

# ВИЧ и СПИД в кавказском регионе: социально-культурный подход

ЮНЕСКО

Мнения и взгляды, выраженные авторами в данной публикации, принадлежат самим авторам, и не обязательно отражают мнения и официальную позицию ЮНЕСКО или Фламандского правительства. Употребляемые обозначения и изложение материала в настоящем обзоре не означают выражения со стороны ЮНЕСКО или Фламандского правительства какого бы то ни было мнения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города, района, или их властей, или относительно делимитации их границ.

Данный проект ЮНЕСКО осуществлялся при финансовой поддержке со стороны Фламандского правительства.

Опубликовано :  
Отделом культуры и развития  
Управление культурной политики и межкультурного диалога  
ЮНЕСКО  
ул. Миоллис 1, 75015 Париж, Франция  
e-mail :culture.aids@unesco.org  
web site :www.unesco.org/culture/aids

Координаторы проекта со стороны ЮНЕСКО: Хелена Дробна и Кристофорос Маллурис

Координация проекта со стороны Грузии: Мака Двалишвили, Фонд грузинской культуры и искусства

Дизайн и компьютерное обеспечение : Гега Паксашвили

Напечатано в издательстве ????????, Тбилиси, Грузия  
Номер ЮНЕСКО CLT/CPD|CAD-05/4A

© ЮНЕСКО 2005

# СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
Предисловие	7
Выражение признательности	9
Перечень акронимов	11
Карта субрегиона	12
<b>Часть I. Субрегиональный анализ</b>	
Глава 1. Социо-культурные корреляты ВИЧ и СПИДа в Южном Кавказе Проф. Синтия Бакли, главный научный консультант.	13
Литература	30
<b>Часть II. Национальные доклады</b>	
Глава 2. Армения ВИЧ и СПИД в Армении: социально-культурный подход.	34
Литература	47
Глава 3. Азербайджан ВИЧ и СПИД в Азербайджане : социально-культурный подход.	50
Литература	64
Глава 4. Грузия ВИЧ и СПИД в Грузии: социально-культурный подход.	68
Литература	78
<b>Приложение: Биографии авторов</b>	
Главный научный консультант	81
Авторы из Армении.	82
Авторы из Азербайджана	83
Авторы из Грузии	84

# ВВЕДЕНИЕ

## Фламандское правительство и глобальная борьба против ВИЧ и СПИДа

В связи с последним Всемирным днем СПИДа, ЮНЭЙДС и ВОЗ выпустили доклад, в котором говорится, что эпидемия ВИЧ быстрее всего распространяется в Восточной Европе, Центральной Азии, в регионах Африки к югу от Сахары и в Восточной Азии. С 2000 года, борьба против ВИЧ и СПИДа является одним из важнейших приоритетов всего международного сообщества, и в частности ООН. По приблизительным оценкам, проведенным в конце 2003 года, общее глобальное количество людей, живущих с ВИЧ, составляло 40 миллионов; из них 25 миллионов составляли жители стран Африки к югу от Сахары.

Дети и молодежь представляют основную целевую группу в борьбе против ВИЧ и СПИДа. Эффективная профилактика ВИЧ-инфекции, помимо прочего, требует привлечения внимания подростков к данной проблеме. Фламандский парламент и фламандское правительство многократно демонстрировали свою приверженность работе с данными возрастными группами. Политика Фландрии в области ВИЧ и СПИДа придает особое значение профилактике и направлена на детей, подростков и женщин.

В 2002 году фламандское правительство решило включить борьбу против ВИЧ и СПИДа в горизонтальные приоритеты политики сотрудничества в целях развития, которая осуществляется через двусторонние и многосторонние каналы. Фландрия финансирует международные программы, оказывают косвенную поддержку через НПО и подписала договор с Мозамбиком с целью оказания поддержки его сектору здравоохранения.

Фламандское правительство включило борьбу с ВИЧ и СПИДом в свой список проектов, которые могут финансироваться *ЮНЕСКО/Фламандским траст-фондом (UNESCO/Flanders Fund in Trust)*. В рамках Фонда особое внимание уделяется образовательному и культуральному подходу к профилактике ВИЧ-инфекции, а также уходу за ВИЧ-инфицированными и пострадавшими от ВИЧ людьми.

В 2001 году фламандское правительство решило поддержать проект «Профилактика ВИЧ на Кавказе с учетом культурных особенностей». Этот пилотный проект, ставящий перед собой важные и трудные задачи, направлен на разработку и осуществление исследования адаптированных к местной культуре исследований, развитие существующего потенциала и проведение тренинга для достижения стабильных изменений в поведении людей в этом сильно пострадавшем регионе.

Мы желаем группе ЮНЕСКО больших успехов в достижении поставленных задач и с нетерпением ожидаем результатов проекта и их возможного использования в других структурах и странах.

### **Давид Мено**

Представитель Фламандского правительства  
**Женева**

### **Джо Алвоет**

Представитель Фламандского правительства  
**Париж**

# ПРЕДИСЛОВИЕ

При низкой степени распространенности ВИЧ наблюдается вызывающий тревогу высокий показатель ее роста, в связи с чем возникает острая необходимость принятия мер в ответ на ВИЧ и СПИД в регионе Южного Кавказа: Армении, Азербайджане и Грузии.

Приоритетом должна стать профилактика новых инфекций. Однако специфические потребности инфицированных и пострадавших от ВИЧ и СПИДа людей тоже должны быть удовлетворены, и люди, живущие с ВИЧ, должны стать основными партнерами в разработке мер, связанных с ВИЧ.

Опыт показал, что для эффективности любых действий, предпринимаемых с целью профилактики, лечения, или ухода, действия эти следует приводить в соответствие с культурными особенностями. Это значит, что при разработке стратегии и программ следует принимать во внимание характерные особенности целевых групп, включая их образ жизни, традиции, убеждения, гендерные отношения и семейные структуры. Это тем более важно, когда целью является изменение поведенческих моделей на долгосрочной основе, и это также является жизненно важным условием для замедления и, если быть оптимистичными, прекращения расширения эпидемии.

Именно поэтому ЮНЕСКО и ЮНЭЙДС, стремясь обеспечить постоянный учет культурных особенностей при решении вопросов ВИЧ и СПИДа, начали совместный проект «Культурный подход при профилактике ВИЧ/СПИДа и уходе за больными». Цель проекта - способствовать размышлениям и побуждать к действиям, способным привести к включению «культурного подхода» в стратегии, политику, программы и проекты, связанные с ВИЧ.

На основе опыта и знаний, полученных при осуществлении данного проекта, ЮНЕСКО был разработан новый проект: «Соответствующие культурным особенностям информация, образование и коммуникация (ИОК) при профилактике ВИЧ в трех кавказских странах». Этот проект стал возможным благодаря щедрой помощи Фламандского правительства и был разработан в сотрудничестве с властями Армении, Азербайджана и Грузии, при участии группы международных экспертов. Цель проекта - внести вклад в разработку культурно-приемлемых мер в ответ на ВИЧ и СПИД, которые будут релевантны, эффективны и устойчивы.

По замыслу, проект состоял из двух этапов. Первый этап, ориентированный на исследования, был направлен на определение местных социально-культурных особенностей, влияющих на тенденции развития эпидемии ВИЧ. В этом контексте, культура рассматривается не как некое *статичное препятствие*, а скорее как *развивающийся ресурс*, играющий ключевую роль при проведении эффективных мер в ответ на ВИЧ и СПИД.

Второй, ориентированный на действия этап, основанный на результатах исследования, преследует три главных цели: развитие культурно-приемлемых материалов ИОК, обучение инструкторов в этой сфере и усиление субрегионального сотрудничества.

Развитие потенциала является основным компонентом проекта. Он направлен на усиление местного потенциала для интеграции социально-культурных факторов при проведении мер в ответ на ВИЧ и СПИД на всех уровнях, особенно в обучение исследователей в области социальных наук, лиц, принимающих решения, и специалистов по ВИЧ и СПИДу.

Новаторский характер проекта обусловил необходимость создания команды специалистов с широким спектром квалификаций, включающей международного эксперта для обеспечения общей научной координации и три национальные группы.

Ввиду требуемого от исследовательских групп высокого уровня квалификации и опыта, процесс отбора оказался намного более трудным и затяжным, чем ожидалось. Синтия Бакли, профессор социологии Техасского университета в Остине, была назначена главным научным консультантом проекта. Вследствие проведенных с ней консультаций были отобраны национальные группы, состоящие из трех специалистов в следующих областях: социология, эпидемиология, лечение и уход за лицами, злоупотребляющими наркотическими веществами, психология и т.д.

Несмотря на трудности, возникавшие при подготовке докладов, представленных в настоящей публикации, по нашему убеждению, качество докладов свидетельствует об успехе первого этапа проекта.

В настоящей публикации представлены:

- Резюме всех трех национальных докладов, с обзором текущей эпидемиологической ситуации в каждой из вышеназванных стран, а также предпринимаемых ответных мер с социально-культурной точки зрения;
- Сопоставительное исследование профессора Бакли, представляющее собой синтез всех страновых докладов и проливающее свет на все сходства и расхождения социально-культурных и социально-экономических аспектов, связанных с эпидемией ВИЧ в данном субрегионе.

С полными версиями всех докладов можно ознакомиться в отдельных публикациях.

Второй этап проекта начнется во время субрегиональной конференции, которая состоится в Тбилиси, Грузия, в июне 2005 года. На встрече соберутся представители министерств просвещения, здравоохранения, культуры, по делам молодежи, и социальной защиты всех трех стран, представители тематической группы ООН, межправительственные организации (МПО) и основные международные неправительственные организации, с целью предъявить результаты исследований и обсудить потенциальные возможности субрегионального сотрудничества в области ВИЧ/СПИДа, просвещения и культуры.

Во время второго этапа, в июне 2005 года, состоится цикл встреч на национальном уровне с участием основных заинтересованных сторон, работающих над ВИЧ и СПИДом в национальном контексте. Встречи будут организованы в тесном сотрудничестве с Национальными центрами по СПИДу. На встречах соберутся представители НПО (молодежь, женщины, и т.д.), людей, живущих с ВИЧ, религиозных организаций, СМИ, МПО и двусторонних организаций. Цель встреч - представить результаты национальных исследований и привлечь внимание всех участников косновным социально-культурным вопросам, связанным с ВИЧ и СПИДом в каждой стране, а также к значимости учета этих особенностей при разработке стратегий, проектов и программ, связанных с ВИЧ.

Второй, заключительный этап проекта должен завершиться в апреле 2006 года.

ЮНЕСКО выражает надежду, что эта публикация не только продемонстрирует значимость культуры как основного фактора развития ВИЧ эпидемии в кавказском регионе, но также представит доказательства необходимости учета культурного фактора при разработке стратегий, политики, проектов и программ, если международное сообщество стремится добиться действительно эффективных мер в ответ на ВИЧ и СПИД и положить конец стигматизации и дискриминации, с которой ежедневно сталкиваются люди, живущие с ВИЧ и СПИДом.

**Катерина Стену**

Директор

Отделение культурной политики и  
межкультурного диалога

# ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

ЮНЕСКО выражает особую признательность всем авторам этой публикации, в частности национальным группам экспертов, работающим над разработкой этих докладов: Аршаку Папояну, Ануш Аракелян и Эльмире Бакшинян из Армении; Тельману Магеррамову, Лейле Исмаиловой и Таиру Фарадову из Азербайджана; Кети Ствилиа, Хатуне Тодадзе и Георгию Нижарадзе из Грузии. Социально-культурный подход при анализе эпидемии ВИЧ в этом регионе является инновационной, а потому сопряженной с немалыми трудностями задачей, с которой национальные группы справились, проявив высокий профессионализм и компетенцию.

Мы глубоко благодарны профессору Синтии Бакли за ее неоценимый вклад, который она внесла как главный научный консультант данного проекта. Помимо подготовки сопоставительного субрегионального доклада, представленного в настоящей публикации, профессор Бакли разработала методологию исследования для проекта в целом, провела обучение национальных групп экспертов и предоставляла им руководство при подготовке отчетов о национальных исследованиях.

Мы особенно признательны и благодарны директорам национальных центров СПИДа всех трех стран – доктору Самвелу Григоряну из Армении, доктору Галибу Алиеву из Азербайджана и доктору Тенгизу Церцвадзе из Грузии – за их любезное сотрудничество, поддержку и ценный вклад в осуществление проекта.

Мы также благодарны нашим партнерам из ЮНЭЙДС, в частности, Ренате Эмер, страновому координатору Армении, Азербайджана и Грузии, и Елене Санниковой из головного офиса ЮНЭЙДС, за оказание существенно важной помощи на протяжении всего проекта.

Мы хотели бы выразить особую благодарность Эрин Кош и Хезер Маер за их кропотливый труд и квалифицированное содействие при издании настоящей публикации.

Мы особенно благодарны также всем трем Национальным комиссиям ЮНЕСКО.

За поистине впечатляющую преданность делу и огромный труд при организации всех мероприятий связанных с публикацией, мы все глубоко благодарны Маке Двалишвили, Исполнительному директору Грузинского фонда искусства и культуры.

И наконец, ЮНЕСКО выражает глубочайшую признательность Фламандскому правительству, без щедрой финансовой поддержки которого данный проект не смог бы состояться.

# ПЕРЕЧЕНЬ АКРОНИМОВ

<b>АМР США</b>	Агентство международного развития США
<b>АРВ</b>	Антиретровирусные препараты
<b>АРТ</b>	Антиретровирусная терапия
<b>БТД</b>	Нефтепровод Баку-Тбилиси-Джейхан
<b>ВААРТ</b>	Высокоактивная антиретровирусная терапия
<b>ВБ</b>	Всемирный банк
<b>ВИЧ</b>	Вирус иммунодефицита человека
<b>ВОЗ</b>	Всемирная организация здравоохранения
<b>ВПЛ</b>	Внутренние перемещенные лица
<b>ГФСТМ</b>	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
<b>ДККТ</b>	Добровольное и конфиденциальное консультирование и тестирование
<b>ЗОП</b>	Знание, отношение, практика
<b>ЗПП</b>	Заболевания, передаваемые половым путем
<b>ИОК</b>	Информация, образование, коммуникация
<b>ИПП</b>	Инфекции, передаваемые половым путем
<b>КСР</b>	Коммерческие секс-работники
<b>ЛЖВ</b>	Люди, живущие с ВИЧ
<b>МАГЛ</b>	Международная ассоциация геев и лесбиянок
<b>МКС</b>	Международный комитет спасения
<b>МОМ</b>	Международная организация миграции
<b>МПО</b>	Межправительственная организация
<b>МСМ</b>	Мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами
<b>НПО</b>	Неправительственная организация
<b>НПС</b>	Национальная программа/план по СПИДУ
<b>НСС</b>	Национальный совет по СПИДУ
<b>ОБО</b>	Общинная организация; организация на основе общины
<b>ОДЗ</b>	Обследования в области демографии и здравоохранения
<b>ПИН</b>	Потребитель инъекционных наркотиков
<b>ПМР</b>	Передача ВИЧ от матери ребенку; вертикальная передача
<b>ПРООН</b>	Программа развития Организации Объединенных Наций
<b>РО</b>	Религиозные организации
<b>РУЛС</b>	Расширение участия людей, живущих с ВИЧ/СПИДом или пострадавших от него
<b>СИЗПН</b>	Сеть исследований законодательства и политики в связи с наркотиками
<b>СКАД</b>	Южнокавказская программа против наркотиков
<b>СПИД</b>	Синдром приобретенного иммунодефицита
<b>УВИ</b>	“Уорлд вижн интернэшнл”
<b>УКНПП</b>	Управление Организации Объединенных Наций по контролю над наркотикам и предупреждению преступности
<b>ФАО</b>	Продовольственная и сельскохозяйственная организация ООН
<b>ЦИССИЗ</b>	Централизованная информационная система по инфекционным заболеваниям
<b>ЦКЗ</b>	Центры по контролю заболеваний (США)
<b>ЮНЕСКО</b>	Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры
<b>ЮНИСЕФ</b>	Детский фонд Организации Объединенных Наций
<b>ЮНИФЕМ</b>	Фонд ООН для развития в интересах женщин
<b>ЮНФПА</b>	Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения
<b>ЮНЭЙДС</b>	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ



# Карта субрегиона



# Часть I. Субрегиональный анализ

## Глава 1. Социо-культурные корреляты ВИЧ и СПИДа в Южном Кавказе

*Синтия Бакли*

*Главный научный консультант*

### Введение

К концу 2003 года, приводимые в глобальных докладах данные, показали, что 38 миллионов человек живут с ВИЧ и что за период с 1981 года СПИД унес 20 миллионов жизней. Интенсивность пандемии поразительна. Только в 2003 году было выявлено пять миллионов новых случаев ВИЧ-инфекции и еще три миллиона человек умерли в результате СПИДа (ЮНЭЙДС 2004). ВИЧ и СПИД по-прежнему сосредоточены в странах Африки к югу от Сахары, но по мере развития этого кризиса, продолжающегося уже более двадцати лет, наблюдается упорная и растущая очевидность расширения географического ареала болезни. В Индии, в Китае и в странах бывшего Советского Союза ежегодно наблюдается значительный рост зарегистрированного количества людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ). Эти регионы, часто упоминающиеся как «страны второй волны» пандемии ВИЧ, представляют внушительную численность населения, высокий уровень культурного разнообразия и низкий уровень осведомленности относительно профилактики и путей передачи ВИЧ. Пути распространения эпидемии и потенциал эффективного вмешательства в странах «второй волны» будут уникальными. Модели передачи и возможности вмешательства будут тесно связаны с установившимися здесь культурными нормами относительно сексуальных знаний и сексуального поведения, социальным контекстом потребления инъекционных наркотиков и институциональной структурой здравоохранения и образования в этих странах.

В результате международных усилий, продолжающихся в течении более трех десятилетий и направленных на повышение уровня осведомленности в области ВИЧ и СПИДа, сдерживание передачи заболевания, расширение лечения, создание толерантной среды по отношению к людям, затронутым ВИЧ и СПИДом, и на содействие сокращению вызванных пандемией политических потерь и экономических издержек, накопился солидный объем знаний и опыта. Однако использование этой ценной информации в процессе решения проблем второй волны может быть результативным лишь при оценке социальных и культурных контекстов в определенных местностях. Недавно принятые принципы ЮНЭЙДС подчеркивают значимость т.н. «трех единых» (это координация партнеров для разработки единых рамок действий по ВИЧ и СПИДу, разработка национально-координированных, многоэтапных ответных мер, предпринимаемых единым национальным координирующим органом, и создание единой унифицированной и эффективной системы оценки и мониторинга), с целью оказания наиболее эффективной поддержки, сотрудничества и принятия результативных мероприятий в странах, столкнувшихся с серьезными проблемами и вызовами в связи с ВИЧ и СПИДом. При социально-культурном подходе в сфере исследования ВИЧ и СПИДа внимание в первую очередь сосредоточено на том, каким образом социальные и культурные факторы препятствуют и в чем, наоборот, содействуют возможности достижения консенсуса при разработке рамок действий, объединению усилий, направленных на программирование ВИЧ и СПИДа, координированным действиям различных заинтересованных групп, и участию в программах мониторинга.

Работа, представленная в этом сборнике, является итогом одногодичного проекта, осуществляемого под руководством Организации Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО) и финансируемого Фламандским правительством, при поддержке Национальных центров по ВИЧ/СПИДу в Армении, Азербайджане и Грузии. Прибегнув к совместной стратегии и методологии исследования, акцентирующим значимость местных культурных традиций, социальных норм и пользующихся авторитетом, доверием и влиянием властных структур, национальные команды исследователей подготовили обширный обзор результатов локального исследования в области ВИЧ и СПИДа, оценки основных популяций, общее описание институциональных мер в ответ на ВИЧ и СПИД, обзоры государственных (в том числе и законодательных) подходов к вопросам лечения и профилактики ВИЧ и углубленный анализ случаев конкретных мер реагирования на местах на появление ВИЧ и СПИДа. С результатами исследований можно ознакомиться в отчетах, содержащихся в этом сборнике, и в более обширных и подробных страновых оценках, проведенных каждой из национальных групп.

Рассмотрение опыта работы в связи с ВИЧ и СПИДом в странах Южного Кавказа (Армения, Азербайджан, и Грузия) в социальном и культурном ракурсе имеет исключительно важное значение. Тревожные заявления о том, что заболевания, вызванные употреблением наркотиков в этих трех странах «второй волны» бывшего

Советского Союза выходят из под контроля (Barret and Whiteside 2002, p. 295), идут вразрез с относительно низким числом лиц, официально идентифицированным, как лица с положительной реакцией на ВИЧ. Со второй половины 90-х годов наблюдается ежегодный существенный пропорциональный рост числа зараженных лиц, однако ВИЧ и СПИД по сей день плохо документированы, неверно истолкованы, и в высшей степени подвержены стигматизации в регионе. Анализ социальных и культурных факторов, влияющих на способность этих стран разработать общенациональную стратегию, осуществить эффективные программы по профилактике болезни и ввести более подходящую систему мониторинга, может уравновесить разногласие между мрачными прогнозами на будущее и нынешними скромными показателями распространенности болезни.

## Южный Кавказ

Армения, Азербайджан и Грузия получили независимость при распаде Советского Союза в 1991 году, но каждая из стран обладает исторической памятью и имеет давние, далеко ушедшие корнями в прошлое претензии на свои региональные территории. Регион является мостом между Ближним Востоком и Евразией, граничит с Каспийским морем с востока, с Ираном и Турцией с юга, с Черным морем с запада, и с Российской федерацией с севера. Это исторически важный экономический и культурный перекресток; история региона богата и разнообразна, но это также и земля постоянно оспариваемых границ. Сегодняшние конфликты по обе стороны северной границы, такие как в Чечне и Абхазии, и неразрешенные территориальные конфликты, такие как в Нагорном Карабахе, в значительной степени препятствуют установлению политической стабильности и атмосферы сотрудничества в регионе. За годы, прошедшие после получения независимости, вооруженный конфликт между Арменией и Азербайджаном унес жизни тысяч людей и вызвал скопление многочисленных популяций беженцев и внутренних перемещенных лиц. Гражданская война, волна коррупции и постоянные внутренние конфликты (Южная Осетия, Абхазия, и Абхазия) стали серьезными проблемами для грузинского государства. Однако переход от вооруженного конфликта к переговорам по Нагорному Карабаху и успех Революции роз в Грузии в 2003 году ознаменовали появление признаков роста стабильности в этом геополитически важном регионе.

Южный Кавказ является домом для множества разнообразных этнических, лингвистических, и религиозных групп. Несмотря на то, что каждая из номинальных национальностей (армяне, грузины, азербайджанцы) составляет большинство населения соответствующих стран, каждая из них в какой-то мере сталкивается с проблемами, типичными для многонационального государства. В Армении, этнически наиболее однородной стране из всего региона, приблизительно 5% населения не считают себя этнически чистыми армянами. Более 11% населения Азербайджана принадлежит к неазербайджанским этническим группам – например, лезгины. Грузия самая многонациональная страна в регионе, где 30% населения идентифицирует себя как не грузин по национальности, а языковые различия ставят страну перед серьезными коммуникационными проблемами. В каждой из этих стран, национальной религии (Ислам в Азербайджане, Армянская Апостольская Церковь в Армении и Грузинская Православная Церковь в Грузии) придается значение символа, религиозные лидеры присутствуют на инаугурациях, открытиях парламента и играют серьезную роль в публичных дискуссиях. Однако население далеко от религиозной однородности. Иезиды, составляющие 2% населения Армении, являются последователями зороастризма, то же, в идентичном процентном соотношении, происходит и в Азербайджане. В Грузии насчитывается солидное количество меньшинств, исповедующих ислам (11%), а также относящихся к Русской Православной (10%), и Армянской Апостольской (8%) Церкви.

Демографические, экономические и социальные показатели региона, приведенные на таблице 1, в основном схожи, однако есть сферы, в которых наблюдаются значительные расхождения. В 2002 году общее число населения составляло 17,8 миллиона, половина которого проживает в Азербайджане. Почти все взрослое население является грамотным. От одной трети (Армения) до половины (Грузия и Азербайджан) национального населения проживает в сельской местности, при этом некоторая часть – в географически отдаленных областях, в большинстве из которых уровень развития инфраструктуры (водоснабжение, канализационная система, газоснабжение, дороги) значительно ниже, чем в городских районах. Приблизительно 20% населения Армении и Грузии составляют лица в возрасте моложе 15 лет, а в Азербайджане молодежь составляет более 30% населения. Пропорция иждивенческого населения в регионе (соотношение между числом лиц моложе 15 лет и старше 65, и числом лиц от 15 до 65 лет) варьируется, составляя от минимального числа 0,38 лиц моложе или старше рабочего возраста на каждого работающего человека в Армении (что указывает на резкое снижение рождаемости в Армении за последние десять лет), до 0,49 в Азербайджане (где степень рождаемости остается сравнительно высокой).

Таблица 1. Выборочные демографические, экономические и социальные показатели, Южный Кавказ, 2002.			
	Армения	Азербайджан	Грузия
Население			
Население в 2002 г. (млн.)	3,1	8,3	5,2
Грамотность среди взрослых	99,4%	97%	100%
Сельское население	35,40%	49,80%	47,80%
Население моложе 15 лет	21,40%	30,10%	19,20%
Груз зависимости	0,38	0,49	0,44
Индексы развития			
Разряд ИЧР (индекс человеческого развития)	82	91	97
Показатель ИЧР	0,754	0,746	0,739
Экономические показатели			
ОПР полученная (в миллионах)	293,5	349,4	312,6
Соотношение заработка мужчин к заработку женщин	0,69	0,57	0,40
Коэффициент Джини	37,9	36,5	36,9
Здоровье			
Продолжительность жизни	72,3	72,1	73,5
Государственные затраты на здравоохранение, % ВВП	3,2	1,1	1,4
Частные затраты на здравоохранение, % ВВП	4,6	0,5	2,2
Source <a href="http://hdr.undp.org/statistics/data/index-countries.cfm">http://hdr.undp.org/statistics/data/index-countries.cfm</a>			

Все три страны попадают в группу «среднеразвитых стран» согласно показателям Индекса человеческого развития 2002 года, где общий показатель основан на данных продолжительности жизни, степени образованности и общего валового внутреннего продукта на душу населения. Региональные показатели ниже показателей Российской Федерации (0,795) и Украины (0,777), но схожи с показателями многих других стран «второй волны», таких, как Китай (0,745) и Казахстан (0,766). Показатели региона, как группы стран, значительно превышают порог для низкоразвитых стран, составляющий 0,500.

Последние пятнадцать лет регион переживает серьезные экономические трудности и рост имущественного неравенства. Показатели экономического роста за последнее время улучшились, однако много людей все еще живут в бедности. По официальным сообщениям, каждая из этих стран получила более одной четверти миллиарда долларов в виде иностранной помощи в 2002 году, причем в Армении показатель помощи на душу населения является самым высоким. Преобладание теневой экономики затрудняет определение точных цифр, однако по оценкам Всемирного банка 51% и 49% населения Армении и Азербайджана (в указанном порядке) в 2001 году оказались ниже черты бедности. В Грузии этот уровень предположительно намного выше. Экономическое неравенство особенно остро чувствуется среди более миллиона беженцев и внутренних перемещенных лиц в регионе, сконцентрированных в Грузии и Азербайджане. Бедность расшатала систему семейных отношений и отразилась на показателях рождаемости, увеличивая показатель разводов и отсрочки браков. Основная тяжесть этого бремени легла на плечи женщин региона, значительно меньше зарабатывающих, чем мужчины. Согласно официальным данным Грузии, средний заработок женщин составляет всего лишь 40% заработка мужчин. Дефицит экономических возможностей связан с поведением совладения с ситуацией, влекущим за собой негативные последствия для здоровья, такие, как потребление наркотиков и злоупотребление алкоголем, особенно среди мужчин. Бедность продолжает провоцировать широкомасштабную миграцию рабочих из региона, чаще в направлении Украины и России, так как денежные переводы мигрантов играют решающую роль в семейном бюджете, особенно в Армении, (Buckley 2005). По сообщениям российской прессы, в одной только Москве насчитывается четверть миллиона мигрантов из Южного Кавказа (Migration News 2002).

Планируемые доходы от добычи нефти в Азербайджане обещают стать гарантом будущего экономического развития страны. В Грузии строительство нефтепровода Баку-Тбилиси-Джейхан (БТД), связано с надеждой создания необходимых рабочих мест и источника дохода. Коэффициенты Джини всех трех стран Южного Кавказа тесно сгруппированы около 30 и выше (где показатель 100 отражает полное неравенство, а ноль - полное равенство). Эти показатели значительно отражают большую справедливость, чем показатели по

Российской Федерации (45,6), но заметно превышают аналогичные показатели для Украины или стран Средней Азии. Согласно международным оценкам, в регионе существует возможность значительного продвижения в направлении достижения Целей развития тысячелетия (ЦРТ) ООН 2000, (к которым относится и сдерживание распространения туберкулеза и ВИЧ/СПИДа), при условии, что будут приняты безотлагательные меры по распределению имущества, предоставлению основных услуг социального обеспечения и вопросам управления, к которым относится и коррупция (Oxfam 2005).

Услуги системы здравоохранения в Армении, Азербайджане и Грузии затрудняются вдвойне в связи с ограничением ресурсов. В каждой из вышеназванных стран советская система здравоохранения со всеобщим охватом была заменена системой смешанных услуг частных и государственных учреждений. Цены на медицинские услуги высоки, и низкая заработная плата медперсонала способствует традиционной системе оплаты услуг «из-под прилавка», даже когда расходы покрываются государственной, или в очень редких случаях, частной страховкой. Люди часто не обращаются за медицинскими услугами из-за ожидаемых расходов и не выполняют предписаний врачей по причине отсутствия лекарств и высоких цен на лекарства (von Schoen 2004). Призывы к расширению участия государства в услугах здравоохранения популярны на местном уровне, однако политика регулирования, рекомендуемая Всемирным банком и другими МПО, по-прежнему подчеркивает важную роль приватизации здравоохранения с целью более результативного использования ресурсов (Gamkrelidze et al., 2002). В Армении и Грузии частные расходы на здравоохранение значительно превосходят общественные. В процентном отношении к ВВП, больше всего расходует на здравоохранение Армения (7,8% от частных и государственных расходов), затем следует Грузия (3,6%) и Азербайджан (1,6%). Сфера здравоохранения обычно считается проблематичной в плане неравенства и доступности, при этом ситуация осложняется ростом случаев туберкулеза, детской анемии, респираторных и сердечно-сосудистых заболеваний в регионе. Согласно отчетам национальной группы исследователей в Азербайджане, постоянные случаи вымогательства и правонарушений продиктовали необходимость исключения государственного контроля из частных клиник, что стало частью развернувшегося за последнее время анти-коррупционного движения.

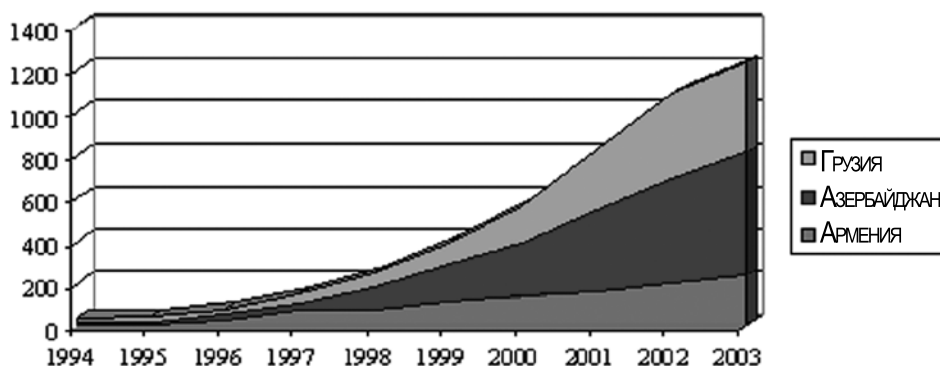
Несмотря на то, что Армения, Азербайджан и Грузия имеют большие исторические, культурные и экономические различия, их общий опыт в области миграции внутри региона, растущего уровня потребления инъекционных наркотиков, общие экономические интересы, связанные с нефтетранзитом, и попытки реформировать систему здравоохранения советских времен, содействуют укреплению частично совпадающих интересов этих стран. Подобная общность интересов особенно важна при разработке ответных мер на ВИЧ и СПИД. В 2000 году представители каждой из этих стран встретились в Одессе (Украина), с целью обсуждения вопросов координации стратегий национальных подходов к вопросам социальной и политической мобилизации, а так же общих проблем, возникающих в сфере просвещения, профилактики и терапии ВИЧ/СПИДа. Представители ЮНЭЙДС и ЮНИСЕФ, присутствовавшие на этом совещании, призвали правительства, международные организации и заинтересованные группы общественности к безотлагательному вмешательству относительно ВИЧ и СПИДа, подчеркивая значимость опыта России, Украины и Беларуси, показавшего, что эпидемия ВИЧ может распространяться стремительными темпами. (UNICEF\UNAIDS 2000).

