2.2.2. Наскільки Ви задоволені якістю надання послуг в СНІД-центрах та їх відповідністю до ваших потреб? % від тих, хто користується послугами СНІД-центрів**



Відмінність між оцінками чоловіків та жінок зафіксована і щодо послуг у центрах соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді: ними скоріше задоволені 63% чоловіків, повністю задоволені 17%, тоді як серед жінок частка повністю задоволених складає 41%, а скоріше задоволених - 36%. Однак

слід зазначити, що кількість респондентів, які користуються послугами ЦСССДМ, є недостатньою для надійного аналізу.

**Діаграма 2.2.3 . Наскільки Ви задоволені якістю надання послуг в центрах соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та їх відповідністю до ваших потреб?**



Рівень задоволеності послугами ВІЛ-сервісних НУО є найвищим серед усіх організацій: 83% опитаних повністю або скоріше задоволені отриманими послугами, в оцінці послуг ВІЛ-сервісних НУО чоловіками та жінками не зафіксовано статистично значущих відмінностей. Схожі тенденції проглядаються й в рівні задоволеності консультаціями Гарячої лінії з питань ВІЛ/СНІД - 73% опитаних повністю або скоріше задоволені отриманими послугами, і чоловіки, і жінки є одностайними в своїх оцінках.

### 2.3. Бар'єри до користування послугами

#### 2.3.1. Побутові та інфраструктурні бар'єри до користування послугами ВІЛ-сервісних організацій

ЛЖВ, які не користуються послугами тих чи інших ВІЛ-сервісних організацій, ми запитували про причини некористування послугами.

Основними причинами некористування послугами ЦСССДМ є незнання про існування даних організацій (37% чоловіків і 32% жінок), близько чверті тих, хто не користується ними, просто не потребують послуг, що там надаються. Остерігаючись розголошення статусу і зустрічі зі знайомими, до центрів не звертаються 16% чоловіків і 17% жінок. Десята частина опитаних не знайшла там потрібних для себе послуг; чоловіки частіше, ніж жінки, відповідали, що їм незручно добиратися до центрів, а жінки – що вони не мають на це часу через зайнятість хатньою працею.

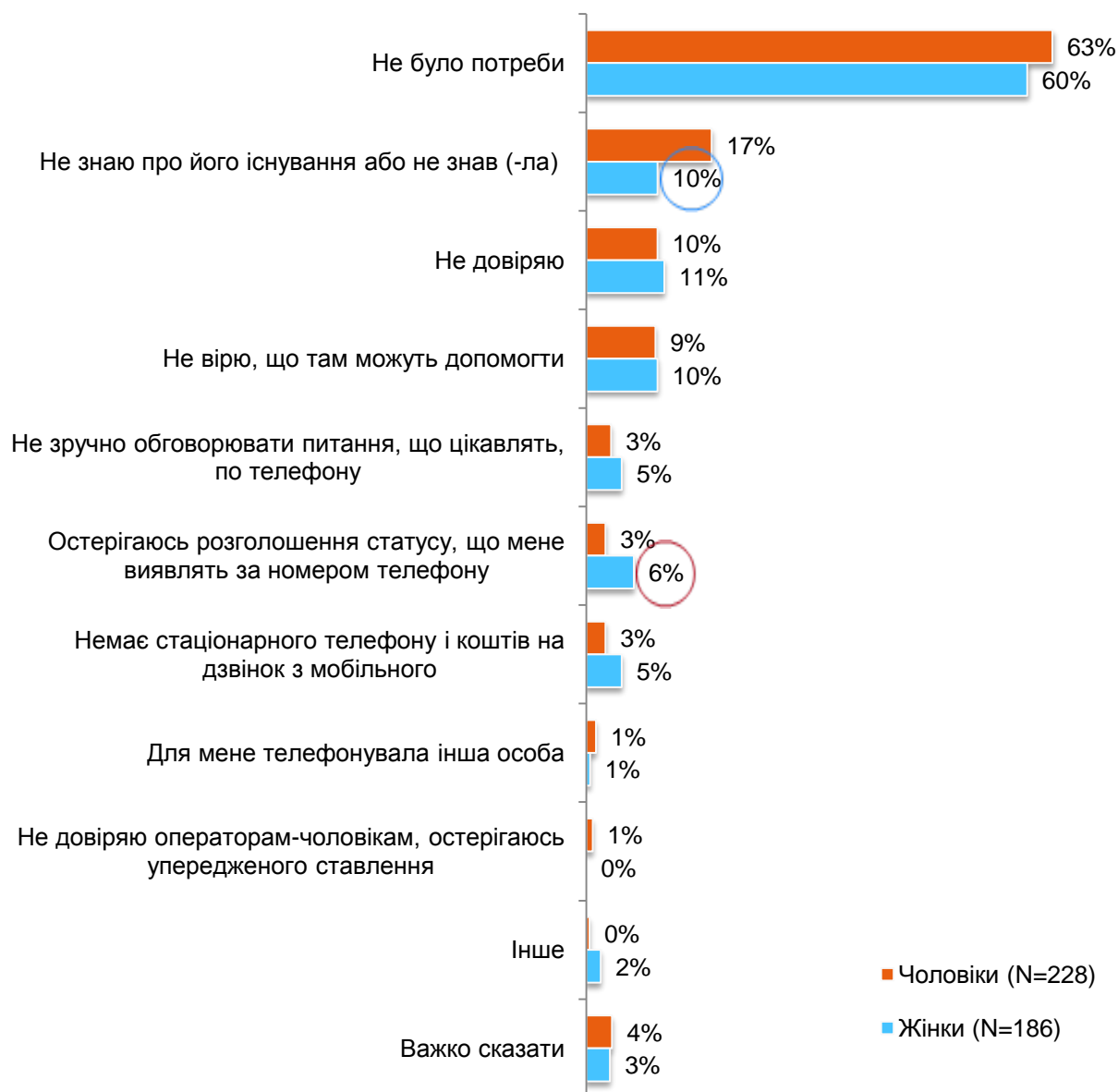
**Діаграма 2.3.1.1. Чому Ви не звертаєтесь до центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді за отриманням послуг з догляду та підтримки? % від тих, хто не звертається**



Серед причин, через які ЛЖВ не звертаються за послугами у ВІЛ-сервісні НУО, в цілому респонденти найчастіше зазначали незнання про існування таких організацій, відсутність потреби у послугах, що там надаються, побоювання розголошення статусу, зустрічі із знайомими тощо, а також відсутність часу через зайнятість на роботі. Статистично значущих відмінностей між чоловіками і жінками не виявлено.

Респонденти переважно не користуються Гарячою лінією з питань ВІЛ/СНІД (телефоном довіри) через відсутність потреби у цьому. Водночас 17% чоловіків не знають про існування телефону довіри, серед жінок таких лише 10%. Жінки більшою мірою остерігаються розголошення статусу (що їх виявлять за номером телефону), ніж чоловіки: 6% проти 3%.

**Діаграма 2.3.1.2. Чому Ви не користуєтесь телефоном довіри? % від тих, хто не користується**



ЛЖВ, які користуються послугами тих чи інших ВІЛ-сервісних організацій, ми запитували про те, чи є щось, що заважає їм отримувати послуги або викликає незадоволення.

Головною перешкодою для отримання послуг у СНІД-центрах є черги – на таку проблему поскаржилася чверть респондентів обох статей. Чоловіки не завжди мають кошти на дорогу до місця розташування центру, серед жінок таких статистично значуще менше (19% проти 11%). Водночас, серед жінок значуще більше тих, кому заважають хатня робота та піклування про родину (12% жінок та 5% чоловіків), а також відсутність можливості залишити дітей (8% жінок та 1% чоловіків). Дані бар'єри відповідають відмінностям між чоловіками та жінками у рівні зайнятості та фінансовому становищі (див. Розділ 1).

**Діаграма 2.3.1.3. Чи є щось, що заважає Вам отримувати послуги в СНІД-центрах або викликає незадоволення?**



Слід зазначити, що жоден ЛЖВ не назвав бар'єр «не довіряю чоловікам/жінкам, що працюють в цих організаціях, остерігаюся упередженого ставлення», що був запропонований в опитувальнику. Інше питання щодо випадків упередженості було поставлене більш теоретично: чи знаєте ви про випадки упередженого ставлення до певних клієнтів з боку працівників чоловічої/жіночої статі у СНІД-центрах?

Дані опитування свідчать, що випадки упередженого ставлення трапляються вкрай рідко: більшість чоловіків і жінок не чули про упереджене ставлення з боку працівників чоловічої статі у СНІД-центрах, причому серед чоловіків таких 90%, а серед жінок 94%. Чоловіки значуще частіше, аніж представники жіночої статі, згадували випадки упередженого ставлення до наркозалежних (7% проти 3%) та ВІЛ-позитивних чоловіків (1% проти 0%).



**Діаграма 2.3.1.4. Чи знаєте Ви про випадки упередженого ставлення до певних клієнтів з боку працівників чоловічої статі у СНІД-центрах?**



91% опитаних чоловіків та 95% жінок не знають про упереджене ставлення з боку працівників жіночої статі, що працюють у СНІД-центрах. Різниця у показниках є статистично значущою та пояснюється тим, що 5% чоловікам відомо про упереджене ставлення до наркозалежних чоловіків і 3% - про упереджене ставлення до наркозалежних жінок.

**Діаграма 2.3.1.5. Чи знаєте Ви про випадки упередженого ставлення до певних клієнтів з боку працівників жіночої статі у СНІД-центрах?**



80% чоловіків зазначили, що ніщо не заважає їм отримувати послуги в центрах соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді безперешкодно, коли серед жінок таких відносно менше – 65%. 12% чоловіків не завжди мають кошти на дорогу, в той час як для жінок ця проблема взагалі не є актуальною. Жінки більше схильні виділяти такі причини, як зайнятість хатньою працею (9% проти жодної такої відповіді серед чоловіків). Однак слід зазначити, що кількість респондентів, які користуються послугами ЦСССДМ, є недостатньою для надійного аналізу.

**Діаграма 2.3.1.6. Чи є щось, що заважає Вам отримувати послуги в центрах соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді або викликає незадоволення?**



98% респондентів не чули про упереджене ставлення з боку працівників ЦСССДМ – ні з боку жінок, ні з боку чоловіків.

Гендерні відмінності щодо бар'єрів доступу до ВІЛ-сервісних НУО є такими ж, як і для СНІД-центрів та ЦСССДМ: хатня робота заважає звертатися до НУО 16-ти відсоткам жінок (проти 5% чоловіків), а піклування про дітей – 9% (і лише 1% чоловіків). При цьому, чоловіки відносно частіше за жінок не завжди мають кошти на дорогу до місця розташування НУО (16% проти 12%).

**Діаграма 2.3.1.7. Чи є щось, що заважає Вам отримувати послуги в недержавних, громадських організаціях, що надають послуги з догляду та підтримки або викликає незадоволення?**



97% респондентів не чули про упереджене ставлення з боку працівників ВІЛ-сервісних НУО – ні з боку жінок, ні з боку чоловіків.

Щодо відмінностей у бар'єрах до користування Гарячою лінією з питань ВІЛ/СНІДу жінки частіше стверджували, що не довіряють операторам (7%, тоді як жоден з чоловіків не зазначив такої причини). Однак слід зазначити, що кількість респондентів, які користуються послугами телефону довіри, є недостатньою для надійного аналізу.

**Діаграма 2.3.1.8. Чи є щось, що заважає Вам отримувати послуги в гарячій лінії з питань ВІЛ/СНІДу, телефоні довіри або викликає незадоволення?**



98% респондентів не чули про упереджене ставлення з боку працівників Гарячої лінії – ні з боку жінок, ні з боку чоловіків.

Загалом, позитивним результатом даного опитування є те, що більшість ЛЖВ, що є клієнтами інших ВІЛ-сервісних організацій, окрім СНІД-центрів, не мають (принаймні, усвідомлених) бар'єрів до користування послугами цих організацій. Найпоширенішим же бар'єром до користування послугами СНІД-центрів є черги, але його назвали тільки 25% опитаних. Іншим позитивним фактом є те, що більшість ЛЖВ не відчують обмеженості доступу до медичних послуг у порівнянні з ВІЛ-негативними людьми: лише 19% опитаних вважають, що ВІЛ-негативні жінки мають кращий доступ до медичних послуг, ніж ВІЛ-позитивні, а 17% притримуються такої думки для ВІЛ-негативних чоловіків (статистично значущих відмінностей між чоловіками і жінками не зафіксовано).

