

**जनसंख्याका आधारमा नेपालका ट्रान्स
महिलाहरूमा एच.आई.भी.को अवस्था,
लाल्छना र जोखिम**



Blue Diamond Society

Dhumbarahi Height
Kathmandu Nepal

GPO Box. 4375

Office Phone: 4426652, 4426653

Facebook - <https://fb.me/bluediamondsocietynepal>

Email - info@bds.org.np

Youtube - https://www.youtube.com/channel/UC7eR5DzYEWUJWeluqA_AStw

Website: www.bds.org.np

**जनसंख्याका आधारमा नेपालका ट्रान्स महिलाहरूमा
एच.आई.भी.को अवस्था, लाल्छना र जोखिम**

अध्ययनमा सहभागी संस्था तथा ब्यक्तिहरू

एरिक सी. विल्सन, मनिषा ढकाल, संजय शर्मा, अनुज राई, राजेश लामा, शिरिष क्षेत्री, केटलिन एम. टर्नर, हुइ सी, शन आर्यासिरिकुल, जेस लीन र स्वागत बनिक

१. सान फ्रान्सिस्को जनस्वास्थ्य बिभाग, २५ भ्यान नेस एभ. सान फ्रान्सिस्को, सी.ए. ९४१०२
२. नील हीरा समाज, धुम्बाराही, काठमाडौं, नेपाल
३. बाल्डवीन वालेस विश्वविद्यालय, २७५ ईस्टल्याण्ड रोड, वीरीया, ओ.एच, ४४०१७

करेसपोंडिंग लेखक : अध्ययनको लागि सहयोग

एरिक सी. विल्सन

२५ भ्यान नेस एभ.

सुइट ५००

सान फ्रान्सिस्को, सी.ए. ९४१०२

erin.wilson@sfdph.org

फोन (४१५) ५५४-९०००

अध्ययन कार्यन्वयन



निल हिरा समाज

अध्ययनको लागि सहयोग



प्रतिवेदन अनूवाद, डिजाईन र प्रिन्टिङमा सहयोग

Canada

नेपालको लागि क्यानडाको दुताबास

विषयसूची

संक्षिप्त	१
सार	२
पृष्ठभूमि	३
विधिहरू	५
परिणामहरू.....	८
छलफल	९
निष्कर्षहरू.....	११
घोषणाहरू	१२
सन्दर्भ	१३

संक्षिप्त

Trans women	– Transgender women
HIV	– Human Immunodeficiency Virus
LMIC	– Low- and middle- income countries
MSM	– Men who have sex with men (MSM)
RDS	– Respondent driven sampling
BDS	– Blue Diamond Society
NPR	– Nepalese rupees
LGBT	– Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender
US	– United States
HSDF	– Building on the Health Stigma and Discrimination Framework
STD	– Sexually Transmitted Disease

सार

पृष्ठभूमि

एच.आई.भी.को प्रतिक्रियामा नेपालका ट्रान्सजेन्डर महिलाहरू (ट्रान्स महिलाहरू) पछाडी परेका छन्। अन्य मुख्य जनसंख्याबाट एच.आई.भी.को व्यापकता छुट्टयाई निर्धारण गर्न र यो समुदायले भोग्नु परेको विशेष जोखिमहरूको पहिचान गर्न तथ्याङ्ग आवश्यक छ। ट्रान्स महिलाहरू विश्वमा नै पिछडिएका छन् र एच.आई.भी.को जोखिममा लाल्छनाको प्रभाव निर्धारण गर्न ट्रान्स केन्द्रित विशेष व्यवधानहरूका लागि अन्वेषणको आवश्यकता छ।

विधि

सन् २०१९ मा हामीले जनसंख्यामा आधारित अन्य मुख्य जनसंख्याबाट छुट्टयाएर ट्रान्स महिलाहरूको प्रथम एच.आई.भी. व्यावहारिक निगरानी अध्ययन गरेका थियौं जसमा हामीले उत्तरदाता द्वारा संचालित नमुनाको (Respondent Driven Sampling RDS) प्रयोग गरेका थियौं। हामीले ट्रान्स महिलाहरूमा एच.आई.भी.को व्यापकता अनुमान गरेका थियौं र Bivariate and Multivariate Poisson binomial Regression Models (बाइभेरिएट र मल्टीभेरिएट पोइसोन बाईनोमिनल रीग्रेसन मोडलहरूको) निर्माण गरी एच.आई.भी. र लाल्छना बीचको संबन्धको जाँच गरेका थियौं।

परिणामहरू

ट्रान्स महिला सहभागीहरू (जम्मा २०० जना) को औसत उमेर ३३ वर्ष थियो (Standard Deviation १०.९६)। एच.आई.भी.सक्रमण को वेटेड अवस्था ११.३] (९.५] CI ६.८२५ - १८.१३) भन्ने हामीले पायौं। डिप्रेसन र तनाव (aPR ०.८१, ९.५] CI ०.६७ - ०.९७, पी ०.०२) र हालको यौन व्यवसायमा संलग्नता (aPR १.३१, ९.५] CI १.०१ - १.७१, पी ०.०४६) विना कन्डम मलद्वार यौन सम्पर्कसँग उल्लेखनीय सम्बन्ध भएको हामीले पायौं। लैंगिक पहिचानको कारण मौखिक रूपमा हुने दुरुपयोगको (बएच ०.४२, ९.५] CI ०.२० - ०.८७, पी ०.००२) कलंकको अनुभव यौन व्यवसायमा कम संलग्नतासँग उल्लेखनीय रूपमा सम्बन्धित भएको हामीले पायौं। नेपाली समाजमा हुने बहिष्कारको अनुभव र ट्रान्स पहिचानले गर्दा उनीहरू अपराधी हुन् भन्ने मानिसहरूको विचार भने हालको यौन व्यवसायसँग उल्लेखनीय रूपमा सम्बन्धित रहेको छ (बएच १.३६, ९.५] CI १.०३ - १.७८, पी ०.०३, aPR १.४५, ९.५] CI १.०३ - २.०७, पी ०.०४)। लाल्छनाको अनुभव गरिएको प्रत्येक परिणाम हालको यौन व्यवसायमा उच्च संलग्नतासँग उल्लेखनीय रूपमा सम्बन्धित थियो।

निष्कर्ष

ट्रान्स महिलाहरू नेपालमा उच्च रूपमा लान्छित छन् जसले गर्दा उनीहरूलाई एच.आई.भी.को जोखिममा धकलिदै व्यक्तिगत र प्रणालीहरूका कारकहरूले प्रभाव परेको हुन्छ। लाल्छनाबाट एच.आई.भी.को जोखिम रोक्न ट्रान्स महिलाहरूलाई आर्थिक र मानसिक सुस्वास्थ्यको सहयोग हुने किसिमको हस्तक्षेपहरू जरूरी छ।

मुख्य शब्दावलीहरू :

लाल्छना, एच.आई.भी. अवस्था, intersectionality (प्रतिच्छेदन), जीवन्त अनुभव, ट्रान्सजेन्डर व्यक्ति, ट्रान्स महिला, नेपाल, समुदाय, सह-अनुसन्धानकर्ता