## **Степень распространенности ВИЧ и тестирование**

Общее зарегистрированное число лиц, живущих с ВИЧ, на Южном Кавказе резко возросло начиная со второй половины 80-х годов прошлого века, когда появились сообщения о первых случаях заболевания. Сопоставительные данные для Грузии, Азербайджана и Армении отражают быстрый и последовательный рост числа лиц, у которых обнаружилась положительная реакция на ВИЧ между 1994 и концом 2003 года. В целом показатель распространенности в регионе остается низким, особенно по сравнению с другими странами бывшего Советского Союза. Этот показатель для Армении, Азербайджана и Грузии за 2003 год составлял 0,76, 1,42 и 1,93 на 100 000 человек соответственно, что намного ниже официальных показателей для России (27,64), Украины (20,77) или Беларуси (7,08) (WHO\CSISD 2005). Однако резкий рост количества зарегистрированных случаев в регионе между 1998 и 2003 гг. (от 200 до 1200), как показано ниже на Рис. 1, по-прежнему вызывает серьезную тревогу.

Как указывают Барретт и Уайтсайд (2002), данные по ВИЧ и СПИДу, как правило, сбивчивы, разнятся по качеству, зачастую построены на скрытых предположениях и оставляют место для различных трактовок, и информация по ВИЧ и СПИДу для Кавказа в этом плане не является исключением. ЮНЭЙДС утверждает, что официально зарегистрированный показатель в регионе существенно преуменьшает реальный показатель распространенности ВИЧ. Согласно ее оценкам, к концу 2003 года общее число лиц, живущих с ВИЧ в регионе,

Рис. 1. Кумулятивное число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции на Южном Кавказе с 1994 по 2003 гг. (ЮНЭЙДС 2004)



составляло от 3,500 до 19,100, что намного превышает общее число зарегистрированных случаев: 1, 200 (UNAIDS 2004, p. 196). Многие местные ученые согласны с мнением, что реальный уровень распространенности в этих странах, если учитывать лишь зарегистрированные случаи, очень существенно преуменьшен – однако нет согласия по поводу того, на какую именно величину.

Разногласий среди международных организаций относительно опасности, которую ВИЧ и СПИД могут в будущем представлять для Южного Кавказа, не наблюдается. Однако они недостаточно единодушны в определении нынешнего уровня распространенности, или траектории специфических путей заражения. Преуменьшение нынешнего уровня распространенности может усыпить бдительность, более того, помешать разработке национальной и региональной лечебной стратегии. Преувеличение числа лиц, живущих с ВИЧ в регионе, также опасно. Угрожающие прогнозы о надвигающейся массовой эпидемии или безоговорочные заявления о том, что официально зарегистрированный уровень распространенности в десять или двадцать раз ниже реального уровня, могут вызвать формы «кризисной усталости» или чувства обреченности. И что еще хуже, преувеличение может вызвать недоверие к любой информации, касающейся ВИЧ и СПИДа. Для определения нынешней степени распространенности требуется тщательное отслеживание путей заражения в пределах региона и тщательная оценка всех вопросов, касающихся распространенности, моделей и охвата тестирования.

Первые случаи ВИЧ-инфекции на Южном Кавказе были зарегистрированы ближе к концу советского периода (в 1987 году в Азербайджане, в 1988 в Армении, и в 1989 году в Грузии). Первые случаи были связаны с миграцией и касались лиц, побывавших за пределами страны, или недавно прибывших в регион. В отличие от вспышки получивших широкую огласку случаев передачи инфекции в результате медицинских процедур в Советском Союзе, как например в городе Элиста (Калмыкия), на Южном Кавказе для многих первых больных с диагнозом ВИЧ контакт с вирусом относили за счет гетеросексуальных сношений или потребления наркотиков. Тем не менее, все три страны этого региона действовали в соответствии с применявшимся в советскую эпоху подходом обязательного тестирования в течении всей первой половины 90-х годов. Подход обязательного тестирования требовал широкомасштабного тестирования всех лиц, находящихся в контакте с системой здравоохранения, особенно будущих матерей. Миллионы тестов на ВИЧ были проведены в каждой из этих стран во второй половине 80-х годов и в первой половине 90-х, однако лиц с положительной реакцией на ВИЧ было обнаружено очень мало. Показатели тестируемого в обязательном порядке населения этого периода редко совпадали с показателями для известных или предполагаемых основных популяций с повышенным риском ВИЧ. Низкий уровень осведомленности, недоверие относительно конфиденциальности проверки, опасения, касающиеся безопасности тестирования, и, наконец, высокая стигматизация ВИЧ/СПИДа заставляли представителей основных популяций, таких как ПИН и мигранты, уклоняться от тестирования.

В середине 90-х годов 20-го века, на Южном Кавказе началась пропаганда процедур выборочного тестирования, с целью сосредоточить все усилия на популяциях с повышенным риском ВИЧ и максимально эффективно использовать ресурсы тестирования. Армения еще раз значительно уменьшила количество тестов в 1997 году,

ввиду дефицита наборов для тестирования, и сохранила низкий уровень числа ВИЧ тестов на 1000 человек, сосредотачиваясь исключительно на «группах повышенного риска». В Грузии и Азербайджане – странах с более высоким официальным показателем степени распространенности ВИЧ – было проведено намного больше тестов на 1000 человек, чем в Армении. В обеих странах – Грузии и Азербайджане – частота тестирования возросла с 1997 по 2003. Тестирование на ВИЧ в каждой стране, согласно закону, конфиденциально. Тем не менее, жестокая социальная стигматизация ВИЧ и СПИДа в регионе вполне может заставить людей с повышенным риском уклониться от тестирования. Также, как и во многих других странах мира, определить охват тестирования крайне сложно, в результате чего степень распространенности оценивается по-разному, и возникают постоянные вопросы по поводу реального состава популяций, живущих с ВИЧ. В недавних рекомендациях Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), касающихся ВИЧ и СПИДа в Содружестве независимых государств, подчеркнута необходимость сбора систематической и однородной информации каждые 30 дней с учетом представленного числа пациентов, прошедших скрининг и тестирование, с целью облегчения оценки ситуации, касающейся охвата тестирования и определения точного числа лиц, ежегодно тестируемых на ВИЧ (WHO 2004, pp. 117-120).



Источники: ЕвроВИЧ, 2004, стр. 42; ЕвроВИЧ, 2002, стр.35; Бюро переписи населения США. 2005 Международная база данных.

Число зарегистрированных пациентов со СПИДом на Южном Кавказе невелико, но оно растет. В конце 2003 года, официальное число случаев ВИЧ на 100 000 человек составляло 0,26 в Армении, 0,24 в Азербайджане, и 0,83 в Грузии, но поскольку общее число случаев СПИДа остается низким, общие показатели по странам весьма нестабильны. По состоянию на середину 2003 года, общее число смертей в регионе, приписываемых СПИДу составило 243 (136 в Грузии, 76 в Азербайджане и 31 в Армении) (WHO/CISD 2005). Доступ к АРВ-терапии (антиретровирусной терапии) для пациентов с ВИЧ-инфекцией крайне ограничен. Например, в середине 2002 официальное сообщение о лицах (общим числом восемь человек), проходящих АРВ-лечение, поступило лишь из Грузии, однако Армения и Азербайджан обратились за помощью в рамках инициативы ВОЗ “3 к 5” в начале 2004 года. Учитывая недостаток ресурсов, конкурирующие приоритеты и социальную стигму, связанную с ВИЧ и СПИДом, даже при совместных усилиях по расширению доступа широкое признание и широкий доступ к АРВ-терапии вряд ли предвидится в ближайшем будущем. Общее число лиц, у которых может развиваться СПИД, и число смертей по причине СПИДа, вероятно, существенно увеличится в будущие годы. Ввиду специфической природы путей заражения, вероятности подверженности, а также поведенческой практики, и ВИЧ, и СПИД будут возрастать в определенных группах населения.

## Пути заражения и основные популяции

Согласно официальной, хотя и недостаточной информации, поступающей с Южного Кавказа, высокая концентрация ВИЧ в регионе наблюдается скорее внутри специфических субпопуляций, нежели в более обобщенном профиле инфекции. В то время как, согласно некоторым тенденциям, модели заражения меняются, что в свою очередь вселяет надежду, небольшие дозорные исследования, проводимые Национальными центрами по ВИЧ и СПИДу в Армении, Азербайджане и Грузии, подтверждают модели концентрации среди зарегистрированных лиц с ВИЧ. Во всех трех странах потребление инъекционных наркотиков официально

считается наиболее распространенным путем заражения ВИЧ. Вторым путем передачи, о котором наиболее часто сообщается, является передача через незащищенные гетеросексуальные сношения, что как правило, происходит при сношении с партнерами, которые являются либо ПИН, либо мигрирующими рабочими, либо коммерческими секс-работниками (КСР), или имеют сексуальный контакт с другими партнерами повышенного риска. Медицинский путь передачи, передача от матери ребенку (ПМР), и передача через мужчин, занимающихся сексом с мужчинами (МСМ), более редки и как правило составляют 5% от общего числа зарегистрированных случаев передачи инфекции в каждой стране региона.

Состав кумулятивных зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции отражает значительную схожесть во всем регионе, как видно на таблице 1. Мужчины составляют более чем три четверти общего числа ЛЖВ в каждой стране, что отражает более высокий социальный приоритет, придаваемый ограничению сексуальной активности женщин (в типичных случаях, состоящих в брачном союзе) и существенно более низкий уровень потребления наркотиков среди женщин. Так же как и во многих других странах мира, высокая концентрация всех ЛЖВ, как мужчин, так и женщин, наблюдается среди молодежи. И в Армении, и в Азербайджане приблизительно половина всех зарегистрированных лиц назвала потребление наркотиков вероятным путем их заражения, тогда как на ту же причину в Грузии сослались 67%. По официальным сообщениям передача путем гетеросексуальных сношений играет наибольшую роль в Армении – около 39% – тогда как в Грузии и Азербайджане этот путь передачи идентифицирован приблизительно у одного из четырех зарегистрированных лиц с ВИЧ. Информация о передаче через коммерческих секс-работников поступает несистематично и очевидно является дополнением к сообщениям о гетеросексуальных путях передачи. О путях передачи среди мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, сообщения из любой из этих стран поступают редко, что говорит об имеющей место в регионе жесткой социальной стигматизации лиц нетрадиционной сексуальной ориентации и о том, что данная специфическая субпопуляция в данной среде не была включена в доминирующую категорию с точки зрения путей передачи. Несмотря на усиленное целевое тестирование всех будущих матерей в регионе, уровень передачи от матери ребенку остается весьма низким. Почти половина зарегистрированных лиц проживает в столицах своих стран. Это облегчает привлечение их к тестированию и, что наиболее важно, для них создана менее ограничительная социальная атмосфера, характерная для основных урбанистических центров.

Таблица 2. Оценочный состав кумулятивного числа зарегистрированных лиц, живущих с ВИЧ Южный Кавказ, за последний год, по которому имеются данные

	Армения		Азербайджан		Грузия	
	Ноябрь 2004		январь 2005		ноябрь 2004	
	#	%	#	%	#	%
Общее число случаев	296		718		597	
мужчин	229	77%	580	81%	501	84%
женщин	67	23%	138	19%	96	16%
Возраст						
до 30		52%		37%		60%
Путь передачи						
Медицинский\переливания	2		1		4	
материнский	3		9		3	
ПИН	155	52%	336	47%	411	69%
Секс-работники	*		*		*	
От мужчины мужчине	2		3		16	
гетеросексуальный	115	39%	185	26%	160	27%
другие	19		184		3	
местность						
столица		49%		44.4%		43.5%

Источник: Национальные отчеты из Армении, Азербайджана, и Грузии» ВИЧ и СПИД в кавказском регионе: социально-культурный подход». ЮНЕСКО/Фландрия 2005.

### **Потребители инъекционных наркотиков**

Локальные опросы и дозорные исследования, осуществленные в Армении, Азербайджане и Грузии подтверждают ведущую роль ПИН в повышении уровня распространенности ВИЧ. Целевые исследования



малочисленных выборок, проведенных во всем регионе, указывают на высокий показатель распространенности ВИЧ среди прошедших тестирование ПИН (в Армении 15%, в Азербайджане 13-19 %). Аналогично оценкам распространенности ВИЧ в регионе, официально установленная численность ПИН в регионе подлежит аппроксимации в широком диапазоне. В Грузии, по самым высоким оценкам правительства общее число ПИН составляет от 50 000 до 60000, тогда как некоторые сообщения прессы называют число, составляющее не меньше 100 000-300 000 (Reuch 2004). Официальное число ПИН в Армении составляет от 4 000 до 5 000, несмотря на то, что согласно данным надзорных исследований 2002 года число ПИН в одном только Ереване составляло от 19 000 до 20 000. В Азербайджане властями зарегистрированы лишь 15 000 потребителей инъекционных наркотиков. Тем не менее надзорные исследования 2002 года среди молодежи показали, что 5% молодых людей употребляли инъекционные наркотики, что ставит под сомнение вышеприведенную оценку.

Невзирая на диапазон существующих оценочных данных, число потребляющих инъекционные наркотики лиц растет, так как постоянная экономическая и социальная нестабильность увеличивает спрос на наркотики, а также повышает роль региона в международном наркотранзите. Значительный прогресс в предотвращении стремительного расширения ареала наркотранзита был достигнут при содействии Южно-Кавказской антинаркотической программы (SCAD), однако географические, политические и экономические факторы по-прежнему создают благоприятную среду для наркотранзита. Близкое соседство Южного Кавказа с Балканами и азиатскими Шелковыми путями для перевозки героина логически сделало его пунктом наркотранзита между Европой и Азией, тем более, что военные действия на Балканах, в Ираке и Афганистане нарушили другие маршруты. Политическую нестабильность также следует считать причиной роста наркотранзита в ряде регионов Южного Кавказа. Хотя подобные ссылки могут иметь оттенок политической мотивированности, Абхазия Южная Осетия, Аджария, и Нагорный Карабах считаются «горячими точками» наркотранзита, в каждой из которых спорная власть потворствует незаконным действиям (Reuch 2004). Так же как и во многих других странах бывшего Советского Союза, повсеместная и постоянная экономическая и социальная нестабильность в пределах региона играет большую роль в росте контрабанды и потребления наркотиков (CEEHRN 2002). Расширение социальных и экономических возможностей во всем регионе, особенно для молодежи, имеет решающее значение для борьбы с потреблением наркотиков.

Во всем Южном Кавказе, большинство ПИН являются молодыми людьми, т.е. растущим сегментом населения. Потребление инъекционных наркотиков, чаще встречающееся среди мужчин, редко происходит в одиночку. ПИН склонны потреблять наркотики небольшими группами, часто пользуясь общими шприцами и другими приспособлениями для инъекций. Социальные узы внутри сети потребителей наркотиков весьма прочны и доверие здесь высоко ценится. Взаимосвязанность членов данных групп побуждает к использованию общих шприцов, коллективный характер потребления наркотиков не позволяет без стеснения заботиться об использовании одноразовых шприцов во избежание «заражения». Высокий показатель пользования совместными иглами среди ПИН диктует необходимость просветительского вмешательства, направленного на практику сотрудничества внутри группы и разработки механизма более безопасных процедур, как форму доверия и уважения внутри группы взаимосвязанных людей. Внедрение новшеств в групповую практику вполне возможно. Например, среди ПИН в Грузии отныне не практикуется использование капли крови в процессе приготовления, предшествующем инъекции. Это новшество было принято много лет назад с целью борьбы с гепатитом С и теперь широко применяется.

Узкомасштабные исследования в Южном Кавказе, особенно в Грузии, указывают на то, что популяции ПИН могут быть насыщенными [инфекцией]. (EuroHIV, 2004, p. 8). Теоретически это ослабляет рост эпидемии ВИЧ в регионе, однако, как показывает опыт Украины, процесс заражения среди ПИН может перерасти в более широкое, гетеросексуальное заражение. Растущая процентная доля среди людей, живущих с ВИЧ, лиц, сообщающих о заражении путем гетеросексуальных сношений и растущее число женщин с ВИЧ и СПИДом в Южном Кавказе указывает на вероятность превращения ПИН (преимущественно состоявших из мужчин) из ограниченных групп основных переносчиков болезни в группы-«мостики», распространяющие инфекцию на более широкие слои населения.

Поступающие из Грузии и Армении сведения указывают на то, что ПИН не относятся к негативно стереотипным и маргинализированным группам. Они зачастую хорошо образованы и являются интегрированными членами общества. Потребление и особенно ввоз наркотиков в этих странах встречается с неодобрением. Общественный контроль и негативное отношение к ПИН в Азербайджане сильнее, чем в Грузии и Армении. В целом во всем регионе ПИН не являются четко обособленной субпопуляцией в плане социальной или сексуальной сети.

Данные, полученные в результате надзорных исследований, указывают на высокую распространенность сношений с множественными сексуальными партнерами и очень низкий уровень использования презервативов среди ПИН. В Армении надзорные исследования 2002 года показали, что более половины опрошенных ПИН имели более чем одного партнера в течении последних двенадцати месяцев, но использование презервативов при этом было нечастым. Исследование 2004 года в Грузии также выявило высокий показатель сношения с множественными сексуальными партнерами, причем всего лишь 28% ПИН использовали презервативы с регулярными сексуальными партнерами, а 55% - со случайными. В результате небольшого исследования 200 ПИН, проведенного в Азербайджане, выяснилось, что несмотря на осведомленность большинства опрошенных об эффективности применения презервативов для предотвращения передачи ВИЧ, об использовании презервативов при последнем сношении с брачным, регулярным или случайным партнером сообщили лишь 2% - 7% опрошенных. Их потенциальная возможность сыграть роль «мостика» при более широкой передаче инфекции среди гетеросексуального населения более высока, чем в регионах, где ПИН подвержены социальной маргинализации.

### **Коммерческие секс-работники и торговля людьми**

Целевые исследования путей заражения через гетеросексуальные сношения в Южном Кавказе часто направлены на коммерческих секс-работников (КСР), однако на данный момент объектами исследования являются лишь женщины секс-работники. В Азербайджане 8,5% от общего числа КСР предположительно живут с ВИЧ, и, по оценкам, показатель распространенности достигает 35% среди КСР работающих на улице. Небольшое тестирование показало, что среди лиц, занимающихся коммерческим сексом в Армении и Грузии, мало ВИЧ-инфицированных, однако у большинства КСР в каждой из трех стран за последние годы была выявлена хотя бы одна инфекция, передаваемая половым путем. Во всех трех странах КСР сообщают о нечастом использовании презервативов, хотя в Грузии большинство КСР осведомлены об эффективности презервативов в предотвращении заражения ВИЧ и другими инфекциями, передаваемыми половым путем (ИПП). В Армении КСР были особенно несклонны пользоваться презервативами с регулярными клиентами, опасаясь, что те могут рассмотреть это как признак недоверия (Babayan 2002). При опросе 200 КСР в Азербайджане 80% опрошенных сообщили, что никогда не пользовались презервативами.

Участие в коммерческой секс-работе в пределах Южного Кавказа высоко стигматизировано и занимающиеся ею лица (как правило женщины) имеют весьма ограниченный доступ к получению помощи, или вовсе лишены его. Как и везде, женщины пытаются справиться со стрессом, сопровождающим нарушение социальных норм в сфере половой жизни, пытаясь представить свою работу в форме временной необходимости по экономическим соображениям, не переставая при этом ее стыдиться. Многие женщины, вовлеченные в коммерческую секс-работу, особенно жительницы сельских местностей, отправляются в другой город для того, чтобы скрыть свою деятельность от друзей и семьи. Такая стратегия может сохранить их деятельность в тайне, но при этом женщины лишаются доступа к системе социальной поддержки и сети безопасности, предоставляемой друзьями и семьей. КСР не склонны обращаться за помощью в полицию. В Армении, где коммерческая секс-работа хотя и считается незаконной, она не преследуется в судебном порядке, но при этом и не допускается официально. В Грузии она не считается ни законной, ни незаконной. В Азербайджане полиция берет на себя обязанность привлекать всех секс-работников к обязательному тестированию на ВИЧ. В целом в регионе полиция рассматривается не как помощник, а скорее как источник опасности или еще один потенциальный источник эксплуатации. КСР часто физически и финансово уязвимы, что делает обсуждение вопросов предохранения с помощью презервативов если не невозможным, то сложным.

Возможные пути передачи, связанные с коммерческой секс-работой, распространяются и на клиентов, особенно в пределах Южного Кавказа, где профиль КСР разнообразен. Большинство женщин объясняют свое занятие коммерческой секс-работой экономической ответственностью перед своими семьями. Многие из них имеют неkomмерческих сексуальных партнеров. Во время как число замужних женщин, вовлеченных в коммерческую секс-работу невелико в Грузии и очень низко в Азербайджане, в Армении каждая четвертая КСР состоит в браке. Трудности, связанные с коммерческим сексом, часто ведут к негативному поведению, направленному на совладение с ситуацией, такому как потребление наркотиков. В Армении 17% КСР, участвовавших в исследованиях Национального центра по ВИЧ и СПИДу, сообщили о потреблении инъекционных наркотиков, что указывает на еще одну вероятность передачи и подверженности инфекции.

Постоянная высокая степень бедности и имущественного неравенства в регионе толкает все большее число женщин к коммерческой секс-работе, а развитие промышленности и транзита нефти и природного газа в регионе, вероятно, увеличит существующий спрос на КСР. Мужчины, пользующиеся услугами женщины-КСР,

мало подвержены социальной стигматизации в регионе. Согласно результатам исследования, проведенного в Грузии, 76% опрошенных молодых людей находили вполне допустимым для молодого мужчины быть сведенным с секс-работником для сексуальных сношений. Добрачный сексуальный дебют молодых людей также приемлем в Армении, и даже желателен в Азербайджане. Посещение КСР взрослыми мужчинами не встречает серьезного общественного неодобрения; подобные факты если не общеприняты, то допустимы. С развитием нефте- и газодобывающей промышленности в Азербайджане, и в связи со строительством нефтепровода БТД через Грузию, ожидается крупное скопление иностранной и отечественной рабочей силы, состоящей из мужчин, распределенных по рабочим местам вдали от дома. Это обстоятельство, вероятно, обусловит существенный рост спроса на коммерческих секс-работников в Южном Кавказе. Возникает крайняя необходимость усиленных просветительных мер, направленных как на КСР, так и на их потенциальных клиентов, относительно профилактики, симптомов и лечения инфекции, передаваемых половым путем, включая ВИЧ.

Сообщения о росте торговли людьми в регионе говорят о существовании связанной с этим проблемы, так как молодые женщины переправляются за пределы страны для работы, иногда бессознательно, в заграничной секс-индустрии и могут вернуться оттуда с инфекциями, передаваемыми половым путем, в том числе и ВИЧ. В Азербайджане организованные системы вербовки были определены как сети, переправляющие женщин через Грузию. В то время как многие женщины вывозились из региона в Турцию, появились документальные свидетельства и о новых маршрутах в район Песидского залива, таких как Дубай. (Zeinalova 2004). Растет и число женщин, вывозимых из Армении, заманиваемых обещанием высокооплачиваемой работы и путешествия за границу, и принуждаемых вместо этого к коммерческой секс-работе (Reeve, Vaguah, and Jekic. 2001). Оценочное число женщин – и все в большей мере детей – вывезенных из региона, широко варьируется, однако занимающиеся этими вопросами межправительственные организации и НПО утверждают, что торговля людьми из региона будет продолжаться до тех пор, пока не стабилизируется экономика и условия не станут более благоприятными.

### ***Временно мигрирующие рабочие***

Передача путем гетеросексуальных сношений также происходит по причине существования сотен и тысяч мигрирующих рабочих, покинувших за последние годы пределы Армении, Азербайджана и Грузии в поисках временной работы в других странах. Большинство временных мигрирующих рабочих – мужчины, покидающие свои семьи на различные периоды времени для работы за границей. Согласно сообщениям из Грузии, 79% зарегистрированных лиц с положительной реакцией на ВИЧ были заражены путем потребления наркотиков или сексуальных сношений во время пребывания на Украине или в России. В Армении рабочие, мигрирующие на короткий срок, более склонны к потреблению наркотиков и сообщают о сношении с более чем одним сексуальным партнером и болезнях, передающихся половым путем, перенесенных на протяжении своей жизни чаще, чем не мигранты. Азербайджан сообщает, что большинство женщин, заразившихся ВИЧ через гетеросексуальные контакты, обвиняют в этом супругов-мигрантов. Роль миграции в передаче ВИЧ предопределяется основными местами назначения, куда направляются мигранты с Южного Кавказа: Украиной и Россией, стран с наивысшим показателем распространенности ВИЧ во всем бывшем Советском Союзе.

Определение числа людей, вовлеченных во временную миграцию из Южного Кавказа и мониторинг передачи болезни среди мигрирующих популяций весьма затруднены, так как большинство рабочих, мигрирующих из региона, не оформлены документально. Согласно сообщениям прессы, в одном лишь городе Москве проживают 250 000 мигрантов из данного региона (Migration News 2002). Минимальное число мигрировавших из Грузии и Азербайджана в Россию и Украину за период с 1991 года приблизительно составляет 500 000 человек из каждой страны. Регион продолжает терять население за счет значительной отрицательной чистой миграции. Опыт в других местах показывает, что миграция имеет прямое и косвенное отношение к повышению риска ВИЧ. Мигранты более склонны к сексуальному поведению повышенного риска на местах временного пребывания, ввиду недостаточного контроля со стороны общественности. Они также более склонны к потреблению наркотиков или алкоголя на местах временного пребывания, часто для преодоления стрессов, вызванных переездом. Так как большинство мигрирующих из Южного Кавказа в Россию и Украину не оформлены документально, их доступ к диагностированию и лечению на местах временного пребывания крайне ограничен. И наконец, то обстоятельство, что мигрирующие в пределах СНГ лица при обнаружении положительной реакции на ВИЧ обычно подлежат депортации в свою страну, является серьезным мотивом для уклонения от тестирования.

От последствий широкомасштабной эмиграции страдают не только сами мигранты; они могут подвергнуть повышенному риску всех домочадцев. Их супруги, оставшиеся на родине, часто с детьми, подвержены риску как члены семьи, а также и поведенческому риску. В первом случае, возвратившиеся мигранты

могут передать инфекции, передаваемые половым путем своим немигрирующим супругам, особенно если последние не предлагают использование презерватива. Поведенческий риск имеет место, когда супруги или партнеры мигрантов могут обратиться к поведению совладания с ситуацией, связанному с риском заражения ВИЧ, например к такому, как злоупотребление алкоголем, поведение повышенного риска или потребление наркотиков для преодоления трудностей, связанных с миграцией, возникающих в семейной системе. Наконец, долгосрочная отлучка главы семьи мужского пола уменьшает возможность передачи необходимых знаний о репродуктивном и сексуальном здоровье детям и подросткам мужского пола в семейных условиях, что, как правило, происходит строго по гендерной линии (Buckly 2005). Массовый характер временной миграции за пределы региона и высокий уровень распространенности ВИЧ в наиболее часто выбираемых мигрантами местах работы, представляют значительный – и зачастую упускаемый из внимания – канал заражения ВИЧ, как для мигрантов, так и для их семей. Следует направить больше усилий на то, чтобы осмыслить связь между миграцией и передачей ВИЧ-инфекции внутри семейной сети, так как миграция, вероятно, станет значительным фактором в распространении ВИЧ и СПИДа во всем регионе.

### ***Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами***

Лишь небольшое число лиц с положительной реакцией на ВИЧ являются мужчинами, занимающимися сексом с мужчинами (МСМ), причем большинство случаев выявлено среди заключенных. Это, возможно, отражает низкую степень распространенности в данной подгруппе населения, или, что более вероятно, является результатом повсеместно распространенной стигмы, связанной с нетрадиционной сексуальной ориентацией в Южном Кавказе. Статья 113-ая, действующая в советские времена, согласно которой однополые связи карались законом, лишь недавно была отменена (в Армении в 2003 году, в Азербайджане в 2000, в Грузии в 1999 году) (ILGA 2004). Однополые связи по-прежнему подвержены жестокой стигматизации и лица, воспринимающиеся как гомосексуалисты, подвергаются остракизму. Однако опрос университетской молодежи показал, что почти 5% «экспериментировали» с сексом между мужчинами (Babikian 2004). МСМ представляют вероятный путь передачи ВИЧ-инфекции в регионе, но вероятность того, что подвергающиеся риску лица идентифицируют себя как группу, способствующую целевым усилиям по тестированию, просвещению или лечению, невелика. Скрытая природа этой популяции затрудняет вмешательство, и может повысить вероятность передачи инфекции за пределами группы.

Число зарегистрированных случаев заражения ВИЧ, относимых за счет МСМ, весьма низко, но сильная социальная стигматизация МСМ предопределяет отношение общественности к ВИЧ и СПИДу в Южном Кавказе. Связь между МСМ и распространением эпидемии ВИЧ в Западной Европе и Северной Америке хорошо известна в регионе. Средства массовой информации уделяют все больше внимания заинтересованным группам и активным сторонникам борьбы с ВИЧ и СПИДом, являющимся членами общин МСМ всего мира. Хотя местные модели заражения и распространения указывают на совершенно иную реальность, ВИЧ и СПИД иной раз рассматриваются как проблема, в первую очередь касающаяся общины МСМ. На фоне этого ложного убеждения, вопросы, связанные с ВИЧ и СПИДом, рассматриваются как не имеющие отношения к другим группам населения (помимо МСМ). Тогда как попытки направлять усилия против стигматизации общин МСМ в Южном Кавказе крайне необходимы, при проведении просветительных мероприятий и мер вмешательства, направленных на ВИЧ и СПИД следует принимать во внимание местные модели заражения и не потворствовать ложным представлениям относительно основных популяций повышенного риска.

### ***Передача в результате медицинских процедур и передача от матери ребенку***

Случаи передачи вируса ВИЧ через медицинские процедуры редко отмечаются в Южном Кавказе, несмотря на мнение общественности и постоянные проблемы, связанные со скринингом запасов крови. В Грузии и Азербайджане, банки крови традиционно имеют платных доноров, однако в крови, протестированной в 2002 году, показатель распространенности ВИЧ был выше по сравнению со странами с такой же распространенностью инфекции (более 20 на 100 000) (EuroHIV 2003; ButsaShvili et al. 2001; Kressler 2001). Усиленные меры, направленные на улучшение скрининга крови и увеличение числа добровольных доноров крови имели успех как в Грузии, так и в Азербайджане; при этом процедуры скрининга и сбора крови постоянно совершенствуются (Butsashvili et. al. 2001).