Для отримання більш повної уяви про можливі обмеження доступу до послуг відповідні питання ставилися також в ході опитування працівників ВІЛ-сервісних НУО та співробітників медичних закладів. З досвіду працівників ВІЛ-сервісних організацій, бар'єри звернення для чоловіків та жінок суттєво різняться: так, 69% назвали байдуже ставлення до себе та власного здоров'я основним бар'єром для чоловіків і 51% – для жінок; 56% вважають, що чоловіки бояться розголошення статусу і 85% – що жінки цього бояться; 54% вважають зайнятість на роботі бар'єром для чоловіків і лише 33% – для жінок; 3% вважають, що чоловікам буває ні з ким лишити дітей і 41% – що жінкам; 3% вважають, що чоловіки бувають зайняті хатньою роботою та піклуванням про членів родини, 39% – що це є бар'єром для жінок. І тільки незнання про організацію однаково часто називалося як бар'єр для чоловіків та жінок (цей бар'єр назвали 30% опитаних для чоловіків та 33% – для жінок).

Детальніше відповіді представників різних організацій представлені у діаграмах 2.3.1.9. та 2.3.1.10.

На думку опитаних, для жінок найбільш поширеною перешкодою для звернення та обслуговування є страх розголошення статусу, зустрічі зі знайомими, причому це є більш актуальним для СНІД-центрів та тубдиспансерів (по 93% опитаних представників цих закладів назвали цю причину), тоді як для ВІЛ-сервісних організацій це є менш актуальним (77%). Водночас, для звернення до НУО, згідно думки їх співробітників, більш поширеними є такі перешкоди як брак часу через зайнятість хатньою роботою, піклуванням про членів родини (61%), брак часу через зайнятість на роботі (52%), відсутність можливості залишити дітей (48%), незнання про організацію (45%). Працівники СНІД-центрів частіше зазначали такі причини як відсутність можливості залишити дітей (47%) та брак часу через зайнятість хатньою роботою, піклуванням про членів родини (27%), тоді як опитані у туберкульозних диспансерах – незнання про організацію (33%).

**Діаграма 2.3.1.9. Якими є основні перешкоди для жінок-ЛЖВ для звернення та обслуговування у Вашій організації?**



Основними обмеженнями для чоловіків-ЛЖВ, згідно відповідей співробітників НУО є брак часу через зайнятість на роботі (71%), байдуже ставлення до власного здоров'я (65%), страх розголошення статусу (42%) та незнання про організацію (39%). На думку працівників СНІД-центрів, чоловіки не

звертаються за послугами насамперед через байдужість до здоров'я (80%), страх розголошення статусу (67%), а також брак часу через зайнятість на роботі (47%). Співробітники протитуберкульозних диспансерів вважають найбільшими обмеженнями побоювання порушення анонімності (73%), байдужість (67%), а також незнання про організацію (33%).

**Діаграма 2.3.1.10. Якими є основні перешкоди для чоловіків-ЛЖВ для звернення та обслуговування у Вашій організації?**



В цілому, думка працівників НУО та медичних закладів відповідає даним опитування жінок-ЛЖВ: для жінок справді більш поширеними є бар'єри психологічного характеру (страх порушення анонімності) та зайнятість хатньою роботою і доглядом за дітьми.

Для чоловіків же частіше, ніж для жінок, називались бар'єри зайнятості на роботі – оскільки за даними опитування ЛЖВ жінки і чоловіки однаково часто називали даний бар'єр, також не виявлено гендерних відмінностей за статусом зайнятості, тому така думка скоріше є відображенням гендерних стереотипів, аніж реального стану речей. Також те, що, на думку працівників ВІЛ-сервісних організацій, чоловіки частіше виявляють байдужість до власного здоров'я, підтверджується поширеністю стереотипів на кшталт того, що «дбати про здоров'я членів родини – це насамперед обов'язок жінки» (детальніше див. Розділ 2.3.2.).

Працівники ВІЛ-сервісних організацій значно частіше чули про упереджене ставлення до клієнтів з боку працівників медичних закладів (69% чули про такі випадки з боку працівників жіночої статі, а 72% – з боку працівників чоловічої статі), ніж з боку працівників громадських організацій (13% чули про такі випадки з боку працівників жіночої статі, 18% – з боку працівників чоловічої статі).

З боку працівників медичних закладів чоловічої статі респонденти найчастіше вказували на випадки упередженого ставлення до СНІ (однаковою мірою до чоловіків і жінок), до ЛЖВ загалом (однаковою мірою до чоловіків і до жінок), дещо рідше до вагітних ЛЖВ, ЖКС, ЧСЧ і найрідше – до дітей ЛЖВ та ЧКС (з останніми ймовірно працівники ВІЛ-сервісних організацій працювали рідше всього). Представники СНІД-центрів найчастіше чули про випадки упередження з боку медпрацівників чоловічої статі, а представники тубдиспансерів – найрідше.

**Діаграма 2.3.1.11. Чи знаєте Ви про випадки упередженого ставлення до певних клієнтів з боку працівників медичних закладів чоловічої статі?**



З боку працівників медичних закладів жіночої статі представники ВІЛ-сервісних НУО частіше зазначали випадки упередженого ставлення до жінок-ЛЖВ, аніж до чоловіків-ЛЖВ (тоді як представники СНІД-центрів та тубдиспансерів однаково часто зазначали випадки упередженого ставлення до ВІЛ-позитивних чоловіків та жінок), рідше зазначалося упередження до чоловіків-ЛЖВ та наркозалежних жінок і чоловіків, ще рідше – до ЖКС, вагітних ЛЖВ, дітей-ЛЖВ і найрідше – до ЧКС. Представники НУО найчастіше чули про випадки упередження з боку медпрацівників жіночої статі, а представники тубдиспансерів – найрідше.



**Діаграма 2.3.1.12. Чи знаєте Ви про випадки упередженого ставлення до певних клієнтів з боку працівників медичних закладів жіночої статі?**



Загалом респонденти приблизно однаково часто згадували про випадки упередженості з боку медичних працівників чоловічої та жіночої статі щодо всіх груп, окрім ЧСЧ: 34% працівників ВІЛ-сервісних організацій знають про упереджене ставлення до ЧСЧ з боку чоловіків-медиків і 26% – з боку жінок-медиків.

При оцінці працівників громадських організацій також було виявлено дещо вищу упередженість чоловіків по відношенню до ЧСЧ: 15% працівників ВІЛ-сервісних організацій знають про упереджене ставлення до ЧСЧ з боку працівників НУО чоловічої статі і 5% – з боку працівників НУО жіночої статі. Менше 10% опитаних чули про упереджене ставлення представників НУО до дорослих ЛЖВ, СІН, ЖКС, ЧСК, лише 5% чули про упереджене ставлення до дітей-ЛЖВ.

### 2.3.2. Гендерні стереотипи

ЛЖВ можуть не усвідомлювати бар'єри до користування послугами або нерівність між чоловіками та жінками, якщо ці бар'єри або нерівність сприймаються як щось природне та закономірне. Саме так сприймаються гендерні стереотипи, якщо вони є закоріненими в оточенні тієї чи іншої людини.

Одним із найпоширеніших гендерних стереотипів серед ЛЖВ є те, що «чоловік має утримувати сім'ю і заробляти більше жінки» – із цим погоджуються 74% опитаних жінок і 65% чоловіків.



Цей стереотип поширений не лише серед ЛЖВ, а й серед українського суспільства загалом: 55% населення України, зокрема, 58% чоловіків і 53% жінок, погоджується з тим, що «чоловік має повністю забезпечувати сім'ю»<sup>3</sup>. Дані опитування населення України і опитування ЛЖВ не є співставними через різні формулювання запитання, але на рівні тенденцій слід зазначити, що серед ВІЛ-позитивних чоловіків та жінок даний стереотип є значно більш закоріненим, ніж серед українців загалом<sup>4</sup>.

Традиційний поділ ґендерних ролей полягає в тому, що чоловік має заробляти гроші, а жінка – займатися хатньою роботою. Однак в більшості сучасних родин працюють і чоловік, і жінка – і на плечі жінки лягає подвійний тягар оплачуваної офіційної і неоплачуваної хатньої роботи. 45% ЛЖВ (однаковою мірою чоловіки і жінки) погоджуються з тим, що «жінка має виконувати всю хатню роботу, дбати про дітей та хворих членів родини незалежно від того, скільки вона працює на оплачуваній роботі».

Дані опитування ЛЖВ демонструють, як ґендерні стереотипи трансформуються в реальність: зайнятість на оплачуваній роботі є бар'єром для отримання медико-соціальних послуг однаковою мірою для чоловіків та жінок, тоді як зайнятість хатньою роботою є суттєвим бар'єром виключно для жінок (див. Розділ 2.3.1.). Рівень зайнятості опитаних чоловіків і жінок є однаковим, чоловіки дещо більше часу витрачають на оплачувану роботу, але при цьому жінки у кілька разів більше часу витрачають на хатню роботу та піклування про близьких (див. Розділ 1).

Нерівність у доступі до медико-соціальних послуг є лише одним з багатьох негативних наслідків поширеності ґендерних стереотипів щодо того, що чоловік має утримувати родину, а жінка – вести домашнє господарство. Наслідками даних стереотипів є те, що чоловіки відчувають фрустрацію в разі неможливості заробляння достатньої кількості грошей для сім'ї, а також в ситуації, коли жінки виявляються більш успішними у професійній сфері; для жінок же орієнтація на економічну залежність від чоловіка знижує схильність докладати зусилля для досягнення успіху у професійній сфері. Ґендерні стереотипи заважають чоловікам вчитися піклуватися про себе, своїх дітей та близьких при відсутності жінки-доглядальниці, а жінкам – досягати фінансової незалежності та успіху в професійній діяльності.

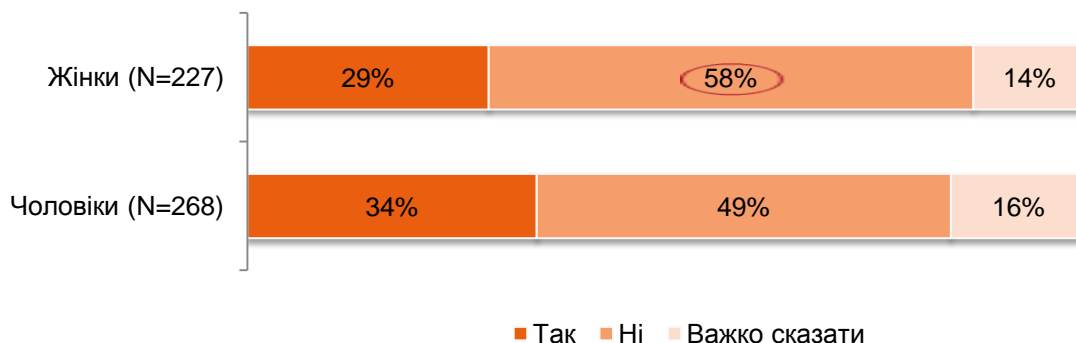
Якщо зайнятість хатньою роботою та піклуванням про дітей є переважно «жіночим» бар'єром до отримання медико-соціальних послуг, то байдужість до себе та свого здоров'я, на думку опитаних працівників ВІЛ-сервісних організацій, є більшою мірою «чоловічим» бар'єром (див. Розділ 2.3.1.). Ця

<sup>3</sup> За даними національно репрезентативного опитування «Ґендерні стереотипи та поширеність дискримінації жінок та дітей в українському суспільстві», що було проведено ІП «ГФК Юкрейн» в грудні 2009 року на замовлення SAFEGE Consulting Engineers Safege в межах комунікаційного компоненту програми «Права жінок та дітей в Україні». Вибірка включала 1600 респондентів.

<sup>4</sup> За даними всеукраїнського опитування жінки до 44 років (саме до цієї категорії належить більшість опитаних ЛЖВ) меншою мірою поділяють даний стереотип, ніж старше покоління жінок. Отже, закоріненість даного стереотипу є ще нижчою серед жіночого населення того ж віку, що й опитані жінки-ЛЖВ, ніж серед загального жіночого населення.