पृष्ठभूमि

ट्रान्सजेन्डर महिलाहरू (ट्रान्स महिलाहरू) विश्वव्यापी रूपमा नै एच.आई.भी.को सन्दर्भमा सबै भन्दा बढी प्रभावित र सबै भन्दा कम सेवा पाएका मुख्य जनसंख्या हो। निम्न र मध्य आय भएका देशहरूको डाटाले गैर ट्रान्स पुरुषहरू भन्दा ट्रान्स महिलाहरूले ३७ गुणा बढी र गैर ट्रान्स महिलाहरूको तुलनामा ७७.५ गुणा बढी एच.आई.भी. संक्रमण हुने देखाउँछ (१)। दक्षिण एसियाको देश नेपालमा ट्रान्स महिलाहरू समेत, मुख्य जनसंख्यामा एच.आई.भी. संक्रमण केन्द्रित छ (२)। हालै गरिएको व्यावहारिक निगरानी अध्ययनले पुरुषसँग यौन सम्पर्क गर्ने पुरुषहरूमा (एम.एस.एम.) र ट्रान्स महिलाहरूमा ८.२] एच.आई.भी. संक्रमण भएको पाएको छ, जब कि सामान्य वयस्क जनसंख्यामा यो ०.१५] छ (४)। नेपालमा गरिने अध्ययनहरूमा ट्रान्स महिलाहरू र MSM (Man Having Sex with Man) अर्थात् पुरुष पुरुष बिच यौन सम्पर्क राख्ने ब्यक्तिहरूलाई सँगै राखिने तर ट्रान्स महिलाहरूमा मात्र एच.आई.भी.को अवस्था देखाउने कुनै पनि अध्ययन छैन। ट्रान्स महिलाहरूलाई अन्य जनसंख्यामा एकत्रीकरण गर्दा नेपालको ट्रान्स महिलाहरूमा एच.आई.भी.को प्रभावको आंकडा कम देखाउँछ। महत्वपूर्ण रूपमा, एकत्रीकरण गरिएको डाटाले नेपालको पुरुष पुरुष बिच यौन सम्पर्क राख्ने ब्यक्तिहरूले भन्दा ट्रान्स महिलाहरूले सामना गर्ने फरक र विशेष जोखिमहरू बारे हाम्रो बुझाइलाई कम गर्दछ। नेपालको ट्रान्स महिलाहरूमा एच.आई.भी.को क्षेत्र र प्रभाव बुझ्न तथ्याङ्ग आवश्यक छ। साथै ट्रान्स महिलाहरूमा एच.आई.भी.को जोखिम निम्त्याउने कारकहरू बुझ्न पनि तथ्याङ्ग आवश्यक छ। नेपाल भन्दा बाहिर गरिएका अन्वेषणहरूले परिवारबाट हुने बहिष्कारमा ट्रान्स विरुद्ध लाल्छना, अध्ययन तथा अवसरमा हुने बाधाहरू, बेरोजगारी, आवासको अस्थीरता, स्वास्थ्य सेवाहरूको पहुँचमा कमी, मानव अधिकार हनन र सामाजिक रूपमा हुने वहिष्कार आदि सँग जोड्छ, र यी सबैले एच.आई.भी.को जोखिम बढाउँछन् (८)। ट्रान्स महिलाहरूको सीमान्तीकरणको कारण उनीहरूमा भएको एच.आई.भी.को जोखिममा ट्रान्स विरुद्धको लाल्छना नै महत्वपूर्ण तत्व भएको हाम्रो पूर्व गुणात्मक अध्ययनले पाएको थियो। ट्रान्स विरुद्धको लाल्छना, यौन सम्पर्क गदा अपनाइएको ग्रहणशील भूमिका (अर्थात् यौन सम्पर्क गर्दा ग्रहणशील यौन साथी) सँग जोडिएको छ (७, ९) जुन नेपालमा धेरै लान्छित छ (९)। आफ्नो दायित्व पूरा नगरेकोमा ट्रान्स महिलाहरूले परिवारबाट हुने बहिष्कारको सामना गर्नु परेको छ किन भने उनीहरूले विपरितलिंगी महिलाहरूसँग विवाह गर्न र बच्चा जन्माउन चाहँदैनन् (७)। नेपालका ट्रान्स महिलाहरूले हिंसा पनि भोगेका हुन्छन् जसले गर्दा जीवनयापन गर्न मानसिक तनाव र जोखिमपूर्ण व्यवहार निम्त्याउँछ (८)। विश्वका अन्य ट्रान्स महिलाहरूले जस्तै, नेपालका ट्रान्स महिलाहरूले पनि रोजगारीमा भेदभावपूर्ण व्यवहारको सामना गर्नु परेको छ (७)।

लाल्छनाको बाहिरी रूपको संयुक्त असरहरूले ट्रान्सको स्वास्थ्य र सुस्वास्थ्यमा हुने सामाजिक निर्धारकहरूमा असरहरू पारेको हुन्छ। उदाहरणको लागि रोजगारीमा हुने भेदभावले ट्रान्स महिलाहरूमा दरिद्रताको परिणाम निम्त्याउँछ र उनीहरूलाई आफ्नो परिवारको आय र पैसा पठाउने कामको दायित्व पूरा गर्न बाधा पुर्याउँछ (७, १०)। रोजगारीको अवसरहरूबाट बन्चित हुँदा यौन व्यवसायमा जानु पर्ने बाध्यता हुन्छ जसले गर्दा ट्रान्स महिलाहरूले यौन व्यवसायमा हुने लाल्छना र एच.आई.भी.को जोखिमको अनुभव गर्छन् (११)। ट्रान्स विरुद्धको लाल्छनाले पनि ट्रान्स महिलाहरूमा आफ्नो ग्रहाक र प्रहरीहरूबाट हुन सक्ने शाररिक र यौन दुर्व्यवहारको उच्च जोखिमको सिर्जना गर्दछ (८)। ट्रान्स महिलाहरूले पनि लाल्छनालाई आन्तरिककृत गरेका हुन्छन् जसले गर्दा उनीहरूले ट्रान्सजेन्डर व्यक्तिहरू र आफुमा नकारात्मक विचारहरू लागु गर्ने गर्छन् (१२)। ट्रान्स महिलाहरूमा, ट्रान्स विरुद्ध हुने कलंक र भेदभाव आन्तरिककृत हुँदा आफ्नो आत्मबलमा असर परेको हुन्छ जुन डिप्रेसन र ट्रमाको (१३) साथै आत्महत्यासँग (१४) जोडिएको हुन्छ। ट्रान्स महिलाहरूसँग गरिएको अध्ययनमा आन्तरिककृत गरिएको कलंक र भेदभाव मानसिक स्वास्थ्यसँग

पनि जोडिएको छ जसले गर्दा यौन र दुर्व्यसनीको उच्च प्रयोगको साथै सामना गर्ने रणनीतिमा कमी हुने परिणाम निम्त्याउने गर्छ (१५, १६) । ट्रान्स महिलाहरूलाई आर्थिक रूपमा असर पुर्याउने लाल्छनाले गर्दा यौन व्यवसायको आवश्यकता निम्त्याउँछ जसले गर्दा धेरै यौन साथी हुने, हिंसाको डर र आयको अभावले गर्दा कन्डमको प्रयोग गर्न भन्ने शक्ति कम हुनाले ट्रान्स महिलाहरूमा एच.आई.भी.को जोखिम बढाउँछ ।

यो विश्लेषणको लक्ष्य भनेको, पहिलो पटक अन्य एच.आई.भी. संक्रमणको मुख्य समुदाय मध्ये ट्रान्स महिलाहरूमा एच.आई.भी.को अवस्था बुझ्ने र यो महत्वपूर्ण जनसंख्यामा ट्रान्स बिरुद्धको लाल्छना र एच.आई.भी.को जोखिम बीचको सम्बद्ध जाँच गर्ने थियो । जोखिमकोमानक (Benchmark) बनाउन हामीले पहिले ट्रान्स महिलाहरूको लागि जनसंख्यामा आधारित population-based respondent driven sampling (RDS) HIV point (आर.डी.एस. एच.आई.भी. पोइन्ट एस्टिमेट) लियौं । हामीले एच.आई.भी.सँग सम्बन्धित यौन जोखिम व्यवहारमा संलग्नता र ट्रान्स बिरुद्धको लाल्छनाको बिभिन्न आयामहरूको जोखिमको कारकहरू पनि नाप्यौं । यो लेखको लक्ष्य भनेको भविष्यमा हुने लक्षित हस्तक्षेपहरूको पहिचान गर्न ट्रान्स बिरुद्धको लाल्छनाले जोखिमपूर्ण व्यवहारलाई कसरी बढी प्रभाव पार्छ भनेर बुझ्ने थियो ।