Несмотря на то, что случаи передачи через медицинские процедуры составляют меньше 1% общего числа зарегистрированных случаев ВИЧ, общественность продолжает рассматривать медицинские услуги (переливание крови, посещение зубного врача и другие медицинские процедуры) как один из главных каналов передачи болезни. В Азербайджане, среди 5% опрошенных женщин в возрасте от 15 до 44 лет, указавших на

какой-либо грозящий им риск заражения ВИЧ, 49 % относили его за счет пользования медицинскими услугами. (Serbanescu, et.al. 2002, p. 286). Согласно такому же опросу в Грузии, среди 32% всех женщин, в какой-либо мере осознающих риск заразиться ВИЧ, 88% назвали причиной этого риска услуги системы здравоохранения (Morris et al., 2001, p. 281). Рассмотрение услуг системы здравоохранения в качестве первичного источника риска не зависело от сообщаемого сексуального статуса и семейного положения. Такое отношение может отражать отсутствие доверия к системе здравоохранения и ее работникам, объясняющееся ухудшением предоставления услуг государственного здравоохранения после 1991 года, или социальными последствиями получивших широкую огласку случаев передачи инфекции в результате медицинских процедур. Наибольшую тревогу вызывает то, что отнесение риска за счет медицинских процедур может отражать отсутствие внимания к риску, сопровождающему поведение, более очевидно связанное с ВИЧ и СПИДом (половая жизнь или потребление наркотиков), или чувство фатализма, при котором возможность подвергнуться риску заражения не связана с принятием индивидуального решения. Общественное мнение отводит пути заражения через медицинские процедуры намного большую роль, чем та, которая отражена в официальных данных о распространении ВИЧ в регионе, что может ослабить способность национальных министерств здравоохранения вносить эффективный вклад в процесс просвещения, профилактики и лечения при ВИЧ и СПИДе.

## Социальные корреляты риска и знания

Риск заражения ВИЧ-инфекцией в Южном Кавказе по разному проявляется в зависимости от гендера и сравнительно выше среди бедного и молодого взрослого населения. Социальные нормы, подкрепляемые религиозными убеждениями, налагают более строгие запреты на поведение женщин, нежели на поведение мужчин, особенно в сфере секса. Так же как и в других контекстах, за исключением коммерческих секс-работников, риск женщин подвергнуться заражению ВИЧ обычно рассматривается через связь с мужчиной-партнером, чьи действия могут повысить риск заражения. Согласно надзорному исследованию, проведенному в регионе, женщины ответственны за здоровье членов своей семьи и обладают необходимыми полномочиями принимать решения относительно их здоровья. Подобным же образом все большее число женщин проявляют склонность к поведению повышенного риска, например курение, потребление наркотиков, и незащищенный секс. Возникает острая необходимость более тщательного анализа способности женщин принимать решения и их поведения в контексте ограничительных социальных норм на Южном Кавказе.

Лица, живущие в бедности – многие из них женщины – имеют меньше доступа к санитарному просвещению и уходу и более склонны к поведению повышенного риска, включая потребление наркотиков, рабочую миграцию, коммерческую секс-работу, и злоупотребление алкоголем. Бедность существует во всем южном Кавказе, но в наиболее высокой степени она проявляется в сельской местности и маленьких городах, где доступ к услугам здравоохранения весьма низок. Бедность также существует среди беженцев и внутренних перемещенных лиц региона, усугубляя стресс, вызванный вынужденной миграцией и становясь дополнительным фактором, мотивирующим решение прибегнуть к поведению повышенного риска.

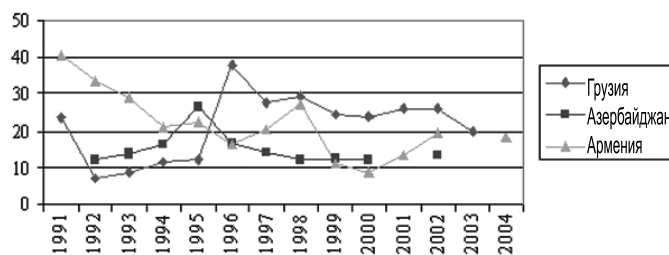
Влияние экономических трудностей и гендерных норм явно дают о себе знать в виде проблем, с которыми сталкивается молодежь. Перемены в системе образования, платное высшее образование, прежде субсидируемое государством, все это недоступно для многих молодых людей. Возможности трудоустройства сократились и стоимость жизни сильно возросла. За последние пятнадцать лет наблюдался наплыв западной, иногда сексуально-откровенной медиапродукции, музыки и фильмов, противоречащих традиционным и социальным ценностям региона. Социальным нормам, делающим акцент на скромность и призывающим к воздержанию в добрачной жизни, часто бросает вызов влияние средств массовой информации и «старение» брачного возраста. Экономическое и социальное давление способствовали распространению негативного поведения совладания с ситуацией, такого как рост потребления алкоголя и инъекционных наркотиков среди мужчин моложе тридцати лет. Небольшие по объему исследования указывают на рост показателя частоты половых сношений среди мужчин и женщин, а государственная статистика указывает на растущий показатель заболеваемости сифилисом и гонореей среди молодых мужчин.

Газетные объявления, часто встречающиеся в Армении, Азербайджане и Грузии, предлагающие хирургию девственной плевы для восстановления девственности, подтверждают противоречивость влияния традиционных ценностей, акцентирующих девственность и поведенческих выборов, сделанных молодыми женщинами. К тому же возникают сомнения по поводу точности данных национального опроса, сообщающих о крайне низкой степени сексуальной активности среди незамужних женщин вообще, и среди молодых женщин в частности (Morris, 2002; NSS Serbanescu; 2001). Устно передаваемые свидетельства указывают на то, что местные интерпретации того,

какого рода действия квалифицируются как секс, требуют более узкого определения, чем все сексуальные действия, связанные с передачей ВИЧ. Половая жизнь, согласно некоторым опросам, неразрывно связана с оплодотворением и может не рассматриваться (или упоминаться в официальных сообщениях) как секс, если она не связана с какой-либо возможностью зачатия.

На Рис. 3 ниже представлены некоторые формы сексуальной активности, имеющие место в странах региона. Показатели зарегистрированных случаев сифилиса среди общего населения региона оставались на весьма устойчивом уровне, или несколько возросли начиная с первой половины 90-х годов. Показатели по сифилису в Армении повысились за последние тринадцать лет, тогда как в Азербайджане и Грузии наблюдается увеличение показателя заболеваемости за последние три года. Эти цифры ставят под сомнение эффективность недавних информационных кампаний, касающихся практики защищенного секса и репродуктивного здоровья в регионе.

Рис.3. Показатель зарегистрированных случаев сифилиса (на 100,000 человек), Южный Кавказ 1991-2004



Источник: WHO/CISID 2005.

Официальные сообщения об уровне знаний в области планирования семьи, так же как и показатели знаний в области сексуального здоровья среди молодежи очень низки. Среди молодых людей, не состоящих в браке, источниками информации о репродуктивном здоровье является сеть сверстников и СМИ, и лишь небольшое число молодых людей получают информацию от родителей, других членов семьи, или медицинских работников. За много лет, прошедших с тех пор, как ВИЧ и СПИД стали проблемой для региона, ни одна из стран региона не выполнила национальную программу по санитарному просвещению, включающую темы планирования семьи и сексуального здоровья. Семейная сеть, отличающаяся прочностью и долговечностью в этом регионе, остается неиспользованным средством для передачи знаний о репродуктивном здоровье. Чтобы просветительские усилия семейной сети стали более действенными, следует обратить внимание на общий низкий уровень осведомленности о путях передачи ВИЧ и выявлении и лечении ВИЧ-инфекции.

При узкомасштабном опросе 1,500 отобранных по принципу случайной выборки взрослых лиц в каждой из столиц трех стран, проведенном в 2004 году Кавказскими исследовательскими центрами, респондентов спрашивали об их осведомленности в области ВИЧ и СПИДа, об основных путях передачи и о том, согласны ли они с распространенными ложными представлениями, касающимися передачи ВИЧ и СПИДа. Тогда как большинство общего числа мужчин и женщин в регионе слышали о ВИЧ и СПИДе, существенное количество лиц все еще не понимает, как он передается. Респонденты в Баку проявили меньше осведомленности в связи с ВИЧ и СПИДом и основными путями передачи ВИЧ, чем респонденты в Ереване и Тбилиси. В Азербайджане главным путем передачи инфекции являются ПИН, но при этом, как ни странно, лишь менее половины опрошенных в Баку людей оказались согласны с тем, что использование загрязненных приспособлений для инъекций способствует распространению ВИЧ. При этом неправильные представления относительно передачи ВИЧ были несколько более последовательными во всех трех городах: довольно большое число людей убеждены в том, что пользование общим полотенцем, туалетом, поцелуй, или пользование общими принадлежностями может способствовать передаче вируса. Более одного из десяти респондентов в Баку считают, что передача болезни возможна при пожатии руки. Полученные данные совпадают с данными других исследований степени осведомленности в области репродуктивного здоровья в регионе и указывают на крайнюю необходимость дополнительных просветительных усилий в области путей передачи вируса. (Claeys et al., 2001). Распространенность ложных представлений о путях передачи могут только служить дальнейшей стигматизации и маргинализации людей, живущих с ВИЧ.

Таблица 3. Индикаторы знаний и отношения по ВИЧ/СПИДу с разбивкой по полу, Опрос, проводимый кавказским исследовательским центром 2004									
Раунд первый, Ереван, Баку и Тбилиси									
	Армения (Ереван)			Азербайджан (Баку)			Грузия (Тбилиси)		
	Итого	Муж.	Жен.	Итого	Муж.	Жен.	Итого	Мужчины	Женщины
Слышали ли вы когда-либо о ИПП?	85.0%	86.7%	80.4%	62.8%	61.0%	61.0%	95.4%	96.0%	93.5%
Слышали ли вы когда-либо о СПИДе?	82.7%	84.7%	77.4%	59.8%	60.5%	57.5%	95.0%	95.7%	93.0%
Да, ВИЧ можно заразиться через Шприц общего пользования	79.9%	81.6%	74.7%	48.0%	47.6%	49.7%	91.2%	92.1%	88.4%
Половые сношения без презерватива	82.7%	84.4%	77.9%	55.8%	56.4%	53.5%	91.8%	92.5%	89.8%
Пользование общим полотенцем или туалетом	19.9%	20.2%	19.1%	19.0%	19.3%	17.9%	17.3%	17.4%	17.2%
Поцелуй	44.1%	45.7%	49.2%	31.6%	31.8%	54.1%	33.9%	32.8%	39.7%
Пользование общими принадлежностями	16.1%	16.8%	14.1%	18.1%	18.5%	16.7%	17.3%	17.6%	16.4%
Рукопожатие	9.9%	9.9%	9.7%	14.2%	14.7%	12.3%	4.5%	4.2%	5.4%
Размер выборки	1,497	1,095	402	1,489	1,171	318	1,472	1,100	372
Источник: CRRC Данные инициативного исследования, раунд первый, 2004. <a href="http://www.crrc.am/index.php/en/41">http://www.crrc.am/index.php/en/41</a>									

Многие опасения, связанные с передачей (пользование общими принадлежностями, рукопожатие), полностью неуместны и могут способствовать распространению чувства страха в отношении к лицам, живущим с ВИЧ. Согласно последним исследованиям, люди, убежденные в том, что ВИЧ нельзя избежать, намного негативнее относятся к людям с ВИЧ. Исследование более чем 5,000 женщин репродуктивного возраста в Азербайджане показало, что женщины, не знающие об истинных и ложных путях передачи ВИЧ, значительно упорнее отрицали право ВИЧ-инфицированного учителя продолжать работу, и значительно реже посещали магазин, владелец которого является лицом, живущим с ВИЧ, по сравнению с женщинами, осведомленными о том, что существуют способы, с помощью которых можно избежать ВИЧ. В Азербайджане, как показано на таблице 4, женщины обычно питают весьма негативное отношение к лицам с ВИЧ, и не склонны поддерживать их право на трудоустройство. Эти факты указывают на неотложную необходимость дополнительных просветительных мер, направленных против социальной изоляции ЛЖВ. Если учесть, что лишь 14,5% из тех, кто осведомлены о том, что заражения ВИЧ можно избежать, поддерживает ВИЧ-инфицированных учителей в праве продолжать работать, и приблизительно 7% лиц той же группы готовы посещать магазин, владелец которого ВИЧ-инфицирован, вероятность того, что члены основных популяций будут уклоняться от тестирования или почувствуют необходимость скрывать свой статус, будет очень высока.

Таблица 4. Отношение к лицам живущим с ВИЧ при убеждении, можно или нельзя избежать заражения ВИЧ.								
Азербайджан КИМП 2000								
Можно ли позволить школьному учителю, живущему с ВИЧ, работать в школе ?		Можно избежать ВИЧ		Нельзя избежать ВИЧ		Не знаю		
	Да	239	14.5%	202	11.3%	97	6.2%	
	Нет	1,358	82.5%	1,549	86.4%	1,362	86.4%	
	Не знаю	49	3.0%	41	23.0%	117	7.4%	
Стали бы вы частым посетителем магазина, владельцем которого ВИЧ-инфицированное лицо?								
	Да	114	6.9%	82	4.6%	42	2.7%	
	Нет	1,512	91.9%	1,689	94.3%	21	93.3%	
	Не знаю	20	1.2%	21	1.2%	64	4.1%	
Chi-квadrat уровень значимости .001							<b>всего</b>	<b>5,014</b>
Источник: Азербайджан, Кластерное исследование множественных показателей 2000. <a href="http://www.childinfo.org/MICS2/newreports/azerbaijan/Azerbaijan1.PDF">http://www.childinfo.org/MICS2/newreports/azerbaijan/Azerbaijan1.PDF</a>								

## Институциональный контекст и власть

Национальными правительствами Армении, Азербайджана и Грузии были предприняты шаги в ответ на проблемы, связанные с ВИЧ/СПИДом в Южном Кавказе: создание национальных центров, специальных парламентских комиссий по вопросам ВИЧ и СПИДа и принятие законодательных мер для ратификации международных стандартов относительно доступа к конфиденциальному тестированию и прав людей живущих с ВИЧ, включая доступ к медицинскому обслуживанию. Однако ограниченные ресурсы и конкурирующий спрос на государственные субсидии (затраты на социальное обеспечение, безопасность и развитие инфраструктуры) ограничивают возможность отдельных правительств организовать широкомасштабные программы по ВИЧ и СПИДу. Кроме того, низкая зарегистрированная распространенность ВИЧ в регионе, отсутствие авторитетных пропагандистских групп и высокая стигматизация лиц, живущих с ВИЧ, отнюдь не способствуют поддержке общественностью расширенных действий государства.

Государственным усилиям также препятствуют противоречивые подходы к поведению, связанным с ВИЧ и передачей болезни. Все три страны региона следуют антинаркотической политике и ведут борьбу с наркотранзитом во всем регионе, что усложняет работу программ «аутрич», проводимую в среде общин ПИН (DLNPR, 2002). Способность государства эффективно расширить просветительские возможности или лечение коммерческих секс-работников или документально неоформленных мигрирующих рабочих ограничивается по причине законодательных проблем. Армения и Грузия включили распространение ВИЧ в свое новое уголовное законодательство (в Армении - статья 123, в Грузии - статья 131), а в Азербайджане передача инфекций, передаваемых половым путем, сталаотячающим обстоятельством в случаях сексуального насилия (статья 150, раздел 3.2). Подобная криминализация может подавить желание лиц, относящихся к группам «повышенного риска», быть тестированными и идентифицированными, и поколебать веру в то, что лица, живущие с ВИЧ, требующие поддержки и лечения, могут рассчитывать на государство.

Национальные системы здравоохранения региона усиленно принялись за улучшение уровня знаний в области репродуктивного здоровья, и степени осведомленности в области ВИЧ и СПИДа, однако их возможности также ограничены ввиду других проблем здравоохранения, характеризующихся более высокой распространенностью, к числу которых относятся высокий показатель распространенности туберкулеза по всему региону, растущий уровень сердечно-сосудистых заболеваний, высокий уровень детской анемии и снижающаяся средняя продолжительность жизни, которые конкурируют с программами по сексуальному здоровью в плане получения ресурсов и персонала в условиях стремительной приватизации и сокращения расходов на государственное здравоохранение. Кроме того, общераспространенное мнение об услугах системы здравоохранения как источнике передачи ВИЧ также может послужить снижению авторитета медико-санитарных работников и желания населения пользоваться услугами системы здравоохранения в области сексуального здоровья.

Немалые усилия, связанные с просвещением, профилактикой и лечением ВИЧ и СПИДа, были приложены в Южном Кавказе межправительственными организациями, такими как ЮНЭЙДС, Программа развития ООН, ЮНИСЕФ и Глобальный фонд для борьбы с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ), в дополнение к прямой индивидуальной донорской международной помощи и содействию международных неправительственных организаций (НПО), таких, как Институт Открытого общества и «Уорлд Вижн». Эти организации располагают крупными ресурсами, связями с международными сетевыми организациями и солидным капиталом знаний на основе глобального опыта решения проблем пандемии ВИЧ. Однако характерные пути передачи, наличие основных популяций повышенного риска и культурная среда, характерная для Южного Кавказа, требует от подобных международных организаций знания и оценки местных культурных особенностей при разработке соответствующих программ. При индивидуальных страновых оценках, являющихся основой проекта, было выявлено множество примеров преследующих благие цели просветительных мероприятий, потерпевших неудачу по причине недостаточной чувствительности к местным особенностям. Местные запреты на проведение дискуссий на сексуальную тему с незамужними женщинами в Азербайджане препятствовали процессу обучения учителей. Попытки просвещения школьников без подключения к процессу родителей встретили сопротивление в Грузии. Таким же образом программы взаимного обучения, направленные на повышение уровня знаний о сексуальном здоровье среди молодежи в Армении встретили сопротивление со стороны родителей и в некоторых случаях – учителей. Попытки ввести систему обмена игл для ПИН подверглись атакам местных оппонентов в Баку. Лишь через партнерство с местными заинтересованными группами и членами общин международные организации смогут эффективно направить свои ресурсы на разработку соответствующих мер вмешательства, способствовать созданию атмосферы одобрения и принятия со стороны местных властей и общества.



Идентификация партнерских организаций – зачастую нелегкий процесс, поскольку гражданское общество Южного Кавказа прошло через бурные перемены и волнения. В регионе много общественных организаций, созданных на местной основе, но как правило масштаб их действий невелик и они часто зависят от финансовой поддержки со стороны международных организаций. Финансовая зависимость может отразиться на организационной повестке дня этих организаций и пошатнуть их статус низовых организаций. Прочно обосновавшиеся местные организации, с репутацией солидных учреждений, такие как Грузинская детская федерация, не теряют своей влияния благодаря своим крепким связям с уважаемыми в грузинском обществе институтами: школой и семьей.

Религиозные организации в Южном Кавказе также пользуются большим уважением и во многих случаях имеют немалое влияние. Мусульманские религиозные группы в Азербайджане участвуют во многих мероприятиях по поощрению добровольной сдачи крови и содействуют межгосударственным организациям, ищущим поддержки со стороны Азербайджанской религиозной общины в пользу программ, связанных с ВИЧ и СПИДом. В отличие от них, грузинская православная церковь прибегла к своему немалому влиянию, чтобы заблокировать попытки введения общенациональной учебной программы по вопросам здоровья в грузинских школах. В Армении же роль национальной церкви осложняется выходом на арену импортируемых, и в какой-то мере соперничающих с ней, религиозных организаций, таких как «Уорлд-Вижн», играющих весьма видную роль в международных усилиях по борьбе с ВИЧ и СПИДом. Сильное культурное влияние, которым обладают религиозные организации в регионе, диктует необходимость активных контактов религиозных лидеров с организациями, занимающимися просвещением, профилактикой и лечением в области ВИЧ и СПИДа. Несмотря на то, что найти общий язык будет нелегко, без приобщения местных религиозных лидеров к процессу разработки мер вмешательства, пагубных последствий, скорее всего, не избежать.

При оценке институционального контекста и источников местной власти в Южном Кавказе, вопросы доверия, традиций и локальных сетей играют исключительно важную роль. Коллективный характер общества в Армении, Азербайджане и Грузии придает узам социальной сети, общей истории и семейной системе исключительную ценность. Работая вместе с этими авторитетными и влиятельными институтами, можно обеспечить большую эффективность необходимых ответных мер вмешательства, направленных на решение проблем ВИЧ и СПИДа в Южном Кавказе.

## Рекомендации

На основании местных оценок социальных и культурных коррелятов передачи вируса и профилактики и лечения ВИЧ, разработанных исследовательскими группами в Армении, Азербайджане и Грузии, представляется необходимым усиление внимания к историческим особенностям региона, моделям передачи, общественной позиции, и структурам власти в Южном Кавказе. Данный проект позволил представить семь основных рекомендаций.

- Усиленное региональное сотрудничество и разработка основных руководящих принципов и процедур для увеличения охвата тестирования основных популяций, приведет к более результативному использованию ресурсов тестирования и улучшит точность официальных показателей уровня распространенности и расширит сравнимость официальной информации о ВИЧ и СПИДе во всем регионе.
- Усиленная поддержка надзорных исследований целевых популяций (ПИН, КСР, мигрирующих рабочих, МСМ), с применением сопоставимых подходов выборки и стратегии оценки, может изменить существующее на сегодняшний день понимание поведения, подвергающего людей повышенному риску ВИЧ, способствовать более глубокому осмыслению того, каким образом сети мероприятий могут увязать различные пути передачи болезни, и предоставить более глубокие эмпирические знания при оценке уровня преуменьшения, которым отличаются официальные показатели распространенности.
- Широко распространенное восприятие услуг здравоохранения как главного источника риска ВИЧ требует тщательного изучения и вмешательства, для того чтобы системы медицинских учреждений имели возможность результативно участвовать в мероприятиях, связанных с тестированием, профилактикой лечением ВИЧ и СПИДа.
- Усилия по просвещению в области ВИЧ и СПИДа, объединяющие вопросы сексуального и репродуктивного здоровья, также крайне важны в регионе, как для поощрения способности принятия информированных решений на индивидуальном уровне, так и как средство борьбы со стигматизацией и дискриминацией людей, живущих с ВИЧ.
- Местные социальные сети, включая область культурного авторитета и ответственности в пределах семьи, должны быть включены в процесс профилактики, идентификации и лечебного вмешательства с целью использования сильного влияния социальных уз на поведение и отношение.
- Вовлечение в работу пользующихся уважением местных институтов, таких как профсоюзы, религиозные организации и другие группы, также крайне необходимо для обеспечения программ по ВИЧ и СПИДу культурным капиталом, тем более что авторитет региональных правительств и медицинской системы часто ставится под сомнение со стороны населения.
- Согласованные усилия с целью вовлечения в диалог и дискуссию местных организаций, противостоящих мерам вмешательства в области ВИЧ и СПИДа, и совместные поиски компромиссов также крайне важны для разработки культурно-приемлемых мер вмешательства, и предоставляют собой бесценную возможность превратить противников в союзников.

## References

- Babayan, K. 2002. "Armenia: Reducing Sexually Transmitted Infections Among CSWs," *Entre Nous*. Vol. 53, p. 14.
- Babikian T, Feier M, Hopkins G, DiClemente R, McBride D. 2004. "An assessment of HIV/AIDS risk in higher education students in Yerevan, Armenia. *AIDS and Behavior*. Vol. 8(1), pp. 47-61.
- Barrett, T. and A. Whiteside. 2002. *AIDS in the Twenty-First Century: Disease and Globalization*. London. Palgrave Press.
- Buckley, C. 2005. HIV in the Caucasus: The Importance of Family Networks in Understanding Women's Risk Settings. *Women Migrants and HIV/AIDS in the World: An Anthropological Approach*. Studies and Reports, Special Series n°22, Division of Cultural Policies and Intercultural Dialogue, UNESCO, 2005 (forthcoming).
- Butsashvili, M., Tsertsvadze, T., McNutt, L.A., Kamkamidze, G., Gvetadze R., Badridze, N. 2001. "Prevalence of hepatitis B, hepatitis C, syphilis and HIV in Georgian blood donors." *European Journal of Epidemiology*. Vol. 17(7), pp. 693-5
- Central and Eastern European Harm Reduction Network (CEEHRN) 2002. *Injecting Drug Users, HIV/AIDS Treatment and Primary Care in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union*. Vilnius Lithuania.
- Claeys P, Ismailov R, Rathe S, Jabbarova A, Claeys G, Fonck K, Temmerman M. 2001. Sexually Transmitted Infections and Reproductive Health in Azerbaijan. *Sexually Transmitted Diseases*. Vol. 28 (7), pp.372-378.
- Drug Law and Health Policy Research Network (DLHPR). 2002. *Drug Policy in Armenia*.  
 \_\_\_\_\_ 2002. *Drug Policy in Azerbaijan*.  
 \_\_\_\_\_ 2002 *Drug Policy in Georgia*.  
<http://www.drugpolicy.org/library/> (accessed Dec 1, 2004)
- EuroHIV. 2003. *HIV/AIDS Surveillance in Europe Mid-year Report 2003*. Saint Maurice: Institut de veille sanitaire. No. 69.  
 \_\_\_\_\_ 2004. *HIV/AIDS Surveillance in Europe End-year Report 2003*. Saint Maurice: Institut de veille sanitaire. No. 70.  
 \_\_\_\_\_ 2002. *HIV/AIDS Surveillance in Europe: End of Year Report 2001*. Saint Maurice: Institute de veille sanitaire. No. 66
- Goodwin, R., Kozlova, A., Kwiatkowska, L., Luu, LA, Nizharadze, G. 2003. "Social representations of HIV / AIDS in Central and Eastern Europe. *Social Science and Medicine*. Vol. 56(7), pp.1373-1384.
- International Lesbian and Gay Association. 2004. <http://www.ilga.info/index.html> (accessed 30 November 2004)
- Kressler, A. 2001. "Guaranteeing a Safe Blood Supply: Refurbishing the National Blood Bank," *Azerbaijan International*. Vol. 9(2), pp. 1-5.
- Morris, L. Nutsubidze N, Imnadze P, Shaknazarova M. 2001. *Reproductive Health Survey, Georgia 1999-2001. Final Report*. Georgian National Center for Disease Control and Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta GA.
- Migration News. 2002. Russia/Eastern Europe. Vol. 9 (5). [http://migration.ucdavis.edu/mn/more.php?id=2627\\_0\\_4\\_0](http://migration.ucdavis.edu/mn/more.php?id=2627_0_4_0)
- National Statistical Services [Armenia], Ministry of Health [Armenia], and ORC Macro. 2001. *Armenia Demographic and Health Survey 2000*. ORC Macro. Calverton MD.
- Nutsubidze N. 1999. "HIV/AIDS prevention strategies in the Republic of Georgia," *Medicine and Law*. Vol. 18(2-3), pp. 359-62.
- Oxfam. 2004. "Taking Stock for the Future: the Southern Caucasus at a Crossroads. December 6. [http://www.oxfam.org.uk/what\\_we\\_do/issues/democracy\\_rights/bn\\_caucasus.htm](http://www.oxfam.org.uk/what_we_do/issues/democracy_rights/bn_caucasus.htm)
- Parsons, Robert. 2003. "Georgia: Reputation for Tolerance Slipping Amid Religious Intolerance," RFE/RL. July 29. <http://www.rferl.org/features/2003/07/29072003164914.asp>

Peuch, Jean- Christophe. 2004. "South Caucasus: Regional Growing as Hub for International Drug Trafficking," RFE/RL. March 9, 2004.  
<http://www.rferl.org/featuresarticle/2004/03/dcc66ef1-27f2-4b6f-83ae-bc1e427a9bba.html>

Raviglione, M.C., Rieder, H.L., Styblo, K., Khomenko, A.G., Esteves, K., Kochi, A. 1994. "Tuberculosis trends in eastern Europe and the former USSR. Tubercular and Lung Disease. ; Vol. 75(6), pp. 400-416.

Reeve, R., Nilim B., and Branislav J. 2001. *Trafficking in Women and Children from the Republic of Armenia: A study*. International Office for Migration. [http://www.iom.int/DOCUMENTS/PUBLICATION/EN/Armenia\\_traff\\_report.pdf](http://www.iom.int/DOCUMENTS/PUBLICATION/EN/Armenia_traff_report.pdf)

Serbanescu F, Morris L, Rahimova R, and Strupp P. Editors. 2002. *Reproductive Health Survey Azerbaijan 2001. Final Report*. Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta GA.

UNAIDS. 2004. *2004 Report on the global AIDS epidemic*. New York

UNICEF/UNAIDS. 2000. *Declaration: Caucasus Area Meeting on National Responses to HIV/AIDS*. Odessa Ukraine June 2000. <http://www.armaims.am/Download%20Texts/Declaration%20Eng.doc>

U.S. Census Department International Data Base. 2005. <http://www.census.gov/ipc/www/idbprint.html> (Accessed May 2005)

von Schoen-Angerer T. 2004. "Understanding health care in the south Caucasus: examples from Armenia." *British Medical Journal*, Vol. 329 (7465), pp. 562-566.

World Health Organization. 1998. *The Determinants of the HIV/AIDS Epidemics in Eastern Europe*. June 28- July 3 Veyriex du Lac France. <http://www.who.int/hiv/strategic/en/eurmap98.pdf>

\_\_\_\_\_. 2004. *HIV Treatment and Care: WHO Protocols for CIS Countries*. Version One (March). Geneva.

\_\_\_\_\_. 2005 *Centralized Information System for Infectious Disease*. (WHO/CISID) <http://data.euro.who.int/cisid/?TabID=39145>

Zeinalova, Mehriban. 2004. "Brief Report on the Survey of Victims of Human Trafficking." Clean World Social Union for Civil Rights with Assistance of the John Hopkins Institute. [http://www.stopvaw.org/sites/3f6d15f4-c12d-4515-8544-26b7a3a5a41e/uploads/John\\_Hopkins\\_\\_in\\_english\\_.DOC](http://www.stopvaw.org/sites/3f6d15f4-c12d-4515-8544-26b7a3a5a41e/uploads/John_Hopkins__in_english_.DOC)

Часть II. Национальные доклады  
Глава 2.

# АРМЕНИЯ



# ВИЧ и СПИД в Армении: социально-культурный подход

Аршак Папоян, Ануш Аракелян, Эльмира Бахшиян

## Введение

Социальная, экономическая и политическая ситуация в Республике Армения имела огромное влияние на динамику эпидемии ВИЧ-инфекции. Следовательно, эффективные меры в ответ на ВИЧ/СПИД, должны принимать во внимание, как данные факты, так и роль специфических типов поведения, которые способствовали распространению эпидемии.

Хотя, на сегодняшний день, количество людей живущих с ВИЧ (ЛЖВ) в Армении меньше (0.76 на 100,000) чем в других странах Евразии, например в Украине (20.77 на 100,000) и России (27.64 на 100.000), уровень заболеваемости продолжает возрастать с каждым годом. Согласно официальным (зарегистрированным) данным, распространенность ВИЧ-инфекции составляет 0.02% (однако неофициальные расчеты показывают распространенность, превышающую официальный показатель в десять раз), с наибольшей концентрацией среди основных социальных групп – около 15% среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), и менее 3% среди коммерческих секс работниц (КСР) (Григорян, Мкртчян, Давидянц, 2002). В контексте серьезных социально-экономических, политических и культурных изменений в стране, множество факторов непосредственно способствуют распространению ВИЧ: социальные отношения, дискриминация ЛЖВ, недостаточная информированность основного населения о путях передачи ВИЧ и о том, как ВИЧ-инфекция переходит в стадию СПИДа, а также общая ситуация, способствующая проявлению рискованного поведения, такого как употребление инъекционных наркотиков, незащищенный секс и секс-бизнес.

Вследствие распада Советского Союза, а, следовательно, советской инфраструктуры, сильно пострадали социальные системы образования и здравоохранения. Они и сейчас находятся в переходной стадии реконструкции. Одним из последствий этого явилось то, что многие группы населения Армении или не могут позволить себе воспользоваться качественной медицинской службой, или же не имеют к ней доступ. Недоверие к системе здравоохранения, вместе с острым бюджетным кризисом в сферах образования и общественного здравоохранения, создали условия для дальнейшего распространения ВИЧ.

## Существующая информация о распространенности ВИЧ в Армении и тенденциях развития

В Армении, диагностика и подтверждение ВИЧ-инфекции происходит в Национальном центре по профилактике СПИДа (НЦПС), в котором находится национальная референс лаборатория страны. Наличие ВИЧ-инфекции подтверждается в том случае, когда повторное тестирование дает положительный результат. Первичное тестирование проводится методом иммуноферментного анализа (ИФА), результат которого подтверждается методом «Вестерн блот». Образцы крови лиц, у которых серопозитивная реакция была зарегистрирована в лабораториях марзов<sup>1</sup> страны и/или в лабораториях Еревана, дважды исследуются в НЦПС. Окончательный диагноз ставится в НЦПС методом «Вестерн блот», и только те лица, у которых тестирование в НЦПС дает положительный результат, официально регистрируются, как случаи ВИЧ-инфекции. Диагностика СПИДа происходит в соответствии с рекомендациями от 1993 года Центра по контролю за заболеваниями США (ЦКЗ), которая основана как на иммунологическом статусе ВИЧ-инфицированного (количество CD4+ клеток <200/μl), так и, как минимум, на одном из СПИД индикаторных заболеваний (таких как саркома Капоши, лимфаденопатия и т.д.).