думка підтверджується поширеністю стереотипів про те, що дбати про здоров'я та звертатися по медико-соціальну допомогу більше пасує жінкам, аніж чоловікам. Так 53% ЛЖВ погодилися з тим, що «дбати про здоров'я членів родини - це насамперед обов'язок жінки» (натомість 34% вважають, що дбати про здоров'я родини – це обов'язок чоловіка), а 32% (29% жінок і 34% чоловіків) – що жінкам більш природно звертатися за соціальною та медичною допомогою, аніж чоловікам.

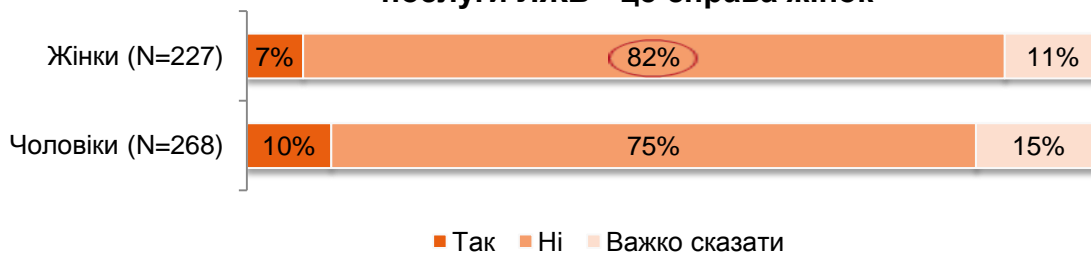
**Діаграма 2.3.2.2. Чи Ви погоджуєтесь із твердженням "Жінкам більш природно звертатися за соціальною та медичною допомогою для ЛЖВ, ніж чоловікам"**



Крім того, 24% ЛЖВ (однаковою мірою чоловіки та жінки) вважають, що «у нашому суспільстві чоловік має бути сильним і соромно проявляти свою слабкість, звертаючись по соціальну та медичну допомогу», а 21% – що «якщо чоловік працює і заробляє гроші, то жінка повинна для нього ходити по організаціях, що надають послуги ЛЖВ» (статистично значущих відмінностей у відповідях чоловіків та жінок не зафіксовано).

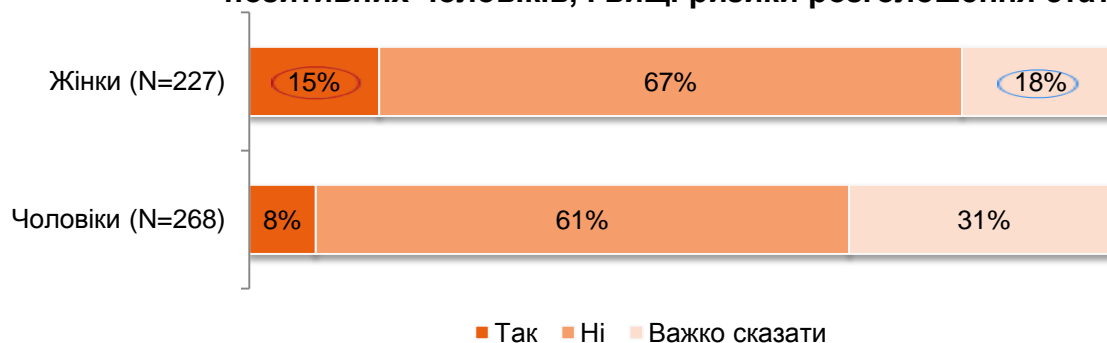
10% чоловіків і 7% жінок взагалі вважають, що «чоловіку не личить ходити по організаціях, що надають послуги ЛЖВ – це справа жінок».

**Діаграма 2.3.2.3. Чи Ви погоджуєтесь із твердженням "Чоловіку не личить ходити по організаціях, що надають послуги ЛЖВ - це справа жінок"**



Якщо для чоловіків основним бар'єром звернення до ВІЛ-сервісних організацій працівники даних організацій називали байдужість до свого здоров'я, то для жінок – страх розголошення статусу; жінки справді частіше зазначали цей бар'єр, аніж чоловіки (див. Розділ 2.3.1.). Цей феномен також знайшов деяке підтвердження на рівні стереотипів: 11% респондентів (8% чоловіків і 15% жінок) вважають, що «до ВІЛ-позитивних жінок ставлення упередженіше, ніж до ВІЛ-позитивних чоловіків, і вищі ризики розголошення статусу».

**Діаграма 2.3.2.4. Чи Ви погоджуєтеся із твердженням "До ВІЛ-позитивних жінок ставлення упередженіше, ніж до ВІЛ-позитивних чоловіків, і вищі ризики розголошення статусу"**



Разом із тим, 5% ЛЖВ (однаковою мірою чоловіки та жінки) вважають, що «до ВІЛ-позитивних чоловіків ставлення упередженіше, ніж до ВІЛ-позитивних жінок, і вищі ризики розголошення статусу».

Отже, більша байдужість чоловіків до свого здоров'я та здоров'я близьких, більша зайнятість жінок хатньою роботою та піклуванням про родину, а також вищий страх розкриття статусу з боку останніх, що є важливими бар'єрами до отримання медико-соціальних послуг (див. Розділ 2.3.1), є закоріненими у ґендерних стереотипах.

#### **2.4. Висновки щодо перевірки Гіпотези 1: ВІЛ-позитивні чоловіки та ВІЛ-позитивні жінки мають нерівний доступ до медико-соціальних послуг, які мають вплив на підтримку здоров'я.**

Гіпотезу 1 підтверджують наступні результати дослідження:

- Система медичних послуг краще задовольняє потреби жінок, аніж чоловіків: 61% жінок проти 54% чоловіків є повністю або скоріше забезпечені потрібним лікуванням та медикаментами, а 40% жінок проти 45% чоловіків скоріше не забезпечені. Крім того, 85% жінок проти 71% чоловіків цілком або скоріше задоволені послугами СНІД-центрів. Результати дослідження дозволяють припустити, що дані відмінності пояснюються переважанням СІН (з гіршим матеріальним станом та здоров'ям) серед чоловіків.
- Жінки частіше отримують послуги для чоловіків, аніж навпаки: 12% жінок отримують послуги для дорослих ЛЖВ чоловічої статі, тоді як серед чоловіків лише 2% отримують послуги для дорослих жінок-ЛЖВ.
- Бар'єри доступу чоловіків та жінок до отримання медико-соціальних послуг є різними. Для жінок більш характерні психологічні бар'єри (страх розкриття статусу, упередженості) та нестача часу через зайнятість хатньою роботою та піклуванням про близьких; для чоловіків більш характерні байдужість до власного здоров'я, стереотипи щодо того, що чоловікам не пасує звертатися по допомогу, піклуватися про своє здоров'я та здоров'я близьких, а також нестача грошей на проїзд до ВІЛ-сервісних організацій. Крім того, чоловіки дещо частіше згадували про випадки упередженості до СІН-чоловіків з боку працівників СНІД-центрів: 7% зазначали про упереджене ставлення з боку працівників чоловічої статі, 5% - з боку працівників жіночої статі, тоді як лише 1% жінок зазначали випадки упередженості до СІН-жінок.

При цьому, позитивним результатом дослідження є те, що немає статистично значущої різниці у рівні користування послугами ВІЛ-сервісних організацій, що надають послуги з догляду та підтримки, між чоловіками та жінками. Це підтверджують також і дані Мережі: 53% чоловіків та 47% жінок було охоплено послугами з догляду та підтримки впродовж 2011 року, тоді як за даними Інформаційного бюлетеню «ВІЛ-інфекція в Україні» №37 (станом на 1.01.2012), розподіл ЛЖВ за статтю становить 55/45 чоловіків, тобто ЛЖВ чоловічої і жіночої статі є рівномірно охоплені послугами з догляду та підтримки.

## 2.5. Рекомендації щодо подолання бар'єрів щодо доступу до медико-соціальних послуг для чоловіків та жінок.

За результатами дослідження, для подолання бар'єрів щодо доступу до медико-соціальних послуг для чоловіків і жінок та ґендерної нерівності рекомендується:

- Проведення тренінгів з ґендерно-чутливого підходу та подолання ґендерних стереотипів серед працівників ВІЛ-сервісних організацій;
- Проведення інформаційних занять щодо партнерських взаємин, гнучкого і справедливого розподілу ґендерних ролей у сім'ї, подолання ґендерних стереотипів щодо домінування чоловіків, відповідального материнства та особливо батьківства серед ЛЖВ;
- Забезпечення кризового консультування ЛЖВ відразу після підтвердження позитивного статусу, прийняття свого статусу, подолання страху упередженості та рекомендацій щодо лінії поведінки у випадках упередженості (особливо для жінок);
- Забезпечення анонімності ЛЖВ шляхом відсутності вивісок і вказівників з інформацією, що організація надає послуги для ЛЖВ;
- Посилення інформаційних заходів у СНІД-центрах та кабінетах довіри із залучення ЛЖВ до інших ВІЛ-сервісних організацій (зокрема, переконання у відсутності ризиків розголошення статусу при зверненні до організацій, упередженості працівників тощо);
- Надання побутових послуг ЛЖВ, які мають значне робоче навантаження (йдеться як про оплачувану роботу, так і про хатню роботу та піклування про близьких), проведення тренінгів з тайм-менеджменту та справедливого розподілу навантаження між членами сім'ї, забезпечення тимчасового перебування дітей у дитячих кімнатах під час проходження лікування їхніх батьків-ЛЖВ;
- Покращення охоплення ВІЛ-позитивних СІН системою медико-соціальних послуг: зокрема, проведення тренінгів щодо спеціального консультування СІН, формування прихильності до АРТ, а також щодо подолання упередженості до даної категорії ЛЖВ, збільшення матеріальної допомоги для лікування СІН, посилення заходів з подолання наркотичної залежності;
- Посилення заходів з реабілітації та працевлаштування СІН та колишніх ув'язнених;
- Розширення роботи з проведення інформаційних та просвітницьких заходів у суспільстві з подолання стигматизації та дискримінації ЛЖВ.

Рекомендації дослідження щодо подолання бар'єрів щодо доступу до медико-соціальних послуг для чоловіків є наступними:

- Більше залучення чоловіків до послуг з інформування щодо лікування та профілактики захворювань, сексуального та репродуктивного здоров'я, мотивування щодо обстеження та лікування тощо;
- Покращення охоплення ВІЛ-позитивних ЧСЧ та ЧКС системою медико-соціальних послуг, проведення тренінгів з консультування ЧСЧ та ЧКС.

Рекомендації дослідження щодо подолання бар'єрів щодо доступу до медико-соціальних послуг для жінок є наступними:

- Проведення інформаційно-психологічних тренінгів (як групових, так і індивідуальних) для жінок з підвищення самооцінки, подолання психологічної та економічної залежності від чоловіків, ґендерних стереотипів щодо домінування чоловіків, страху упередженого ставлення, рекомендацій щодо лінії поведінки у випадках упередженості, конфліктів, спроб насильства;
- Покращення охоплення ВІЛ-позитивних ЖКС системою медико-соціальних послуг, проведення тренінгів з консультування ЖКС.

### 3. ПОТРЕБИ В ҐЕНДЕРНО-ЧУТЛИВИХ ПОСЛУГАХ

Потреби ЛЖВ у ґендерно-чутливих послугах розглядалися в наступних аспектах:

- особливості надання ґендерно-чутливих послуг для ВІЛ-позитивних чоловіків та жінок;
- очікування ВІЛ-позитивних жінок та чоловіків щодо ґендерно-чутливого аспекту надання/отримання медико-соціальних послуг;
- практика вивчення та врахування потреб як ВІЛ-позитивних чоловіків, так і ВІЛ-позитивних жінок у ґендерно-чутливих медико-соціальних послугах та причини з боку надавачів послуг, які заважають впровадженню ґендерно-чутливих медико-соціальних послуг для чоловіків та жінок.

#### 3.1. Особливості надання ґендерно-чутливих послуг для ВІЛ-позитивних чоловіків та жінок

Окрім послуг, що спрямовані на конкретну стать (наприклад, консультування вагітних або ЧСЧ), інші послуги, спрямовані на ЛЖВ обох статей, також можуть мати ґендерну специфіку через відмінність потреб чоловіків і жінок. Для виявлення ґендерно-чутливих послуг ми попросили ЛЖВ жіночої та чоловічої статі відзначити послуги, які повністю задовольняють їхні потреби (див. Діаграму 3.1.1).

Серед послуг для однієї статі 19% чоловіків і 18% жінок отримують і задоволені одностатевими групами самопомоги (ще 27% і 24% відповідно отримують і задоволені різностатевими групами самопомоги), 19% жінок – консультуванням і супроводом вагітних, 11% жінок – консультуванням ЖКС, 9% чоловіків – консультуванням ЧСЧ, 6% чоловіків – консультуванням ЧКС.