विधिहरू

तथ्याक्त संकलन

हाम्रो अध्ययन, स्वीकार परियोजना, जनसंख्यामा आधारित बायो-व्यावहारिक अध्ययन (Bio-Behaviorial Study) हो जुन हाम्रो सामुदायिक अन्वेषण साभेदार नील हीरा समाजसँगको सहयोगमा गरिएको थियो। सँगसँगै हामीले बृहत जनसांख्यिकीय विवरणहरू, मनोसामाजिक अनुभवहरू, जोखिमपूर्ण व्यवहारहरू र एच.आई.भी. परिक्षण तथ्याङ्क जम्मा २०० जना ट्रान्स महिलाहरूबाट मे र अक्टोबर २०१९ को बीचमा संकलन गर्यौं। हाम्रा सहभागीहरू १८ वर्ष वा माथिका, आफुलाई ट्रान्सजेन्डर, हिजरा, मेटी, तेश्रो लिंगी (जन्मदा पुरुष भनेर तोकिएको तर कानूनी रूपमा अन्य भनेर चिनाउने) वा जन्मदा पुरुष भनेर तोकिए पनि पछि अन्य पहिचान ग्रहण गरेका, काठमाडौंमा बस्ने र नेपाली वा अंग्रेजी भाषा बोल्नेहरू थिए। प्रस्तावित हस्तक्षेपहरू मनमा राखेर, हाम्रो बृहत लक्षहरू भनेको ट्रान्स महिलाहरूको विविध र वैध नमुना प्राप्त गर्ने, र यो लुकेको जनसंख्यालाई सक्दो धेरै भर्ति गर्ने भन्ने नयाँ विधिहरूको प्रयोग गर्ने थियो जसले गर्दा बाह्य वैधता (external validity) बढाउन सकिन्थ्यो। हामीले यो अध्ययन तीन “वीउ” (Seed) हरूबाट सुरु गर्यौं जसलाई हामीले उद्देश्यपूर्ण रूपमा बिभिन्न सामाजिक आर्थिक वर्ग वा जातहरू, स्थानीय ट्रान्स महिलाहरूको जनसंख्या, भाषा समूहहरू, र बिभिन्न उमेरका ट्रान्स महिलाहरू र शैक्षिक पृष्ठभूमि र पहिचानलाई प्रतिबिम्बित गर्ने गरी विविधता सम्बत तरिकाबाट लिएका थियौं (१७)। यी वीउहरूले आफ्नो सामाजिक संजालहरूबाट र मुख्य उत्तरदाताहरूको रेफेरलहरूबाट, र हाम्रो समुदायको सह-अनुसन्धानकर्ता नील हीरा समाज (जुन नेपालमा लेजबियन, गे, द्विलिंगी, र ट्रान्सजेन्डर (LGBT) हरूसँग काम गर्ने संस्था हो) माफत अरुलाई भर्ति गरे। वीउ बन्न चाहने ट्रान्स महिलाहरू नील हीरा समाजको कार्यालयमा आएर सर्भे पूरा गरे। आफुलाई ट्रान्स पहिचान गर्ने, तालिम प्राप्त कर्मचारीहरू वा LGBT समुदायको सदस्यहरूले सहभागीहरूलाई प्राप्त गर्ने, एच.आई.भी. परिक्षण गर्ने र सर्भे गर्ने, अनि फलोअपको लागि रेफेरल सेवा प्रदान पनि गर्ने काम गरे। पूर्वाग्रह कम गर्न वीउहरूलाई आफ्नो कुनै पनि व्यक्तिगत संजालबाट अन्य तीन जना ट्रान्स महिलाहरूलाई भर्ति गर्न भनियो। वीउहरू (Seed) र उनीहरूले भर्ति गरेका अन्य सहभागीहरूलाई सर्भेमा भाग लिएर वापत र एच.आई.भी. परिक्षण गरे वापत प्रोत्साहन स्वरूप अध्ययनमा सहभागी हुन गरेको सबै रेफेरलमा पारिश्रमिक दिइएको थियो। सर्भेमा सहभागी हुन र एच.आई.भी. परिक्षण गर्न नेपाली रु. १००० र भर्ति भए वापत प्रत्येकलाई रु. ५०० दिइएको थियो।

मापनहरू

संयुक्त राज्य अमेरिका र नेपालको टोलीहरूको सहयोगमा, नेपालमा नील हीरा समाज र अमेरिकाको टोलीहरूले पहिले प्रयोग गरेको व्यावहारिक सर्भे र सामुदायिक साभेदारहरूको प्रतिक्रियाबाट अध्ययनको लक्षसँग मिल्ने मापनहरू बनाइएको थियो। बीस साभेदार गैर सरकारी संस्थाहरू, सरकारी कर्मचारीहरू, अनुसन्धानकर्ताहरू, शिक्षाविद्हरू र एच.आई.भी. सम्बन्धि सेवा प्रदायकहरू समावेश थिए जो स्वास्थ्यमा कलंक र एच.आई.भी. रोकथाम र हेरचाहलाई सम्बोधन गर्न र समान काममा इच्छुक थिए। साथै ट्रान्स महिला समुदायका अगुवा नेताहरू पनि आमन्त्रित थिए।

ट्रान्स महिलाहरू र उनीहरूको सामाजिक र आर्थिक अवस्थालाई वर्णन गर्न नेपाली समाजमा सुहाउँदो जनसांख्यिक तत्वहरूलाई लिइएको थियो। ट्रान्स महिलाहरूलाई उनीहरूको उमेर, लैंगिक पहिचान, यौनिक अभिमुखीकरण, जन्मस्थान, जीवन अवस्था, शिक्षा, आय र जात सोधिइएको थियो। जातको हकमा हामीले सबै भन्दा बढी प्रचलित जातहरू सोधेका थियौं र जनजातिको हकमा काठमाडौंका रैथाने नेवार समुदाय पनि समावेश थिए। हामीले रोजगारी र वैवाहिक स्थिती बारे पनि प्रश्न सोधेका थियौं।

रोजगारीको हकमा ट्रान्स महिलाहरूलाई यौन व्यवसाय समेत रोजगारीको कुनै पनि किसिममा उनीहरूको रोजगारीको स्तर (जस्तै पूर्ण वा आधा समयको काम) बारे सोधेका थियौं, र साथै उनीहरू विद्यार्थी हुन् वा अवकास प्राप्त हुन् भनेर पनि सोधेका थियौं। हामीले कानूनी वैवाहिक स्थितीको बारेमा पनि प्रश्न सोधेका थियौं किनभने ट्रान्स महिलाहरू र उनीहरूको पार्टनरको सामाजिक विवाह नेपाली कानूनले पहिचान गरेको छैन। नेपालको राष्ट्रिय एल्गोरिदममा आधारित र Alere Determine™ बृहत एच.आई.भी. परिक्षण सामग्रीको प्रयोग गरी एच.आई.भी.को बृहत परिक्षणहरू गरिएको थियो। सबै सहभागीहरूले परिक्षणको नतिजालाई विशेष मध्ये नजर गरी परिक्षण पछिको परामर्श पाएका थिए। कुनै पनि प्रतिक्रियाशील वा अनिश्चित नतिजा आएका सहभागीहरूलाई एच.आई.भी. सेवा प्रदान गर्ने स्थानीय अस्पतालमा प्रेषण गरिएको थियो। नील हीरा समाजको स्थलगत एच.आई.भी. परिक्षण गर्ने तालिम प्राप्त कर्मचारीहरू र श्रोतहरूको सेवा उपलब्ध थियो। पैसाको लागि, सामानको लागि वा बस्ने ठाउँको लागि गरिएको यौन क्रियाकलाप अनुसार यौन व्यवसायलाई परिक्षण गरिएको थियो। ट्रान्स महिलाहरू कहिल्यै यौन व्यवसायमा संलग्न थिए वा हाल संलग्न छन् भनेर सोधेका थियौं। हामीले गएको ६ महिनामा प्रत्येक सहभागीहरूको कति जना यौन साथी थिए भनेर पनि सोधेका थियौं। कन्डमको प्रयोग गरी वा बिना प्रयोग गरी ट्रान्स महिलाहरूले कहिले ग्रहणशिल मलद्वार यौन सम्पर्क गरेका छन् भनेर परिक्षण गरेका थियौं। गएको वर्षमा के उनीहरूले सुइ मार्फत लागु औषध, मादक पदार्थको अत्यधिक सेवन वा यौन सम्पर्क अघि लागु औषधको प्रयोग गरेका थिए भनेर सोधेका थियौं। अन्त्यमा, हामीले गत १२ महिनामा डिप्रेसन र तनाव दुवैको परिक्षण गरेको भन्ने सहभागीहरूको गणना गरेका थियौं।