К концу 2004 года, во всех регионах Армении действовало 74 центра добровольного консультирования и тестирования (ДКТ), которые предоставляли услуги в анонимных и конфиденциальных условиях.

Первый официальный случай ВИЧ-инфекции был зарегистрирован в Армении в 1988 году, и инфицирование, предположительно, произошло гетеросексуальным путем. С 1988 года по 1 ноября 2004 года, в Армении было зарегистрировано 296 случаев ВИЧ-инфекции. Среди них, мужчины составляли 77.5% (217 случаев), женщины - 22.5% (63 случаев), и четыре случая были дети до 15 лет.

<sup>1</sup>Марз - регион страны

Согласно официальным данным основными путями передачи ВИЧ-инфекции являются потребление инъекционных наркотиков (52.5%) и незащищенный гетеросексуальный контакт (38.9%). Также зарегистрированы случаи передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, через медицинские процедуры (в основном при переливании крови) и при незащищенном сексуальном контакте между мужчинами, занимающимися сексом с мужчинами (МСМ). Большинство мужчин живущих с ВИЧ (67.7%), заразились ВИЧ-инфекцией при инъекционном потреблении наркотиков, тогда как среди женщин основным путем передачи являлся незащищенный гетеросексуальный контакт (93.6%).

Согласно исследованиям, проведенным НЦПС, большинство официально зарегистрированных ВИЧ-инфицированных женщин не заняты в официальном секторе экономики. Почти половина из них (48.7%) считает себя «домохозяйками» (48.7%), а более четверти (28.6%) считают себя безработными. Уровень безработицы также высок среди ВИЧ-инфицированных мужчин (43.3%). Среди 217 зарегистрированных ВИЧ-инфицированных мужчин, 29.9% считают себя мигрантами, а 14.2% находились в местах лишения свободы.

Первый ВИЧ-инфицированный ребенок (пяти лет) был зарегистрирован в январе 2001 года. ВИЧ статус некоторых детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, неизвестен либо потому, что родители не хотят, чтобы их дети прошли тестирование, либо потому что ребенку еще не исполнилось 18 месяцев – возраст, в котором тест на антитела к ВИЧ можно использовать для диагностики ВИЧ-инфекции. (Согласно закону «О профилактике заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека», тестирование детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, является обязательным, но на самом деле, родители, которые не хотят тестировать своих детей, просто не делают этого. На данном этапе в закон вносятся поправки.)

С течением времени пути передачи ВИЧ-инфекции изменялись. До января 1999 года, инфицирование в равной мере происходило при потреблении инъекционных наркотиков и гетеросексуальных контактах. Однако в период с 1-го января 1999 года по 1-го ноября 2004 года, было зарегистрировано вдвое больше случаев инфицирования при потреблении инъекционных наркотиков, чем при гетеросексуальных контактах. С начала эпидемии (1988 год) до 1-го января 1999 года, был зарегистрирован 41 случай инфицирования ВИЧ при гетеросексуальном контакте. С 1-го января 1999 года до 1-го ноября 2004 года это число возросло до 68-и. В большинстве случаев заражение происходило при гетеросексуальных контактах. С 1988 года до 1-го ноября 2004 года, было зарегистрировано 125 случаев передачи ВИЧ-инфекции при потреблении инъекционных наркотиков.



Copyright: National AIDS Center, Armenia

Все инфицированные, заразившиеся при потреблении инъекционных наркотиков, были мужчины, при этом часть из них временно проживала и, вероятно, была инфицирована в Российской Федерации (Москва, Санкт-Петербург, Иркутск, Ростов, Сургут) и в Украине (Одесса, Киев, Мариуполь) (НЦПС).

После регистрации первого случая ВИЧ-инфекции в 1988 году, было зарегистрировано пятьдесят случаев СПИДа и сорок два случая смертей, связанных со СПИДом. Количество случаев смертей связанных со СПИДом, зарегистрированных в течение последних четырех лет, превышает общее количество случаев смертей, зарегистрированных на протяжении предыдущих двенадцати лет.

Наблюдается связь между распространением ВИЧ в некоторых регионах и развитием таких тенденций, как временная эмиграция и сезонная работа. По регионам, зарегистрированные случаи сконцентрированы в

столице республики – г.Ереване, где проживает почти половина (48.9%) общего количества ЛЖВ. Второй регион по уровню распространения случаев ВИЧ-инфекции это марз Лори, где проживает 8% зарегистрированных ЛЖВ. В остальных регионах следующая картина: марз Арарат – 7.7%; марз Ширак – 7.4%; марз Гегаркуник – 7%; марз Армавир – 7%. Такое распределение обуславливается высоким уровнем миграции в марзах Гегаркуник, Ширак и Лори, а так же тем, что потребление инъекционных наркотиков более распространено в Ереване, и в марзах Армавир и Арарат.

Несмотря на вышеприведенные цифры, официальные данные по ВИЧ не отражают реальную картину распространения эпидемии ВИЧ в Армении. Согласно независимой оценке ситуации, количество ЛЖВ в Республике Армения составляет 2,800-3,000 человек ([www.armmaids.am](http://www.armmaids.am)). Согласно данным эпидемиологического надзора за ВИЧ второго поколения, проведенного в 2002 году, распространенность ВИЧ среди ПИН составляла примерно 15% (обследовались 201 ПИН, была проведена целевая выборка), тогда как среди КСР этот показатель составлял менее 3% процентов (обследовались 250 КСР, была проведена двухступенчатая кластерная выборка) (Григорян, Бусел, Папоян, 2002). Более низкий процент распространенности ВИЧ среди КСР подтверждает тот факт, что в Армении преобладающим путем передачи ВИЧ является потребление инъекционных наркотиков.

До сих пор антиретровирусное (АРВ) лечение является недоступным в Армении. Недавно Министерством здравоохранения РА были разработаны и ратифицированы “Национальный протокол по предоставлению лечения и помощи при ВИЧ-инфекции и СПИДе” и “Национальное руководство по антиретровирусной терапии”. Согласно Национальной программе по профилактике ВИЧ/СПИДа, предполагалось предоставление АРВ терапии двадцати больным СПИДом к концу 2004 года. Эта цель пока еще не достигнута и отложена на февраль 2005 года.

Согласно закону «О профилактике заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека», обязательному тестированию на ВИЧ должны подвергаться: 1) доноры крови, биологических жидкостей, тканей и органов; 2) медработники, соприкасающиеся по работе с кровью, биологическими жидкостями, тканями и органами; 3) лица, находящиеся в местах лишения свободы; 4) лица, страдающие инфекциями, передающимися половым путем (ИППП); 5) беременные женщины; 6) дети, родившиеся от ВИЧ-инфицированных матерей; 7) наркопотребители; 8) лица, выезжавшие за пределы Республики Армения на срок более трех месяцев. Во всех остальных случаях, тестирование на ВИЧ является добровольным и анонимным. В среднем, 16-20,000 людей ежегодно проходят тестирование на ВИЧ (обязательное или добровольное). Люди обычно добровольно не тестируются на ВИЧ, если у них нет серьезных проблем со здоровьем. Таким образом, часто диагноз ВИЧ-инфекция ставится одновременно с диагнозом СПИД.

## **Целевые социальные группы**

Осуществленный в 2000г. в рамках программы “Проект по поддержке национального стратегического планирования мероприятий по противодействию ВИЧ/СПИДу в РА” ситуационный анализ и проведенный НЦП СПИДа дозорный эпидемиологический надзор, позволили определить, что Армения находится во второй стадии эпидемии ВИЧ/СПИДа, стадии концентрации. Ситуационный анализ дал возможность выявить основные группы риска: потребители инъекционных наркотиков (ПИН), коммерческие секс работницы (КСР), заключенные, мигранты и молодежь. Правительство объявило приоритетными направлениями безопасности донорской крови<sup>2</sup> и формирование безопасного сексуального поведения (Григорян, Мкртчян, Давидянц, 2002), а также планируется провести ситуационный анализ, анализ осуществляемых мероприятий по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа, и разработать национальный план.

В 2000-2004 гг., осуществлялись различные профилактические программы, направленные на целевые группы населения. В эти группы включали мигрантов, лиц, находящихся в местах лишения свободы, ПИН, МСМ, КСР и молодежь.

### **Потребители инъекционных наркотиков (ПИН)**

Наблюдаемый рост инъекционного потребления наркотиков в Армении представляет собой значительный риск для дальнейшего распространения эпидемии ВИЧ. Согласно расчетам, проводимым методами номинации и коэффициентов, в стране 4,000-5,000 потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). Такой возрастающей тенденции, наряду с другими социально-экономическими факторами, способствует доступность нелегальных наркотических веществ.

<sup>2</sup>Только один случай ВИЧ являлся следствием переливания крови.



В 2001 году, ни в одном учреждении здравоохранения страны (включая наркологические центры<sup>3</sup>, центры по лечению ИППП, СПИДа, другие клиники и больницы) не проводилась просветительная работа с ПИН о риске совместного использования игл и шприцев.

Бывшая советская система контроля и мониторинга среди ПИН, не создавала взаимодоверительные отношения между потребителями инъекционных наркотиков и медперсоналом, осуществляющим профилактические мероприятия. Так, обязательное тестирование ПИН с одной стороны предоставляло возможность для регистрации новых случаев ВИЧ-инфекции. С другой стороны, существующая практика регистрации ВИЧ-инфицированных медицинскими заведениями и правовыми органами, а также принудительное лечение ПИН, способствовали изоляции данной группы. Это служило препятствием для осуществления профилактических мероприятий.

Отсутствие реабилитационных центров также снижает эффективность лечебных и реабилитационных программ для наркопотребителей (Григорян, Мкртчян, Давидянц, 2002; Григорян, Бусел, Папоян, 2001; Папоян, Григорян, Саргсян, 2004).

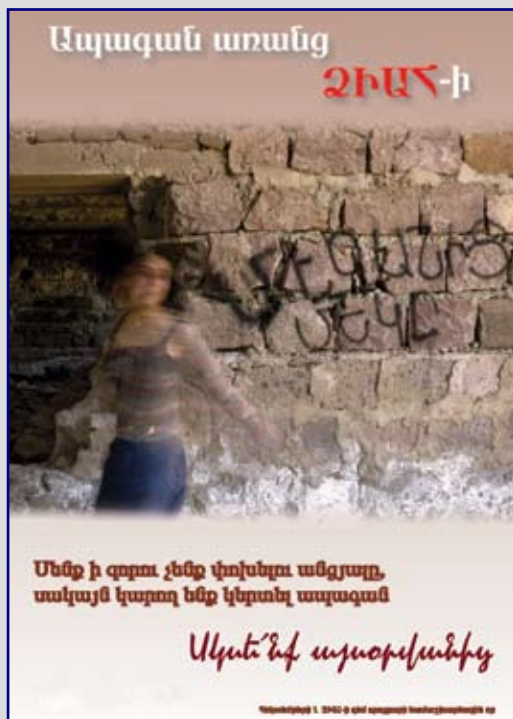
В Армении, употребление общих шприцев и игл среди ПИН одного круга считается обычной практикой. Она символизирует взаимное доверие и близость между членами группы. Определенная осторожность существует лишь в отношении к незнакомцам. Характерно также употребление наркотиков в домашних условиях, небольшими группами – в 3-5 человек. Согласно данным эпиднадзора за ВИЧ второго поколения, почти 66% опрошенных употребляют наркотики вместе с друзьями и знакомыми. Почти 69% респондентов отметили употребление одноразовых шприцев, около 44% респондентов отметили, что обмениваются шприцами и иглами, 47% перенесли гепатит В или С, а 60% перенесли ИППП (Григорян, Мкртчян, Давидянц, 2002; Григорян, Папоян 2004).

У ПИН наблюдаются схожие модели сексуального поведения. На первом этапе, который характеризуется эпизодическим потреблением наркотиков, ПИН обычно имеют многочисленные, незащищенные сексуальные контакты вне собственной группы наркопотребителей. На втором этапе, регулярное потребление наркотиков приводит к снижению потенции и либидо. Также как и в других местах, ПИН в Армении рискуют заразиться ВИЧ инфекцией при совместном употреблении использованных и нестерилизованных шприцев и игл. Кроме этого, при потреблении наркотиков возрастает вероятность проявления рискованного сексуального поведения (Григорян, Мкртчян, Давидянц, 2002).

### **Коммерческие секс-работницы**

В 2002 году эпиднадзор за ВИЧ второго поколения был проведен также среди коммерческих секс работниц (КСР). Из 250 КСР, в возрасте 15-49 лет, прошедших лабораторное тестирование на ВИЧ (выборка произведена ступенчатым кластерным методом), только трое оказались серопозитивными (тестирование КСР на ВИЧ проводилось методом добровольно-конфиденциального и добровольно-анонимного тестирования). Почти все опрошенные КСР (98%) знали, что использование мужского презерватива может предотвратить заражение ВИЧ-инфекцией, но только 48% постоянно пользовались презервативами. Три четверти опрошенных, не пользующихся презервативами, заразились ИППП в течение предыдущего года. Чуть больше половины опрошенных (55.5%) проживает в Ереване, а из остальных КСР, не проживающих в столице, 16% проживают в сельской местности.

Некоторые лица одновременно относятся к различным группам риска, и, следовательно, являются как бы потенциальным связывающим звеном между разными путями передачи инфекции. 17% опрошенных КСР



Copyright: National AIDS Center, Armenia

<sup>3</sup>Наркологический центр это региональное название организаций предоставляющих лечение и уход за потребителями наркотиков

имеют опыт потребления наркотиков, и почти все (97%) употребляют алкоголь, что прямо (через использование шприцев и игл) или косвенно увеличивает риск заражения ВИЧ-инфекцией. 7% опрошенных КСР – замужем, но только 63% из них регулярно пользуются презервативами. Такое поведение увеличивает риск заражения ВИЧ не только для данной группы, но и для их супругов (Григорян, Мкртчян, Давидянц, 2002; Манукян, Григорян, Акопян, 2004; Григорян, Манукян, Акопян, 2004).

### ***Мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами***

В 2002 году добровольное и анонимное лабораторное тестирование на ВИЧ было проведено среди 50 МСМ, ни один из которых не был серопозитивным. Следует отметить, что общество крайне неодобрительно относится к сексуальным отношениям между людьми одного и того же пола. Традиционное армянское общество отвергает любое проявление сексуальных отношений, кроме как отношения между мужчиной и женщиной.

Первое исследование в Армении, которое должно было предоставить информацию для анализа ситуации по ВИЧ среди МСМ, проводилось в пенитенциарной системе. В 2000 году, в рамках дозорного эпиднадзора, 182 лиц, находящихся в местах лишения свободы, которые считались вовлеченными в рискованное по отношению к ВИЧ поведение, согласно закону прошли обязательное тестирование (без пре- и пост-тестового консультирования). Показатель распространенности ВИЧ среди них равнялся 8.8%. Самый высокий показатель был зарегистрирован среди МСМ (10.1%) и ПИН (5.8%).

Согласно результатам исследования, охватывающего вопросы о сексуальном поведении, проведенном в 2002 г. среди студентов ереванских ВУЗов, около 5% отметили, что время от времени или постоянно имеют гомосексуальные контакты.

В 2002 году был проведен эпиднадзор за ВИЧ второго поколения среди 50-и МСМ, выборка была произведена по методу «снежного кома» (согласно Национальному протоколу обновленной системы эпиднадзора за ВИЧ, СПИДом и ИППП). 76% опрошенных отметили, что первую гомосексуальную связь имели в возрасте от семи до пятнадцати лет. Причем у 12% эта связь носила насильственный характер, а для 88% она явилась следствием свободного выбора, а в 38% случаев причиной первой гомосексуальной связи было любопытство. 92% респондентов имеют более одного сексуального партнера в год, а 26.5% в прошлом перенесли ИППП. Следует отметить, что только 18% опрошенных МСМ постоянно пользуются презервативами. Также следует отметить, что 24% оказывают платные сексуальные услуги мужчинами, а 46% из них имели более одного клиента за последний месяц. 18% опрошенных МСМ отметили, что когда-либо употребляли наркотики.

Большинство опрошенных МСМ (86%) начали жить периодической сексуальной жизнью в возрасте 10-20 лет, т.е. в наиболее уязвимом к ВИЧ возрасте (Григорян, Мкртчян, Давидянц, 2002; Манукян, Григорян, Акопян, 2004; Григорян, 2004б).

Согласно опросу, проведенному НПО «Обучение во имя сохранения здоровья», вследствие сильной стигматизации гомосексуальных связей со стороны общества, МСМ склонны создавать маленькие, сплоченные группы, где они свободно могут выражать свою сексуальную ориентацию. Однако, МСМ крайне редко проявляют свою сексуальную ориентацию вне пределов группы. Некоторые из них женаты (их жены могут знать или не знать об истинной сексуальной ориентации собственных мужей), некоторые не считают себя гомосексуалами, а многие не сообщают собственным семьям о своей сексуальной ориентации. Как следствие, сексуальные отношения ограничиваются внутри группы, что увеличивает риск заражения ВИЧ для всей группы, если один из её членов ВИЧ-инфицирован. В настоящее время распространенность ВИЧ среди МСМ значительно ниже, чем в других группах риска (ПИН, КСР и т.д.)

### ***Лица, находящиеся в местах лишения свободы***

438 (ступенчатая кластерная выборка) содержащиеся в пенитенциарной системе Армении прошли тестирование на ВИЧ в рамках эпиднадзора за ВИЧ второго поколения 2002 года, проведенного НЦПС при поддержке Программы развития ООН и ЮНЭЙДС. Из них 24 были серопозитивны. Хотя среди заключенных не производился поведенческий надзор, примечательно, что 7,5% ранее выезжавших за границу на заработки и 10% ранее потреблявших наркотики были серопозитивны. Также важно отметить, что большинство серопозитивных мигрантов временно проживало и, вероятно, заразилось в Российской Федерации и Украине.<sup>4</sup>

<sup>4</sup>Наибольшее число ЛЖВ наблюдается в Российской Федерации (860,000 случаев), где 1-2% общего населения составляют ПИН. В Украине зарегистрировано 68,000 ЛЖВ (Последняя информация об эпидемии СПИДа: Декабрь 2004. ЮНЭЙДС/ВОЗ)

Лица, находящиеся в местах лишения свободы, уязвимы по отношению к ВИЧ при активном проявлении рискованного поведения (наркопотребление, МСМ), и после выхода на свободу, вследствие возобновления старых связей они могут инфицировать своих супругов (Григорян, Мкртчян, Давидянц, 2002).

### **Молодежь**

Молодежь (лица 15-24 лет) является одной из групп, наиболее уязвимых по отношению к ВИЧ-инфекции, вследствие недостаточных знаний о ВИЧ/СПИДе, о путях передачи инфекции, методах профилактики, а также специфических формах рискованного поведения. Одной из приоритетных задач в области профилактики ВИЧ-инфекции, является повышение уровня информированности о ИППП, ВИЧ, СПИДе и безопасном сексуальном поведении. Большинство местных экспертов, опрошенных в связи с данным отчетом, считают, что молодежь надо информировать о ИППП, ВИЧ и СПИДе в средней школе, поскольку именно в этом возрасте молодые получают такого рода информацию от своих сверстников.

Согласно исследованиям, проведенным в разных странах мира, все большее число молодых людей вступает в сексуальные отношения до брака, по всей вероятности не имея достоверных знаний о рискованных по отношению к ВИЧ формах поведения. Кроме того, они не всегда используют эффективные меры для снижения риска, а также могут экспериментировать с наркотиками и алкоголем.

Согласно результатам эпиднадзора за ВИЧ второго поколения, проведенного в Армении в 2002 году (было опрошено 500 молодых людей в возрасте 15-29 лет, из которых 40% живут активной половой жизнью), только 32.5% постоянно пользовались презервативами, 15.5% употребляли наркотики, а 60% имели более одного сексуального партнера в год. Согласно тому же исследованию, две трети опрошенных, имеют более одного сексуального партнера в год, и только одна треть постоянно пользуются презервативами, а примерно 5% иногда или постоянно имеют гомосексуальные контакты. Согласно культурным нормам, молодые девушки, как правило, не должны вступать в добрачные половые связи. По этой причине, наличие постоянного сексуального партнера считается социально неприемлемым среди молодых людей, что увеличивает риск заражения ВИЧ (Григорян, Мкртчян, Давидянц, 2002).

В 2004 году, в школах Армении началась пилотная профилактическая программа обучения по методу «равный – равному». Программа осуществляется консорциумом, которым руководит НПО «СПИД - профилактика, образование и уход», в рамках национальной программы по профилактике ВИЧ/СПИДа, поддерживаемой Глобальным фондом по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией. В одной из школ Еревана было проведено исследование случая для определения эффективности пилотной программы обучения по методу «равный – равному». Вследствие получения положительных результатов, были высказаны рекомендации о включении большего количества школ в данный проект.

Исследование случая показало, что пилотная программа помогла ученикам и учителям легче дискутировать на темы связанные с ВИЧ/СПИДом. Также обнаружилось, что большинство молодых людей, участвовавших в программе, положительно относятся к обучению по методу «равный – равному» и осознают важность получения достаточных знаний о ВИЧ/СПИДе до окончания школы.

Участие общины имеет решающее значение для успеха обучения по методу «равный – равному». Члены местной общины – включая директоров школ, учителей, лекторов университетов и родителей, играют особенно важную роль в данном процессе. Их участие требуется для формирования положительного отношения к программе у остальных членов общины. Однако, исследование случая также выявило те факторы, которые мешают успешному проведению обучения по методу «равный – равному». Такими факторами являются недостаточное понимание координаторами программы некоторых вопросов (кто должен принимать участие в курсе – установление критериев отбора, как должен работать процесс в целом). В некоторых случаях, успешному осуществлению программы мешает недостаточная приверженность учительского коллектива.

Учебный курс «Навыки жизни» был внедрен в 282 средних школах страны, в I-VII классах, где обучаются дети от шести до тринадцати лет. В 2004 году число школ увеличилось еще на 70. Учебный курс направлен на социально-психологическое развитие личности и на развитие чувства ответственности. Это первая программа, которая кроме предметных знаний, уточняет значение культурных ценностей, пытается сформировать систему ценностей. Несомненно, общеобразовательные предметы в какой-то степени формируют систему ценностей,, но в этом учебном курсе формирование системы социальных ценностей является основной целью.

Для того чтобы уменьшить уязвимость по отношению к ВИЧ, особенно важно вовлечь молодежь Армении в образовательные программы о здоровом образе жизни. Как правило, вредные для здоровья привычки, такие как курение, употребление алкоголя, эпизодическое или постоянное потребление наркотиков, чаще встречаются среди молодежи, чем среди других социальных групп Армении. Результаты исследования проведенного в 1999 году Факультетом Социологии Ереванского Государственного Университета, указывают на то, что современная молодежь не считает личное здоровье очень ценным. Это может быть результатом постсоветского кризиса в системах образования и общественного здравоохранения. ('Здоровье' по оценкам армянских студентов высших курсов университета. Ереванский государственный университет. 1999).

Такое заключение подтверждается результатами исследования, которое проводилось в 2003 году в Армении со студентами ВУЗ-ов (в выборку входило 500 человек). Исследование показало, что 87.6% студентов употребляли алкоголь в последние 12 месяцев, 70.8% - в течение последних 30 дней. Что касается потребления наркотиков, 19.4% отметили, что когда-либо употребляли гашиш или марихуану, 3.6% - экстази, 2.8% - амфетамин, 3.2% - кокаин, 1.4% пробовали героин, а 1% - употреблял ЛСД. (Ежегодный отчет о наркотиках, ПРООН/Исследование распространенности употребления наркотиков 2004). К сожалению, отчет, содержащий эти данные, не включал информацию о различии в потреблении наркотиков между мужчинами и женщинами и информацию о стигматизации потребления наркотиков.

## **Миграция, бедность, ВИЧ и СПИД**

Согласно официальной статистике, в 1991 -1997 гг., около 700,000 человек эмигрировало из Армении. Из них 59.5% были мужчины и 40.5% женщины (www.armstat.am). Основной причиной миграции является тяжелое социально-экономическое положение страны, что косвенно увеличивает уязвимость населения по отношению к ВИЧ. Очень часто, бедность предполагает низкий уровень образования, и, следовательно, недостаточное знание о методах и способах защиты от ВИЧ. В Армении, ВИЧ/СПИД принято называть «болезнью бедных» из-за специфического поведения, недостаточного образования и недоступности лечения. Несмотря на довольно стабильные экономические показатели достигнутые страной за последние годы, правительство не смогло улучшить экономическое положение более широких слоев населения, из-за чего экономический рост очень мало способствовал сокращению уровня бедности.

Многие армянские семьи выбрали миграцию как средство, помогающее им справиться с существующими условиями. Исследования показывают, что в одной из каждых четырех семей есть мигрант. Как правило, это мужчина, который время от времени возвращается в семью. Проживая за границей и практикуя рискованное сексуальное поведения и употребляя наркотики, мигранты, а, следовательно, и их жены становятся более уязвимыми по отношению к ВИЧ. Большинство армян мигрируют в страны СНГ, особенно в Россию (75%) и Украину (12%) (Григорян, Саргсян, Арутюнян 2002). Из опрошенных мигрантов, 31% постоянно пользуются презервативами, 38.3% имеют более одного сексуального партнера в год, 11.5% употребляли наркотики (из них 2.6% -инъекционные наркотики), а 24.7% перенесли ИППП (Григорян, Мкртчян, Давидянц, 2002; Григорян 2004).

Уровень безработицы и бедности остаются высокими особенно среди женщин. Для женщин живущих в бедности, безработица является основным фактором, способствующим проявлению рискованного поведения, особенно вовлечение в секс-бизнес, а иногда и в трафикинг.

## **ВИЧ, СПИД и религия**

Религиозные лидеры, имеющие большой социальный капитал и сильное влияние, могут сыграть важную роль в профилактике ВИЧ в церковных кругах и в своей общине. В Армении осуществляются мероприятия по вовлечению церкви в профилактические программы по ВИЧ. Например, в 2003 году, армянский филиал Уорлд вижн интернэйшнл, при поддержке НЦПС, Армянской Апостольской и Армянской Евангелисткой Церквей, организовал семинар-тренинг для представителей церкви. Участники семинара внесли предложение об организации последующего семинара, включающего более детальное рассмотрение принципов воздержания, супружеской верности и моногамии, как основных стратегий в профилактике ВИЧ-инфекции. А также: принять меры для интеграции других церквей Армении в обучение по проблемам ВИЧ/СПИДа (очень важным является то, что армянская церковь выражает готовность к работе с остальными группами для осуществления такого рода программ); обучить активистов церкви с целью создания сети психосоциальной помощи (принятие исповеди от ВИЧ-инфицированных, наркопотребителей и КСР, предоставление соответствующей консультации

и оказание духовной поддержки); организовать семинар для обучения церковных служителей риторическим навыкам, чтобы они могли проповедовать безопасное сексуальное поведение; обучить представителей церкви с целью мобилизации общин для формирования ответа на ВИЧ/СПИД; разработать и издать пособие о роли церкви в профилактике ВИЧ/СПИДа.

## **Общественное восприятие ВИЧ/СПИДа**

### ***Знания о ВИЧ/СПИДе***

Как следует из данного отчета, одной из основных причин быстрого распространения ВИЧ в Армении является недостаточные знания общего населения о путях передачи ВИЧ и методах профилактики. Согласно существующим данным, почти все совершеннолетние слышали о ВИЧ/СПИДе, но только 62% женщин и 73% мужчин знают, что безопасное поведение может предотвратить заражение ВИЧ (Григорян, 2004б). Несмотря на то, что общество довольно хорошо информировано о методах профилактики, люди остаются уязвимыми к инфекции по той причине, что традиционные социокультурные модели сексуальных отношений и гендерные стереотипы способствуют ложному представлению о том, что ВИЧ/СПИД не угрожает «обыкновенным» людям.

Среди всех опрошенных, почти одна треть КСР, одна треть МСМ, все беременные женщины и 18.5% молодежи считают, что им лично не угрожает заражение ВИЧ, несмотря на то, что они практикуют рискованное поведение (Григорян, Мкртчян, Давидянц, 2002).

Трудно игнорировать роль, которую выполняют СМИ в формировании общественного мнения и уровня знаний о ВИЧ/СПИДе. Обзор тем, освещенных в СМИ показывает, что такие вопросы, как ВИЧ/СПИД, пути передачи ВИЧ, методы профилактики и клинические симптомы ВИЧ-инфекции, не рассматриваются должным образом; передаваемая информация является неточной и пристрастной. Хотя, исследование 2000 года по вопросам демографии и здравоохранения (ИДЗ) установило, что информация о ВИЧ/СПИДе сделанная по радио, телевидению и в газетах, была воспринята, и почти все слышали о ВИЧ/СПИДе, даже если и не понимают всей сложности проблемы.

### ***ВИЧ и дискриминация***

Несмотря на международные конвенции, направленные против дискриминации и социального неприятия людей, живущих с ВИЧ, а также и тот факт, что Армения подписала различные международные юридические соглашения, запрещающие дискриминацию людей, живущих с ВИЧ, и обеспечивающие их право на охрану собственного здоровья (Конституция Республики Армения), в Армении все еще продолжается стигматизация ЛЖВ. Это наблюдается почти во всех слоях общества.

Существующая культурная стигма ЛЖВ, характеризует их как «безнравственных людей с точки зрения общественных норм и стандартов». Эти маргинализованные лица, так называемые «жертвы», носят бремя вины за то, что являются носителями ВИЧ-инфекции, поскольку ВИЧ/СПИД тесно ассоциируются с такими маргинальными группами, как ПИН, МСМ и КСР. Согласно ИДЗ, проведенному в Армении в 2000 году, лишь 10% женщин и 13% мужчин считают, что ВИЧ-инфицированный учитель должен иметь право продолжать работать учителем. Такая точка зрения является следствием как стигматизации, так и незнания путей передачи ВИЧ. В ответ на вопрос 'Если один из членов вашей семьи заразится вирусом, вызывающим СПИД, захотели бы вы держать этот факт в тайне?', 16% женщин и 26% мужчин ответили, что они скрыли бы этот факт. Согласно тому же источнику, большинство людей никогда не проходило тестирование на ВИЧ, а более 73% не желает пройти тестирование. Нежелание пройти тестирование на ВИЧ, помимо других причин, может быть вызвано страхом стигматизации, а также распространенным мнением, что «инфекция мне не угрожает».

Помимо культурной стигмы, ЛЖВ в Армении также стигматизированы различными институтами - правительством, системой здравоохранения, церковью, частным бизнесом и т.д. Такого рода стигматизация существует несмотря на существование закона «О профилактике заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека», который был принят Национальным Собранием Республики Армения в 1997 году. Этот закон гарантирует защиту основных прав ЛЖВ и касается таких проблем, как дискриминация, занятость, доступность услуг здравоохранения, конфиденциальность и консультирование специалистами Национального центра по профилактике СПИДа.

Хотя предвзятое институциональное отношение не носит открытый характер, косвенная стигматизация все же имеет место (например, правительству не удается обеспечить лечение АРВ препаратами). Помимо этого, ЛЖВ подвержены «внутренней» самоизоляции и отделению от общества из страха дискриминации. Согласно исследованиям, проведенным Национальным центром по профилактике СПИДа, почти половина ЛЖВ оказываются в изоляции после того, как узнают о своем статусе. После обнаружения ВИЧ-инфекции, 42% испытывают внутриличностные проблемы, а 24% - трудности в отношениях с людьми (Григорян, 2002).

## **ВИЧ/СПИД и гендерная культура в обществе**

В Армении, влияние статуса женщин на проблемы связанные с ВИЧ/СПИДом имеет тесную связь с областью здравоохранения, правами женщин, и, особенно, с гендерными стереотипами. Женщины составляют 22.5% ЛЖВ, и чаще всего заражаются при гетеросексуальном контакте. Для женщин сексуальный контакт представляет больший риск, чем потребление инъекционных наркотиков, что отчасти связано с общественными запретами на употребление женщинами наркотических веществ.