Серед інших послуг статистично значуща різниця між відповідями чоловіків і жінок було виявлено щодо наступних: надання АРВ-препаратів та контейнерів (71% жінок проти 64% чоловіків повністю задоволені даною послугою), видача запобіжних засобів (57% чоловіків проти 48% жінок), послуги протитуберкульозного диспансеру (44% чоловіків проти 33% жінок), послуги наркологічного диспансеру (34% чоловіків проти 25% жінок), забезпечення перебування дітей у дитячих кімнатах (16% жінок проти 11% чоловіків). Ґендерна відмінність в оцінці задоволення отриманням АРТ, можливо, пояснюється тим, що, відповідно до Інформаційного бюлетеню «ВІЛ-інфекція в Україні» №37 (станом на 1.01.2012), СІН є категорією ЛЖВ, що в найменшій мірі охоплена АРТ. Ґендерна відмінність в оцінці задоволення видачею запобіжних засобів, на нашу думку, свідчить про те, що слід звернути більшу увагу на видачу запобіжних засобів жінкам. Щодо послуг протитуберкульозного та наркологічного диспансеру чоловіки частіше користуються даними послугами через те, що серед них більше СІН та колишніх ув'язнених. Перебування дітей у дитячих кімнатах є більш затребуваним жінками тому, що жінки частіше мають неповнолітніх дітей (див. Розділ 1).

**Діаграма 3.1.1. Які послуги ви отримали або отримуєте від різних організацій в такому обсязі і якості, що повністю задовольняють ваші потреби або потреби ваших неповнолітніх дітей та підопічних?**



**Діаграма 3.1.1. Які послуги ви отримали або отримуєте від різних організацій в такому обсязі і якості, що повністю задовольняють ваші потреби або потреби ваших неповнолітніх дітей та підопічних? (продовження)**



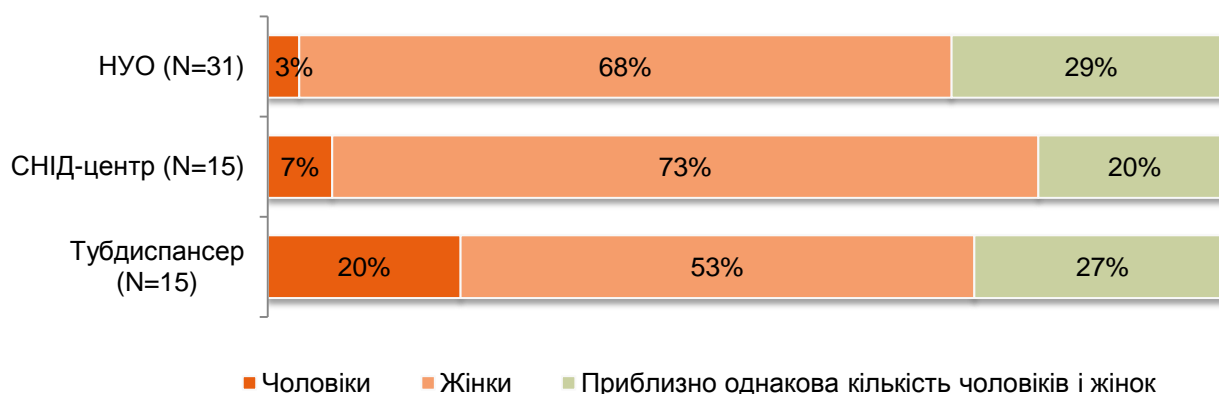


Стать надавачів послуг, що безпосередньо працюють із ЛЖВ, також може бути вагомим чинником ґендерної орієнтації послуг. Дані опитування ЛЖВ свідчать про те, що більшість працівників як НУО, так і медичних закладів – жіночої статі.

Зокрема, 67% респондентів зазначили, що частіше спілкуються з представниками саме жіночої статі в СНІД-центрах, 28% сказали, що однаково часто спілкувалися і з чоловіками, і з жінками і лише 5% - що переважно з чоловіками. Щодо ВІЛ-сервісних НУО 51% респондентів зазначили, що частіше спілкуються з представниками саме жіночої статі в ВІЛ-сервісних НУО, 45% сказали, що однаково часто спілкувалися і з чоловіками, і з жінками і лише 3% - що переважно з чоловіками. Статистично значущих відмінностей між відповідями чоловіків і жінок не виявлено.

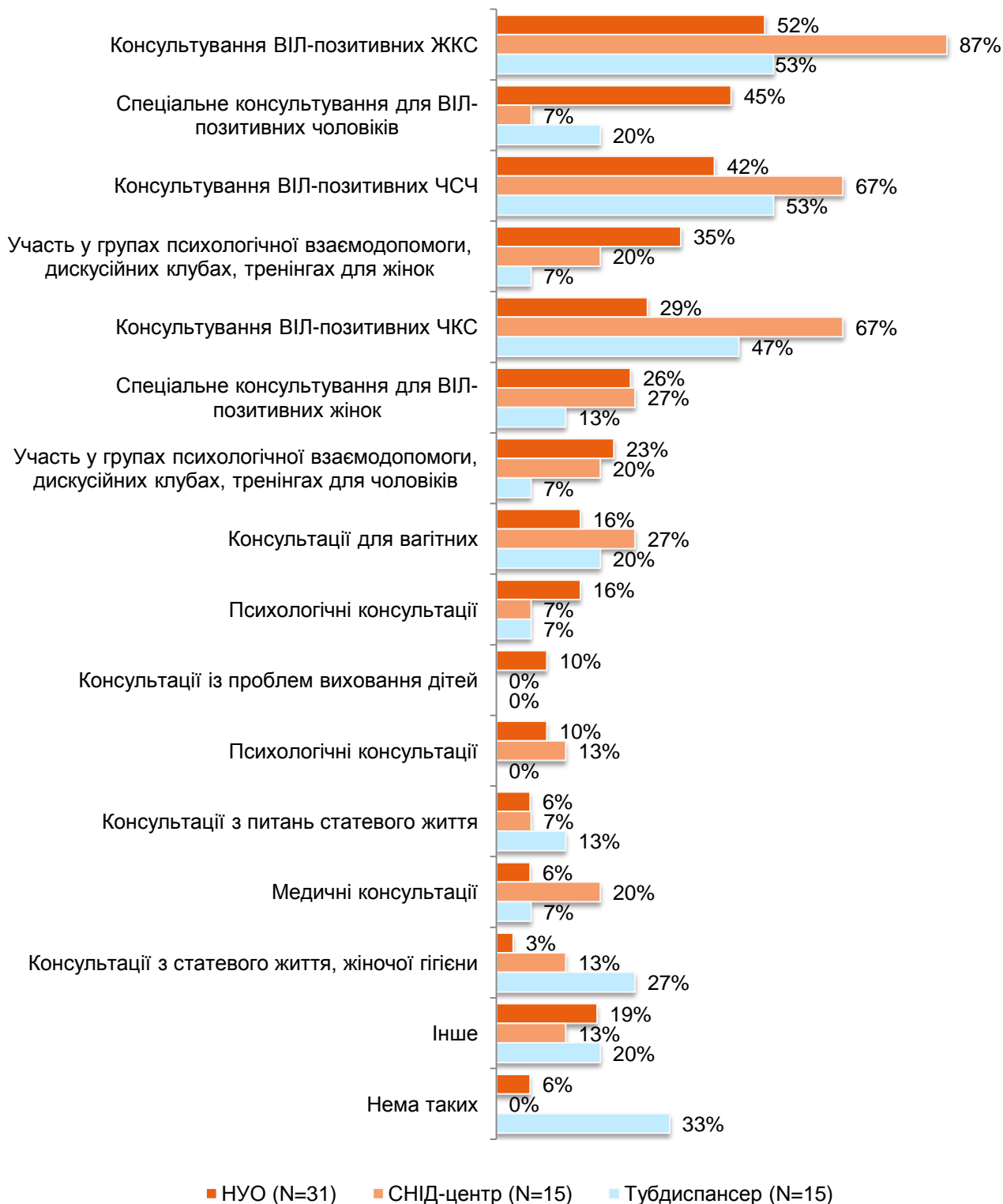
За оцінками працівників, більшість працівників ВІЛ-сервісних організацій належать до жіночої статі – найбільше жінок в НУО, найменше – в тубдиспансерах.

**Діаграма 3.1.2. Серед працівників вашої організації, які працюють з ЛЖВ, більшість складають...**



100% працівників СНІД-центрів, 96% працівників ВІЛ-сервісних НУО та 63% тубдиспансерів стверджують, що в їхніх організаціях надаються ґендерно-чутливі послуги. Так, в СНІД-центрах значну увагу приділяють спеціальному консультуванню ВІЛ-позитивних ЖКС, ЧСЧ та ЧКС (за твердженням 87%, 67% та 67% відповідно), у половині тубдиспансерів також передбачені особливі послуги для цих груп клієнтів. В НУО також приділяється особлива увага даним групам: надання консультацій ЖКС зазначили 52%, консультації ЧСЧ – 42%, консультації ЧКС – 29%. Працівники НУО та тубдиспансерів частіше згадували спеціальне консультування ВІЛ-позитивних чоловіків, а СНІД-центри – спеціальне консультування ВІЛ-позитивних жінок. Крім того, працівники НУО та тубдиспансерів частіше згадували групи психологічної взаємодопомоги для жінок, ніж для чоловіків, а працівники СНІД-центрів однаково часто згадували групи психологічної самодопомоги для жінок, і для чоловіків.

**Діаграма 3.1.3. Чи надаються у Вашій організації гендерно-чутливі послуги - тобто послуги, що надаються особливим методом клієнтам однієї статі або спрямовані на зміну поведінки клієнтів однієї статі?**



### **3.2. Очікування ВІЛ-позитивних жінок та чоловіків щодо ґендерно-чутливого аспекту надання/отримання медико-соціальних послуг**

ЛЖВ були опитані щодо послуг, що отримуються у недостатній кількості або неналежній якості, а також затребуваних послуг, які не надаються в жодній організації міста.

Серед таких медико-соціальних послуг, що отримуються у недостатній кількості або неналежній якості, респонденти найчастіше зазначали матеріальну допомогу. Серед ґендерно-чутливих послуг 8% чоловіків і 7% жінок не вистачає груп самопомоги з одностатевих складом, 6% жінок – консультування ЖКС, а 7% чоловіків – консультування ЧКС і 5% – консультування ЧСЧ. Статистично значущих відмінностей між відповідями чоловіків і жінок не виявлено щодо жодної послуги, окрім ґендерно-чутливих, а також консультування СІН, якого більше не вистачає чоловікам (7%), ніж жінкам (3%).

**Діаграма 3.2.1. Які послуги Ви отримали або отримуєте від різних організацій в неповному обсязі чи недостатній якості, що повністю не задовольняють Ваші потреби або потреби Ваших неповнолітніх дітей та підопічних?**



Щодо послуг, які є затребуваними, але не надаються жодною організацією міста, ЛЖВ найчастіше називали юридичні, транспортні послуги та матеріальну допомогу. Серед ґендерно чутливих послуг по 5% чоловіків та жінок потребують, але не отримують груп самодопомоги з одностатевим складом; 4%

жінок потребують, але не отримують консультування ЖКС, 2% - консультування вагітних; по 2% чоловіків потребують, але не отримують консультування ЧСЧ та ЧКС.