कन्डम बिनाको पटक पटक गरिने मलद्वार यौन सम्पर्कमा प्रत्यक्ष असर पार्ने भेदभाव, र यौन व्यवसाय र मानसिक तनावलाई अप्रत्यक्ष असर पार्ने हामीले परिकल्पना गरेको एच.आई.भी. जोखिममा प्रभाव पर्ने तीन किसिमको ट्रान्स विरुद्धको लाल्छना हरूलाई हामीले परिक्षण गर्यौं। स्वास्थ्य लाल्छना र भेदभावमा आधारित ढांचालाई (Health Stigma Discrimination Framework-HSDF) (१८) थप निर्माण गर्दै हामीले आन्तरिककृत लाल्छना, प्रत्याशित लाल्छना र लाल्छना को अनुभव समेत, लाल्छनाको तीन आयामहरूलाई प्रतिनिधित्व गर्ने परिणामहरूको परिक्षण गर्यौं। HSDF कलंक इन्टरसेक्सनल प्रकृतिको भएकोले गर्दा हामीलाई ट्रान्स कलंकलाई परिक्षण गर्न र कलंकबाट जोखिमको बाटो अबरोध गर्ने हस्तक्षेपका ठाउँहरू देखाउन मद्दत गर्न यसले ढांचा प्रदान गरेको छ। त्यसको लागि, हामीले तीन किसिमको लाल्छनाको वर्णनात्मक तथ्याङ्क (आन्तरिककृत, प्रत्याशित र अनुभव) पेश गरेका छौं र यिनको एच.आई.भी.मा हुने जोखिमका कारकहरू बीचको सम्बन्धलाई परिक्षण गरेका छौं। कलंकको आन्तरिककृत परिणामहरू सीसजेन्डर आदर्शहरू प्रति अनुकूल र लैंगिक पहिचान परिवारबाट लुकाउन प्रयोग गरिने देखियो। उत्तरदाताको आत्मबल तर्फ महिलाको पहिचान महत्वपूर्ण छ वा छैन भन्ने प्रश्नमा “छ” भन्ने उत्तर गैर ट्रान्स महिला आदर्शहरू प्रति अनुकूल गर्न परिक्षण गरियो। नेपाली समाजमा परिवार भनेको महत्वपूर्ण धरातल र सामाजिक सुरक्षाको प्रणाली हो (१९) त्यसैले हामी के भन्छौं भने आफ्नो परिवारबाट ट्रान्स पहिचान लुकाउने भनेको आन्तरिककृत कलंक दर्शाउने महत्वपूर्ण संस्कृतिक निर्माण हो। हामीले बनाएको तथ्याङ्कबाट हेर्दा पहिलो, नेपाली समाजले उनीहरूलाई ट्रान्स व्यक्ति भएको कारण स्वीकार नगरेको, र दोश्रो, नेपालीहरूले ट्रान्स भएको कारणले गर्दा उनीहरू अपराधी हुन् भन्ने ठान्छन् भन्ने सहभागीले अपेक्षा गरेका छन् भनेर हामीले आन्तरिककृत लाल्छना दुई किसिमबाट परिक्षण गर्यौं। विशेष गरी, “के ट्रान्स महिलाहरू नेपाली समाजमा स्वीकार्य छन ?” र “के नेपालमा मानिसहरूले ट्रान्स भएकै कारण तपाईंलाई अपराधी मान्छन् ?” भनेर हामीले सोधेका थियौं। उनीहरू ट्रान्स भएको कारण रोजगारीमा हुने भेदभाव, पक्राउ, र मौखिक, शाररिक वा यौन दुरुपयोगहरूका देखिने अनुभवहरूबाट लाल्छनाको अनुभव परिक्षण गरिएको थियो। विशेष गरी, “तपाईंको लैंगिक पहिचानको कारण के तपाईं रोजगारीबाट बन्चित हुनु भएको छ ?”, “के तपाईं ट्रान्स भएको कारण तपाईंको जीवनमा अन्यायपूर्ण पक्राउमा पर्नु भएको छ ?”, “तपाईंको लैंगिक पहिचान र प्रस्तुतीकरणले गर्दा के तपाईंले कहिले मौखिक दुरुपयोग वा भेदभावको सामना गर्नु भएको छ ?”, “तपाईंको लैंगिक पहिचान र प्रस्तुतीकरणले गर्दा के तपाईंले कहिले शाररिक दुरुपयोग वा भेदभावको सामना गर्नु भएको छ ?”, “तपाईंको लैंगिक पहिचान र प्रस्तुतीकरणले गर्दा के तपाईंले कहिले यौन हिंसाको सामना गर्नु भएको छ ?” भनेर हामीले सोधेका थियौं।

प्रत्येक सहभागीहरूको ट्रान्स महिला संजालको व्यक्तिगत आर.डी.एस. वेट अकाउन्टिंग फर साइज गणना गर्न हामीले आर.डी.एस. विश्लेषण उपकरण ७.१ (RDSAT; Cornell= NY) को प्रयोग गरेका थियौं। यी वेटहरू RDSAT बाट भिकिएको थियो र त्यसलाई सहभागीहरूको जनसांख्यिक विवरण र व्यावहारिक डेटालाई STATA डाटासेटमा मिलाइएको थियो। जनसांख्यिक विशेषताहरू समेत वर्णनात्मक नतिजाहरूको जनसांख्यिक अवस्था र करेस्पोन्डिंग ९५% कन्फिडेन्स इन्टरभलहरू (९५% CI) मा आर.डी.एस. वेटको प्रयोग गरिएको थियो। एच.आई.भी.सँग सम्बन्धित जोखिमपूर्ण व्यवहार, लागुपदार्थको जोखिमपूर्ण प्रयोग, आफैले रिपोर्ट गरेको मानसिक स्वास्थ्य परिक्षणहरू र कलंकको अनुभवहरू (तालिका १-३)। प्रत्येक ३ किसिमको लाल्छनाको अनुभवहरूमा संसर्ग, र (१) कन्डम बिना ग्रहनशील मलद्वार यौन सम्पर्क, (२) डिप्रेसन वा तनावको आफै रिपोर्ट गरेको निदान, वा (३) यौन व्यवसायमा हालको संलग्नता बीचको स्वतन्त्र सम्बन्धहरूको परिक्षण गर्न Multivariable Poisson binomial regression models को निर्माण गरिएको थियो। यी मोडलहरूले अनुमान गरिएको कारकहरूको लागि समायोजित जोखिम-परिणाम सम्बन्धलाई सहभागीको उमेर, जन्मस्थान, शैक्षिक योग्यता, मासिक आय, र जाति सहित सहभागी बनाएको थियो। सांख्यिकीय महत्व पी-मानको ०.०५ भन्दा कम पुगेको थियो।

हाम्रो अध्ययनले युनिभर्सिटी अफ क्यालीफोर्निया, सान फ्रानसिस्को, बाल्डविन युनिभर्सिटी र नेपाल स्वास्थ्य अनुसन्धानपरिषद्बाट मानविय विषयको मान्यता प्राप्त गरेको थियो।

परिणामहरू

हाम्रो अध्ययनको लागि भर्ति गरिएको (जम्मा २०० जना) ट्रान्स महिलाहरूको उमेर १८ देखि ६७ वर्षको बीचमा थियो र औसत उमेर ३३ वर्ष को थियो (एस.डी. १०.९६) (तालिका १)। नेपालको लगभग आधा ट्रान्स महिलाहरू ३५ वर्ष वा बढी उमेरका थिए। लगभग सबै विपरित लिंगी थिए। आधा भन्दा बढीले काठमाडौंमा बसाई सराई गरेका थिए। धेरै जसो ट्रान्स महिलाहरू उनीहरूको परिवारहरूसँग बस्ने भन्दा पनि घर वा कोठा भाँडामा लिएर बसेका थिए। धेरै ट्रान्स महिलाहरूको औपचारिक शिक्षा थिएन (१४.६३], ९५] CI ८.६१ – २३.७७) र आधा जतिले ५ कक्षा सम्मको शिक्षा प्राप्त गरेका थिए। धेरै जना जीवनयापनको लागि यौन व्यवसाय समेत पूर्ण रूपको रोजगारी गर्ने थिए। आधा भन्दा बढी जनजाति थिए, भन्नुको मतलव उनीहरू काठमाडौं उपत्यकाका थिए। धेरै हाल विवाहित थिएनन्। हाम्रो नमुनामा भएका ट्रान्स महिलाहरूको एच.आई.भी.को अवस्था १३.३६] (जम्मा २० जना, ९५] CI ७.७२ – २२.१३) थियो।

तालिका २ ले यौन र लागु पदार्थको प्रयोग र मानसिक स्वास्थ्य समेत एच.आई.भी.को आर.डी.एस. वेटेड ड्राइभरहरू देखाउँछ। करिव एक तीहाईमा गत १२ महिनामा कम्तिमा एउटा यौन संक्रामक रोग भएको देखियो। जम्मा ५७.३०] ले हाल यौन व्यवसायमा संलग्न भएको बताए (९५] CI ४७.०५ – ६६.९५)। ७२] भन्दा बढीको ६ वा ६ भन्दा बढी यौन साथि थिए (९५] CI ६२.३३ – ८१.०३] र ८२.६४] ले गत ६ महिनामा कन्डम बिना ग्रहणशिल मलद्वार यौन सम्पर्क गरेको बताए (९५] CI ७३.३६ – ८९.१७)। जम्मा १.६०] ले सुई मार्फत लागु पदार्थ सेवन गरेको (९५] CI ०.२७ – ९.०८) बताए भने ७५.८२] ले गत एक वर्षमा कम्तिमा एक पटक अत्यधिक मादक पदार्थ सेवन गरेको बताए (९५] CI ६६.०९ – ८३.४५)। लगभग २७] (९५] CI १८.८० – ३६.७९) ले डिप्रेसन र तनाव दुवैको निदान गरेको बताए।