Гендерное неравенство делает женщин зависимыми партнерами в супружеских и сексуальных отношениях, тогда как мужчины обладают намного большей властью. ИДЗ, проведенное в Армении в 2000 году, показало, что лишь 7% супружеских пар использовали презервативы во время последнего сексуального контакта (презервативы в первую очередь использовались как контрацептивное средство). Согласно тому же источнику, в случае если муж заражен ИППП или имеет еще одного сексуального партнера, что увеличивает риск заражения жены ВИЧ инфекцией, более 21% женщин и 27% мужчин не считают это достаточной причиной для того, чтобы женщина отказала мужу в сексуальном контакте (ИДЗ Армения 2000).

Далее, согласно данным Национального центра по профилактике СПИДа, КСР не пользуются презервативами. 68% КСР заявили, что их клиенты не считают обязательным пользоваться презервативами, а 31.5% были вполне уверены, что их клиенты не заражены ВИЧ-инфекцией (Григорян, Мкртчян, Давидянц, 2002).

Эта тенденция отражает существующую модель сексуальных отношений между супружескими парами, когда супруги, которые «доверяют друг другу» не пользуются презервативами. По наблюдениям местных экспертов, с точки зрения гендерных отношений и видов сексуального поведения, доминирующая модель в Армении носит патриархальный и консервативный характер.

Согласно одному из исследований, 67% мужчин и 14% женщин помимо постоянного партнера имели, как минимум, еще одного сексуального партнера в течении года.

Несмотря на то, что в Армении все еще существуют традиционные роли и практика, статус женщин улучшается. Таким образом, несмотря на то, что гендерные стереотипы все еще остаются в традиционных рамках, гендерные роли становятся более гибкими, насколько это позволяют существующие обычаи.

## **Институциональный анализ**

Национальный центр по профилактике СПИДа (НЦПС) осуществляет и координирует мероприятия по профилактике ВИЧ и регулярно осуществляет мероприятия среди уязвимых групп населения, что включает в себя формирование безопасного поведения, проведение информационно-образовательных мероприятий среди молодежи и поддержку ЛЖВ. Некоторые, самые значительные меры, предполагают создание кризисных и ресурсных центров, предоставление услуг по горячей телефонной линии, по горячей радио линии, программы по профилактике ВИЧ среди КСР, работающих на улицах Еревана, и идентичные программы для ПИН в городе Капан.

По оценкам местных экспертов, профилактика ВИЧ является одной из приоритетных задач системы здравоохранения Армении. По всей стране правительственными, неправительственными и международными организациями осуществляются различные профилактические программы. Более того, для осуществления эффективного ответа на эпидемию ВИЧ/СПИДа был создан Страновой Координационный Комитет по профилактике ВИЧ/СПИДа.

Местные эксперты рекомендуют, чтобы медицинские службы стали доступными для ЛЖВ по всей Армении (включая широкую доступность АРВ препаратов). Опыт прошедших лет показывает, что ЛЖВ очень часто сталкиваются с дискриминацией со стороны работников здравоохранения, когда при обращении к ним обнаруживается их статус. Это в основном связано с недостатком знаний и определенными предрассудками среди медработников. Следовательно, очень важно незамедлительно начать обучение медперсонала вопросам ухода и лечения ЛЖВ. Уже было организовано несколько семинар-тренингов по вопросам профилактики ВИЧ, антиретровирусного лечения, добровольного консультирования и тестирования (ДКТ), стигмы и дискриминации. Как показывает международный опыт, в странах, где антиретровирусное лечение проводится в комбинации с образовательной работой о АРВ лечении, значительно снижаются не только темпы распространения эпидемии, но и уровень социальной дискриминации.

### **Национальный ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа**

Республика Армения присоединилась к ряду международных договоров, приняв на себя определенные обязательства по охране прав человека

В 1997 году, Национальное Собрание Республики Армения приняла закон «О профилактике заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека», который закрепляет порядок профилактики, диагностики и осуществления надзора за ВИЧ/СПИДом, а также распределение ресурсов, направленных на ограничение распространения эпидемии ВИЧ. В 2002 году была создана Межкомиссионная-межфракционная Парламентарная группа по вопросам ВИЧ/СПИДа. В эту группу входят представители различных правительственных фракций и комитетов парламента. Она была сформирована для создания соответствующего законодательства с целью осуществления Национальной программы по профилактике ВИЧ/СПИДа (программа была одобрена правительством 1-го апреля 2002 года, и впоследствии ратифицирована президентом). Парламентарная группа работает над следующими вопросами: усовершенствование законодательного поля ВИЧ/СПИДа; контроль со стороны законодательной власти над осуществлением Национальной программы по профилактике ВИЧ/СПИДа; способствование выделения необходимых бюджетных средств для такой важной составляющей охраны общественного здоровья РА, как профилактика ВИЧ/СПИДа; повышение информированности об эпидемии ВИЧ/СПИДа среди других представителей законодательной власти.

Процесс национального стратегического планирования мероприятий по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа начался в 2000 году, когда были проведены следующие исследования: ситуационный анализ по ВИЧ/СПИДу; быстрая оценка распространенности потребления инъекционных наркотиков и ВИЧ-инфекции; дозорный эпиднадзор за ВИЧ-инфекцией среди основных групп (ПИН, КСР, лица, находящиеся в местах лишения свободы, практикующие рискованное поведение, каковым является потребление инъекционных наркотиков, а также больные ИППП); анализ мер по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа. Основываясь на ситуационном анализе и анализе мер по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа, был разработан Национальный стратегический план по профилактике ВИЧ/СПИДа в Республике Армения, который был утвержден Коллегией министерства здравоохранения Республики Армения 6-го декабря 2000 года (Протокол N 12/4) и министром здравоохранения (приказ N14, 12 января 2001). На основе Национального стратегического плана, совместно с другими заинтересованными правительственными организациями, была разработана Национальная программа по профилактике ВИЧ/СПИДа.

Задачами Национальной программы по профилактике ВИЧ/СПИДа являются: развитие и осуществление национальной политики в сфере профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа; профилактика ВИЧ/СПИДа среди ПИН; формирование безопасного сексуального поведения; профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери новорожденному; обеспечение безопасности донорской крови и продуктов крови; профилактика ВИЧ/СПИДа и ИППП среди подростков и молодежи; забота о людях, живущих с ВИЧ/СПИДом (Григорян, Мкртчян, Давидянц 2002; Республика Армения, Национальная программа по профилактике ВИЧ/СПИДа, 2002).

Были разработаны региональные программы по профилактике ВИЧ-инфекции, принимающие во внимание специфику каждого региона. Например, в некоторых регионах приоритетной задачей является распространение потребления инъекционных наркотиков, а в других – потребности мигрантов.

В 2002 году был создан Страновой Координационный Комитет (СКК) по профилактике ВИЧ/СПИДа. В СКК входят представители Межведомственного совета по профилактике ВИЧ/СПИДа, НПО, Тематическая Группа ООН по

ВИЧ/СПИДу, ЛЖВ и представители частного сектора. СКК координирует все мероприятия, направленные на противодействие эпидемии ВИЧ/СПИДа в Армении.

Международные и правительственные организации и несколько неправительственных организаций (тематическая группа ООН, Агентство международного развития США, Институт Открытого Общества - Армения, Врачи без границ (Бельгия), Уорлд вижн Армения, Красный Крест Армения) являются активными членами СКК. Различные профилактические программы осуществляются среди различных групп населения при поддержке международных организаций.

Местные НПО («Армянский национальный фонд СПИДа», «Объединение по профилактике СПИДа», «Реальный мир, реальные люди», «СПИД - профилактика, образование и уход») – являются членами СКК. Они активно вовлечены в профилактику ВИЧ/СПИДа и играют ведущую роль в осуществлении мероприятий в рамках Стратегического Плана. Как видно из интервью с руководителями вышеназванных НПО, они работают с различными социальными группами, включая основные группы риска и ЛЖВ. Деятельность этих организаций может иметь огромное значение в борьбе со стигмой и дискриминацией ЛЖВ.

## **Выводы**

Осуществлению программ по профилактике ВИЧ/СПИДа мешают следующие социальные и социально-культурные факторы:

- Тяжелая экономическая ситуация в Армении и неадекватный правительственный бюджет усилили миграцию и препятствовали выделению большего количества ресурсов на профилактику ВИЧ. Миграция из Армении чаще происходит в страны СНГ, такие как Российская Федерация и Украина, которые в социальном и культурном плане имеют некоторое сходство с Арменией.
- Недостаточное осознание важности проблемы ВИЧ/СПИДа.
- Негативное и нетерпимое отношение к основным уязвимым к ВИЧ группам (ПИН, КСР, МСМ), низкая степень распространенности ВИЧ в обществе в целом, культурная стигма и распространенное мнение о том, что ВИЧ/СПИД имеет отношение только к вышеназванным маргинальным группам.
- Недостаточная информированность общества о ВИЧ/СПИДе; недостаточное освещение средствами массовой информации мероприятий, направленных на пропаганду здорового образа жизни и безопасного сексуального поведения (особенно среди молодежи). СМИ нерегулярно освещают вопросы, связанные с ВИЧ, и редко предоставляют точную и объективную информацию.
- Недостаток знания о способах профилактики и путях передачи ВИЧ, служит причиной для практикования рискованного поведения, углубления стигмы и дискриминации. Недостаток знания среди старшего поколения в армянских семьях можно, в основном, приписать распространенному мнению, что вопросы, относящиеся к ВИЧ/СПИДу и сексуальной жизни вызывают смущение и не должны становиться предметом открытых дискуссий. Это ведет к тому, что в школах не существует образовательных программ по ВИЧ/СПИДу.
- Недостаточно активное участие молодежи в общественной жизни (деятельность в клубах, организация свободного времени) мешает развертыванию информационных профилактических кампаний.
- Статус женщин: гендерное неравенство, и, в особенности, доминирующая роль мужчин в семье и обществе, являются препятствием для женщин в осуществлении более безопасного сексуального поведения; это также мешает им обсуждать более безопасные виды поведения со своим партнером.
- Ограниченное понимание репродуктивного и сексуального здоровья обуславливают нежелание открыто обсуждать вопросы секса; сексуальное поведение не рассматривается как проблема здоровья, из-за чего отсутствует культура использования презервативов.
- Недостаточно активное участие ЛЖВ в профилактических мероприятиях.



Социальные и социально-культурные факторы, способствующие профилактике ВИЧ:

- Профилактика ВИЧ-инфекции является приоритетной задачей для государства, вследствие чего была разработана Национальная программа по профилактике ВИЧ/СПИДа и был принят закон «О профилактике заболевания, вызванного ВИЧ».
- Наличие необходимых человеческих ресурсов для проведения работы в сфере ВИЧ/СПИДа
- Наличие Национального центра по профилактике СПИДа – специализированного государственного учреждения, функционирующего в области ВИЧ/СПИДа и имеющего огромный научно-практический потенциал.
- Наличие общественных организаций, имеющих опыт работы в сфере профилактики ВИЧ/СПИДа.
- Моноэтничный состав населения Армении, что устраняет этнические и лингвистические проблемы, препятствующие осуществлению профилактических мероприятий.
- Сравнительно высокий уровень образования армянского населения.

### ***Предложения по повышению эффективности профилактических мероприятий, проводимых в Армении***

Обучение вопросам, связанным с ВИЧ/СПИДом и проведение информационно-образовательных мероприятий, является крайне важным в сфере профилактики ВИЧ в Армении. Исследование, на результатах которого основывается данный отчет, показало, что информация о ВИЧ/СПИДе должна предоставляться не только группам риска (КСР, ПИН, МСМ, молодежь, мигранты и т.д.), но и всему населению Армении.

Например, очень важно вовлечь в школьные программы учеников и их родителей. Это уменьшит напряжение, которое вызывает обсуждение в семейном кругу вопросов, связанных с ВИЧ/СПИДом. Отношение родителей имеет огромное влияние и играет большую роль в эффективности профилактических мероприятий, проводимых среди школьников.

Помимо предоставления информации о профилактике ВИЧ, обучения практическим навыкам и обеспечения наличия профилактических методов, следует активно поощрять людей в осуществлении соответствующей практики. Исследования показывают, что для обеспечения эффективности пропаганды безопасного поведения в системе образования, ее надо начинать с ранних лет.

Принимая во внимание количество случаев передачи ВИЧ при потреблении инъекционных наркотиков, надо уделить особое внимание информационным и образовательным мероприятиям среди ПИН. При этом надо принять во внимание существование «сетей доверия», гендерных ролей, и т.д., для уменьшения практики совместного использования шприцев и пропаганды безопасного сексуального поведения.

Более того, принимая во внимание социальное влияние армянской церкви, религиозные лидеры могут сыграть важную роль в изменении общественного восприятия и ответа на ВИЧ/СПИД. Это возможно посредством осуществления профилактических программ, пропагандирующих воздержание, супружескую верность и моногамию, предоставляющих помощь ЛЖВ, а также посредством обучения по методу «равный – равному» среди священников и других служителей церкви.

Одним из самых доступных средств предоставления информации различным слоям населения являются СМИ. Однако, предоставляемая информация должна быть осторожно и подробно разработана и правильно подана, чтобы не провоцировать панику в обществе, а подчеркивать актуальность и важность проблемы ВИЧ/СПИДа в Армении.

Также важно провести тренинги для представителей СМИ, с целью повышения их информированности и заинтересованности в освещении проблемы ВИЧ/СПИДа. Например, для того чтобы облегчить массовое просвещение и распространение информации, должны существовать регулярные радио и телепередачи, освещающие данные вопросы. Такие передачи должны включать телефонный контакт со зрителем и проведение дискуссий.

Для достижения эффективности, любая профилактическая или образовательная программа должна принимать во внимание не только местные социально-культурные нормы и традиции, но и специфику возрастных групп, гендерные аспекты, реальные факты, права человека и на всех этапах вовлекать в работу людей, живущих с ВИЧ. Более активное вовлечение ЛЖВ во все этапы разработки и осуществления профилактических программ, является не только решающим моментом в борьбе со стигмой и дискриминацией, но также усиливает эффективность таких программ.<sup>5</sup>

При существующем отношении к ЛЖВ, важнейшими путями борьбы со стигмой и дискриминацией являются повышение «чувствительности» общества к данным вопросам, обучение профессионалов и социальная интеграция ЛЖВ, «эмпауермент». Количество ВИЧ-инфицированных является сравнительно низким, вследствие чего их легко исключить из общественных процессов.

Более чем ясно, что рискованное поведение является в Армении основным фактором, стимулирующим распространение ВИЧ. Социально-культурный климат страны усложняет проведение профилактических мероприятий. Для Армении характерны высокий процент миграции; непостоянное использование презервативов людьми, живущими активной сексуальной жизнью; недостаточная информированность в вопросах сексуального поведения и ВИЧ/СПИДа среди совершеннолетнего населения; нежелание открыто обсуждать данные вопросы в кругу семьи; гендерные нормы и гендерное неравенство, зависимый статус женщин в семье и в обществе в целом; маргинализация ЛЖВ.

Тем не менее, относительно высокий уровень образованности армянского населения означает, что имеется потенциальная аудитория, восприимчивая к информации о ВИЧ/СПИДе.

---

<sup>5</sup>Многие организации работающие над проблемой ВИЧ, требуют более активного вовлечения людей живущих с ВИЧ во все этапы разработки и осуществления стратегий, проектов и программ по ВИЧ/СПИДу. Недавно этот вопрос был затронут в обращении Генерального Секретаря Кофи Аннана к международному сообществу, в речи произнесенной при открытии XV Мировой конференции по проблемам СПИДа в Бангкоке, в июле 2004 года. <http://www.un.org/News/Press/docs/2004/sgsm9418.doc.htm>.

## Литература

Аракелян А. «Здоровье по оценкам армянских студенток высших курсов». Ереванский государственный университет, Дипломная работа – Ереван, Армения 1999

Исследование вопросов демографии и здравоохранения в Армении 2000. Калвертон, Мериленд. Национальная статистическая служба, Министерство здравоохранения и ОРС Макро, 2001. - 369 стр.

Григорян С. Р. Права человека и ВИЧ/СПИД в Республике Армения. XV международная конференция по снижению вреда, связанного с потреблением наркотиков. Мельбурн. Австралия. 2004а. – стр. 94.

Григорян С. Р. Эпиднадзор второго поколения среди мужчин, занимающихся сексом с мужчинами (МСМ) в Республике Армения. XV международная конференция по снижению вреда, связанного с потреблением наркотиков. Мельбурн. Австралия. 2004б. – стр. 103.

Григорян С. Р. и др. ВИЧ-инфекция. Руководство для врачей. - Ереван: Национальный центр по профилактике СПИДа, 2002. – стр. 232.

Григорян С. Р., Бусел А.П., Папоян А.С. Быстрая оценка ситуации распространения потребления инъекционных наркотиков и ВИЧ-инфекции в Ереване, Армения. Международный журнал политики проводимой в отношении наркотиков 12 (2002). - стр. 433-436.

Григорян С. Р., Манукян А. В., Акопян А. З. Оценка риска, связанного с ВИЧ среди ЖСР в городе Ереване // Материалы III национального научно-медицинского конгресса “Здоровье человека”. - Национальный институт здравоохранения им. С.Х. Авдалбекяна. Министерство здравоохранения Республики Армения. – Ереван, Армения, 2004. - стр. 23-24.

Григорян С. Р., Мкртчян А., Давидянц В. Эпиднадзор за ВИЧ в Республике Армения, 2000-2002. – Ереван, Армения 2002. - 208 стр.

Григорян С. Р., Папоян А.С. Поведенческие модели, способствующие распространению эпидемии среди ПИН // XV международная конференция по снижению вреда связанного с потреблением наркотиков. Мельбурн. Австралия. 2004. – стр. 54-55.

Григорян С. Р., Саргсян Н. А., Арутюнян Г. К. ВИЧ/СПИД и права человека. Воздействие миграции, бедности и других социально-экономических факторов на эпидемию ВИЧ/СПИДа. – Ереван, 2002 - 112 стр.

Манукян А.В., Григорян С. Р., Акопян А. З. Профилактические мероприятия среди ЖСР города Еревана // XV международная конференция по СПИДу, Бангкок, Тайланд, 2004. - стр.167-170 (CD-ROM).

Национальный центр по профилактике ВИЧ/СПИДа; <http://www.armajds.am> (Май 2005)

Национальная статистическая служба Республики Армения; <http://www.armstat.am> (Май 2005)

Оганян Р. О., Григорян С. Р., Акопян А. З. Оценка риска, связанного с ВИЧ, среди МСМ города Еревана// Материалы III национального научно-медицинского конгресса “Здоровье человека”. - Национальный институт здравоохранения им. С.Х. Авдалбекяна. Министерство здравоохранения Республики Армения. - Ереван, Армения, 2004. - стр. 42-43.

Папоян А.С., Григорян С. Р., Саргсян Р. Р. Снижение вреда среди ПИН в Армении // XV международная конференция по СПИДу, Бангкок, Тайланд, 2004. - стр. 119-123 (CD-ROM).

Республика Армения, Национальная программа по профилактике ВИЧ/СПИДа- Ереван - 2002.

ЮНЭЙДС/ВОЗ, Глобальный доклад по ВИЧ/СПИДу. Декабрь 2004.

ПРООН/DMS Ежегодный отчет по наркотикам. Республика Армения. - Ереван 2004 - стр. 49.

Глава 3.

# АЗЕРБАЙДЖАН

Copyright, Cynthia Buckley



# ВИЧ и СПИД в Азербайджане : социально-культурный подход

Тельман Магеррамов, Лейла Исмаилова, Таур Фарадов

## Введение

Степень распространенности ВИЧ в Азербайджане в настоящее время довольно низка (Мировой справочник фактов, 2004), однако стремительность процесса распространения эпидемии вызывает тревогу. Число людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), в Азербайджане за последние десять лет существенно возросло (Азербайджанский Национальный Центр по борьбе со СПИДом, 2004). Первый случай ВИЧ инфекции в Азербайджане был официально зарегистрирован в 1987 году у иностранного гражданина, а в 1992 году - у гражданина Азербайджана. По данным на 1-ое января 2005 года, число официально зарегистрированных случаев ВИЧ составляло 718. 109 человек из данной группы был поставлен диагноз СПИД, а 66 человек скончались. Более того, по оценкам местных и международных экспертов, реальное число ЛЖВ приблизительно в десять раз превышает число официально зарегистрированных случаев (Касумов, Алиев, Иманов, Садигова, Магеррамов, Махмудова, 2003).

В Азербайджане на сегодняшний день наблюдается т.н. «концентрированная»<sup>6</sup> эпидемия ВИЧ, когда уровень распространенности среди населения в целом низок (<0.008% из 8,266,000 человек); среди основных же групп, в наибольшей степени подверженных ВИЧ, уровень распространенности весьма высок: 16.5% среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) и 8.5% среди коммерческих секс работников (КСР) (Касумов и др., 2003; ЮНЭЙДС/ВОЗ, 2004).

Заражение ВИЧ инфекцией преимущественно происходит при потреблении инъекционных наркотиков (47.14% от общего количества ЛЖВ) и вследствие незащищенного гетеросексуального полового контакта (26%). Заражение ВИЧ инфекцией вследствие незащищенного полового контакта между мужчинами, занимающимися сексом с мужчинами (МСМ), насчитывает 1% случаев, передача от матери к ребенку (ПМР) - 1.3%, переливание донорской крови - 0.1%. Следует отметить, что в 26% случаев источник заражения неизвестен.<sup>7</sup> (Пресс-релиз Азербайджанского Национального Центра по борьбе со СПИДом, 2004).

Стремительный рост распространенности новых случаев ВИЧ-инфекции (а также ИПП) в Азербайджане непосредственно связан с ростом числа потребителей инъекционных наркотиков. Хотя эпидемия среди ПИН особенно сконцентрирована вдоль путей наркотранзита, следует также принять во внимание рост числа КСР и мигрирующего населения, что способствует беспрепятственному распространению эпидемии среди других слоев населения.

Социально-экономические изменения, связанные с переходным периодом, значительно повлияли на проблему занятости, социальное благосостояние людей и систему социальных гарантий. Все вышеназванные факторы способствовали росту потребления наркотиков, коммерческой секс работы и трудовой миграции. Таким образом, последние статистические данные, поведенческие и социальные тенденции указывают на очень высокую вероятность дальнейшего распространения эпидемии ВИЧ и ее возрастание может оказаться очень резким (ЮНЭЙДС, ВОЗ, 2004).

## Социально-демографический профиль ЛЖВ

Согласно имеющимся данным, 43.4% ВИЧ-инфицированных лиц были заражены за пределами страны, преимущественно в России и Украине, а 4.9% являются иностранными гражданами. В настоящее время молодежь является наиболее подверженным инфекции слоем населения (33.2% ЛЖВ в возрасте 20-29 лет, а 43.1% составляют лица от 30 до 39 лет) (Азербайджанский Национальный Центр по борьбе со СПИДом, 2004). 76.4% всех официально зарегистрированных случаев ВИЧ - среди мужчин. Однако эти цифры не вполне отражают реальную ситуацию, так как женщины зачастую не тестируются на ВИЧ и ИПП. Из 138 ВИЧ-инфицированных женщин 90 (65.2%) были заражены вследствие гетеросексуального полового контакта.

<sup>6</sup>Концентрированной этапы, иначе говоря, «второй этап» эпидемии, относится кнаивысшей степени распространенности эпидемии, сконцентрированной в основных социальных группах с повышенным риском подверженности ВИЧ.

<sup>7</sup>Большинство случаев ВИЧ, когда пути заражения не удалось выявить, были обнаружены среди людей, прошедших анонимное тестирование, и впоследствии не обратившихся за консультацией, либо уклонившихся от предоставления дополнительной информации.

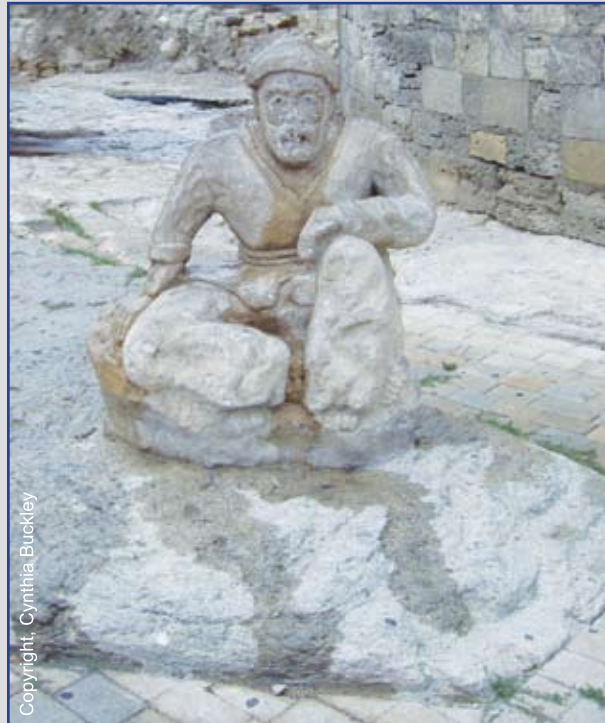
Случаи ВИЧ были обнаружены во всех административных районах Азербайджана; 44.4% от общего числа инфицированных проживают в столице г. Баку с населением около 2.5 миллионов человек.

## Эпидемиологический надзор над ВИЧ

В Азербайджане эпиднадзор над ВИЧ ведется с 1987 года. Со временем стратегия тестирования изменилась и начиная с 1997 года для всех, кроме доноров крови, было введено добровольное тестирование.<sup>8</sup> Не удивительно, что отмена обязательного тестирования повлекла за собой существенное снижение числа ежегодно проводимых тестов на ВИЧ. Первый дозорный эпидемиологический и поведенческий надзор за ВИЧ-инфекцией был проведен в 2003 году.

В течение 1987-1997 годов из трех миллионов проведенных тестов лишь 23 выявили положительную реакцию на ВИЧ. Тестирование на ВИЧ, начавшееся в 1997 году, было направлено на группы лиц повышенного риска в отношении ВИЧ и ИПП. Среди 960000 тестов, проведенных между 1997-2004 гг., было зарегистрировано 695 новых случаев ВИЧ, что указывает на стократное повышение показателя распространенности инфекции (Азербайджанский Национальный Центр по борьбе со СПИДом, 2005).

С 2002 года услуги круглосуточного бесплатного анонимного и добровольного ВИЧ консультирования и тестирования стали доступны во всех городах и районах Азербайджана. Несмотря на это, вышеназванными услугами, в особенности ВИЧ консультированием, пользуется лишь небольшая часть населения (ЮНЭЙДС/ВОЗ, 2004). Лица, тестируемые на ИПП в государственных лечебных заведениях, как правило, тестируются и на ВИЧ. Однако частные клиники и медицинские центры, проводящие тесты на ИПП, не предьявляют результаты тестирования в государственное учреждение - Республиканский кожно-венерологический диспансер, что весьма затрудняет контроль и отслеживание ВИЧ и ИПП.



Copyright, Cynthia Buckley

## Основные группы населения, подверженные ВИЧ

### Социально-экономические факторы

Азербайджан расположен в восточной части Южного Кавказа. Великий Шелковый путь, непосредственно пересекающий Азербайджан, является свидетельством того, что географическое положение Азербайджана сделало страну исторически наиболее важным транспортным коридором между Азией и Европой. Следует отметить, что определенную роль в развитии эпидемии сыграли такие факторы, как рост потребления наркотиков и коммерческого секса, интенсивные миграционные потоки, в том числе наличие около миллиона беженцев и вынужденных переселенцев. Другим примером роста международной миграции является то, что на строительство нефтепровода БТД (Баку-Азербайджан, Тбилиси-Грузия и Джейхан-Турция), а также газопровода Баку (Азербайджан) - Эрзурум (Турция) съехались тысячи иностранных рабочих и служащих.

### Потребители инъекционных наркотиков (ПИН)

В отличие от тенденции, наблюдаемой во многих других странах (за исключением Восточной Европы и Центральной Азии), основным источником заражения ВИЧ в Азербайджане в большей степени является потребление инъекционных наркотиков, нежели незащищенный секс. 47.14% от общего числа ЛЖВ заражены именно этим путем.

<sup>8</sup>Несмотря на то, что обязательное тестирование относится только к донорам крови, тестирование рекомендуется зарегистрированным ПИН, ПИН требующим лечения, лицам с ИПП и заключенным.



Согласно данным Республиканского наркологического диспансера<sup>9</sup>, потребление наркотиков существенно возросло за последние 15 лет. Распространенность потребления наркотиков в 1988 году составляла 13 из 100 000 человек, однако это соотношение к 2002 году возросло до 135.1 потребителей наркотиков на 100 000 человек (Касумов и др., 2003). 87% из 17000 потребителей наркотиков, официально зарегистрированных Республиканским наркологическим диспансером, по данным на 2004 год, являлись потребителями инъекционных наркотиков (ПИН). 34% от общего числа зарегистрированных ПИН проживает в столице. Однако, согласно одному из опросов, проведенному среди ПИН, лишь 4.8% оказались зарегистрированными в государственном наркологическом диспансере<sup>10</sup> или в полиции (Абдуллаев, Насибов, 2004). Таким образом, следует полагать, что реальное число потребителей наркотиков в Азербайджане превышает вышеназванное (ЮНЭЙДС/ВОЗ, 2004).

Близость Азербайджана к маршрутам наркотранзита (Афганистан-Иран-Россия или Иран-Азербайджан-Грузия-Европа) является важным фактором, оказывающим влияние на проблему наркомании в стране (Касумов и др., 2003). Неудовлетворенность жизненными условиями, наличие проблемы занятости наряду с относительной доступностью наркотических веществ, повлекли за собой рост потребления инъекционных наркотиков и, следовательно, повышение риска подверженности ВИЧ.

Безработные люди и молодежь из менее развитых сельских регионов зачастую сталкиваются с безысходностью и, следовательно, становятся наиболее уязвимы к потреблению наркотиков (76% ПИН – безработные, Абдуллаев, Насибов, 2004; 65% ПИН - в возрасте от 21 до 30 лет, Касумов и др., 2003). По сравнению с мужчинами, число женщин, потребляющих наркотики, значительно ниже (5%, Абдуллаев, Насибов, 2004), что объясняется традиционными гендерными ролями, сильной привязанностью женщины к семье и намного более явной стигматизацией потребления наркотиков среди женщин.

Исследование ЮНИСЕФ (2002) показало, что 77% подростков никогда не потребляли наркотиков или других токсических веществ, тогда как 5% регулярно их потребляли. Причем наивысший процентный показатель в этом отношении был выявлен среди уличных детей и детей, находящихся в конфликте с законом.

Первый случай ВИЧ среди ПИН был зарегистрирован в 1995 году. Результаты дозорного эпидемиологического и поведенческого надзора за ВИЧ инфекцией (Касумов и др., 2003), проведенного Азербайджанским

<sup>9</sup>В Азербайджане наркологические диспансеры (или наркологические клиники) субсидируются государством.

<sup>10</sup>«Наркологическая клиника» - это региональный термин, обозначающий институты здравоохранения, предоставляющие лечение и уход потребителям наркотиков.

Национальным Центром по борьбе со СПИДом в 2003 году при финансовой и методической поддержке ВОЗ, выявили высокий уровень распространенности ВИЧ и гепатита С среди 400 ПИН (у 65 или 16.5% обнаружилась положительная реакция на ВИЧ, а 219 или 55% были заражены гепатитом С). Большинство случаев ВИЧ (61%) среди ПИН были выявлены среди молодых людей в возрасте 21-25 лет. Потребители инъекционных наркотиков с ВИЧ имели низкий уровень образования (они либо не окончили среднюю школу, либо имели только среднее образование).

Согласно тому же исследованию, лишь 19% из 200 ПИН потребляли наркотики в одиночку и лишь 17.2% из числа всех опрошенных пользовались стерильными шприцами. Хотя почти 100% респондентов имели доступ к одноразовым шприцам и 70-85% знали, что ВИЧ может передаваться через иглы общего пользования, лишь 32-43% никогда не пользовались общими иглами. Семьдесят семь процентов (77%) ВИЧ-инфицированных ПИН обменивались шприцами и иглами.