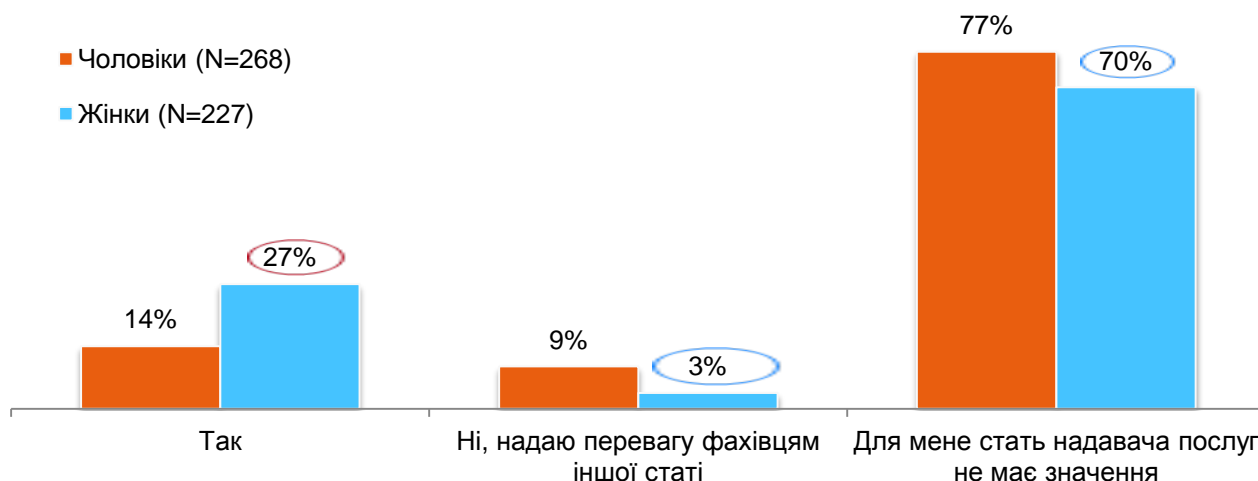
Статистично значущих відмінностей між відповідями чоловіків і жінок знову ж таки не виявлено щодо жодних послуг, окрім ґендерно чутливих та медичних консультацій, яких бракує 3% чоловіків і жодній жінці.

**Діаграма 3.2.2. Які послуги ви або ваші неповнолітні діти чи підопічні потребують, але не отримуєте в жодній організації ?**



Для більшості клієнтів стать надавача медичних і соціальних послуг не має значення, але 27% жінок хотіли б отримувати медичні, а 19% – соціальні послуги від жінок, серед чоловіків 14% і 11% відповідно хотіли б отримувати медичні та соціальні послуги від чоловіків (див. Діаграми 3.2.3. та 3.2.4.). Отже, відносна більшість ЛЖВ (з тих, кому не все одно, якої статі є надавач послуг), воліли б отримувати послуги від жінок – в контексті таких побажань переважання жінок серед працівників ВІЛ-сервісних організацій є позитивним фактом.

**Діаграма 3.2.3. Чи хотіли б ви, щоб Вам надавав медичні послуги фахівець однієї з вами статі?**



**Діаграма 3.2.4. Чи хотіли б ви, щоб Вам надавав соціальні послуги фахівець однієї з вами статі?**



**3.3. Практика вивчення та врахування потреб як ВІЛ-позитивних чоловіків, так і ВІЛ-позитивних жінок у ґендерно-чутливих медико-соціальних послугах, причини з боку надавачів послуг, які заважають впровадженню ґендерно-чутливих медико-соціальних послуг для чоловіків та жінок**

Ми попросили працівників ВІЛ-сервісних організацій порівняти свій досвід роботи з чоловіками та жінками-ЛЖВ.

Головними труднощами при роботі з чоловіками-ЛЖВ є їх закритість та важкість встановлення контакту (цю причину найчастіше відмічали співробітники НУО – 45%) та вживання наркотичних речовин та алкоголю (найбільше про цю проблему згадували працівники СНІД-центрів – 73%).

**Діаграма 3.3.1. Якими є особливості або труднощі при роботі з чоловіками-ЛЖВ?**



Натомість, основними проблемами при роботі із жінками-ЛЖВ, на думку працівників НУО та медичних закладів, є чинники психологічного характеру: труднощі з прийняттям статусу, нестабільний емоційний стан, психологічні проблеми.



**Діаграма 3.3.2. Якими є особливості або труднощі при роботі з жінками-ЛЖВ?**



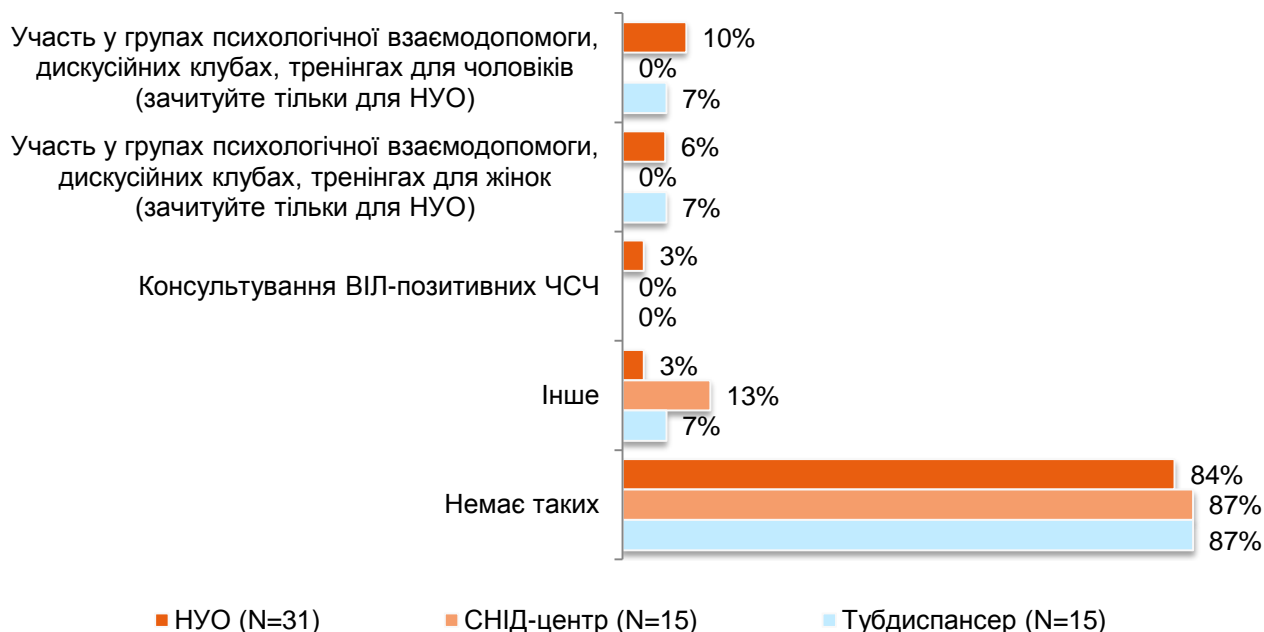
Потреби в послугах жінок і чоловіків ЛЖВ не відрізняються: так вважає приблизно половина працівників СНІД-центрів і тубдиспансерів, серед працівників громадських організацій така думка менш поширена – 39%. Третина опитаних у СНІД-центрах вважають, що жінки потребують специфічних медичних консультацій; таку ж необхідність бачать і трохи більше чверті представників НУО та тубдиспансерів. Крім того, працівники всіх типів закладів відмічають, що у жінок частіше виникають потреби у психологічній допомозі (НУО – 16%, СНІД-центри та тубдиспансери – по 13%), а також у допомозі по догляду за дітьми. Спеціалісти з тубдиспансерів і НУО згадували і про потреби чоловіків у матеріальній допомозі та вирішенні побутових проблем (13% і 6% відповідно).

**Діаграма 3.3.3. Загалом чи відрізняються потреби в різних послугах чоловіків та жінок ЛЖВ? Якщо так, то як саме?**



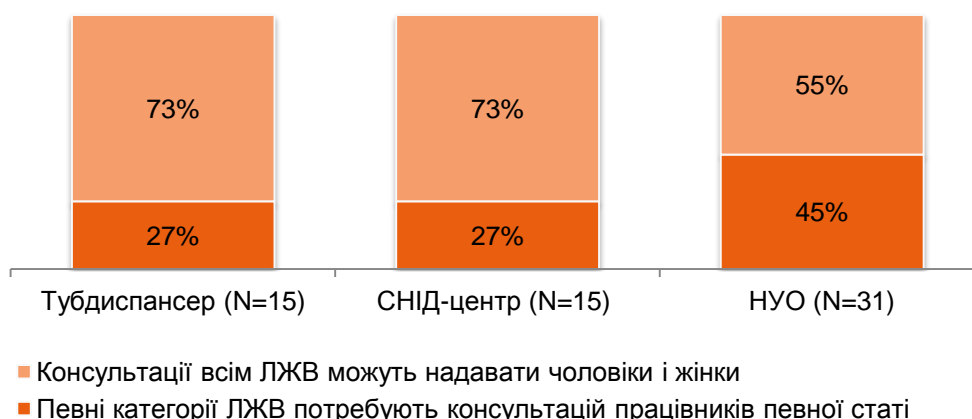
Більшість опитаних працівників закладів вважає, що немає таких ґендерно-чутливих послуг, які є затребуваними ЛЖВ, але не надаються жодною організацією у населеному пункті. Частина працівників НУО вважають, що такою послугою є участь у групах психологічної допомоги для жінок (10%) та чоловіків (6%).

**Діаграма 3.3.4. Чи існують гендерно-чутливі послуги, які, на Вашу думку, є затребуваними ЛЖВ, але не надаються ні Вашою, ні жодною іншою організацією у населеному пункті?**



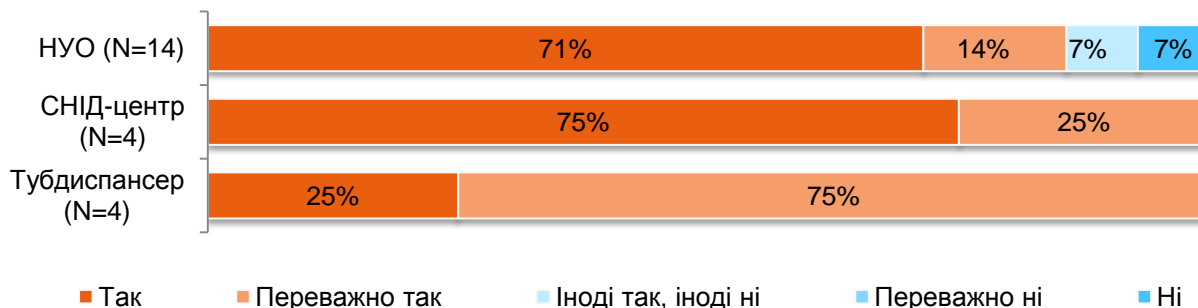
Більшість опитаних працівників в усіх закладах вважають, що консультації всім ЛЖВ можуть надавати як чоловіки, так і жінки. Трохи більше чверті робітників тубдиспансерів і СНІД-центрів упевнені, що певні категорії ЛЖВ потребують консультацій спеціалістів певної статі, коли в НУО таких майже половина опитаних. На думку респондентів, найбільше потребують консультацій спеціалістів певної статі такі категорії ЛЖВ як ВІЛ-позитивні вагітні та породіллі, ЧСЧ та чоловіки-СІН.

**Діаграма 3.3.5. Як Ви гадаєте, консультації всім ЛЖВ можуть надавати чоловіки і жінки чи певні категорії ЛЖВ потребують консультацій саме працівників певної статі?**



Всі респонденти у СНІД-центрах та тубдиспансерах, які визнають, що певні категорії ЛЖВ потребують консультацій працівників певної статі, упевнені, що їхній заклад повністю або переважно задовольняє потреби деяких ЛЖВ в консультаціях працівників певної статі. Більшість працівників НУО також так вважають – лише 14% визнають, що їхня організація не завжди задовольняє дану потребу ЛЖВ.

**Діаграма 3.3.6. Чи задовольняє Ваша організація потреби деяких ЛЖВ в консультаціях працівників певної статі? (% від тих респондентів, які вважають, що певні категорії ЛЖВ потребують консультацій працівників певної статі)**



### 3.4. Висновки щодо перевірки Гіпотези 2: У клієнтів потреби в ґендерно-чутливих послугах сформовані, а надавачі готові їх враховувати.

За результатами дослідження, Гіпотеза 2 підтвердилась частково.

Потреби в ґендерно-чутливих послугах сформовані менше, ніж у третини клієнтів:

- 27% опитаних жінок-ЛЖВ хотіли б отримувати медичні, а 19% – соціальні послуги від жінок; серед чоловіків 14% і 11% відповідно хотіли б отримувати медичні та соціальні послуги від чоловіків;
- 19% чоловіків і 18% жінок отримують і задоволені одноставними групами самодопомоги, 19% жінок – консультуванням і супроводом вагітних, 11% жінок – консультуванням ЖКС, 9% чоловіків – консультуванням ЧСЧ, 6% чоловіків – консультуванням ЧКС.
- 8% чоловіків і 7% жінок незадоволені обсягом та/або якістю груп самодопомоги з одноставних складом, 6% жінок – консультуванням ЖКС, а 7% чоловіків – консультуванням ЧКС і 5% – консультуванням ЧСЧ. Крім того, по 5% чоловіків та жінок потребують, але не отримують груп самодопомоги з одноставним складом; 4% жінок потребують, але не отримують консультування ЖКС, 2% - консультування вагітних; по 2% чоловіків потребують, але не отримують консультування ЧСЧ та ЧКС.