हाम्रो नमुनामा लाल्छना र भेदभावको अनुभवहरू समग्रमा धेरै थियो (तालिका ३)। लगभग ३८.९३] ले आफ्नो आत्मबलको लागि लैंगिक परिवर्तन महत्वपूर्ण भएको महसुस गरे (९५] CI २९.८३ – ४८.८६)। आन्तरिककृत लाल्छनाको अर्को परिणामको लागि धेरैले (८७.८६], ९५] CI ७९.३२ – ३.१७) आफ्नो लैंगिक पहिचान परिवारबाट लुकाए राखेको हामीले पायौं। हाम्रो सहभागीहरू मध्ये दुई तीहाई भन्दा बढी वा ७१.२०] (९५] CI ६१.२५ – ७९.४५) ले नेपाली समाजले उनीहरूलाई स्वीकार नगरेको र ७२.३२] (९५] CI ६२.२२ – ८०.५६) ले उनीहरूको लैंगिक पहिचानको कारण नेपालीहरूले ट्रान्स महिलाहरू अपराधी हुन् भनेर सोच्ने बताए। अनुभव गरिएको लाल्छनाको अनुभव पनि धेरै थियो (७८] भन्दा बढी सहभागीहरूले ट्रान्स भएकै कारणले गर्दा उनीहरू रोजगारीबाट बन्चित भएको बताए (५५.३४], ९५] CI ४५.१४ – ६५.११)। सहभागीहरू मध्ये धेरैले (९५.०७], ९५] CI ८७.२० – ९८.२०) मौखिक दुर्व्यवहार, शाररिक दुर्व्यवहार (८६.३६], ९५] CI ७६.८० – ९२.३८), र यौन दुर्व्यवहार (७७.३७], ९५] CI ६६.९९ – ८५.२१) भोगेको पाइयो।

आर.डी.एस. र मल्टी भेरिएबल बाइनोमिएल रिग्रेसन मोडलमा कोभेरिएटहरूको समायोजन पछि यौन व्यवसायमा हालको संलग्नता (समायोजन गरिएको अवस्था अनुपात, aPR १.३१, ९५] CI १.०१ – १.७१, पी ०.०४६) कन्डम बिना ग्रहणशिल मलद्वार यौन सम्पर्कको अधिक व्यापकतासँग उल्लेखनीय रूपमा सम्बन्धित भएको हामीले पायौं (तालिका ४)। डिप्रेसन र तनाव दुवैको निदानको रिपोर्टमा कन्डम बिनाको ग्रहणशिल मलद्वार यौन सम्पर्कको कम अवस्थासँग उल्लेखनीय रूपमा सम्बन्धित भएको पाइयो (aPR ०.४२, ९५] CI ०.६७ – ०.९७, पी ०.०२)। लैंगिक पहिचानको कारणले गर्दा मौखिक दुर्व्यवहार भोगेका सहभागीहरूले डिप्रेसन र तनाव दुवै उल्लेखनीय रूपमा कम भोग्ने देखियो (aPR).४२, ९५] CI ०.२० – ०.८७, पी ०.०२) (तालिका ५)। नेपाली समाजमा ट्रान्स महिलाहरूलाई स्वीकार नगर्ने सोचाई (aPR).३६, ९५] CI १.०३ – १.७८, पी ०.०३) र उनीहरूको लैंगिक पहिचानको कारण अरुले सहभागीहरूलाई अपराधी भनेर सोच्ने विश्वास (aPR १.४५, ९५] CI १.०२ – २.०७, पी ०.०४) भने यौन व्यवसायमा संलग्नताको बढी समायोजित अवस्थासँग उल्लेखनीय रूपमा सम्बन्धित देखियो। साथै, ट्रान्स भएकै कारण कहिल्यै रोजगारीबाट बन्चित हुनुपरेको (बएच १.९४, ९५] CI १.११ – ३.३७, पी ०.०२), लैंगिक पहिचानको कारण कहिल्यै पक्राउ परेको (बएच २.३५, ९५] CI १.५८ – ३.५१, पी ०.०१), र मौखिक दुर्व्यवहार (aPR १.४०.१७, ९५] CI १.३६१ – १.४४३.९७, पी ०.०१), शाररिक दुर्व्यवहार (बएच ८.६२, ९५] CI १.५३ – ४८.७०, पी ०.०२) वा यौन दुर्व्यवहार (aPR २.६५, ९५] CI १.२२ – ५.७४, पी ०.०१) भने यौन व्यवसायमा संलग्न हुने बढी सम्भावनासँग उल्लेखनीय रूपमा सम्बन्धित भएको देखियो।

फलफल

नेपालमा ट्रान्स महिलाहरूको लागि हाम्रो जनसंख्यामा आधारित एच.आई.भी. केन्द्र अनुमान (point estimate) ११.३] देखियो जुन हालसालै गरिएको नेपालको एम.एस.एम. (MSM) र ट्रान्स महिलामा भएको ५] भन्दा दुई गुणा बढी थियो (२०)। हाम्रो अध्ययनको आधारमा, नेपालका एम.एस.एम./ट्रान्स महिलाको लागि समग्र एच.आई.भी.को अनुमान ट्रान्स महिलाहरू बीचको एच.आई.भी. ले मात्र चलाएको हुन सक्छ। हाम्रो डाटा तराईको राजमार्ग छुने जिल्लाहरू, जहाँ १३] एच.आई.भी. देखिएको परिणामहरूसँग मिल्दोजुल्दो छ (२१)। तराईको राजमार्ग छुने जिल्लाहरू देशकै सबै भन्दा बढी एच.आई.भी.को जोखिम भएको क्षेत्र हो किनभने भारतसँगको खुल्ला सीमानाले गर्दा यौन र लागुपदार्थको तस्करीलाई यसले बढावा दिएको छ (२२-२४)। काठमाडौँका ट्रान्स महिलाहरूले पनि सीमाना क्षेत्रको जस्तै जोखिम भोग्नु परेको छ। हामीले पाएको लाल्छनाको अनुभवको स्तर विश्वव्यापी रूपमा ट्रान्स महिलाहरूमा हुने ट्रान्स बिरुद्धको हिंसाको लेखहरूसँग मिल्दोजुल्दो छ। व्यवस्थित समिक्षाले (२५) यौनिक र लैंगिक अल्पसंख्यक भएकै कारण ५०] ट्रान्स व्यक्तिहरूले शाररिक र यौन हिंसाको सामना गर्नु पर्ने देखाउँछ। नेपालको ट्रान्स महिलाहरूले विपरित लिंगी आदर्शहरूको अनुसरण गर्ने भन्दा लगभग आधा जति नै आन्तरिककृत लाल्छनाको सामना गर्नु पर्ने देखिन्छ र धेरैले आफ्नो लैंगिक पहिचान आफ्नो परिवारबाट लुकाउने गरेका छन्। हाम्रो अध्ययनको केहि ट्रान्स महिलाहरू मात्र आफ्नो परिवारसँग बस्ने भन्ने देखिएको परिणाम उल्लेख योग्य छ। बृहत पारिवारिक प्रणालीमा बस्नु भनेको नेपालको सामुहिक संस्कारमा केन्द्रित भए पनि, हाम्रो अध्ययनको ३] भन्दा कम सहभागीहरूले आफ्नो अविभावकहरूसँग बस्ने भनेर बताएका थिए। परिणाम स्वरूप नेपालका धेरै ट्रान्स महिलाहरूले नेपाली संस्कृतिको (भन्नुको अर्थ, परिवार) सबै भन्दा महत्वपूर्ण सामाजिक र आर्थिक सहयोगबाट बन्चित हुनु परेको छ (१९, २६)।