Распространенность ВИЧ среди так называемых «уличных» ПИН в двенадцать раз превышает число ПИН, зарегистрированных в наркологических центрах. Это указывает на то, что большая часть данной группы повышенного риска фактически не охвачена профилактическими и лечебными мерами, предпринимаемыми медицинскими учреждениями. ПИН, зарегистрированные в наркологических диспансерах, находятся под постоянным наблюдением со стороны медицинского персонала, в результате чего имеют более высокий уровень осведомленности о ВИЧ и СПИДе.

Потребление наркотиков и алкоголя напрямую связано с незащищенным сексуальным поведением, что, в свою очередь, повышает риск передачи ВИЧ-инфекции сексуальным партнерам. 170 из 200 ВИЧ-инфицированных ПИН (44.5% из них имели регулярных партнеров) были осведомлены, что презерватив может предохранить от заражения ВИЧ. Несмотря на это, только 2-7% опрошенных пользовались презервативами, более низкий показатель наблюдался за пределами столицы (Касумов и др., 2003).

Общественное восприятие наркомании как нечто преступное усложняет процесс сбора всеобъемлющих и достоверных данных, касающихся ПИН, и работу с данной группой. Боязнь общественного разоблачения, осуждения и нежелание быть официально зарегистрированными, останавливает потребителей наркотиков от обращения за медицинской помощью и ограничивает их доступ к лечению и профилактике. Согласно действующему законодательству, потребителям наркотиков, посещающих специализированные медицинские учреждения, рекомендуется пройти тестирование на ВИЧ. Несмотря на общепринятое негативное отношение к потребителям наркотиков, семьи не отвергают ПИН, оставляют их дома и стремятся оказать любого рода помощь.

Республиканский и городские наркологические диспансеры предоставляют бесплатное лечение лицам с наркотической зависимостью. В 2002 году Республиканский наркологический диспансер основал Реабилитационный центр и начал осуществлять программу по метадону. На сегодняшний день две местные НПО - Научно-аналитический центр «Антинаркотизм» и Азербайджанская ассоциация общественного здоровья при поддержке Института Открытое Общество - Фонд Содействия (Азербайджан) осуществляли программу обмена игл.

Однако действующее законодательство не регулирует программы обмена игл, что создает трудности в реализации программ по сокращению вреда. Учитывая масштабы данной проблемы, число программ и организаций, работающих в этой области, особенно программ по предотвращению наркомании, недостаточное. Кроме того, большинство программ действует в Баку, в то время как наркомания широко распространена и в других регионах, главным образом сельских районах. Социально-психологические программы лечения наркозависимости, помощи в реабилитации и социальной адаптации людей, страдающих от наркомании, пока еще не получили широкого распространения в стране.

### **Коммерческие секс работники (КСР)**

Тяжелые экономические условия, безработица и дефицит альтернативных трудовых возможностей ослабляют влияние местных традиционных ценностей и семейных отношений. Отчаяние, вызванное плохими условиями жизни, вынуждает все большее количество людей искать дохода любым путем, не исключая и коммерческую секс работу. Однако ввиду того, что коммерческий секс является незаконным и социально осуждаемым в Азербайджане, выявление фактического числа КСР крайне осложнено, и, следовательно, любые оценки носят неточный характер.



Вследствие наплыва значительного количества высокооплачиваемых иностранных работников, прибывших в страну в связи с реализацией крупномасштабных нефтяных проектов, возникновения новых экономических возможностей и быстро меняющихся поселений на близлежащих территориях к нефтепроводу, повысилась потребность в коммерческих секс услугах, особенно в столице и вблизи отдаленных лагерей рабочих нефтепровода.

Еще одним следствием тяжелых жизненных условий является рост «траффикинга» (торговли людьми). Согласно данным Международной организации по миграции (МОМ, 2002), людей, побуждаемых желанием получить высокооплачиваемую работу за границей, иной раз заманивают в ситуации, где их подвергают сексуальной эксплуатации. Женщин из Азербайджана и других постсоветских стран (Россия, Украина, Узбекистан и др.), как правило, обманым путем переправляют в Турцию или Объединенные Арабские Эмираты.

В 2003 году Азербайджанским Национальным Центром по борьбе со СПИДом совместно с ВОЗ было проведено первое дозорное эпиднадзорное и поведенческое исследование ВИЧ среди 200 КСР в городе Баку (Касумов и др., 2003). Большинство женщин КСР (64.5%) были в возрасте 20-30 лет (8.5% оказались моложе 20 лет) и в основном происходили из сельской местности (лишь 32% из них - жительницы Баку). Лишь одна участница исследования состояла в браке; остальные были в разводе (48%), являлись вдовами (18%) или никогда не были замужем (27%).

Женщины, оставшиеся без мужа, нередко испытывают финансовые трудности и подвержены социальному прессингу, что может толкать их в сферу коммерческого секса как способу зарабатывания денег. Из 200 опрошенных КСР у 17 (8.5%) обнаружилась положительная реакция на ВИЧ, а у 146 (74%) - другие инфекции, передаваемые половым путем (ИПП) - (сифилис - 9% и хламидиоз - 63%). 78-86% респонденток КСР не пользовались презервативами. Ни одна из семнадцати ВИЧ-инфицированных КСР не предохранялась во время последнего полового контакта. Основным доводом обычно являлось то, что клиент отказывался пользоваться презервативом, либо сама респондентка «не сочла это нужным».

Почти ни одна просветительская программа в Азербайджане (включая программы по профилактике ВИЧ) не направлена на КСР или их клиентов. Помимо того, что коммерческая секс работа незаконна, КСР в высокой степени подвержены стигматизации, отвергаются семьями и общиной, и, тем самым, практически лишены социальной поддержки. Часто КСР лишены элементарных прав; их доступ к медобслуживанию ограничен (включая профилактику и своевременное лечение ИПП, в том числе и ВИЧ); они также редко могут воспользоваться правом требовать от клиентов соблюдения предохранительных мер.

### **Мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами (МСМ)**

Один процент (1%) от общего числа зарегистрированных ЛЖВ составляют мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами (МСМ) (Азербайджанский Национальный Центр по борьбе со СПИДом, пресс-релиз, 2005). Сексуальные связи между однополыми партнерами не являются вне закона в Азербайджане, однако МСМ являются наиболее подверженной стигматизации группой и публичное признание гомосексуальной ориентации личности не принято в азербайджанском обществе. По этой причине почти не существует достоверных социологических и эпидемиологических данных об этой группе.

### **Заклученные**

72% от общего числа зарегистрированных ЛЖВ отбывали срок в местах лишения свободы в течение последних нескольких лет (Азербайджанский Национальный Центр по борьбе со СПИДом, пресс-релиз 2004). В течение последних двух лет 4000 заключенных (преимущественно ПИН) прошли добровольную проверку на ВИЧ после проведения профилактических мероприятий<sup>11</sup>. На сегодняшний день в стране числятся семьдесят (70) заключенных с ВИЧ. Это не всегда означает, что они заразились болезнью именно в тюрьме, однако риск заражения ВИЧ в местах заключения достаточно высок (потребление наркотиков, однополые сексуальные связи, татуирование). Антисанитарные условия и неудовлетворительное медицинское обслуживание также повышают риск инфицирования. Эксперты считают, что если в стране не будут предприняты решительные меры по улучшению медицинского обслуживания и условий жизни в местах заключения, количество людей с ВИЧ будет неуклонно расти. Несмотря на очевидность того, что пенитенциарная система более ригидна относительно перемен, чем общество в целом, возникает острая потребность осуществления комплексных программ, направленных на предотвращение ВИЧ в местах лишения свободы (программы по профилактике ВИЧ и снижению вреда для ПИН, особенно по модели «равный-равному», консультации и тестирование на ВИЧ, а также обучение администрации и персонала).

<sup>11</sup> Согласно действующим директивам, ПИН, находящиеся в заключении, должны проходить тестирование два раза в год.

## **Молодежь**

Как было отмечено выше, молодежь является частью населения, наиболее подверженной ВИЧ. Среди подростков показатель инфицирования обычно низок (всего 2% из общего числа ЛЖВ, Азербайджанский Национальный Центр по борьбе со СПИДом, 2004). Однако лица в возрасте 20-30 лет, ведущие относительно независимый образ жизни и сексуально более активные, составляют треть (33.6%) от общего числа ЛЖВ и являются наиболее приоритетной группой для программ по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа и оказанию помощи ЛЖВ.

При нынешних сложных социальных условиях жизни молодежь несет на себе ответственность и заботу о родителях и/или семьях, тем самым испытывая сильный экономический и социальный прессинг, делающий эту возрастную группу более подверженной трудовой миграции, уязвимой к потреблению наркотиков и коммерческому сексу. Молодые люди в возрасте 20-30 лет, особенно с низким уровнем образования, и, соответственно, с меньшими возможностями трудоустройства, составляют большую часть основных групп (65.5% среди ПИН, 64.5% среди КСР; показатель распространенности среди трудовых мигрантов также высок, хотя точных данных не имеется (Касумов и др., 2003).

На сегодняшний день азербайджанская молодежь весьма разнородна. Существует ряд суб-культурных групп, чьи ценности, личностные интересы и образ жизни резко отличаются друг от друга. Соответственно варьируют тип и частота поведения повышенного риска в той или иной группе.

Преобладающая часть молодежи в стране воспитана в более традиционном и консервативном духе и подвержена влиянию семейной и социальной среды. Их поведение контролируется семьей и другими социальными институтами (родственники, соседи, общественное мнение) и подобный контроль рассматривается родителями как наиболее эффективный метод защиты своих детей от социально неодобряемого поведения (наркомания, добрачные сексуальные отношения). Между тем родители не понимают, что молодежь, воспитанная в атмосфере запретов и повышенного контроля со стороны взрослых, может быть неподготовлена к принятию сложных решений, либо легко поддаваться влиянию и давлению со стороны сверстников.

Более того, у молодежи с подобным воспитанием может сформироваться твердое предубеждение и стереотипное представление о людях, зараженных ВИЧ, и такая неосведомленность может помешать в дальнейшем при распознавании рискованного поведения (в котором они могли бы участвовать, не осознавая опасности, либо предполагая, что не могут "подхватить" инфекцию), впоследствии привести к риску заражения ВИЧ.

В отличие от них, более малочисленная группа молодых людей, живущая в столице в более либеральной семейной и социальной среде, оказалась более открытой и восприимчивой к социальным нормам и образу жизни, привнесенными изменениями в современной социо-нормативной культуре. Представители старшего поколения часто критикуют их поведение и считают, что менее консервативный образ жизни и стиль межличностных отношений (например, добрачная связь) могут повысить риск заражения ВИЧ инфекцией. Однако меньшая подверженность предубеждениям и стереотипам делает эту группу молодежи более открытой к получению знаний о ВИЧ/СПИД, которые, в свою очередь, способствуют уменьшению риска заражения.

## **Мигранты**

Другой важный фактор распространения ВИЧ в Азербайджане - трудовая миграция. По причине нехватки рабочих мест и традиционного убеждения, что именно мужчина должен содержать семью, много мужчин временно мигрирует в соседние страны (Россия, Украина, Турция) в поисках работы (Траут, 2004).

На сегодняшний день мигрирующее население составляет существенную часть (43.4% или 299 человек) от общего числа зарегистрированных ЛЖВ в Азербайджане (Азербайджанский Национальный Центр по борьбе со СПИДом, 2005). В жизни трудовых мигрантов, живущих за границей в отрыве от семей долгие месяцы, а то и годы, неизбежно возрастает вероятность внебрачных отношений и/или случайных связей, а, следовательно, и заражения ИППП или ВИЧ. По возвращении же в страну, носитель ВИЧ инфекции рискует заразить своих партнеров.

## **Беженцы и вынужденные переселенцы**

Беженцы и вынужденные переселенцы (БиВП), составляющие около миллиона человек, т.е. 13% от общего населения страны (Программа развития ООН. Отчет о развитии человеческих ресурсов, 2003), также уязвимы к

ВИЧ. На данный момент показатель распространенности ВИЧ среди БиВП сравнительно низок (15 человек, т.е. 2,12% от общего числа ЛЖВ). Однако размещение БиВП в местах новых поселений, где недостаточно развита социальная инфраструктура, имеется нехватка рабочих мест, медицинских и образовательных услуг, создает условия, способствующие повышению риска заражения ВИЧ. При высоком уровне безработицы (Программа развития ООН. Отчет о развитии человеческих ресурсов, 2003), БиВП достаточно активно вовлечены в процесс трудовой миграции. Значительное число БиВП по сей день проживают в лагерях для беженцев и поселках (Программа развития ООН, 2003), где возможности тестирования на ВИЧ весьма ограничены по сравнению с другими поселениями (города и села). Кроме того, проживание в относительно изолированных общинах усугубляет их социальную отчужденность, лишая информации относительно ВИЧ и СПИДа.

Государство прилагает особые усилия для улучшения условий жизни БиВП и облегчения доступа к социальным, медицинским и образовательным услугам (строительство жилья, средних школ, больниц и т.д.). Азербайджанский Национальный Центр по борьбе со СПИДом осуществляет важную работу в общинах БиВП, направленную на профилактику ВИЧ и создание соответствующих условий для тестирования на ВИЧ. Однако, учитывая масштабность проблемы и сложность предоставления качественных медицинских и социальных услуг в данных условиях, эта категория населения остается группой повышенного риска в отношении ВИЧ.

На протяжении последних лет Азербайджанский Национальный Центр по борьбе со СПИДом, Верховный комиссариат ООН по делам беженцев, ЮНФПА и другие международные и местные неправительственные организации осуществляют информационно-образовательные программы по вопросам ВИЧ и ведут просветительскую кампанию по использованию средств контрацепции в общинах БиВП.

В результате этих усилий степень осведомленности о ВИЧ среди БиВП возросла до среднего уровня и существенно не отличается от уровня знаний населения страны в целом. В то же самое время, необходимо продолжать вести образовательные программы для этой категории населения, поскольку 30,4% из 1,272 опрошенных женщин-беженек ничего не слышали о ВИЧ и СПИДе (Центр по контролю заболеваний (ЦКЗ). Исследование репродуктивного здоровья, 2001). Более того, программы по профилактике ВИЧ часто осуществляются в рамках проектов по репродуктивному здоровью, которые в большинстве своем направлены на женщин, состоящих в браке, тогда как мужчины, которые безусловно играют главную роль в распространении ВИЧ, часто остаются вне внимания.

## **Социально-культурный контекст поведения, связанного с ВИЧ и СПИДом**

Риск заражения ВИЧ может быть тесно связан с некоторыми социально-культурными нормами, традициями, убеждениями, ценностями и стереотипами. Азербайджанское общество можно охарактеризовать скорее как ориентированное на общественные ценности, нежели индивидуальные, в котором общественное мнение, социальный статус и статус уважаемого обществом человека крайне важны. В целом азербайджанское общество весьма традиционно, со свойственными ему крепкими семейными и родственными узами, и традиционными взглядами относительно сексуального поведения. В этом смысле тесные отношения с родственниками, соседями и друзьями могут служить положительным фактором и источником морально-психологической поддержки для людей, находящихся в трудной жизненной ситуации (например, ПИН и ЛЖВ).

Но в то же время важность мнения окружающих и желание сохранить определенный социальный статус (или имидж) создают серьезные проблемы для людей, отклоняющихся от общепринятых норм поведения, например КСР, МСМ и другие. Чтобы не стать изгоями, эти люди зачастую вынуждены вести «двойную жизнь», скрывая определенные аспекты своей частной жизни даже от членов семьи и близких друзей. Согласно наблюдениям специалистов, работающих с ЛЖВ, большинство ЛЖВ также склонны скрывать от других свой ВИЧ статус.

Однако определенные элементы социально-культурного поведения могут служить риск-факторами для заражения ВИЧ. Например, родственные браки (когда муж приходится дальним родственником или двоюродным братом жены), все еще иногда встречающиеся в некоторых семьях с традиционными устоями (чаще в сельских местностях), нередко ведут к тяжелым наследственным заболеваниям крови у детей, таким, как талассемия и гемофилия. В виду того, что такие дети постоянно нуждаются в переливании крови, они могут быть подвержены риску заражения ВИЧ<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> Однако, согласно Азербайджанскому Национальному Центру по борьбе со СПИДом, на протяжении последних шести лет был зафиксирован только один случай заражения ВИЧ через переливание крови.

## **Семья, гендерные роли и ВИЧ/СПИД**

В Азербайджане на сегодняшний день число мужчин с ВИЧ (76.7%) значительно превышает число женщин (20.2%) (Азербайджанский Национальный Центр по борьбе со СПИДом, 2004). Однако имеющее место гендерное неравенство, обусловленное социально-экономическими условиями и некоторыми социально-культурными нормами, увеличивает степень уязвимости женщин перед ВИЧ. Аналогично глобальной тенденции «феминизации» ВИЧ эпидемии, по всей видимости, число ВИЧ-инфицированных женщин в Азербайджане в перспективе тоже начнет возрастать.

Мужчины находятся в относительно более привилегированном социальном и экономическом положении по сравнению с женщинами, которые также в большинстве случаев находятся в финансовой зависимости от мужей. Более того, общепринятыми социальными нормами допускается т.н. «двойной стандарт» для женщин и мужчин. Отношение к ранним, добрачным и даже внебрачным связям мужчины является сравнительно терпимым; от женщин же неукоснительно требуется воздержание от добрачной связи и сохранение верности в браке.

Поскольку в общественном сознании целомудрию и девственности придается высокая значимость, средний возраст первого полового контакта (22.3 года) совпадает с показателем среднего возраста первого брака (ЦКЗ. Исследование репродуктивного здоровья, 2001). Воздержание от добрачных связей может способствовать низкой степени распространенности ВИЧ среди молодых девушек. Добрачные связи не столь распространены и, в отличие от большинства европейских стран, начинаются в сравнительно позднем возрасте (ЦКЗ. Исследование репродуктивного здоровья, 2001). Тем не менее, они явно имеют место, что подтверждается исследованием ЮНИСЕФ (1999), согласно которому 2% из 500 девочек-подростков моложе 18 лет имели сексуальный опыт.

Средний возраст вступления в брак существенно не изменился за последние 16 лет. В 1987 году он составлял 23.7 лет для женщин и 27 лет для мужчин, а в 2003 году - 23.7 лет для женщин и 28.6 лет для мужчин (Государственный комитет по статистике, 2004). Однако социо-культурные и психологические нормы, касающиеся брака, в некоторой степени меняются в последнее время в результате кординальных трансформаций в обществе. Наблюдается некоторое возрастание среднего брачного возраста среди образованных и трудоустроенных женщин, проживающих в Баку, тогда как в сельских местностях прослеживается противоположная тенденция.

## **Сексуальное поведение**

Частота использования современных методов контрацепции остается относительно низкой, в особенности в сельских регионах (14-18% замужних женщин репродуктивного возраста.) (Программа развития ООН, 2003). Незащищенный секс считается нормой не только между регулярными партнерами, но и при случайных связях. Согласно результатам исследования, проведенного Международным Комитетом Спасения (МКС, 1999) в одной из общин-бенефициариев, 20% опрошенных мужчин отметили, что пользовались презервативами при половом контакте с женой, а 50% пользовались презервативами при контакте с другими женщинами. Степень распространенности незащищенной сексуальной практики еще выше в «группах повышенного риска» (ПИН и КСР). Другое исследование (Абдуллаев и Насибов, 2004) показало, что 61% ПИН вовсе не пользуются презервативами, 3.2% всегда пользуются ими, а 35.5% - только в случаях полового контакта со случайным партнером, либо когда презерватив легко доступен. Большинство ПИН, пользующихся, согласно исследованию, презервативами - жители Баку.

Надо полагать, что низкий показатель использования контрацептивных средств в большей мере обусловлен социально-культурными стереотипами, регулируемыми семейные и интимные отношения, нежели общей неосведомленностью. Исследование показало, что 44% из 7668 женщин знали, как пользоваться презервативом и где его приобрести, но лишь 3% использовали презервативы (ЦКЗ. Исследование репродуктивного здоровья, 2001). Одним из устойчивых стереотипов, препятствующим практике предохранения, является то, что использование презерватива рассматривается как знак недоверия, а не заботы о собственном здоровье и/или о здоровье партнера. Более того, между партнерами не совсем принято обсуждать условия предохранения и решение об использовании презерватива, как правило, принимают мужчины. Наконец, презервативы могут быть просто недоступны для многих людей по финансовым причинам (пачка в два презерватива среднего качества стоит 0,60 - 0,80 центов, а средняя месячная зарплата составляла 50-70 долларов на 2003 год).

Дополнительным препятствием для профилактики ВИЧ также являются существующие нормы и ценности, не поощряющие открытых дискуссий на темы секса и сексуальности.

Ввиду того, что половой контакт является одним из основных путей заражения ВИЧ, ВИЧ/СПИД рассматривается как закрытая тема. Дискуссии на тему секса, сексуальной жизни и интимных отношений весьма редки не только в семьях, но и в школах и средствах массовой информации.

## **Религия и ВИЧ/СПИД**

Азербайджан является светским государством, однако Ислам, как преобладающая религия, оказывает влияние на социально-культурные нормы, ценности и поведение, включая отношение к ВИЧ и СПИДу. С одной стороны, степень распространённости ВИЧ в мусульманских странах сравнительно ниже по причине религиозного взгляда на сексуальную практику и/или употребление алкоголя (Грей, 2004). Кроме того, одной из причин можно считать традицию обрезания, в некоторой степени способствующую снижению риска заражения ИППП и ВИЧ. С другой же стороны, некоторые местные духовные лица склонны рассматривать ВИЧ как «наказание» за беспорядочную половую жизнь и потребление наркотиков, полагая при этом, что «приличный» образ жизни - единственный способ предотвращения болезни. Помимо негативного отношения к ВИЧ/СПИДу и ЛЖВ, малоосведомленные религиозные деятели формируют мнение людей, опираясь на искажённую, а порой даже предвзятую информацию.

В целом религиозные деятели пользуются в азербайджанском обществе уважением и их участие в кампаниях по профилактике ВИЧ может сильно повлиять на общепринятое отношение людей по данному вопросу. Первые попытки в этом направлении были предприняты Государственным комитетом по работе с религиозными организациями и Программой развития ООН в рамках совместного проекта «Религиозные общины в ответных мерах против ВИЧ/СПИДа». Цель проекта - приобщить мусульманских и немусульманских религиозных деятелей к процессу проведения профилактики ВИЧ в Азербайджане (Программа развития ООН. Пресс-релиз. Сентябрь. 2004).

Забота и эмоциональная поддержка ЛЖВ и их родственников, несомненно, является одной из задач, которую могут взять на себя религиозные деятели, дабы подать показательный пример и сделать шаг в направлении создания более толерантной среды по отношению к ЛЖВ.

## **Информированность общественности о ВИЧ/СПИДе и отношении к ЛЖВ**

Широкомасштабное исследование по репродуктивному здоровью (ЦКЗ, 2001), проведенное среди 7668 женщин в возрасте от 15 до 44 лет, показало, что большинство респондентов (74%) слышали о ВИЧ и СПИДе. При этом глубина знания варьирует в зависимости от социальных и демографических характеристик респонденток. Наиболее низкая степень осведомленности наблюдалась среди респонденток в возрасте до 20 лет (56%), респонденток со средним или неполным средним образованием (55%) и лиц, проживающих в южных регионах страны (55%). Женщины, проживающие в сельских местностях, или не имеющие опыта в сексуальной сфере, были менее осведомлены о ВИЧ/СПИДе.

Исследование, проведенное Кавказским Исследовательским Ресурсным Центром - Азербайджан (КИРЦ, 2004) также показало, что 1500 опрошенных проявили средний уровень осведомленности о ВИЧ. Подавляющее большинство респондентов (95%) знало, что ВИЧ может передаваться половым путем, что к риск-факторам, в первую очередь, относятся незащищенный секс (93%) и использование общего шприца (80%). Что же касается других путей заражения, респонденты располагали неточной и поверхностной информацией. По сравнению с ситуацией в столице, осведомленность о болезни в других регионах, в особенности сельских, явно ниже, что следует хотя бы частично отнести за счет ограниченного доступа людей к программам и ИОК материалам, связанным с ВИЧ, а также сильных психологических барьеров и традиционных стереотипов, связанных с этой темой.

В целом, в обществе преобладает мнение, что ВИЧ и СПИД являются куда более актуальными для других стран, нежели для Азербайджана. Общественность склонна к убеждению, что лишь ПИН, КСР и МСМ, а также получатели донорской крови и продуктов крови, подвержены риску заражения ВИЧ. Следовательно, несмотря на то, что население осведомлено о заболевании, большинство (60.9%) мало осознает вероятность личного риска, не считает необходимым соблюдение мер предосторожности и практически остается вполне индифферентным к данному вопросу (ЦКЗ. Исследование репродуктивного здоровья. 2001).

В настоящее время лишь узкий круг специалистов, ВИЧ-инфицированные и их непосредственное окружение направляют свое внимание, деятельность и усилия на проблему ВИЧ и СПИДа. Восприятие ВИЧ/СПИДа как «стыдной болезни», стигматизация и отчужденность по отношению к ЛЖВ, все еще повсеместно распространены в обществе. Опросы, проведенные среди различных социальных групп различных возрастов и занятий, выявили весьма нетолерантное и негативное отношение к ЛЖВ (КИРЦ, 2004; ММК, 2002; ЮНИСЕФ, 2002). Так, в среднем

до 80% респондентов утверждали, что не желали бы иметь друга, бизнес-партнера, соседа или учителя с ВИЧ. Подобное отношение способствует нежеланию людей прохождения тестирования и определения своего ВИЧ-статуса.

## **Информированность о ВИЧ/СПИДе и профилактические программы**

Несмотря на усиленные информационно-образовательные мероприятия, общественность все еще не осознает в полной мере реального положения проблемы ВИЧ/СПИДа в стране. В целом можно утверждать, что осведомленность населения о ВИЧ находится на недостаточном уровне. Многие профилактические программы не учитывали в полной мере местные социально-культурные и поведенческие нормы, а лишь использовали общие подходы для предоставления информации о путях заражения инфекцией и методах профилактики. Дефицит программ, предусматривающих социокультурные особенности, и нехватка хорошо подготовленных инструкторов/преподавателей, способствовали определенной резистентности со стороны общества и даже формированию предубеждений, которые мешали населению усвоить и применить полученную информацию.

За последние несколько лет проекты для молодежи по профилактике ВИЧ были осуществлены государственными организациями, а также международными и местными неправительственными организациями.

- Азербайджанский Национальный Центр по борьбе со СПИДом разработал программу «Спаси себя от СПИДа!» для студентов университетов и школьников и распространил буклеты среди родителей. Программа была одобрена Министерством образования и на сегодняшний день во всех школах (от 6-го до 11-го класса) и вузах 1-го декабря, во Всемирный День борьбы со СПИДом, проводится обязательная часовая лекция на эту тему.
- ЮНИСЕФ разработал программу «Здоровый образ жизни» для средних школ, которая, наряду с другими темами (репродуктивное здоровье, антитабачная пропаганда, эмоциональное здоровье), включает компонент о ВИЧ и профилактике потребления наркотиков.
- Институт Открытое Общество - Фонд Содействия (Азербайджан) разработал учебную программу и подготовил учителей биологии и школьных психологов для введения в школах информационно-просветительской программы по вопросам здоровья. Программа включает компонент профилактики ВИЧ, профилактики потребления наркотиков и репродуктивного здоровья и другие темы.
- Уорлд Вижн Интернэшнл издала учебное пособие в печатной и видео форме по профилактике ВИЧ и потреблению наркотиков среди детей и подростков (разработано Стрит Чилдрен Интернэшнл) и провела обучение представителей различных детских НПО по использованию данного учебного материала.

Просветительские программы по ВИЧ более широко доступны для молодежи, проживающей в Баку и региональных центрах. Многие из вышеназванных программ и молодежных кампаний направлены на школьников (10-16 лет), однако при реализации информационно-образовательных программ по вопросам ВИЧ учителя нередко сталкиваются с неодобрением со стороны родителей. Эти препятствия возникают по той причине, что общество не привыкло вести открытые дискуссии (особенно с подростками) о ВИЧ и СПИДе и о сексуальном поведении. Даже в тех случаях, когда родители вполне осознают важность осведомленности о ВИЧ и СПИДе, они остаются верны убеждению, что подобную информацию желательно предоставлять детям более старшего возраста (после 14-15 лет) и преподносить ее в приемлемой форме (например, «не следует сопровождать ее раздачей презервативов в школах»). Кроме того, по их мнению, данные беседы с детьми должны проводиться не самими родителями, а специалистами.

Так как большинство просветительских программ по профилактике ВИЧ направлено на школьников, гораздо меньше внимания уделяется просвещению молодежи в возрасте 20-30 лет (одна из основных групп риска) и взрослых людей, продолжающих придерживаться жестких предрассудков и недооценивающих реальную ситуацию. Просветительские программы по ВИЧ также упускают из вида труднодоступные группы населения, каковыми являются дети, не посещающие школу, домохозяйки, безработные и люди, проживающие в отдаленных сельских местностях.

Более того, данные программы не всегда способствуют основательным изменениям поведения, так как часто они не нацелены на работу с установившимися убеждениями и моделями межличностных отношений (например, использование презерватива воспринимается как знак недоверия к партнеру, а не как выражение заботы), а также с социальными стереотипами, содействующими поведению повышенного риска (например, незащищенный половой контакт нередко рассматривается как признак маскулинности/мужественности).

Недооценка стратегий профилактики ВИЧ (включая добровольное тестирование на ВИЧ) может, в некоторой степени, объясняться недостаточно внимательным отношением людей к своему здоровью в целом. Избегание или откладывание «на потом» профилактики, медицинского обследования и лечения является укоренившейся привычкой. Следовательно, специальные программы, направленные на выработку ответственности за собственное здоровье, весьма необходимы.

## **Люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ)**

Несмотря на то, что ЛЖВ имеют право на статус инвалидности и пользуются льготами (включая пенсию), социальные и материальные гарантии остаются основной проблемой для них. Большинство ЛЖВ являются безработными и испытывают серьезные финансовые трудности.

Более того, АРВ-лечение для них пока недоступно и, по данным на весну 2005 года, свыше 300 ЛЖВ нуждаются в безотлагательной помощи в этом направлении. Предполагается изменение ситуации к лучшему со второй половины 2005 года ввиду ожидаемой помощи со стороны Глобального фонда, планирующего предоставить ЛЖВ препараты для АРВ-лечения.

Большинство людей с ВИЧ настроены пессимистично и убеждены, что этот диагноз означает для них конец жизни. Однако некоторые из них, особенно молодые, не расстаются с надеждой иметь семью и детей и верой в то, что спасительное средство, наконец, будет найдено.

## **Институциональная оценка**

### ***Система здравоохранения***

Улучшение системы здравоохранения и инфраструктуры социальных услуг является одним из главных приоритетов для правительства и требует значительных национальных и международных ресурсов.

Министерство здравоохранения Азербайджанской республики (МЗА)<sup>13</sup> проводит широкомасштабную деятельность по реформированию системы первичного звена здравоохранения, разработке более гибкой управленческой и административной системы и предотвращению инфекционных заболеваний (туберкулез, малярия и др.). Существенная финансовая, техническая и методическая помощь предоставляется ВОЗ, Всемирным банком и ЮНИСЕФ.

### ***Законодательная база относительно ВИЧ/СПИД***

Важные законодательные меры были предприняты за последние несколько лет для создания эффективной системы профилактики, тестирования и диагностики ВИЧ. На сегодняшний день имеется солидная законодательная база в связи с ВИЧ, что является гарантом четко установленного организационного механизма профилактики и терапии ВИЧ и СПИДа, предоставления услуг и обеспечения прав ЛЖВ.

В 1996 году был принят закон «О предотвращении распространения болезни СПИД, вызываемой вирусом иммунодефицита человека»<sup>14</sup>. Закон предусматривает правовые гарантии на недискриминационный подход ко всем ЛЖВ и их семьям. Гарантии обеспечения безопасной кровью были предусмотрены двумя приказами («Об организации обследования донорской крови на ВИЧ, сифилис и гепатиты» (№ 109) и «Об обеспечении безопасности донорской крови и ее компонентов» (№64)), изданными МЗА в 1997 году. В 2002 году Министерством здравоохранения был издан другой приказ «Об организации круглосуточной службы анонимного консультирования и обследования на ВИЧ во всех городах и регионах республики» (№155). Согласно действующему законодательству, ЛЖВ имеют право на статус инвалидности и получение пенсии.