Більшість опитаних надавачів послуг стверджують, що їхня організація надає ґендерно-чутливі послуги, та вважають, що ґендерно-чутливих послуг, що є затребуваними ЛЖВ, але не надаються жодною організацією в місті, не існує. Крім того, більшість не вважає, що певні категорії ЛЖВ потребують консультацій працівників певної статі. Детальніше основні результати опитування є наступними:

- 100% працівників СНІД-центрів, 96% працівників ВІЛ-сервісних НУО та 63% тубдиспансерів стверджують, що в їхніх організаціях надаються ґендерно-чутливі послуги;
- Спеціальне консультування ВІЛ-позитивних ЖКС надається, за словами 87% працівників СНІД-центрів та половини працівників ВІЛ-сервісних НУО та тубдиспансерів;
- Спеціальне консультування ВІЛ-позитивних ЧСЧ надається, за словами 67% працівників СНІД-центрів та близько половини працівників ВІЛ-сервісних НУО та тубдиспансерів;
- Спеціальне консультування ВІЛ-позитивних ЧКС надається, за словами 67% працівників СНІД-центрів, 47% працівників тубдиспансерів та 29% працівників ВІЛ-сервісних НУО;
- Спеціальне консультування для ВІЛ-позитивних чоловіків надається, за словами 45% працівників СНІД-центрів, 20% працівників тубдиспансерів та 7% працівників СНІД-центрів;
- Спеціальне консультування для ВІЛ-позитивних чоловіків надається, за словами чверті працівників НУО та СНІД-центрів та 13% працівників тубдиспансерів;
- Групи самодопомоги, клуби та тренінги для жінок організуються, за словами 35% працівників

- НУО, 20% працівників СНІД-центрів та 7% працівників тубдиспансерів;
- Групи самопомоги, клуби та тренінги для жінок організуються, за словами 35% працівників НУО, 20% працівників СНІД-центрів та 7% працівників тубдиспансерів;
- Спеціальні консультації для вагітних надаються, за словами 27% працівників СНІД-центрів, 16% працівників НУО, 20% працівників тубдиспансерів;
- 84% працівників НУО та 87% працівників СНІД-центрів та тубдиспансерів вважають, що немає таких ґендерно-чутливих послуг, які є затребуваними ЛЖВ, але не надаються жодною організацією у населеному пункті. Частина працівників НУО вважають, що такою послугою є участь у групах психологічної допомоги для жінок (10%) та чоловіків (6%).
- Близько половини працівників СНІД-центрів і тубдиспансерів та 39% працівників НУО вважають, що потреби в послугах жінок і чоловіків ЛЖВ не відрізняються;
- Лише близько чверті працівників тубдиспансерів і СНІД-центрів та 45% працівників НУО упевнені, що певні категорії ЛЖВ потребують консультацій спеціалістів певної статі. З них абсолютна більшість вважає, що дана потреба задовольняється їхньою організацією.

### **3.5. Рекомендації щодо впровадження ґендерно-чутливих медико-соціальних послуг для чоловіків та жінок.**

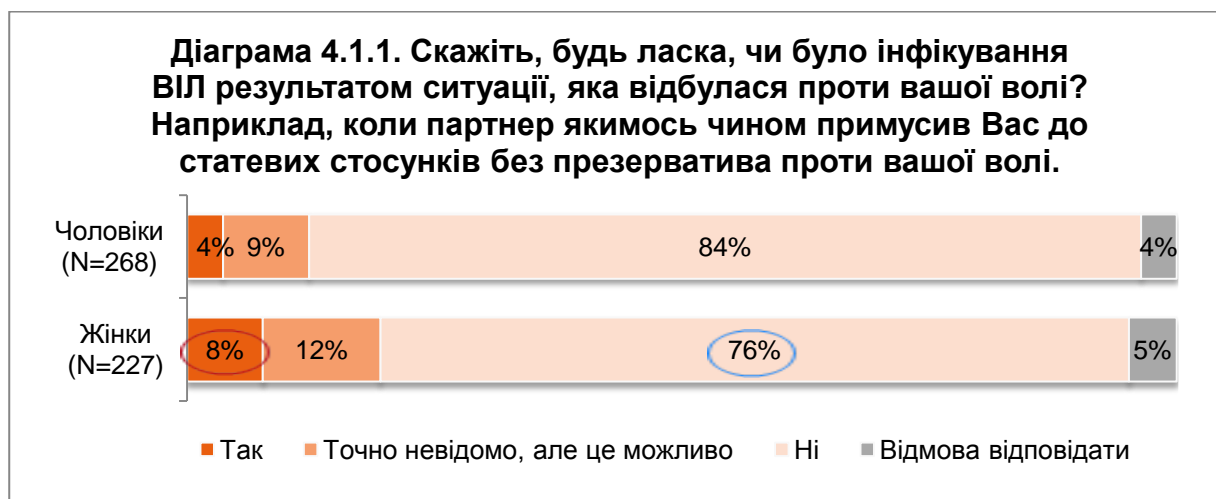
За результатами дослідження, рекомендуються наступні заходи для забезпечення потреб ЛЖВ в ґендерно-чутливих послугах:

- Проведення тренінгів для працівників ВІЛ-сервісних організацій з врахування ґендерно-специфічних потреб ЛЖВ та організації ґендерно-чутливих послуг;
- За наявності в організації фахівців різних статей і схожого профілю, рекомендується передбачити для ЛЖВ можливість вибору бажаної статі спеціаліста;
- Розвиток груп самопомоги, клуби та тренінги для жінок. Темі занять та тренінгів мають обиратися залежно від побажання учасників, але, за результатами даного дослідження, актуальними темами є підвищення самооцінки, подолання психологічної та економічної залежності від чоловіків, ґендерних стереотипів щодо домінування чоловіків, страху упередженого ставлення, рекомендацій щодо лінії поведінки у випадках упередженості, конфліктів, спроб насильства;
- Розвиток груп самопомоги, клуби та тренінги для чоловіків. Темі занять та тренінгів мають обиратися залежно від побажання учасників, але, за результатами даного дослідження, актуальними темами є подолання та реабілітація після наркотичної, алкогольної та інших залежностей, корекція ставлення до власного здоров'я та здоров'я членів сім'ї, гнучкий і справедливий розподіл ґендерних ролей в сім'ї, подолання ґендерних стереотипів тощо;
- Розвиток спеціального консультування ЧСЧ, ЖКС, ЧКС. В межах даного завдання рекомендується залучення представників даних груп до роботи в організації для надання консультацій за методом «рівний рівному».

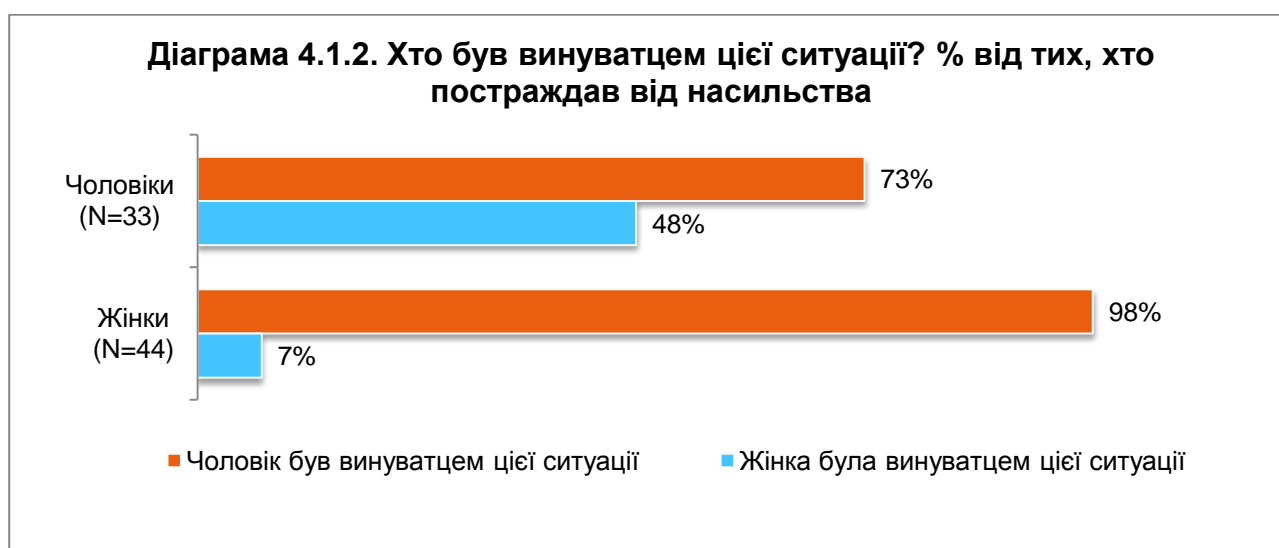
## 4. ГЕНДЕРНЕ НАСИЛЬСТВО

### 4.1. Насильство як причина інфікування ВІЛ

Згідно розподілу відповідей ЛЖВ, жінки частіше за чоловіків стають жертвами насильства, що є причиною інфікування: 8% жінок і 4% чоловіків стверджують, що набули статусу саме внаслідок насильницьких дій, ще 12% жінок і 9% чоловіків припускають таку можливість (а, отже, стали жертвами насильства). 4% чоловіків і 5% жінок відмовились відповідати на запитання, що також, імовірно, вказує на досвід насильства.



98% жінок та 73% чоловіків, постраждалих від насильства, вказали, що винуватцем насильницьких дій був чоловік (жінки найчастіше вказували на чоловіка або партнера, чоловіки – на приятелів, знайомих та незнайомих осіб). 48% чоловіків та 7% жінок вказали, що винуватцем насильства була жінка (чоловіки найчастіше вказували на дружину або партнерку, приятельку або випадкову особу, жінки – на приятельку або випадкову особу).



Про те, що ВІЛ-інфікування часто є наслідком насильства, окрім самих ЛЖВ, стверджують і представники ВІЛ-сервісних організацій: 26% працівників ВІЛ-сервісних організацій у своїй роботі

стикались із ситуаціями, коли насильство було причиною інфікування ВІЛ-позитивних жінок, і лише 5% - з ситуаціями, коли насильство було причиною інфікування ВІЛ-позитивних чоловіків.

#### **4.2. ВІЛ-позитивний статус як причина насильства**

ВІЛ-позитивні люди загалом більш уразливі до різних типів насильства, причому причини цього сильно варіюються залежно від статі, способу життя тощо.

10% респондентів і жіночої, і чоловічої статі заявили, що ВІЛ-позитивний статус ставав причиною насильницьких або експлуататорських дій по відношенню до них, ще 21% чоловіків та 19% жінок відмовилися відповідати на дане запитання, що дає підстави припускати, що вони також ставали жертвами насильства.

Однак те, що чоловіки та жінки однаково часто зазначали, що з ними траплялись випадки насильства через позитивний статус, ще не означає, що вони і потерпають від цих випадків однаково часто. Так, працівники ВІЛ-сервісних організацій значно частіше згадували ситуації насильства, від яких постраждали жінки-ЛЖВ через позитивний статус, аніж аналогічні ситуації, від яких постраждали чоловіки-ЛЖВ (хоча можна припустити, що чоловіки рідше зізнаються лікарям та соцробітникам у тому, що вони постраждали від насильства). Так, 54% працівників ВІЛ-сервісних організацій знають про випадки психологічного насильства (приниження, контроль, погрози) над жінками-ЛЖВ через позитивний статус, щодо аналогічних випадків, від яких постраждали чоловіки, знають 39%. Ситуації економічного насильства (економічна залежність, експлуатація праці), в які потрапляли жінки через статус, відомі 18% працівників ВІЛ-сервісних організацій, аналогічні ситуації, в які потрапляли чоловіки, відомі 5% опитаних. Ситуації фізичного насильства, в які потрапляли жінки через статус, відомі 16% працівників ВІЛ-сервісних організацій, аналогічні ситуації, в які потрапляли чоловіки, відомі 5% опитаних. Ситуації контрацептивного саботажу, в які потрапляли жінки через статус, відомі 11% працівників ВІЛ-сервісних організацій, аналогічні ситуації, в які потрапляли чоловіки, відомі 5% опитаних. Про решту ситуацій насильства відомо менше 10% працівникам ВІЛ-сервісних організацій.