एच.आई.भी.को जोखिमपूर्ण व्यवहारमा ट्रान्स बिरुद्धको लाल्छना र कन्डम बीना ग्रहणशिल मलद्वार यौन सम्पर्क बीचमा सीधा सम्बन्ध नदेखिए पनि, ट्रान्स बिरुद्धको लाल्छना मानसिक स्वास्थ्य समस्या र यौन व्यवसायसँग उल्लेखनीय रूपमा सम्बन्धित भएको हामीले पायौं। ट्रान्स महिलाहरूमा एच.आई.भी.सँग सम्बन्धित जोखिमपूर्ण यौन व्यवहारमा मानसिक तनाव थाहा भएको संचालक हो (२७)। धेरै अनुसन्धानहरूले ट्रान्स महिलाहरूमा हुने मानसिक तनावको प्रभावले गर्दा हिंसा, लागुपदार्थ दुर्व्यसनी र मानसिक स्वास्थ्यमा एच.आई.भी.सँग सम्बन्धित जोखिमलाई विश्लेषण गरेका छन् (२८, २९), जसले एच.आई.भी.सँग सम्बन्धित जोखिमपूर्ण व्यवहारको बाह्यकरणमा कति सीधा प्रभाव पार्छ भन्ने हामीलाई निकै कम थाहा छ। मानसिक तनाव र हाल यौन व्यवसायमा संलग्नतासँग लाल्छनाको अनुभव उल्लेखनीय रूपमा सम्बन्धित भएको हाम्रो डाटाले देखाउँछ, र ट्रान्स महिलाहरूमा एच.आई.भी.को जोखिम बढाउन यी दुवै सम्बन्धित छन् (२९-३१)।

पहिले गरिएको गुणात्मक अन्वेषणले नेपालको ट्रान्स महिलाहरूको लागि ट्रान्स बिरुद्धको लाल्छनाले गर्दा यौन व्यवसाय रोजगारीको एकमात्र विकल्प भएको हामीले पाएका थियौं (८)। विपरित लिंगी महिलाहरू भन्दा ट्रान्स महिलाहरू यौनकर्मीको रूपमा बढी कमजोर छन् र ग्राहकहरूसँग कन्डमको प्रयोग गराउन बढी कमजोर हुन सक्छन् (८, ३२)। ट्रान्स महिलाहरू प्रहरी द्वारा नियमित रूपमा बढी दुर्व्यवहारमा पर्छन् (८)। नेपालमा यौन व्यवसाय खुला रूपमा अपराधीकरण नभए पनि, यौनकर्मीहरूलाई दुर्व्यवहार गर्न मानव तस्करी बिरुद्धको कानूनको प्रयोग गरिने देखिन्छ (३३)। पक्राउ पर्नुबाट बच्न “प्रमाण” लुकाउन ट्रान्स महिलाहरूले काम गर्दा कन्डम नबोक्ने गरेको पाइन्छ (८)। त्यसैले उनीहरूले काम गर्दा ग्राहकहरूसँग कन्डमको प्रयोग नगर्ने हुन सक्छ। यौन व्यवसायमा यौन दुर्व्यवहार उल्लेखनीय रूपमा सम्बन्ध भएको हाम्रो परिणामहरूको व्याख्या गर्दा, नेपालको ट्रान्स महिलाहरू प्रहरीहरूबाट हुने यौन दुर्व्यवहारमा एच.आई.भी.को जोखिममा हुन्छन् भन्ने देखिन्छ। हाम्रो अध्ययनको परिणाम अनुसार ट्रान्स महिलाहरूमा हुने यौन हिंसामा ट्रान्स महिलाहरू नजिकको यौन साथी र प्रहरीहरूबाट ट्रान्स बिरुद्धको हिंसामा पर्छन्

भन्ने लेखहरूको परिणामसँग मिल्दोजुल्दो छ (८, ३४, ३५)। यौन दुरुपयोगले ट्रान्स महिलाहरूको यौन व्यवसायमा संलग्नताको पनि पूर्वानुमानित गरेको हुन सक्छ र यसले यौन व्यवसायमा संलग्नताको उच्च जोखिम पैदा गरेको छ। यो कारक सम्बन्धको अनुसन्धान गर्न लामो समयसम्म गरिने अन्वेषणको आवश्यकता छ।

हाम्रो अध्ययनको सीमितता भनेको तथ्याङ्क लौकिकता बीनाअन्तरनिहित (cross sectional) छन्। त्यसैले, हाम्रो अध्ययनको परिणामहरूले ट्रान्स बिरुद्धको लाल्छना, मानसिक स्वास्थ्य र एच.आई.भी.को जोखिमहरू बीचको सम्बन्धलाई दिशात्मक रूपमा स्थापना नगर्न सक्छ। यौन संक्रमित रोगहरू पनि परिक्षण गरिएन, जसले गर्दा रोगहरूको विवरण कम भएको हुन सक्छ। हाम्रो अध्ययनमा मानसिक स्वास्थ्य मानकहरू पनि स्ववर्णन गरिएको थियो र बिभिन्न मानसिक स्वास्थ्य अवस्थाहरूको संस्कृतिक अर्थहरूले पनि यो स्ववर्णनलाई प्रभाव परेको हुन सक्छ। अन्त्यमा हाम्रो नानुमामा कम आय भएका ट्रान्स महिलाहरूको बढी प्रतिनिधित्व भएको हुन सक्छ किनभने हामीले सहभागीहरूलाई अध्ययनमा सहभागी भए वापत रकम दिने व्यवस्था गरेका थियौं। यी सीमितताहरूको वावजुद हाम्रो अध्ययन नेपालमा एम.एस.एम (MSM) बाट भिन्न राखेर ट्रान्स महिलाहरू बीच एच.आई.भी.को अवस्थाको आंकलन गर्ने पहिलो अध्ययन हो।

निष्कर्षहरू

विश्वको अन्य ठाउँहरूमा जस्तै एच.आई.भी.ले ट्रान्स महिलाहरूलाई बढी र अनुपातहीन रूपमा प्रभाव परेको हामीले पायौं। हाम्रो परिणामहरूले एच.आई.भी.को जोखिम जाँच गर्न ट्रान्स महिलाहरूलाई जनसंख्याको एक मुख्य पात्र भनेर लिनु पर्छ भन्ने देखाएको छ जसले गर्दा उनीहरूको एच.आई.भी. प्रति विशेष आवश्यकताहरूको निवारण र हेरचाह संबोधित हुन्छ। नेपालका ट्रान्स महिलाहरूले विशेष किसिमका लाल्छना, भेदभाव र हिंसा भोगेका छन्। स्वास्थ्यमा लाल्छनाको नकारात्मक प्रभाव पर्छ भन्ने लेखहरूले (३६) पनि समर्थन गर्छ र लाल्छनाले एच.आई.भी. समेत (३७) स्वास्थ्यमा असमानताहरू निम्त्याउँछ भन्ने हामीलाई थाहा छ। ट्रान्स महिलाहरू व्यक्तिगत, पारस्परिक र सामुदायिक स्तरमा लान्छित छन् जसमा ट्रान्स महिलाहरूको आर्थिक अवस्थामा लाल्छनाको प्रभावलाई धेरै र बढी सम्बोधन गरिनुपर्छ भन्ने हामीले पायौं। नेपालको ट्रान्स महिलाहरू प्रति हुने लाल्छनालाई सम्बोधन गर्न र आर्थिक अवसरहरू सिर्जना गर्न बहुआयामिक क्षेत्रहरूमा हस्तक्षेपहरू जरूरी छन्। त्यस्ता हस्तक्षेपहरूले ट्रान्स महिलाहरूले सामना गर्नु पर्ने मानसिक र आर्थिक तनावहरूलाई कम गर्न सक्छन् र एच.आई.भी.को जोखिमबाट बचाउने कारक सिद्ध हुन सक्छन्।

घोषणाहरू

स्वीकृतिहरू

अन्य धेरै सहभागीहरूलाई रेफर गरेर र समुदायलाई सेवा गर्न सहयोग गरेर आफ्नो अमूल्य समय र तथ्याङ्क दिएकोमा यो अध्ययनमा सहभागी हुने हाम्रो उदार समुदायलाई हामी धन्यवाद दिन्छौं।

दातृसहोग

नेशनल इन्स्टिच्युट अफ हेल्थ, फोगर्टी इन्टरनेशनल सेन्टर ग्र्यान्ट ३ R21TW011056 को फनडिङबाट यो काम सम्भव भएको हो। दातृनिकायहरूको अध्ययन डिजाइन, तथ्याङ्कसंकलन, विश्लेषण वा डाटाको व्याख्या वा लेखनमा कुनै भूमिका थिएन।

लेखकहरूको योगदानहरू

ई.सी.डब्ल्युबाट अध्ययन सिर्जना, डिजाइन, लेखको अगुवा, तथ्याङ्क विश्लेषण र लेख बुझाउने काम भएको हो। एस.बी.ले अध्ययनको डिजाइन, लेखन र तथ्याङ्क विश्लेषणमा योगदान दिएका छन्। एम.डी. एस.एस., ए.आर., आर.एल, एस.सी.ले अध्ययनको डिजाइन, विश्लेषण र समिक्षामा योगदान दिएका छन्। एस.ए.ले अध्ययनको परिकल्पना, विश्लेषणको डिजाइन र लेखको समिक्षामा योगदान दिएका छन्। जे.एल.ले अध्ययनको परिकल्पना र कार्यन्वयनमा योगदान दिएका छन्। सी.टी. र एच.एक्स.ले डाटा विश्लेषण र लेखनमा योगदान दिएका छन्। सबै लेखकहरूले लेख पढेर सहमति दिएका छन्।