Национальной комиссией по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом разработан новый Национальный Стратегический План (НСП) по предотвращению распространения ВИЧ/СПИДа на территории республики на период 2002-2006 гг., который был одобрен и ратифицирован Кабинетом Министров страны в 2002 году. НСП направлен на мультисекторальный (мультидисциплинарный) подход к вопросам борьбы с ВИЧ/СПИДом и предусматривает партнерское сотрудничество между различными министерствами, департаментами, неправительственными и международными организациями в выполнении планируемых мероприятий в таких

<sup>13</sup> <http://www.mednet.az>

<sup>14</sup> Ресурсный Центр по ВИЧ/СПИДу: <http://www.undpays.az/respaz.html>

приоритетных областях, как: выработка национальной политики, обеспечение безопасности донорской крови, улучшение системы выявления и надзора, а также профилактика и предотвращение ВИЧ среди основных уязвимых групп.

### **Азербайджанский Национальный Центр по борьбе со СПИДом**

Азербайджанский Национальный Центр по борьбе со СПИДом был создан в 1990 году Министерством Здравоохранения Азербайджана (МЗА). Центр осуществляет многогранную деятельность по выявлению ВИЧ, учету, контролю над распространением ВИЧ, профилактике, просвещению и лечению. Центр работает в следующих направлениях: 1) проведение эпидемиологического надзора, тестирования и регистрации; 2) обеспечение безопасности донорской крови и продуктов крови; 3) предоставление медицинской, психологической, социальной и юридической помощи ЛЖВ. На сегодняшний день Центр имеет двенадцать региональных диагностических лабораторий. Центр координирует мероприятия и предоставляет организационную и техническую помощь по вопросам профилактики ВИЧ по всей стране.

Центр также проводит образовательные и информационные мероприятия для повышения осведомленности о ВИЧ/СПИДе среди населения и разрабатывает соответствующие обучающие программы для специалистов в области здравоохранения, медицинского персонала, представителей правоохранительных органов, работников культуры, психологов, социологов и представителей СМИ. Просветительская программа для молодежи была разработана и внедрена в школах и вузах страны.

В настоящее время Центр работает над усовершенствованием системы и механизмов выявления основных групп, подверженных ВИЧ (например ПИН, КСР, МСМ) и облегчением доступа к данным группам, введением в медицинские учреждения консультаций по ВИЧ для основных групп, повышением степени информированности, выработкой навыков здорового образа жизни, а самое главное, над предоставлением бесплатных препаратов и лечения для ЛЖВ.

### **Усилия международных организаций и местных НПО**

Ряд международных организаций и местных НПО осуществляют важную работу по инициативам, связанным с ВИЧ и СПИДом в Азербайджане. Реализация эффективных мер по профилактике ВИЧ и повышению уровня осведомленности, несомненно, требует тесного сотрудничества государственных и общественных организаций. Особо следует отметить возможность для НПО работать с основными группами повышенного риска, поскольку социально стигматизированные группы людей неохотно идут на контакт с государственными организациями. Следует отметить, что поскольку НПО не представлены в достаточном количестве в отдаленных и сельских регионах, степень их участия, вероятно, возрастет при расширении географического ареала деятельности.

- Ассоциация «Имдад-SOS», созданная при активной поддержке Азербайджанского Национального Центра по борьбе со СПИДом, предоставляет социальную, материальную, психологическую и юридическую помощь ЛЖВ. В настоящее время она объединяет более 200 ЛЖВ и их близких родственников, а также юристов, психологов, социологов, учителей и врачей. Это уникальная организация, поскольку ее деятельность основана на участии самих ЛЖВ в предотвращении ВИЧ/СПИДа.

- Ресурсный Центр по ВИЧ/СПИДу<sup>15</sup> направляет свою деятельность на профилактические программы, уменьшение риска подверженности ВИЧ путем повышения информированности населения, предоставление полезных практических знаний, обучение и информирование НПО и разных социально-демографических групп о ВИЧ. С 2002 года Ресурсный Центр осуществляет ряд мероприятий в рамках проекта Программы развития ООН, направленного на повышение потенциала гражданского общества в ответных мерах против ВИЧ/СПИДа.

- НПО «Ихлас» участвует в профилактических программах и кампаниях по повышению информированности, включая работу с СМИ.

- Научно-аналитический центр «Антинаркотизм» осуществляет ряд проектов по ВИЧ для потребителей наркотиков, включая проект по обмену игл.

- Организации ООН - ВОЗ, ПРООН, Верховный Комиссариат ООН по вопросам беженцев, ЮНФПА, ЮНИСЕФ и ЮНЭЙДС активно поддерживают Азербайджан в осуществлении комплекса мер в ответ на ВИЧ и СПИД. Их проекты направлены на повышение информированности общества, помощь в создании банка безопасной крови, улучшение репродуктивного здоровья и планирования семьи, усиление потенциала государственных структур и гражданского общества.

<sup>15</sup><http://www.un-az.org/undp/aids.php>



- Международный Медицинский Корпус, при финансовой поддержке нефтяной компании Бритиш Петролеум (БП), осуществил программу по профилактике распространения ИППП и ВИЧ среди работников строящегося нефтепровода и лиц, проживающих в регионах, расположенных вдоль нефтепровода.

## **Выводы и рекомендации**

Несмотря на то, что распространенность ВИЧ инфекции в Азербайджане на сегодняшний день сравнительно низка, существует потенциально высокая вероятность быстрого роста эпидемии. На динамику ВИЧ в наибольшей степени влияют следующие социально-экономические факторы: сложности экономики переходного периода, вынужденная и трудовая миграция, рост потребления наркотиков, а также определенные социо-культурные нормы поведения, семейные, религиозные и гендерные факторы.

### **Рекомендации:**

Политика и программы:

- Следует разработать и осуществить больше программ, направленных на основные группы и их партнеров, а также предоставить им большее количество услуг;
- Следует поощрять и поддерживать меры, направленные на разрешение проблем, тесно связанных с распространением ВИЧ (программы по генерированию доходов и борьбы с бедностью, направленные на обеспечение экономических гарантий для населения и на снижение тенденции вынужденного поиска заработка посредством трудовой миграции или КСР; программы по профилактике и лечению наркозависимости; программы по обеспечению гендерного равенства и развития потенциала женщин как основного элемента снижения риска уязвимости женщин и девушек к ВИЧ);
- Профилактика ВИЧ должна быть включена во все программы, касающиеся профилактики и охраны здоровья, и также стать компонентом школьных программ в этой сфере. Школы могут предоставить более широкий доступ к этим программам не только молодежи, но и родителям. Должны быть разработаны и внедрены специальные программы и услуги для молодежи, уже получившей среднее образование (18-25 лет), а также для молодых людей, не посещающих средних или высших учебных заведений;
- Следует увеличить число программ, направленных на улучшение материального, социального и психологического состояния людей с ВИЧ и/или их близких, а лечение АРВ препаратами должно стать доступным для всех ЛЖВ.

### **Информация, просвещение, коммуникация**

При создании, разработке и модификации просветительских программ и информационно-образовательных кампаний по ВИЧ, должны быть предусмотрены следующие компоненты:

- *Доступ к информации.* Обеспечить широкий доступ к информационным программам о ВИЧ трудно достигаемым группам (домохозяйки, лица в возрасте 30-50 лет, безработные, сельские жители); подготовить информационные и человеческие ресурсы (преподаватели/инструктора) для предоставления населению дополнительной информации после завершения просветительских программ;
- *Поощрение дискуссий.* Поощрение нового подхода к обсуждению таких вопросов как ВИЧ, с целью ослабления сопротивления к открытым дискуссиям «деликатных» вопросов и неодобрительного отношения к подобным дискуссиям (до предоставления информации о ВИЧ в просветительских программах);
- *Стимулирование изменения поведения.* Программы должны быть направлены на обсуждение стереотипов, способствующих поведению повышенного риска, с целью преодоления барьеров, препятствующих здоровому образу жизни. Содействие раннему выявлению и лечению ИППП и ВИЧ, добровольной и конфиденциальной консультации и тестированию в рамках программ пропаганды здорового образа жизни;
- *Гендерная чувствительность* должна стать важным компонентом просветительских и профилактических программ по ВИЧ с целью ослабления стереотипов, способствующих гендерному неравенству и повышающих уязвимость женщин к ВИЧ;
- *Подход, учитывающий права человека.* Эффективные стратегии по профилактике, уходу, поддержке и лечению ЛЖВ должны быть реализованы в рамках концепции прав человека с целью изменения общественного мнения по отношению к основным группам и ЛЖВ. Обеспечение недискриминационного подхода со стороны учреждений, предоставляющих медицинские, информационные и другие социальные услуги и обеспечение равного доступа к ним для всех слоев населения;
- *Учет местных особенностей.* Следует учитывать социо-культурные ценности и способствовать более активному участию ЛЖВ, религиозных деятелей, родителей и молодежи в процессе разработки профилактических программ с целью обеспечения адекватного восприятия информации о ВИЧ.

## **Обучение/Развитие потенциала**

Развитие человеческих ресурсов должно стать одним из приоритетных компонентов при предоставлении эффективных услуг по профилактике, уходу, поддержке и лечению ВИЧ/СПИДа.

- Специалисты, разрабатывающие и предоставляющие программы по профилактике ВИЧ, должны быть осведомлены о социально-культурной атмосфере, которой окружены ЛЖВ и основные группы населения, и быть готовы предоставить объективную, беспристрастную информацию, учитывающую поло-возрастные особенности;
- Следует усилить подготовку профессионалов, специализирующихся не только в предоставлении информационных услуг, но также в области оказания психологической и социальной поддержки основных групп и ЛЖВ, включая паллиативную помощь.

## **Информация и исследования**

- В Азербайджане большинство исследований по ВИЧ/СПИДу были проведены среди общей популяции с целью определения уровня информированности населения о ВИЧ и отношения к ЛЖВ. Рекомендуется проводить больше исследований среди основных групп населения, чтобы собрать более глубинную и конкретную информацию по данным вопросам.
- Более обширная информация по нижеприведенным вопросам может значительно способствовать эффективной разработке и осуществлению программ по профилактике ВИЧ и оказанию поддержки основным группам, ЛЖВ и населению в целом:
  - o Определение ключевых факторов, воздействующих на модели поведения повышенного риска среди различных возрастных и социальных групп;
  - o Сбор более обширной информации по социальным вопросам, тесно связанным с ВИЧ (бедность, миграция, потребление наркотиков), и демографическим и социальным данным об основных группах;
  - o Оценка качества и уровня жизни ЛЖВ (включая соблюдение их прав);
  - o Сбор большего количества эмпирической информации о социокультурных, семейных, религиозных нормах и факторах, играющих роль в распространении и/или сдерживании ВИЧ, а также уходе, поддержке и лечении ЛЖВ;
  - o Определение экономических и юридических факторов, усложняющих проведение мер по повышению информированности и просвещения, улучшению профилактики, ухода и поддержки ЛЖВ.

## Литература

Абдуллаев А., Насибов Р. 2004. *Экспресс оценка ситуации с инъекционным потреблением наркотиков и распространением ВИЧ/СПИДа в Азербайджане. Финальный отчет*. Баку, Азербайджан. Международный Научно-Аналитический Центр «Антинаркотизм», Ассоциация Общественного Здоровья Азербайджана

Алиев Г. 2002. *Сборник юридических документов и процедур, связанных с профилактикой ВИЧ/СПИДа*. Баку, Азербайджан.

Алиев Г. 2001. *СПИД: медицинские, социальные, политические, экономические, правовые и морально-психологические аспекты*. Баку, Азербайджан.

Кавказский Исследовательский Ресурсный Центр - Азербайджан (КЦИР- Азербайджан). 2004. Сбор первичных социологических данных. <http://www.crrc-az.org> (Доступ получен в марте 2005-го года.)

Центр по контролю и профилактике заболеваний. 2001. *Исследование репродуктивного здоровья в Азербайджане*. Баку, Азербайджан.

Международный научно-аналитический центр «Антинаркотизм». 2001. *Ситуация с наркотиками в Азербайджане: Отчет социологического исследования*. Баку, Азербайджан.

Грей П. Б. 2004. ВИЧ и Ислам: Является ли степень распространенности ВИЧ более низкой среди мусульман? *Социальная наука и медицина*, том. 58, стр. 1751-1756.

Международный Медицинский Корпус (ММК). 2002. ВИЧ - исследование знания, отношения, практики (ЗОП). Баку, Азербайджан.

Международная организация по миграции (МОМ). 2002. *Разбившиеся мечты: отчет о контрабандной перевозке людей в Азербайджане*. Баку, Азербайджан.

Международный Комитет Спасения (МКС). Июль 1999. *МКС - Ежемесячный отчет Азербайджана. Резюме ЗОП исследования мужчин в связи со СПИДом и ВИЧ*. <http://azerweb.com/en/report.php?id=141>

Касумов В., Алиев Г., Иманов Д., Садигова Н., Магеррамов Т., Махмудова Д. 2003. Отчет дозорного эпидемиологического и поведенческого надзора за ВИЧ инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков и женщин работников секс бизнеса в Азербайджанской Республике. Баку, Азербайджан. Министерство Здравоохранения, Азербайджанский Национальный Центр по борьбе со СПИДом, ВОЗ.

Министерство Здравоохранения. 2004. *Реформа общественного здравоохранения в Азербайджане*. <http://www.mednet.az>

Министерство Здравоохранения Азербайджанской Республики, Министерство Образования, Министерство молодежи, спорта и туризма, ЮНИСЕФ. 2002. *Исследование здоровья и развития молодежи, Азербайджан*. Баку, Азербайджан.

Министерство Здравоохранения/Министерство Образования/ЮНИСЕФ. Май 2002. *Данные исследования 2002-го года здоровья и развития молодежи Азербайджана*, ЮНИСЕФ, Баку, Азербайджан.

Министерство Здравоохранения Азербайджанской Республики, ЮНИСЕФ и Азербайджанская социологическая ассоциация. 1999. *ЗОП (знание, отношение, практика) исследование здоровья и развития подростков*. Баку, Азербайджан.

Государственный Статистический Комитет. 2004. *Отчет о гендерной статистике*. Баку, Азербайджан. [http://www.gender-az.org/doc/en/development/stat/gen\\_stat\\_2004\\_eng.pdf](http://www.gender-az.org/doc/en/development/stat/gen_stat_2004_eng.pdf) (Доступ получен в феврале 2004-го года.)

Траут Е. 2004. *Евразия в движении: Региональное значение массовой миграции рабочей силы из Центральной Азии в Россию*. [http://wwics.si.edu/index.cfm?topic\\_id=1424&fuseaction=topics.publications&doc\\_id=97150&group\\_id=7718](http://wwics.si.edu/index.cfm?topic_id=1424&fuseaction=topics.publications&doc_id=97150&group_id=7718) (Доступ получен в феврале 2005-го года.)

ЮНЭЙДС и Всемирная организация здравоохранения. 2004. *Таблица эпидемиологических данных о ВИЧ/СПИДе и инфекциях передаваемых половым путем: Азербайджан*. [http://www.who.int/GlobalAtlas/PDFFactory/HIV/EFS\\_PDFs/EFS2004\\_AZ.pdf](http://www.who.int/GlobalAtlas/PDFFactory/HIV/EFS_PDFs/EFS2004_AZ.pdf) (Доступ получен в марте 2005-го года.)

Программа развития ООН. 2003. *Отчет о развитии человеческих ресурсов*. Баку, Азербайджан.

ЮНИСЕФ. 2001. *Голоса детей. Опрос детей и молодежи Азербайджана*. Баку, Азербайджан.

Мировой справочник фактов (2004) <http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/aj.html> (Доступ получен в феврале 2005-го года.)

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Европейский региональный офис (ЕРО). Март 2001. *Главные вопросы здравоохранения в Азербайджане*. Копенгаген. Дания.

Глава 4.

# ГРУЗИЯ

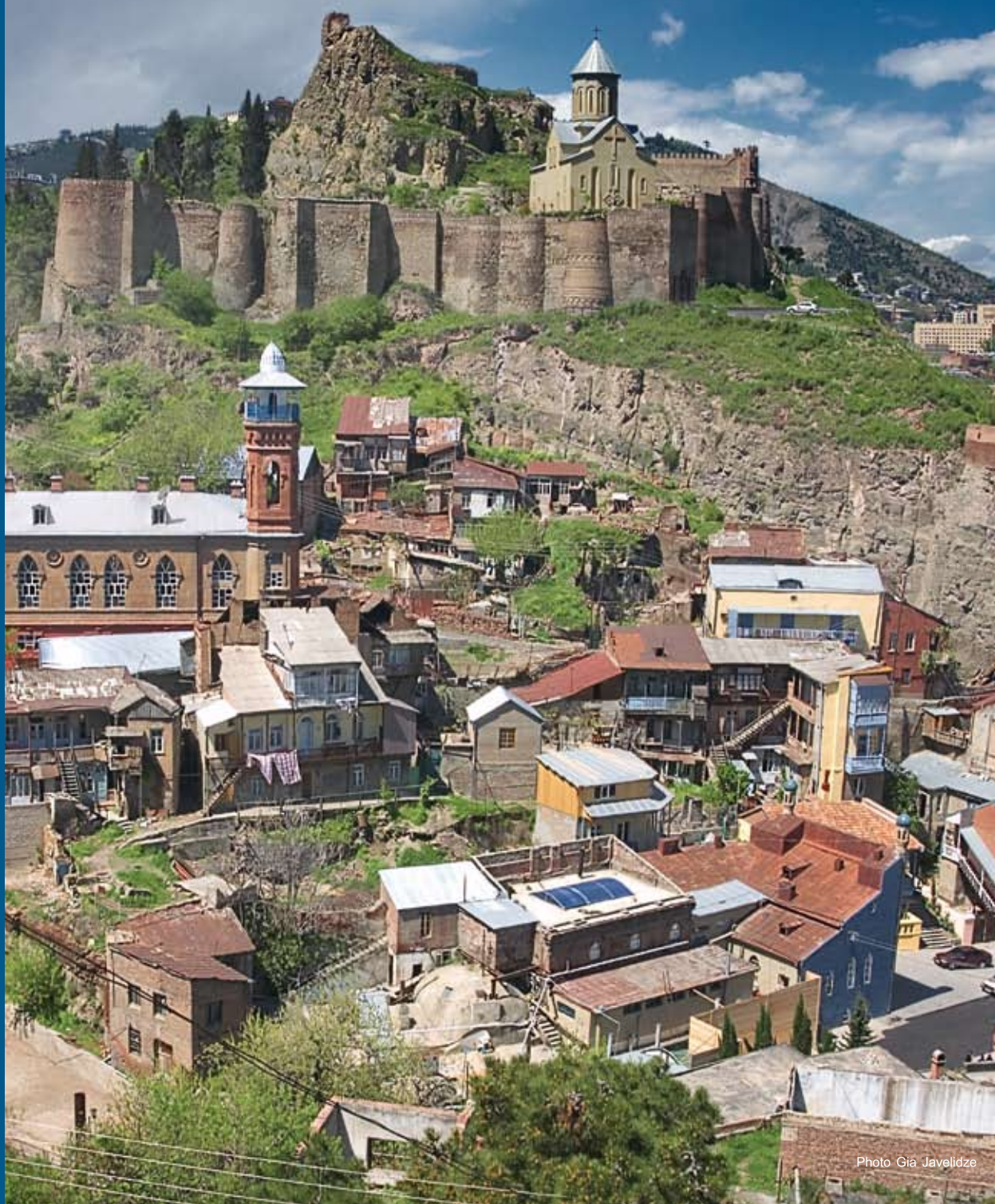


Photo Gia Javelidze

## **ВИЧ и СПИД в Грузии: социально-культурный подход**

*Кети Ствилия, Хатуна Тодадзе, Георгий Нижарадзе*

### **Введение**

Показатель распространенности ВИЧ в Грузии относительно низок - 0,13%. Несмотря на это, вероятность быстрого распространения ВИЧ очень высока, а низкий показатель распространенности в действительности является фактором, обуславливающим низкий уровень осведомленности об этом заболевании в Грузии. Стигматизация людей, живущих с ВИЧ, и их страх перед дискриминацией, заставляют многих скрывать свою болезнь. Поскольку большинство лиц с положительной реакцией на ВИЧ являются бывшими или нынешними потребителями инъекционных наркотиков, работниками секс-индустрии или членами других маргинальных групп, все это усиливает стигматизацию в связи с ВИЧ-инфекцией.

Отношение общества к ВИЧ и СПИДу отражает недостаточную осведомленность о природе вируса и риске его распространения. Всего лишь несколько исследований посвящены эпидемиологии ВИЧ/СПИДа и связанного с ними поведения, а так же влияния культуры на развитие эпидемии. Влияние пола, религии, культуры и традиционных ролей на эффективность програм, направленных на профилактику ВИЧ, фактически являются неисследованными вопросами. Во многих случаях, меры, предпринимаемые в отношении ВИЧ и СПИДа, перенимаются из опыта других культур, которые сильно отличаются от грузинской культуры. Помимо определения самых распространенных путей передачи заболевания и структуры системы здравоохранения, специфика и традиции грузинской культуры играют ключевую роль в выработке эффективных мер в ответ на СПИД и ВИЧ.

Согласно данным Национального Центра СПИДа от 1 ноября 2004 г., общее количество зарегистрированных случаев ВИЧ инфекции составляло 597. Среди них, 193 человек заболели СПИДом, а 111 пациентов скончались. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в Грузии проживает 3,000 людей с ВИЧ. При этом, наибольшее количество зарегистрированных случаев приходится на столицу Грузии Тбилиси и регионы черноморского побережья страны – Аджару и Самегрело. Первый случай ВИЧ был зарегистрирован в 1989 году в Сухуми (столица Абхазии, западная Грузия). Три года спустя, согласно постановлению министра здравоохранения СССР, была создана Грузинская служба контроля СПИДа. Постановление предполагало массовую проверку населения с целью выявления случаев болезни и введения строгого эпидемиологического контроля. В Грузии, любой посещающий поликлинику человек был обязан пройти проверку на ВИЧ. В конце 1980-х годов, приблизительно 500000 человек, то есть приблизительно одна десятая часть общего количества населения (в большинстве случаев беременные женщины и люди проходившие лечение в различных организациях здравоохранения) прошли обязательное тестирование на ВИЧ.

### **Надзор**

Большая часть данных о распространении ВИЧ в Грузии взята из результатов тестирования на ВИЧ, проведенного между 1985 и 1992 годами. В этот период тестирование прошли более 1,4 миллионов людей, при этом у десяти была обнаружена ВИЧ-инфекция. В 1995 году пациенты во всех больницах страны прошли проверку на ВИЧ. Из 400000 человек, двадцать оказались ВИЧ-инфицированными. В 1996 году, из общего количества 30505 тестов на ВИЧ, ВИЧ-инфекция была обнаружена у восьми человек.

Профилактика ВИЧ/СПИДа и стратегия контроля данных заболеваний значительно изменились после обретения независимости и в начале переходного периода, когда страна начала строить демократическое государство. В 1993 году Грузия присоединилась к Рижской Декларации и от обязательного тестирования на ВИЧ перешла на широкомасштабные профилактические меры. Она также акцентировала внимание на вопросах прав человека и сделала приоритетом вопросы просвещения общественности и участия местного населения. Было отменено обязательное тестирование, за исключением доноров крови. В результате количество ежегодно проводимых в Грузии тестов на ВИЧ резко снизилось, и приоритетными стали консультирование и тестирование основных популяций (потребители инъекционных наркотиков (ПИН), коммерческие секс-работники (КСР), мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами (МСМ), носители инфекций, передаваемых половым путем (ИПП) и больные туберкулезом). Сегодня конфиденциальное тестирование и консультирование в связи с ВИЧ предоставляются Национальным центром по СПИДу и 54-ми региональными консультационными центрами, и желающие сохранить анонимность пациенты могут воспользоваться их услугами.

В Грузии, ВИЧ чаще всего передается через инъекционное потребление наркотиков. Второй самый распространенный путь - это половой контакт с инфицированным партнером, который чаще всего встречается среди гетеросексуалов. Потребители инъекционных наркотиков (ПИН) составляют 64.7% зарегистрированных ВИЧ-инфицированных лиц, 27% из этой группы заразились вирусом через незащищенный гетеросексуальный половой акт, а 3,2% составляли мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами (МСМ). Самый высокий процент заражения ВИЧ встречается среди молодых людей в возрасте 15-24 и 25-34 лет. Большинство ВИЧ-инфицированных лиц составляют мужчины (соотношение к женщинам 6:1) и жители городов (60%). Девяносто три процента составляют граждане Грузии и включают небольшое количество внутренне – перемещенных лиц (4%).

В начале эпидемии культура отношения в Грузии к ВИЧ и СПИДу отражала глобальную тенденцию рассмотрения болезни как проблемы, типичной для МСМ и секс-работников. В начале 1990-х годов, ВИЧ распространялся в Грузии, в основном, через незащищенный половой акт между гетеросексуалами и однополыми партнерами, что еще более усилило это восприятие, стигматизацию и дискриминацию. Начиная с 1996-97гг., из-за возросшего числа потребителей инъекционных наркотиков, загрязненные иглы стали главным путем распространения ВИЧ-инфекции (69% зарегистрированных случаев).



Credit: UNICEF Georgia/2004/Giacomo Pirazzi

Поскольку ВИЧ и СПИД приписывались конкретным группам населения (ПИН, КСР и МСМ), и поскольку даже среди названных групп распространенность ВИЧ-инфекции была довольно низкой, среди большей части населения сформировалось ложное мнение, что оно не подвержено риску заражения ВИЧ-инфекцией. Такое убеждение выражено в следующих высказываниях: «Я не употребляю инъекционные наркотики, я – не секс-работник, а следовательно, СПИД никогда не станет моей личной проблемой.» Если в начале 1990-х годов самым распространенным общественным отношением к ВИЧ и СПИДу было то, что это – проблема Африки и Соединенных Штатов, то повышение уровня ВИЧ-инфекции на Украине и в России изменило, хотя и незначительно, это убеждение. Население Грузии до сих пор верит в то, что ему, в целом, не угрожает серьезная эпидемия ВИЧ.

## Соответствующие характеристики грузинской культуры

Некоторые аспекты местной культуры и традиций влияют на распространение эпидемии ВИЧ и должны приниматься во внимание при определении эффективных ответных мер в связи с ВИЧ и СПИДом в Грузии.

Одним из основных свойств грузинской социальной культуры следует считать коллективизм, выраженный в малых группах (расширенная семья, родственники, друзья, соседи и т.п.). Этот базовый признак предопределяет следующие тенденции:

1. Нормы, принятые в малых группах, имеют приоритет перед “абстрактными” нормами, такими как законы, моральные заповеди, правила “рационального мышления”, “правильного образа жизни” и т.д.
2. Межличностным отношениям придается наивысшее значение по сравнению с другими интересами, например, карьерой.
3. Психологические горизонты пространства и времени довольно узки - пространство ограничивается малой группой или группами, а время, в основном, сфокусировано на настоящем моменте.
4. Повседневное поведение и образ действий, которые влияют на будущее, практикуются редко, поскольку немедленная их полезность не очевидна. Профилактика здоровья, которая защищает от различных инфекций, включая ВИЧ, практикуется нечасто.

Из-за дороговизны лечения в официальных медицинских центрах, некоторые люди обращаются к знахарям и принимают изготовленные на травах препараты по приемлемой цене. Люди, страдающие неизлечимыми



Credit: UNICEF Georgia/2004/Giacomo Prozzi

заболеваниями, часто ищут альтернативные средства лечения у знахарей, некоторые из которых утверждают, что успешно излечивают СПИД. Несколько лет назад в местном журнале появилась статья о человеке, больном СПИДом, который утверждал, что излечился от СПИДа посредством йоги. Действительно, потребность в традиционной медицине и альтернативных средствах лечения определяется тем, что антиретровирусное лечение (АРВ) отсутствует в Грузии. Ситуация может измениться после того, как АРВ-лечение станет доступным по всему миру для всех больных СПИДом благодаря проекту Глобального Фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией.

## **Употребление наркотиков и связанное с ним поведение повышенного риска**

В 1990-х годах Грузия прошла через бесчисленное количество кризисов, имеющих социальный, политический и экономический характер. Послеразвала Советского Союза, несколько факторов способствовали распространению употребления инъекционных наркотиков в Грузии: неудачные попытки правительства контролировать нелегальные наркотические вещества, неконтролируемые границы, рост преступности, процветание коррупции, кризис социальных ценностей, общественный пессимизм, социальный и экономический упадок, растущая безработица, а также долгосрочное влияние конфликтов в Абхазии и Южной Осетии – территорий, номинально считающихся частью Грузии, но находящихся, де-факто, вне грузинской юрисдикции.

Геополитическое положение Грузии, которая находится на пересечении Азии и Европы, еще более усложняет создавшееся положение. Страна стала основным связующим звеном путей ввоза наркотиков из Афганистана и Средней Азии (Джанашия 2002; Шелли,.) и нелегальные наркотические вещества, в первую очередь опиаты и гашиш, стали более доступными в Грузии. Несмотря на недавнее постепенное улучшение экономического положения и уменьшение преступности, торговля инъекционными наркотиками и их употребление продолжает расти.

К сожалению, в то же самое время, дефицит бюджета Грузии помешал осуществлению государством таких мер, как профилактика наркомании и программы лечения от наркотической зависимости. Отсутствие субсидируемых



государством решений сочетается со слабой заинтересованностью общественности данным вопросом и недостаточно разработанным законодательством.

Наркотики более доступны и чаще потребляются в больших городах страны, но их можно достать и в малых городах и селах. Потребление наркотиков встречается во всех социальных классах, начиная с необразованных и бедных людей и кончая высокопоставленными правительственными лицами. Согласно исследованиям, приблизительно 150000 человек в Грузии регулярно употребляет запрещенные наркотические вещества и приблизительно 60000 человек из них являются ПИН (Ежегодный отчет о ситуации с наркотиками в Грузии, 2003). С 1999-го года, самым распространенным наркотиком является героин, за ним следуют домашние коктейли из опия-сырца или «маковой соломки». В последнее время изменились средний возраст, географическая и социальная принадлежность потребителей наркотиков. Сейчас потребителей наркотиков можно встретить в любой возрастной группе, но самое большое количество потребителей – в возрасте с 21 до 40 лет.

Хотя употребление наркотиков женщинами противоречит культурным нормам и традициям и не является таким распространенным, как в других странах (например, в Украине и России), по данным экспертов, в последние годы возросло количество женщин и девушек, употребляющих наркотики.

Нынешние поведенческие тенденции среди ПИН находятся под воздействием моделей поведения, возникших в 1960-х годах, когда потребление наркотиков в Грузии стало более распространенным среди элитной молодежи, чем в маргинальных социальных группах. Опрос ПИН, проведенный в Тбилиси в 2002 году, показал, что почти 70% ПИН или окончили университет, или начали учиться в университете, но не сумели его закончить. Даже сегодня, употребление наркотиков не подразумевает «исключение» человека из той или иной социальной среды.

Начиная с 1970-х годов, т.е. до возникновения ВИЧ и СПИДа, гепатит С также часто передавался через шприцы общего пользования. Вследствие этого, ПИН в Грузии стали осведомленными о риске, связанном с использованием общими иглами и стали проявлять большую осторожность в отношении данной практики. Это может быть основной причиной того, что в Грузии количество случаев ВИЧ остается относительно низким среди потребителей наркотиков. Согласно некоторым исследованиям, показатель распространенности ВИЧ среди ПИН ниже 1-го процента.

Употребление наркотиков в Грузии имеет один отличительный по сравнению с Россией и, возможно, Украиной признак, о котором стоит упомянуть. В России, алкоголики и наркоманы часто являются незнакомцами друг для друга, тогда как в Грузии наркоманы обычно формируют более стабильные группы. Это может являться другим фактором, определяющим низкую степень заражения ВИЧ-инфекцией.