Найтиповішою ситуацією насильства над жінкою, внаслідок якої відбулось інфікування, є зґвалтування ВІЛ-позитивним чоловіком – так вважають 44% працівників ВІЛ-сервісних організацій, що стикалися із відповідними ситуаціями. Ще чверть, описуючи найтиповіший випадок, скоріше назвуть групове зґвалтування. Стосовно чоловіків найбільш розповсюдженою ситуацією інфікування внаслідок насильства є зґвалтування ЧСЧ і бійка (67% і 33% назвали ці ситуації відповідно). Агресором найчастіше є чоловік, жертвою – чоловік або жінка-ЛЖВ залежно від ситуації.

#### **4.3. Стереотипи щодо насильства, його види та прояви**

Оскільки тема насильства є чутливою для ЛЖВ, особливо тоді, коли їм доводиться говорити про конкретні випадки насильства, пережитих ними, ми обмежились питаннями щодо того, чи було насильство причиною інфікування ВІЛ і чи траплялось ЛЖВ бути жертвами насильства з причини позитивного статусу. Щодо найпоширеніших типів і проявів насильства ми детально опитали працівників ВІЛ-сервісних організацій.

Тим не менш, намагаючись глибше зрозуміти, як самі ЛЖВ сприймають насильство – як відносно них самих, так і відносно інших осіб – ми запропонували респондентам-ЛЖВ ряд тверджень, що стосуються застосування насильства у родині, із проханням висловити думку стосовно них.

Абсолютна більшість ЛЖВ погоджуються з тим, що «чоловік має бути головним у родині»: 72% чоловіків та 57% жінок (для порівняння: лише 10% ЛЖВ висловили думку, що жінка має бути головною в родині). Даний стереотип фактично легітимізує насильство в сім'ї: якщо чоловік є головним, то це дає йому право примушувати жінку до певних дій.

**Діаграма 4.3.1. Чоловік має бути головним у родині**



Цей стереотип поширений не лише серед ЛЖВ, а й серед українського суспільства загалом: 55% населення України, зокрема, 61% чоловіків і 46% жінок погоджується з тим, що «головою сім'ї у будь-якому випадку має бути чоловік»<sup>5</sup>. Дані опитування населення України і опитування ЛЖВ не є співставними через різні формулювання запитання, але на рівні тенденцій слід зазначити, що серед ВІЛ-позитивних чоловіків та жінок даний стереотип є значно більш закоріненим, ніж серед українців загалом<sup>6</sup>.

22% ЛЖВ вважають прийнятним репродуктивне насильство, коли «чоловік має право вимагати від жінки народити дитину» (статистично значущих відмінностей між чоловіками і жінками не виявлено). Для порівняння лише 11% ЛЖВ наділяють жінку таким правом.

10% ЛЖВ визнають право чоловіка змусити жінку зробити аборт (14% чоловіків та 5% жінок). Крім того, лише 20% ЛЖВ погоджуються з тим, що «жінка має право зробити аборт без згоди чоловіка» (26% жінок та 16% чоловіків).

18% ЛЖВ вважають прийнятним економічне насильство: так 22% чоловіків та 13% жінок погоджуються з тим, що «чоловік має право заборонити жінці працювати і змусити займатись домашнім господарством» (для порівняння 5% ЛЖВ вважають, що і жінка має право на таке).

**Діаграма 4.3.2. Чоловік має право заборонити жінці працювати і змусити займатися домашнім господарством**



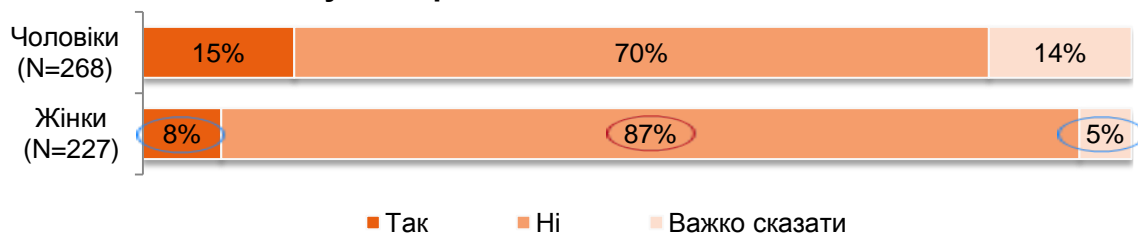
12% ЛЖВ визнають право чоловіків та жінок застосовувати фізичне насильство щодо дітей: чоловіки частіше визнають дане право як за собою, так і за жінками (див. Діаграми 4.3.3. та 4.3.4.)

<sup>5</sup> За даними національно репрезентативного опитування «Гендерні стереотипи та поширеність дискримінації жінок та дітей в українському суспільстві», що було проведено ІП «ГФК Юкрейн» в грудні 2009 року на замовлення SAFEGE Consulting Engineers Safege в межах комунікаційного компоненту програми «Права жінок та дітей в Україні». Вибірка включала 1600 респондентів.

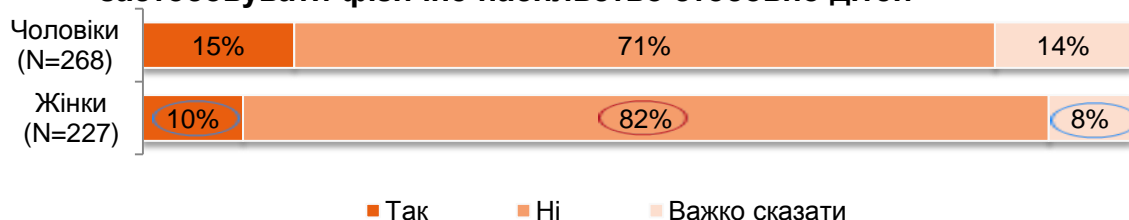
<sup>6</sup> За даними всеукраїнського опитування, жінки до 44 років (саме до цієї категорії належить більшість опитаних ЛЖВ) меншою мірою поділяють даний стереотип, ніж старше покоління жінок. Отже, закоріненість даного стереотипу є ще нижчою серед жіночого населення того ж віку, що й опитані жінки-ЛЖВ, ніж серед загального жіночого населення.



**Діаграма 4.3.3. У певних випадках чоловік може застосовувати фізичне насильство стосовно дітей**

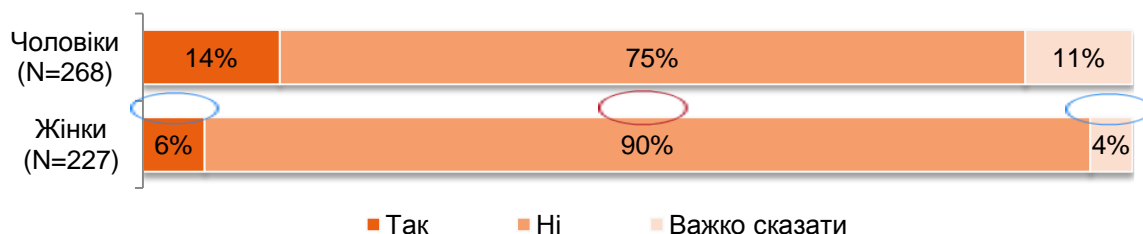


**Діаграма 4.3.4. У певних випадках жінка може застосовувати фізичне насильство стосовно дітей**



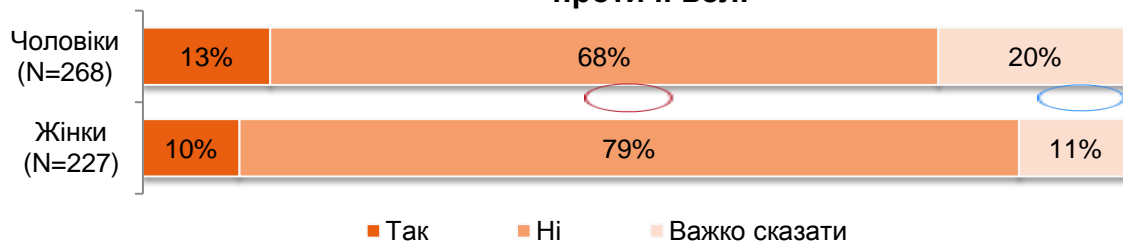
10% ЛЖВ визнають право чоловіків чинити фізичне насильство над жінками: 14% чоловіків та 6% жінок. Для порівняння – 8% ЛЖВ також визнають таке право за жінками (хоча такі «права» не можна вважати рівнозначними, але більшість жінок є фізично слабшими за чоловіків): 7% чоловіків та 10% жінок.

**Діаграма 4.3.5. У певних випадках чоловік може застосовувати фізичне насильство стосовно жінки**



11% ЛЖВ визнають прийнятним контрацептивний саботаж як з боку жінок, так і з боку чоловіків. Статистично значущих відмінностей щодо ступені згоди з даними твердженнями між чоловіками та жінками не виявлено, але жінки частіше заперечують дане право з боку обох статей, ніж чоловіки.

**Діаграма 4.3.6. Чоловік має право відмовитись від контрацептивів при занятті сексом із своєю жінкою, навіть проти її волі**



11% ЛЖВ вважають, що «чоловік може заборонити жінці відвідувати СНІД-центр або недержавні організації, якщо він вважає, що це небезпечно», а 8% – що жінка може це заборонити чоловіку в аналогічній ситуації (статистично значущих відмінностей у відповідях чоловіків та жінок не зафіксовано).

9% ЛЖВ вважають прийнятним сексуальне насильство за умови шлюбу (13% чоловіків та 4% жінок).



І найменш прийнятним для ЛЖВ є сексуальне насильство над повіями: 6% ЛЖВ погоджуються з тим, що «якщо жінка є повією, чоловік має право застосовувати до неї сексуальне насильство» – 3% жінок та 8% чоловіків. Заперечують таке «право» 91% жінок і лише 78% чоловіків.

Від стереотипів щодо ґендерного насильства перейдемо до питання поширеності різних типів насильства з досвіду працівників ВІЛ-сервісних організацій.

75% працівників ВІЛ-сервісних організацій у своїй роботі стикались із ситуаціями насильства відносно жінок-ЛЖВ і 54% - відносно чоловіків ЛЖВ. Серед працівників усіх типів організацій найчастіше з ситуаціями насильства над клієнтами стикаються працівники НУО (лише 3% не стикались із проблемою насильства над жінками і близько третини – над чоловіками), таких менше у СНІД-центрах і ще менше у тубдиспансерах. Більша обізнаність працівників НУО з проблемою насильства, ймовірно, пояснюється тим, що профілактика насильства та реабілітація жертв входить в комплекс послуг з догляду та підтримки, які надаються переважно НУО.

Найчастіше працівники стикались із ситуаціями психологічного насильства (70% згадували випадки з жінками, 46% – з чоловіками), на другому місці фізичне насильство (57% і 25% відповідно), на третьому – економічна залежність (49% та 23%), далі – контрацептивний саботаж (54% та 15%), далі – примушення до абортів (46%), далі – примушення до народження дитини (31%) і найрідше згадували примушення до вживання наркотиків (15% і 13%). Жоден працівник ВІЛ-сервісних організацій не стикався із сексуальною експлуатацією.