नैतिक स्वीकृति र सहभागीहरूको सहमति

अध्ययनका सबै सहभागीहरूले स्वेच्छाले अध्ययन भन्दा अगाडी लिखित रूपमा सूचित सहमति दिएका थिए। युनिभर्सिटी अफ क्यालिफोर्निया, सान फ्रान्सिस्को, मानव अनुसन्धान सम्बन्धि सान फ्रान्सिस्को समिति र नेपाल हेल्थ रिसर्च काउन्सिलले संस्थागत रिभ्यु बोर्डको स्वीकृति दिएका थिए।

तथ्याक्त उपलब्धता

यो अध्ययनबाट निर्माण गरिएको र/वा विश्लेषण गरिएको डाटासेट, (तथ्याङ्कको सेट) र अध्ययन जनसंख्याको लागी संबेदनशील प्रकृतिको भएको हुँदा सार्वजनिक रूपमा उपलब्ध छैन, किनभने नेपालमा यो उच्च रूपमा लान्छित छ। तर यो करेसपोडिङ लेखक मार्फत उचित अनुरोधमा उपलब्ध हुन सक्छन्।

प्रतिष्पर्धा रुचीहरू

प्रतिष्पर्धा रुचीहरू कुनै छैन भनेर लेखकहरूले घोषणा गर्दछन्।

सन्दर्भ

1. Baral SD, Poteat T, Stromdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet infectious diseases*. 2013;13(3):214-22.
2. Paudel T, Singh N, Raj Banjara M, Kafle SP, Chandra Ghimire Y, Pokharel BR, et al. Epidemiology of HIV, programmatic progress and gaps in last 10 years in Nepal. *J Virus Erad*. 2016;2(Suppl 4):35-40.
3. Ministry of Health and Population NCfAaSCN. Integrated Biological and Behavioral Surveillance (IBBS) Survey among Men who have Sex with Men (MSM) and Transgender (TG) in Tarai Highway Districts of Nepal- 2018 (Round –II)- Factsheet. 2018.
4. Ministry of Health and Population. Annual Report. Kathmandu, Nepal: Government of Nepal, Department of Health Services; 2017/18.
5. Santis J. HIV Infection Risk Factors Among Male-to-Female Transgender Persons: A Review of the Literature. *Journal of the Association of Nurses in AIDS care*. 2009;20(5):362-72.
6. Khan SI, Hussain MI, Gourab G, Parveen S, Bhuiyan MI, Sikder J. Not to stigmatize but to humanize sexual lives of the transgender (hijra) in Bangladesh: condom chat in the AIDS era. *J LGBT Health Res*. 2008;4(2-3):127-41.
7. Wilson E, Pant SB. Stigma and HIV risk behavior of transgender women in Nepal: implications for HIV prevention. *Retrovirology*. 2010;7(Suppl 1):122.
8. Wilson E, Pant SB, Comfort M, Ekstrand M. Stigma and HIV risk among Metis in Nepal. *Culture, health & sexuality*. 2011;13(3):253-66.
9. Deuba K, Karki DK, Shrestha R, Aryal UR, Bhatta L, Rai KK. Risk of HIV infection among men having sex with men in Kathmandu Valley, Nepal. *Asia Pac J Public Health*. 2014;26(2):126-37.
10. Wilson EC, Garofalo R, Harris RD, Herrick A, Martinez M, Martinez J, et al. Transgender Female Youth and Sex Work: HIV Risk and a Comparison of Life Factors Related to Engagement in Sex Work. *AIDS and Behavior*. 2009;13:902-13.
11. Bao A, Colby DJ, Trang T, Le BQ, Dinh TD, Nguyen QH, et al. Correlates of HIV Testing Among Transgender Women in Ho Chi Minh, Vietnam. *AIDS and behavior*. 2016;20(Suppl 3):371-8.
12. Earnshaw VA, Chaudoir SR. From conceptualizing to measuring HIV stigma: a review of HIV stigma mechanism measures. *AIDS and behavior*. 2009;13(6):1160-77.
13. Lacombe-Duncan A, Warren L, Kay ES, Persad Y, Soor J, Kia H, et al. Mental health among transgender women living with HIV in Canada: findings from a national community-based research study. *AIDS care*. 2020:1-9.
14. Perez-Brumer A, Hatzenbuehler ML, Oldenburg CE, Bockting W. Individual- and Structural-Level Risk Factors for Suicide Attempts Among Transgender Adults. *Behav Med*. 2015;41(3):164-71.
15. Wilson EC, Chen YH, Arayasirikul S, Raymond HF, McFarland W. The Impact of Discrimination on the Mental Health of Trans*Female Youth and the Protective Effect of Parental Support. *AIDS and behavior*. 2016;20(10):2203-11.

16. Turner CM, Santos GM, Arayasirikul S, Wilson EC. Brief Report: Psychosocial Predictors of Engagement in Sexual Risk Behavior Among Trans*female Youth Aged 16-24 Years in San Francisco. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*. 2017;74(3):258-64.
17. Magnani R, Sabin K, Saidel T, Heckathorn D. Review of sampling hard-to-reach and hidden populations for HIV surveillance. *Aids*. 2005;19 Suppl 2:S67-72.
18. Stangl AL, Earnshaw VA, Logie CH, van Brakel W, L CS, Barre I, et al. The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Med*. 2019;17(1):31.
19. Skordis J, Pace N, Vera-Hernandez M, Rasul I, Fitzsimons E, Osrin D, et al. Family networks and healthy behaviour: evidence from Nepal. *Health Econ Policy Law*. 2019;14(2):231-48.
20. Deuba K, Sapkota D, Shrestha U, Shrestha R, Rawal BB, Badal K, et al. Effectiveness of interventions for changing HIV related risk behaviours among key populations in low-income setting: A Meta-Analysis, 2001-2016. *Sci Rep*. 2020;10(1):2197.
21. Storm M, Deuba K, Damas J, Shrestha U, Rawal B, Bhattarai R, et al. Prevalence of HIV, syphilis, and assessment of the social and structural determinants of sexual risk behaviour and health service utilisation among MSM and transgender women in Terai highway districts of Nepal: Findings based on an Integrated Biological and Behavioural Surveillance survey using respondent driven sampling 2019.
22. Deuba K, Anderson S, Ekstrom AM, Pandey SR, Shrestha R, Karki DK, et al. Micro-level social and structural factors act synergistically to increase HIV risk among Nepalese female sex workers. *Int J Infect Dis*. 2016;49:100-6.
23. Deuba K, Ekstrom AM, Tomson G, Shrestha R, Marrone G. HIV decline associated with changes in risk behaviours among young key populations in Nepal: analysis of population-based HIV prevalence surveys between 2001 and 2012. *International journal of STD & AIDS*. 2017;28(9):864-75.
24. Cousins S. Blue Diamond Society: working with Nepal's LGBT community. *The lancet HIV*. 2018;5(11):e615.
25. Blondeel K, de Vasconcelos S, Garcia-Moreno C, Stephenson R, Temmerman M, Toskin I. Violence motivated by perception of sexual orientation and gender identity: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2018;96(1):29-41L.
26. Wali N, Renzaho AMN. "Our riches are our family", the changing family dynamics & social capital for new migrant families in Australia. *PloS one*. 2018;13(12):e0209421.
27. Clements-Nolle K, Marx R, Guzman R, Katz M. HIV prevalence, risk behaviors, health care use, and mental health status of transgender persons: implications for public health intervention. *American journal of public health*. 2001;91(6):915-21.
28. Poteat T, Scheim A, Xavier J, Reisner S, Baral S. Global Epidemiology of HIV Infection and Related Syndemics Affecting Transgender People. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*. 2016;72 Suppl 3:S210-9.
29. Parsons JT, Antebi-Gruszka N, Millar BM, Cain D, Gurung S. Syndemic Conditions, HIV Transmission Risk Behavior, and Transactional Sex Among Transgender Women. *AIDS and behavior*.

2018;22(7):2056-67.

30. Seekaew P, Pengnonyang S, Jantarapakde J, Sungsing T, Rodbumrung P, Trachunthong D, et al. Characteristics and HIV epidemiologic profiles of men who have sex with men and transgender women in key population-led test and treat cohorts in Thailand. *PloS one*. 2018;13(8):e0203294.
31. Becasen JS, Denard CL, Mullins MM, Higa DH, Sipe TA. Estimating the Prevalence of HIV and Sexual Behaviors Among the US Transgender Population: A Systematic Review and Meta-Analysis, 2006-2017. *American journal of public health*. 2018:e1-e8.
32. Ghimire L, Smith WC, van Teijlingen ER. Utilisation of sexual health services by female sex workers in Nepal. *BMC health services research*. 2011;11:79.
33. Ghimire L, Smith WC, van Teijlingen ER, Dahal R, Luitel NP. Reasons for non- use of condoms and self- efficacy among female sex workers: a qualitative study in Nepal. *BMC Womens Health*. 2011;11:42.
34. Garthe RC, Hidalgo MA, Hereth J, Garofalo R, Reisner SL, Mimiaga MJ, et al. Prevalence and Risk Correlates of Intimate Partner Violence Among a Multisite Cohort of Young Transgender Women. *LGBT health*. 2018;5(6):333-40.
35. Gamarel KE, Reisner SL, Laurenceau JP, Nemoto T, Operario D. Gender Minority Stress, Mental Health, and Relationship Quality: A Dyadic Investigation of Transgender Women and Their Cisgender Male Partners. *Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association*. 2014.
36. Richman LS, Hatzenbuehler ML. A Multilevel Analysis of Stigma and Health: Implications for Research and Policy. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*. 2014;1(1):213-21.
37. Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American journal of public health*. 2013;103(5):813-21.

खोज तालिका

Table 1. Crude and RDS-weighted prevalence of demographic characteristics among trans women in Nepal, 2019 (n = 200)

	N	Crude %	RDS-weighted (95% CI)	%,
Demographic characteristics				
Age group (years)				
18 - 24	55	27.50	27.45 (19.40 - 37.30)	
25 - 34	60	30.00	25.35 (17.73 - 34.85)	
35 or older	85	42.50	47.20 (37.37 - 57.25)	
Gender identity				
Trans woman	129	64.50	71.17 (61.23 - 79.42)	
Other/Tesoro Lingi	71	35.50	28.83 (20.58 - 38.77)	
Sexual orientation				

Straight or heterosexual	189	94.50	94.05 (88.46 - 97.02)
Gay	8	4.00	4.25 (1.82 - 9.63)
Other	3	1.50	1.70 (0.53 - 5.34)
Birthplace			
From Kathmandu	120	60.00	59.59 (51.45 - 67.24)
Rural-urban migrant	78	39.00	38.90 (26.21 - 45.59)
Living situation			
Own a house	39	19.50	21.65 (14.27 - 31.44)
Rent a house/room	156	78.00	73.73 (63.65 - 81.82)
Live with parents	5	2.50	4.61 (1.74 - 11.65)
Educational attainment			
No formal education	27	13.50	14.63 (8.61 - 23.77)
Grade school	103	51.50	53.60 (43.55 - 63.38)
More than grade school	70	35.00	31.77 (23.32 - 41.60)
Monthly income			
Less than 8,000 NRS	16	8.00	2.62 (0.80 - 8.22)
8,000 - 12,000 NRS	60	30.00	13.64 (8.26 - 21.70)
12,000 - 16,000 NRS	25	12.50	11.10 (6.29 - 18.87)
16,000 - 20,000 NRS	51	25.50	41.97 (32.41 - 52.16)
Over 20,000 NRS	37	18.50	27.29 (19.29 - 37.09)
Caste			
Brahmin	12	6.00	3.93 (1.56 - 9.54)
Chettri	39	19.50	21.80 (14.42 - 31.56)
Indigenous	138	69.00	66.95 (56.77 - 75.77)
Dalit	11	5.50	7.32 (3.45 - 14.87)
Current employment, including sex work			
Full-time	143	71.50	61.93 (51.61 - 71.28)
Part-time	25	12.50	17.91 (11.51 - 26.79)
Student	13	6.50	5.58 (2.24 - 13.24)
Unemployed	12	6.00	11.51 (6.15 - 20.50)
Retired	5	2.50	3.07 (0.96 - 9.36)
Legal marriage status			
Single	135	67.50	62.55 (52.21 - 71.87)
Married	58	29.00	32.35 (23.48 - 42.69)
Divorced or separated	7	3.50	5.10 (2.09 - 11.92)

Note. CI = confidence interval

Table 2. Crude and RDS-weighted prevalence of HIV-related sexual risk behaviors, drug risk behaviors, and mental health diagnoses among trans women in Nepal, 2019 (n = 200)

	N	Crude %	RDS-weighted %, (95% CI)
HIV-related sexual risk behaviors			
Currently engaged in sex work	120	60.00	57.30 (47.05 - 66.95)
Number of sexual partners, last 6 months			
0	7	3.50	1.38 (0.38 - 4.79)
1 to 2	28	14.00	19.43 (12.32 - 29.27)
3 to 5	12	6.00	6.53 (2.73 - 14.82)
6+	153	76.50	72.67 (62.33 - 81.03)
Condomless receptive anal sex, last 6 months	154	77.00	82.64 (73.36 - 89.17)
Drug risk behaviors			
Ever injected drugs	3	1.50	1.60 (0.27 - 9.08)
Binge drank, last 12 months	158	79.00	75.82 (66.09 - 83.45)
Drug use before sex, last 12 months	51	25.50	24.25 (17.22 - 32.99)
Self-reported mental health diagnoses			
Depression and anxiety	89	44.50	26.85 (18.80 - 36.79)

Note.CI= confidence interval

Table 4. RDS-weighted associations between anti-trans stigma and condomless receptive anal intercourse among trans women in Nepal, 2019 (n = 200)

	Condomless receptive anal sex, last 6 months		
	aPR	(95% CI)	p-value
<i>Characteristics</i>			
Self-reported depression and anxiety	0.81	(0.67 - 0.97)	0.02
Sex Work	1.31	(1.01 - 1.71)	0.046
<i>Internalized stigma</i>			
Conformity to cisgender norms	1.17	(0.99 - 1.39)	0.06
Hiding of gender identity from family	0.98	(0.81 - 1.18)	0.83
<i>Anticipated stigma</i>			
Belief that trans women are not accepted in Nepali society	1.25	(0.97 - 1.62)	0.09

Belief that people think the participant is a criminal because they are trans	1.06	(0.83 - 1.34)	0.65
<i>Experienced stigma</i>			
Ever denied employment for being trans	1.02	(0.78 - 1.33)	0.89
Ever arrested for being trans	1.09	(0.91 - 1.31)	0.34
Verbally abused for being trans	1.89	(0.58 - 6.11)	0.29
Physically abused for being trans	1.29	(0.81 - 2.09)	0.28
Sexually abused for being trans	1.10	(0.83 - 1.47)	0.49

Note. aPR = prevalence ratio adjusting for participant age, birthplace, educational attainment, monthly income, and caste; CI = confidence interval

Table 5. RDS-weighted associations between anti-trans stigma and (1) self-reported diagnoses of both depression and anxiety, or (2) current sex work among trans women in Nepal, 2019 (n = 200)

	Self-reported diagnoses of both depression and anxiety			Current sex work		
	aPR	(95% CI)	p-value	aPR	(95% CI)	p-value
<i>Internalized stigma</i>						
Conformity to cisgender norms	1.04	(0.57 - 1.90)	0.89	0.96	(0.74 - 1.25)	0.78
Hiding of gender identity from family	1.11	(0.49 - 2.52)	0.79	1.26	(0.93 - 1.69)	0.14
<i>Anticipated stigma</i>						
Belief that trans women are not accepted in Nepali society	0.87	(0.43 - 1.77)	0.70	1.36	(1.03 - 1.78)	0.03
Belief that people think the participant is a criminal because they are trans	1.48	(0.62 - 3.54)	0.38	1.45	(1.02 - 2.07)	0.04
<i>Experienced stigma</i>						
Ever denied employment for being trans	1.84	(0.90 - 3.76)	0.09	1.94	(1.11 - 3.37)	0.02
Ever arrested for being trans	0.98	(0.53 - 1.82)	0.96	2.35	(1.58 - 3.51)	< 0.01
Verbally abused for being trans	0.42	(0.20 - 0.87)	0.02	140.17	(13.61 - 1443.97)	< 0.01
Physically abused for being trans	0.76	(0.33 - 1.76)	0.52	8.62	(1.53 - 48.70)	0.02
Sexually abused for being trans	0.84	(0.42 - 1.68)	0.63	2.65	(1.22 - 5.74)	0.01

Note. aPR = prevalence ratio adjusting for participant age, birthplace, educational attainment, monthly income, and caste; CI = confidence interval