#### 4.4. Причини насильства, портрети жертви та агресора

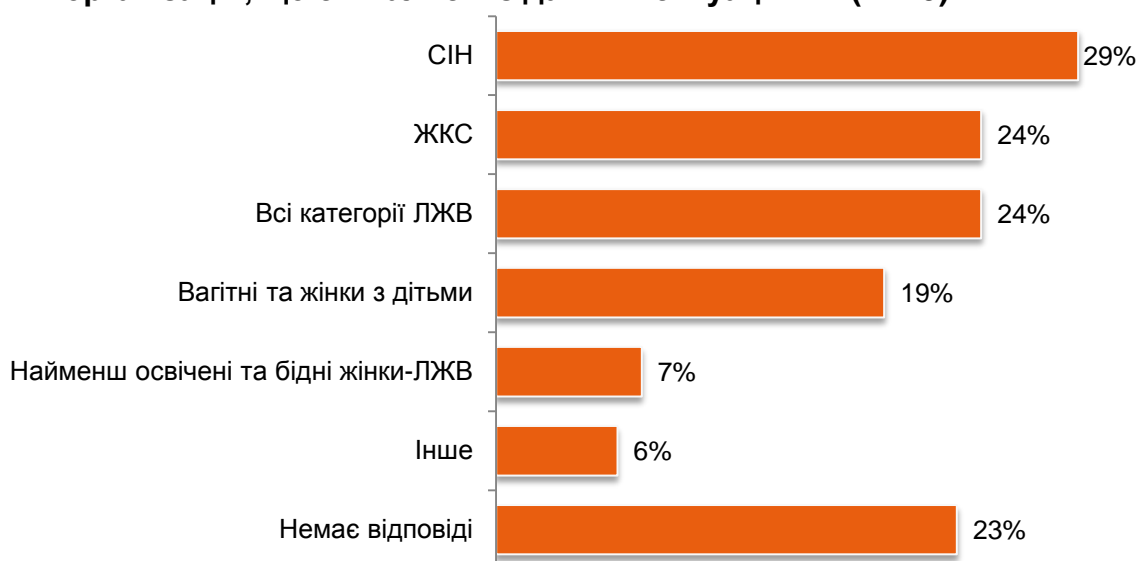
Нажаль, більше третини працівників ВІЛ-сервісних організацій не змогли назвати основні причини поширеності різних типів насильства відносно жінок-ЛЖВ. 17% вважають, що причиною є брак інформації про ВІЛ/СНІД, що й викликає агресію до ЛЖВ. Респонденти також зазначали звинувачення жінки в інфікуванні, стигматизацію та дискримінацію ЛЖВ у суспільстві, ментальні та психологічні причини, а також низьку самооцінку жінок і їхню залежність від чоловіків – приблизно по 10% називали кожен з цих причин.

**Діаграма 4.4.1. Якими є основні причини поширеності ситуацій насильства серед жінок-ЛЖВ? % від працівників ВІЛ-сервісних організацій, що стикались із даними ситуаціями (N=49)**



Частіше страждають від ситуацій насильства жінки-ЛЖВ, які є споживачами ін'єкційних наркотиків – так вважають 29% спеціалістів. 24% респондентів вважають, що такою категорією є ЖКС, ще стільки ж виразили думку, що всі категорії жінки-ЛЖВ страждають від насильства однаковою мірою. Майже кожний п'ятий спеціаліст серед найбільш уразливих до насильства назвав вагітних та жінок з дітьми.

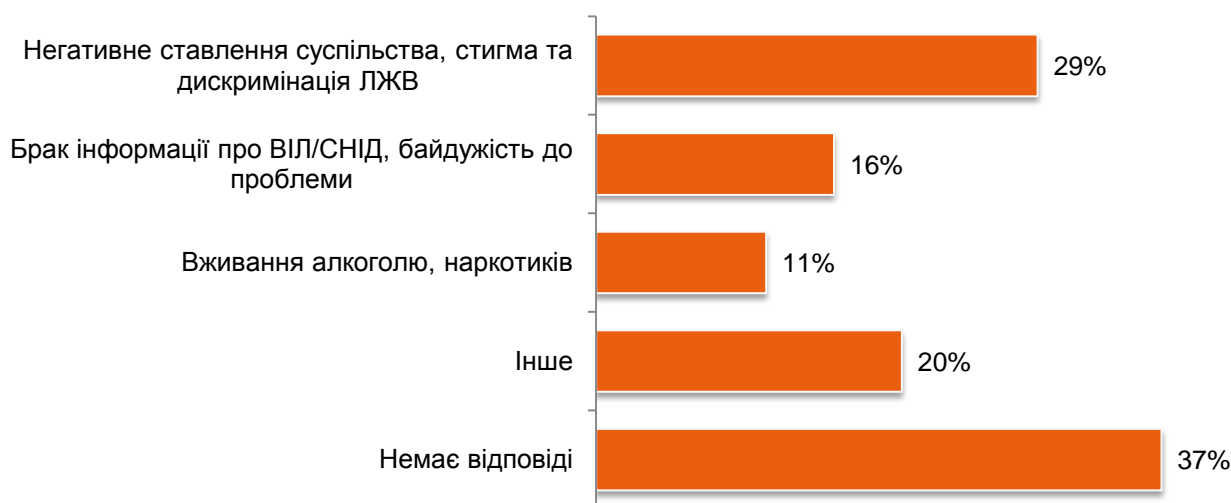
**Діаграма 4.4.2. Які категорії жінок найчастіше потрапляють у ситуації насильства? % від працівників ВІЛ-сервісних організацій, що стикались із даними ситуаціями (N=49)**



За словами відносної більшості респондентів, агресорами у більшості випадків виступають чоловіки – постійні партнери жінок.

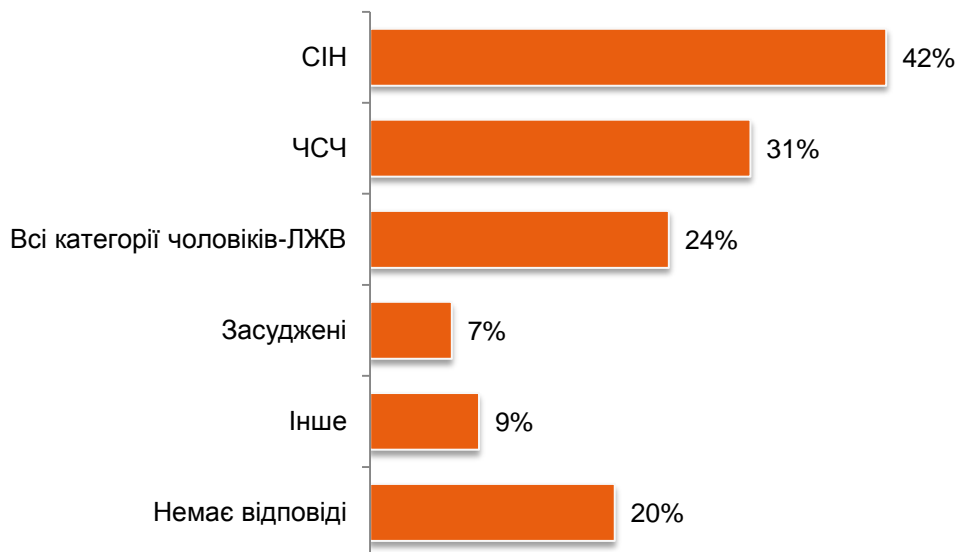
Більше третини працівників ВІЛ-сервісних організацій також не змогли назвати також основні причини поширеності різних типів насильства відносно чоловіків-ЛЖВ. Головною причиною насильства, яку назвала майже третина спеціалістів, є дискримінація та стигма, негативне ставлення суспільства до ЛЖВ. 16% також вказали на брак інформації про ВІЛ/СНІД та байдуже ставлення до проблеми, близько десятої частини відповідей стосувалися вживання алкоголю та наркотиків серед чоловіків-ЛЖВ.

**Діаграма 4.4.3. Якими є основні причини поширеності ситуацій насильства серед чоловіків-ЛЖВ? % від працівників ВІЛ-сервісних організацій, що стикались з даними ситуаціями (N=33)**



Як серед жінок, так і серед чоловіків-ЛЖВ з досвіду працівників ВІЛ-сервісних організацій найчастіше потрапляють у ситуації насильства СІН, на другому місці ЧСЧ. Четверть фахівців упевнена, що у подібні ситуації потрапляють однаково часто всі категорії чоловіків, які живуть із ВІЛ.

**Діаграма 4.4.4. Які категорії чоловіків найчастіше потрапляють у ситуації насильства? % від працівників ВІЛ-сервісних організацій, які стикались із даними ситуаціями (N=33)**



За словами відносної більшості респондентів агресорами у більшості випадків виступають чоловіки – знайомі, родичі, партнери, лікарі, рідше згадувались партнерки чоловіків.

#### **4.5. Висновки щодо перевірки Гіпотези 3 «ВІЛ-позитивні жінки найчастіше є жертвами ґендерного насильства. Насильство може бути причиною інфікування ВІЛ, мати різні форми та впливати на доступ до послуг».**

Гіпотеза 3 підтверджується наступними результатами дослідження:

- Працівники ВІЛ-сервісних організацій значно частіше стикаються з насильством над жінками, ніж над чоловіками. Найчастіше працівники стикались із ситуаціями психологічного насильства (70% згадували випадки з жінками, 46% – з чоловіками), на другому місці фізичне насильство (57% і 25% відповідно), на третьому – економічна залежність (49% та 23%), далі – контрацептивний саботаж (54% та 15%), далі – примушення до абортів (46%), далі – примушення до народження дитини (31%) і найрідше згадували примушення до вживання наркотиків (15% і 13%). Жоден працівник ВІЛ-сервісних організацій не стикався із сексуальною експлуатацією. 26% працівників ВІЛ-сервісних організацій у своїй роботі стикались із ситуаціями, коли насильство було причиною інфікування ВІЛ-позитивних жінок, і лише 5% - з ситуаціями, коли насильство було причиною інфікування ВІЛ-позитивних чоловіків;
- За результатами опитування ЛЖВ жінки частіше, ніж чоловіки, інфікувались в результаті насильства: 8% жінок і 4% чоловіків стверджують, що набули статусу саме внаслідок насильницьких дій, ще 12% жінок і 9% чоловіків припускають таку можливість (а, отже, стали жертвами насильства);
- ґендерне насильство, без сумніву, впливає на доступ до медико-соціальних послуг: жертви насильства мають вищі психологічні бар'єри до звернення до будь-яких організацій та більшою мірою потребують психологічних та інших послуг з реабілітації. Крім того, винуватець насильства може обмежувати доступ жертви до послуг і деяка частина ЛЖВ вважає це прийнятним: 11% респондентів вважають, що «чоловік може заборонити жінці відвідувати СНІД-центр або недержавні організації, якщо він вважає, що це небезпечно», а 8% – що жінка може це заборонити чоловіку в аналогічній ситуації (статистично значущих відмінностей у відповідях чоловіків та жінок не зафіксовано).

#### **4.6. Рекомендації з попередження та подолання причин насильства**

З досвіду працівників ВІЛ-сервісних організацій, якщо чоловіки найчастіше стають жертвами насильства через позитивний статус або вживання алкоголю чи наркотиків, то жінки частіше стають

жертвами ґендерного насильства з боку постійних партнерів через психологічні причини та залежність від чоловіків (при цьому, що жертвами ґендерного насильства стають не лише жінки, а й ЧСЧ). Тому рекомендації щодо попередження і подолання наслідків насильства над чоловіками можна застосувати і до жінок-ЛЖВ, тоді як рекомендації для жінок мають ґендерну специфіку.

Опитані представники ВІЛ-сервісних організацій для попередження та подолання причин насильства серед усіх ЛЖВ рекомендують наступне:

- Розширення роботи з проведення інформаційних та просвітницьких заходів у суспільстві з подолання стигматизації та дискримінації ЛЖВ, а також профілактики насильства;
- Підвищення дисциплінарного рівня у в'язницях та інших закладах закритого типу;
- Проведення інформаційних кампаній серед ЛЖВ (особливо серед СІН, РКС і ЧСЧ, що є найбільш уразливими групами) з профілактики насильства із рекомендаціями з самозахисту у різних ситуаціях та інформацією, що робити і куди звертатись жертвам насильства;
- Проведення тренінгів для ЛЖВ з формування партнерських взаємин між чоловіком і жінкою, подолання ґендерних стереотипів щодо домінування чоловіків та права чоловіків на насильницькі дії;
- Надання кризових психологічних консультацій жертвам насильства;
- Надання юридичних консультацій жертвам насильства;
- Створення реабілітаційних центрів для жертв насильства.

Працівники ВІЛ-сервісних організацій для попередження та подолання причин насильства серед жінок-ЛЖВ рекомендують наступне:

- Організація тренінгів/груп самодопомоги для жінок з підвищення самооцінки, впевненості у собі, подолання ґендерних стереотипів щодо домінування чоловіків та права чоловіків на насильницькі дії. Відповідні тренінги/консультації мають сформувати більш жорстку і безкомпромісну реакцію жінки у ситуаціях насильства. Правильне сприйняття себе, своєї ролі в суспільстві, усвідомлення власних прав може допомогти уникнути насильства, оскільки людина, яка скоює насильство, скоріше обиратиме собі в жертви осіб емоційно слабких, налаштованих нерішуче, схильних до конформістської поведінки. Окремі фахівці зазначали, що деколи жінка, хоч і несвідомо, але обирає позицію жертви, що ніяк не допомагає попередити або уникнути насильницьких дій стосовно неї.