Хотя, согласно большинству проведенных исследований, практически все ПИН в Грузии были информированы о двух основных путях заражения ВИЧ (передача через кровь и незащищенный секс), их поведение не стало менее рискованным (Дершем и др., 2004). За последние пятнадцать лет значительно уменьшилась практика использования нестерилизованных личных приспособлений для инъекции, однако все еще наблюдается практика пользования общими приспособлениями для инъекций (по данным опроса, проведенного в Тбилиси в 2002-ом году, 22,7% ПИН пользовались общими иглами между членами одной группы).

Исследования также указывают на высокий риск заражения ВИЧ между ПИН и их сексуальными партнерами (Ситуационный анализ ВИЧ/СПИДа в Грузии, 2001; Дершем Л. и др. 2004): низкая степень регулярного использования презервативов увеличивает риск заражения ВИЧ и другими инфекциями сексуальных партнеров ПИН (особенно их супругов и других регулярных партнеров).

Только небольшое количество ПИН (не более 5%) проходят регулярное тестирование на ВИЧ из-за отсутствия традиции ухода за собственным здоровьем, недоверия к медицинским работникам и учреждениям и страха быть арестованным (хотя тестирование на ВИЧ носит конфиденциальный, анонимный и бесплатный характер для членов основных популяций, существующие законы предусматривают для потребителей наркотиков штраф и арест). Только ПИН, посещающие специализированные медицинские заведения, которые довольно малочисленны в стране (Центр СПИДа, Институт наркологии и неправительственные организации «Общественный союз Бемони» и «Новый путь»), проходят регулярное тестирование на ВИЧ. Поскольку риск заражения ВИЧ особенно высок среди ПИН в местах заключения, где они часто используют наркотики, не имея доступа к чистым инструментам, эта популяция нуждается в безотлагательном и специфическом вмешательстве (Карселишвили, 2002).

## **Стереотипы, связанные с сексуальным поведением в грузинской культуре**

При общей тенденции либерализации сексуальной жизни, традиционные нормы в Грузии включают двойные стандарты и неравные гендерные роли. Например, общественное мнение терпимо относится к добрачным и внебрачным связям мужчин. В отношении же женщин такие связи резко осуждаются, вследствие чего женщины скрывают свои добрачные и внебрачные связи от остальных и даже при анонимном опросе.

Более того, в преобладающем общественном представлении женщина, в первую очередь, является матерью, и поэтому женщина должна заниматься сексом, только если хочет забеременеть. Любое проявление женской сексуальности резко осуждается. Конечно, эти нормы оказывают влияние на образ жизни, и случайные половые связи необычны для Грузии. Даже если мужчина флиртует с женщиной в кафе или на дискотеке, пытаясь завязать любовные отношения, добиться этого ему трудно. Как правило, девушки и женщины беспокоятся о своем «общественном имидже» и испытывают сильное чувство ответственности перед своими родителями.

Согласно социологическим данным, большинство грузинских женщин, жительниц Тбилиси, начинают половую жизнь только после замужества, а после замужества редко используют (или просят своих партнеров использовать) контрацептивы. В грузинской культуре добрачные половые связи у женщин считаются аморальными и отрицательно влияют на репутацию женщины; «традиция девственности» остается господствующим стандартом (Качкачишвили, 1999). С другой стороны, отмеченное повышение возраста вступления в брак (Цуладзе и др., 2003: 57) указывает на то, что вероятность добрачных сексуальных связей возрастает, что также является фактором риска в связи с ВИЧ-инфекцией.

В Грузии гомосексуализм еще более стигматизирован, чем женская сексуальность. Гомосексуалисты, которые считаются людьми, «изменившими свою первичную половую роль», являются предметом ненависти и агрессии со стороны большей части общества и Грузинской православной церкви. Следствием господствующей гомофобии является то, что гомосексуалисты лишены возможности открыто демонстрировать свою сексуальную ориентацию. Вследствие этого, возникают прочные связи между членами групп МСМ.

Тяжелая экономическая ситуация, сложившаяся с 1990 года, способствовала расцвету коммерческого секса. Большинство коммерческих секс-работников (КСР) считают свою работу главным источником дохода. В то же самое время, по их словам они только временно работают в этой области и планируют найти другую работу после того, как смогут накопить какую-то сумму.

В данном контексте, стигма и дискриминация, связанные с ВИЧ и СПИДом, в отношении КСР и МСМ остается намного сильнее, чем в отношении ПИН, несмотря на более высокий риск заражения среди ПИН. Эту тенденцию можно приписать различному социальному статусу данных групп: ПИН, как правило, происходят из зажиточных семей и состоят из небольших, замкнутых групп. Как правило, у них хорошая работа, хорошая машина и репутация блестящего, умного человека. Гомосексуализм, наоборот, сильно стигматизирован, и его поведенческие проявления невидимы; открытые собрания МСМ фактически невозможны. Многие из них женаты на женщинах и ведут жизнь бисексуала, дабы избежать контроля со стороны общественности и дискриминации.

## **Информированность**

Хотя по материалам нескольких исследований (Качкачишвили, 1999, Гудвин и др., 2004) уровень информированности о ВИЧ/СПИДе среди населения Грузии можно считать удовлетворительным, многие опрошенные называли неверные пути инфицирования (воздушно-капельный путь, прикосновение к человеку, живущему с ВИЧ, пользование общей посудой с инфицированным и т.д.). Недостаточное знание о путях передачи инфекции может поставить человека в рискованное положение, а так же усилить изоляцию и неадекватное отношение к ЛВС (людям, живущим с ВИЧ), которые и так испытывают дискриминацию и стигматизацию подобно прокаженным.

Согласно одному исследованию, в котором принимали участие 360 школьников и студентов, 56% опрошенных получали информацию о запрещенных наркотических веществах на улице, 34% - из средств массовой информации и только 10% - из популярной образовательной литературы. Попытка включения сексологии как предмета в программу средней школы постоянно и эффективно блокируется определенными заинтересованными группами, часто возглавляемыми религиозными лидерами, которые имеют существенную власть и влияние.

## Миграция

По оценкам экспертов, приблизительно один миллион граждан Грузии живёт в настоящее время за границей с целью получения заработка и образования (Tsuladze et al., 2003: 161). Большинство эмигрирующих мужчин направляются в Россию и Украину, где степень распространенности ВИЧ выше, чем в Грузии, а так же в Грецию и Западную Европу, а женщины, в основном, эмигрируют в Турцию, Грецию, Соединенные Штаты, Германию и Францию, где многие работают сиделками или нянями. Наиболее интенсивная эмиграция происходит из регионов Самегрело и Джавахети. В отличие от этого, немногие иммигрируют в Грузию, а те, кто иммигрируют – в основном, из России и Азербайджана – обычно находят работу на ферме.

## Тестирование на ВИЧ и скрининг

Первая лаборатория для тестирования на ВИЧ открылась в 1986-м году, и на сегодняшний день в стране имеется приблизительно 60 лабораторий диагностики. Все лаборатории производят добровольное тестирование на ВИЧ и скрининг крови и подтверждают диагнозы с помощью методов «Вестерн блот» и ПЦР. Тесты проводятся в Лаборатории серологии и вирусологии Тбилисского научно-исследовательского центра инфекционных заболеваний, СПИДа и клинической иммунологии (ЦИБСКИИ). Около 18000-20000 человек, представляющие основные ВИЧ-популяции, ежегодно проходят добровольное тестирование. Кроме этого, около 28000 доноров крови проходят обязательное тестирование по программе «Безопасная кровь». Национальная программа по безопасной крови действует с 1997-го года с целью обеспечения страны донорской кровью, свободной от ВИЧ, вируса гепатита С, вируса гепатита В и сифилиса. Из-за ограниченного финансирования, по программе тестируется только 80% донорской крови, хотя этот показатель возрастает благодаря проекту Глобального Фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ). Хотя тестирование на ВИЧ носит полностью конфиденциальный характер, анонимное и добровольное консультирование и тестирование (ДКТ) обеспечивают только пять из существующих центров по диагностике ВИЧ. При поддержке проекта ГФСТМ, на протяжении следующих пяти лет количество центров ДКТ будет увеличено примерно до 40, а для основных популяций (ПИН, КСР, МСМ и молодежь) откроются специальные центры.

При существующих условиях, у системы здравоохранения нет достаточно развитой инфраструктуры и ресурсов для удовлетворения специфических потребностей отдельных членов основных популяций и других групп риска, каковыми являются ПИН, КСР, МСМ, ВПЛ и молодежь. Очень малочисленны организации, которым чужда стигматизация пациентов и которые могут предоставить своим клиентам качественные услуги в уважительной, дружеской и конфиденциальной атмосфере. В 2001-ом году открылось несколько центров при поддержке различных международных организаций-доноров, включая Агентство международного развития США (АМР США) и «Врачи без границ» (Греция). Все центры расположены в городах, но они предлагают услуги «на выезде» и в сельской местности.

В отличие от неправительственных организаций, многие государственные учреждения продолжают дискриминацию основных популяций, используя принудительное диагностирование и лечение. Кроме этого, государственные заведения обладают ограниченными возможностями по предоставлению бесплатных услуг. Помимо стигмы и дискриминации, стоимость обслуживания является основным фактором, влияющим на доступность данных учреждений для маргинальных групп и заставляет их искать альтернативное лечение где-либо в другом месте.

До 95% зарегистрированных ЛЖВ (людей, живущих с ВИЧ) в Грузии не имеют работы и живут в крайней бедности (Национальный центр СПИДа), их потребности не ограничиваются нуждой в лечении и уходе в связи с ВИЧ или СПИДом. Психосоциальная поддержка является для ЛЖВ насущной необходимостью. Данная субпопуляция становится более организованной в своем стремлении защитить собственные права и получить более качественное лечение и уход. Многие из этих нужд, в том числе проведение высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), будут по крайней мере частично удовлетворены государственными программами и поддержкой ГФСТМ. В настоящее время, только ВИЧ-инфицированные лица на стадии СПИДа имеют право бесплатно получить ВААРТ. До начала проекта ГФСТМ, только четыре ЛЖВ проходят сейчас лечение за счет государства, а 22 пациента сами оплачивают лечение АРВ-препаратами. Получить такое лечение возможно только в Национальном центре СПИДа и в двух региональных центрах СПИДа в Аджаре и Самегрело.

Недостаточная социальная поддержка и неудовлетворительный уход, включая паллиативное лечение, требуют незамедлительных мер. Ответственность за паллиативный уход остается за семьями больных СПИДом, находящимися в терминальной стадии болезни, что является непосильным трудом для женщин в семье больного, на которых в Грузии обычно ложится все бремя ухода за больным.

## **Профилактика и поддержка**

До 1996 года, только специализированные государственные учреждения, а именно Национальный центр СПИДа (ЦИБСКИИ) и его филиалы, работали над профилактикой ВИЧ-инфекции в Грузии. После того, как в 1997 году ЮНИСЕФ проявил интерес к этой сфере, ситуация резко улучшилась. ЮНИСЕФ, вместе с другими членами тематической группы ЮНЭЙДС, включающей ПРООН, ЮНФПА, ВОЗ и Всемирный банк, возглавил государственный стратегический план страны по контролю ВИЧ и СПИДа. Группа провела анализ ситуации и ответных мер в связи с ВИЧ/ СПИДом, который был завершен в 2002-ом году, и выработала государственный стратегический план действия в связи с ВИЧ/ СПИДом на 2003-2007 годы (ЮНИСЕФ, Грузия, 2004).

Вместе с организациями ООН, несколько международных и двусторонних организаций приняли участие в профилактике ВИЧ в Грузии. С 2002-2004 гг., Агентство международного развития США (АМР США) выделило грант в размере 1,5 миллионов долларов с целью профилактики ВИЧ среди ПИН и КСР в Тбилиси, Аджаре и Западной Грузии, т.е. в регионах, выбранных на основе данных ВИЧ-надзора и географического местоположения (основные порты Грузии).

Проект, осуществляемый Фондом «Спасите детей» и его партнерами – НПО «Танадгома» и «Бемони», проводит на местах «работу на выезде» (outreach) в связи с ВИЧ/ИПП и предоставляет качественное консультирование, тестирование, диагностику, лечение для ПИН и КСР в определенных местностях. В 2002-ом году, в рамках проекта проводилось базовое исследование поведения и биомаркеров (ББИ) для оценки распространенности поведения повышенного риска в вышеназванных двух популяциях. Последующее исследование, запланированное на конец 2004-го года, должно оценить эффективность профилактических мер. «Тандгома» и «Бемони», в основном, придерживаются социо-культурологического подхода для усиления эффективности мер, направленных на профилактику ВИЧ в двух целевых популяциях.

НПО "Уорлд вижн интернешнл" использует крупный грант от "Бритиш петролиум" для осуществления проекта по профилактике ВИЧ/ИПП в районах Грузии, расположенных вдоль нефтепровода Баку - Джейхан. Проект направлен на образовательную работу с местным населением и иностранными рабочими по профилактике ВИЧ и пропаганде безопасного сексуального поведения. Все работники принимают участие в обучении. Обеспечивается многоязычная коммуникация для удовлетворения потребностей этих различных групп.

Две местные НПО – «Фонд поддержки больных ВИЧ/СПИДом» и «Georgian + Group» очень активно действуют в области защиты прав ЛЖВ и предоставляют также необходимую психосоциальную помощь. При поддержке ЮНЭЙДС/ЮНИСЕФ, две группы создают сеть ЛЖВ, которая может распространиться по стране в рамках проекта Глобального Фонда.

Национальный центр СПИДа объединил усилия вместе с несколькими НПО в деле профилактического образования молодежи с использованием методов ДКТ, программ взаимного обучения, культурно-образовательных мероприятий, распространения материалов ИОК (информация, образование, коммуникация) и пропаганды использования презервативов. В настоящее время, в Грузии не существует официальных школьных программ по уходу за здоровьем, хотя существует несколько малых образовательных программ такого рода. Например, Педагогический институт работает над Программой выработки жизненных навыков при поддержке ЮНИСЕФ/ГФСТМ с 2001 года. Было создано пособие для учителей при работе со школьниками на протяжении первых восьми лет обучения в школе, но Министерство образования не утвердило данное пособие.

В рамках проекта Глобального Фонда продолжается разработка программы профилактики ВИЧ, ИПП и наркомании. Группа местных экспертов (учителя, психологи, специалисты по профилактике ВИЧ и наркомании) на данном этапе работают над учебным планом и пособием для учителей. Двадцать школ будут принимать участие в пилотной фазе проекта и учителя из этих школ пройдут обучение по методам ведения уроков на темы профилактики ВИЧ и ИПП, а также по проведению образовательной работы со школьниками по вопросам того, как избежать употребления наркотиков и табачных изделий.

Проведение в школе образовательной работы по вопросам секса превратилось в Грузии в сильно политизированный вопрос, и некоторые религиозные лидеры и поллитческие партии яростно противятся таким программам. Для того чтобы избежать подобной реакции, надо провести четкое различие между образовательной работой в области сексологии и образовательной работой по профилактике ВИЧ. После пилотной фазы программа будет принята и начнет постепенно расширяться. Полный ИОК-пакет этой программы будет тщательно изучен специальным комитетом представителей общественности, включающим религиозные группы, людей живущих с ВИЧ, и подростков, чтобы усовершенствовать содержание и язык материала. Принимая во внимание местные ценности и традиции, такие как девственность женщины до замужества, а также требования религиозных лидеров, основной идеей этого курса будет пропаганда воздержания, а параллельно будет предоставляться информация о путях заражения ВИЧ.

## Структура здравоохранения

После того как в 1991-ом году Грузия обрела независимость, в стране появились повсеместная беднота, безработица и экономические трудности; государственные финансовые средства стали ограниченными. Все это сказалось на населении страны в виде серьезных проблем связанных со здоровьем, включая возросшую заболеваемость и смертность. Кроме этого, из-за финансовых причин, многие предпочитают обращаться к знахарям вместо современных служб здравоохранения и предпочитают отложить визит в медицинское учреждения до тех пор, пока не обнаружатся серьезные симптомы и самочувствие резко ухудшится – очевидно, что такое решение еще более усугубляет состояние больных (Скарбинский и др, 2002).

Первая официальная реформа здравоохранения была разработана в 1992 году. Она начала осуществляться в 1994 году, при технической и финансовой поддержке Всемирного банка и Программы партнерства по вопросам здравоохранения между Атлантой и Тбилиси. Первый этап этих реформ подразумевал структурную реорганизацию всей системы, в том числе: новую роль Министерства здравоохранения, как регулирующего и определяющего политику органа в секторе здравоохранения; независимость местных структур здравоохранения; приватизацию поликлиник общего профиля и стоматологических поликлиник; и развитие отделов общественного здравоохранения. Второй этап реформы был направлен на развитие современной системы первичного здравоохранения и реорганизацию/реконструкцию главных больниц.

После этих начальных реформ улучшились многие аспекты системы здравоохранения. Некоторые цели были достигнуты, а некоторые требуют дальнейшей работы и большей приверженности. Например, были сделаны слабые попытки изменить принципы финансирования системы здравоохранения. Несмотря на создание Государственной медицинской страховой компании, которая ассигнует 4% от налога на заработную плату, бюджет Компании очень невелик. Начиная с 1994 года государственные расходы на душу населения в секторе здравоохранения возросли приблизительно в двадцать раз. Однако в 2002 году, они составляли всего лишь 18,35 лари (9 долл. США) на душу населения. На сегодняшний день, правительство покрывает примерно 15-20% всех расходов в секторе здравоохранения.

С начала реформы, более десяти лет тому назад, Министерство здравоохранения Грузии взяло на себя обязанность полностью финансировать основной пакет услуг, включающий государственное здравоохранение и основные клинические услуги. Основной пакет услуг был определен посредством Государственной медицинской страховой компании, которая оплачивает включенные в пакет услуги. Однако ограниченный бюджет Компании и недостаточность публично доступной информации о пакете услуг препятствуют тому, чтобы люди посещали заведения, предоставляющие услуги в области здравоохранения. В пакете услуг, финансируемом Страховой компанией, приоритетными являются услуги для детей, малоимущих, внутренне перемещенных лиц и пожилых людей. Эти услуги направлены на максимально возможное удовлетворение многообразных потребностей различных регионов.

Как часть реформы здравоохранения, Парламент Грузии принял закон о доступности здравоохранения. Глава II этого закона касается прав граждан на уход за здоровьем, но очень немногие грузины знают о своих правах. Потребители услуг здравоохранения в Грузии в основном являются пассивными потребителями, а не активными участниками системы здравоохранения. Фраза «качество ухода за здоровьем» является абсолютно абстрактной в Грузии. Несмотря на это, люди, живущие с ВИЧ, относительно хорошо информированы о пакете услуг в области здравоохранения и как правило требуют более качественного ухода за здоровьем и более качественного лечения, чем остальные члены общества.

## **Законодательство**

Грузия была одной из первых стран бывшего Советского Союза, принявшая закон о профилактике ВИЧ.

Закон 1995-го года предусматривал следующее:

- Повышение уровня знаний и ответственности правительства в области контроля СПИДа и ВИЧ;
  - Создание эффективной государственной руководящей базы и выработку координирующих действий во многих секторах общества;
  - Обеспечение социальной защищенности, юридических прав и обязанностей людей живущих с ВИЧ;
  - Обеспечение юридической и социальной защиты медперсонала;
  - Минимизацию влияния ВИЧ и СПИДа на государственном, общественном и индивидуальном уровне.
- (Национальная программа по профилактике СПИДа и ВИЧ. Парламент Грузии. Март, 1995).

Основные положения Закона 2000-го года о СПИДе и ВИЧ предусматривают следующее:

- Обязанности государства (принятие политических решений, развитие потенциала, финансирование) в отношении ВИЧ и СПИДа и разработка стратегий на центральном, региональном и местном уровне;
- Принципы эпидемиологического надзора;
- Добровольное тестирование граждан на ВИЧ;
- Защита прав и интересов людей, живущих с ВИЧ, обеспечение конфиденциальности, свободы выбора, уважения, безопасности и равенства;
- Лечение людей живущих с ВИЧ, забота о них и доступность услуг здравоохранения;
- Социальная защита людей, живущих с ВИЧ, и членов их семьи;
- Защита прав и определение обязанностей медицинского персонала, работающего в области ВИЧ/СПИДа, и социальная защита медицинского персонала.

Социальный и культурный климат Грузии, наряду с ограниченными ресурсами для профилактики и лечения СПИДа и ВИЧ, затруднили практическое осуществление некоторых частей закона; например, требование в отношении врачей оказывать помощь людям, живущим с ВИЧ, не предоставляя им при этом в достаточном количестве медицинских инструментов одноразового пользования.)

В Ноябре 2002-го года, в Закон Грузии о наркомании были внесены определенные поправки. Это повлекло некоторые положительные изменения, в том числе частичную декриминализацию потребителей инъекционных наркотиков и легализацию метадоновой заместительной терапии. К сожалению, законом до сих пор не предусмотрено осуществление программы обмена игл – даже в тюрьмах. В рамках проекта Глобального Фонда планируется провести несколько пропагандистских семинаров для обеспечения общественной и официальной поддержки для такого рода програм. В данный момент, осуществляются два пилотных проекта при устном согласии местных полицейских департаментов. Организаторам программы придется выдвинуть сильные, убедительные аргументы, чтобы заручиться поддержкой общества.

В Грузии нет законов, регулирующих область коммерческого секса. Один пункт Гражданского Кодекса налагает запрет на эту сферу деятельности, но закон не упоминает о социальных и экономических причинах, вынуждающих людей браться за такого рода работу. Данный факт еще более усложняет разработку и осуществление конкретных профилактических програм для работников коммерческого секса. При отсутствии таких законов «сек-работа» может по-разному интерпретироваться представителями полиции и специализированных учреждений здравоохранения.

## **Меры, предпринимаемые государством**

Для грузинского правительства контроль и предотвращение СПИДа и ВИЧ являются наивысшим приоритетом в области общественного здравоохранения. Несмотря на это, из-за недостатка ресурсов в секторе здравоохранения, бюджет, выделенный на контроль и профилактику СПИДа и ВИЧ, является минимальным.

Первая правительственная программа по СПИДу и ВИЧ (Национальная программа по профилактике и контролю СПИДа и ВИЧ) начала осуществляться в 1994 году. Основной целью программы является контроль и предотвращение эпидемии ВИЧ и СПИДа среди основных популяций и всего населения страны при помощи консультирования и тестирования, образовательной работы и пропаганды здорового образа жизни.

В 1997 году, правительство взяло на себя обязательство обеспечить безопасность крови и препаратов крови посредством национальной программы «Безопасная кровь», которая предполагала обязательное тестирование всех доноров крови на ВИЧ, вирус гепатита В, вирус гепатита С и сифилис. Программа финансируется ресурсами государственного бюджета, выделенными для программ общественного здравоохранения. В 2004 году на программы по контролю и профилактике ВИЧ и СПИДа было ассигновано около 170,000 долл. США. На 2004 год бюджет национальной программы «Безопасная кровь» составлял около 420,000 долларов.

Профилактика передачи ВИЧ от беременной матери ребенку (ППМР) является одним из компонентов государственной программы по профилактике и контролю СПИДа и ВИЧ. Проект Глобального Фонда предполагает тестирование беременных женщин на ВИЧ и их консультирование по всей территории Грузии, а так же бесплатное профилактическое АРВ- лечение матерей с положительной реакцией на ВИЧ и их младенцев.

Государственной службой по контролю СПИДа, созданной в 1990 году, руководит правительственная комиссия по вопросам ВИЧ/СПИДа, инфекций передаваемых половым путем, и другим инфекционным заболеваниям. Комиссия была сформирована в 1996 году тогдашним премьер-министром Автандилом Джорбенадзе. В нее входят руководители различных министерств (министры и заместители министров) и госдепартаментов, в том числе Министерства труда, здравоохранения и соцобеспечения, Министерства юстиции, Министерства образования, Министерства внутренних дел, Министерства иностранных дел, Министерства государственной безопасности и Департамента пограничного контроля. Комиссия ответственна за разработку и осуществление многосекторной программы по профилактике и контролю СПИДа и ВИЧ.

Осознавая ограниченность внутренних ресурсов, грузинское правительство и национальные группы по контролю СПИДа обратились несколько лет назад к донорам международного сообщества, дабы привлечь их внимание к существующей в стране проблеме СПИДа и ВИЧ.

В 2002 году страна закончила всеобъемлющий стратегический план по решению проблемы ВИЧ и СПИДа на 2003-2007 гг., при технической поддержке ЮНЭЙДС и ЮНИСЕФ. С целью включения сектора НПО, людей, живущих с ВИЧ, и представителей общественности в разработку политики по профилактике и контролю ВИЧ и СПИДа, а так же с целью привлечения дополнительного внешнего финансирования, в тот же самый год был создан Страновой координационный механизм.

Все основные участники и заинтересованные лица представлены в Страновом координационном механизме, который оказался очень успешным в разработке национального проекта «Усиление общенациональных мер по борьбе с ВИЧ и СПИДом в Грузии». Глобальный Фонд выделил 12 миллионов долларов на финансирование данного проекта в 2003-2007 годы. Названная сумма в десять раз превосходит общий бюджет государственной программы по превенции и контролю СПИДа и ВИЧ. Благодаря программе Глобального Фонда, всем ВИЧ-инфицированным лицам в стране, которым поставлен диагноз «СПИД», будут предоставлены высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ), а так же такие услуги, как тестирование на АРВ-резистентные штаммы ВИЧ. По предварительной оценке, лечение АРВ-препаратами обходится ежегодно от \$1600 до \$2000 на одного пациента. Подобно многим странам, доступность ВААРТ может изменить восприятие общественностью ВИЧ/СПИДа - если в настоящее время она воспринимается как смертельная болезнь, то в будущем она может восприниматься как опасная хроническая инфекция, которую можно лечить. В свою очередь, большее количество людей будет обращаться за услугами по добровольному тестированию и консультированию. Когда АРВ-препараты станут легкодоступными, решающим компонентом ухода, поддержки и лечения станет «образование по вопросам лечения».

## Рекомендации

- Поскольку показатель распространенности ВИЧ низок, а риск распространения эпидемии ВИЧ относительно высок, основным компонентом в профилактике ВИЧ в Грузии должна быть образовательная работа с населением, и самое главное, образовательная работа, направленная на молодежь. Следует разработать, практически апробировать и осуществить информационно-образовательные кампании, учитывающие культурные особенности и определенные возрастные группы.
- Следует разработать учебный план школьной образовательной программы, содержащей соответствующие обучающие материалы. В его разработке должны принимать участие все основные участники – Министерство образования, Министерство здравоохранения, учительские и родительские ассоциации, религиозные лидеры и широкая публика. Материал должен пройти апробацию в рамках пилотных программ в городских и сельских школах. Родители и учителя должны принимать активное участие в рассмотрении учебного плана.
- Для контроля эпидемии в основных популяциях (ПИН, КСР, МСМ) должны осуществляться более широкомасштабные превентивные программы (снижение вреда, аутич, мероприятия ИОК, консультирование и тестирование, взаимное обучение).
- Государство должно обеспечить обучение и образование медицинского персонала (врачи и медсестры) по вопросам ВИЧ и СПИДа через проведение соответствующих курсов усовершенствования специалистов. (Среди медсестер очень низок уровень знаний касательно СПИДа и ВИЧ; Гудвин и др., 1999.)
- Особое внимание заслуживает профилактика ВИЧ среди мигрантов. Необходимо провести информационно-образовательную работу, принимающую во внимание лингвистические потребности целевой популяции. Такого рода работа включает распространение соответствующих буклетов и пропаганду презервативов на пограничных территориях страны, где целевыми группами являются мигранты.
- Работа по профилактике ВИЧ должна проводиться в пенитенциарной системе Грузии. Здесь целевой группой являются заключенные, употребляющие инъекционные наркотики. Работа в пенитенциарной системе предполагает содействие обмену шприцов, информирование, образование, консультирование и добровольное тестирование.
- Пропагандистская работа необходима для создания законодательной среды, способствующей осуществлению эффективных действий по профилактике ВИЧ, направленных на основные популяции. Помимо этого, надо развивать соответствующие институциональные возможности.
- Некоторые определенные культурой представления и традиции, характерные для современного грузинского общества, содержат возможность для инновационного вмешательства. Как было сказано раньше, в Грузии потребители инъекционных наркотиков являются группой наивысшего риска. Помимо этого, среди определенных слоев грузинской молодежи социальный образ потребителя наркотиков довольно привлекателен, или, по крайней мере, не вызывает чувства ненависти или отторжения. Представляется полезной разработка более широкой программы (она может иметь характер пилотной программы), направленной на разрушение этого образа, с целью де-популяризации потребления наркотиков. В данном случае, церковь может сыграть положительную роль.
- Сотрудники средств массовой информации Грузии должны быть обучены работе с проблемами в области ВИЧ и СПИДа, обращая особое внимание и полностью соблюдая принципы прав человека и конфиденциальности. Следует использовать средства пропаганды, для того чтобы вызвать интерес у СМИ к более широкой трансляции передач, содержащих информацию о предотвращении ВИЧ.

## Литература

Антелава Л., Стилиа К., Джаши М. 2001. *Ситуационный анализ ВИЧ/СПИДа в Грузии*. (ЮНЭЙДС, ЮНИСЕФ). Грузинский научно-исследовательский центр инфекционных заболеваний, СПИДа и клинической иммунологии. Тбилиси, Грузия



Годовой отчет о наркоситуации в Грузии, 2003. *Программа помощи по профилактике злоупотребления наркотиками и контрабанды наркотиков на Южном Кавказе* (программа СКАД), Программа Развития ООН.

Дершем Л, Гуrolла Бонилла С, Сирбиладзе Т., Тодадзе Х, Даллабета Д, Цагарели Т., Ствилиа К. 2004. *Свойства, поведение повышенного риска, и знание о ИПП/ВИЧ/СПИДе; распространенность ВИЧ и сифилиса среди потребителей инъекционных наркотиков в Тбилиси*. Отчет об исследовании поведенческого надзора с компонентом биомаркера для проекта SHIP.

Дершем Л. и др. 2004. *Ситуационный анализ ВИЧ/СПИДа в Грузии, 2001*.

Гудвин Р., Козлова А., Квятковска А., Нгуен Луу Л. А., Нижарадзе Г., Реало А., Кулвет А., Раммер А. 2003. Социальные репрезентации ВИЧ/СПИДа в Центральной и Восточной Европе. *Социальная наука и медицина*, том 56, стр. 1373-1384.

Гудвин Р., Козлова А., Нижарадзе Г., Полякова Г. 2004. ВИЧ/СПИД среди подростков в Восточной Европе: знания о СПИДе и ВИЧ, социальные репрезентации риска и сексуальной активности среди школьников и бездомных детей в России, Грузии и Украине. *Журнал психологии здоровья*, том 9, стр 381-396.

Гоцадзе Т., Чавла М., Чхартшвили К. 2004. *ВИЧ/СПИД в Грузии - Борьба с кризисом*. Рабочий документ Всемирного банка #23.

Гзиришвили Д., Матарадзе Г. 1998. *Реформа системы здравоохранения в Грузии*. Программа Развития ООН.

Джинчарадзе Г., Паичадзе Т. 2002. *Кто будет презирать одного из этих малышей? – О сексуальном образовании детей. "Союз Православных Родителей"*. Тбилиси, Грузия.

Джанашия Д. 2002. *Вызов XXI Века*. Тбилиси, Грузия

Качкачшвили.1999. *Анализ социологического исследования проблем связанных с репродуктивным здоровьем среди жителей Тбилиси*. Новая парадигма, #3, стр. 125-170.

Карселишвили В. 2002. *Профилактика ВИЧ/СПИДа, гепатита и ЗПП в тюрьмах Грузии*. Доклад сделанный на конференции "Наркомания – семейная или государственная проблема?" Тбилиси, Грузия.

Хомасуридзе А., Кристесашвили Д., Цуладзе Г. 2002. *Исследование репродуктивного здоровья подростков – ЮНФПА*.

Сербанеско Ф., Моррис Л., Нуцубидзе Н., Имнадзе П., Шакназарова М. 2001. *Исследование репродуктивного здоровья женщин, Грузия 1999: Конечный отчет*. Центры по контролю заболеваний. Атланта, Джорджия, США.

Шелли Л. Организованная преступность в бывшем Советском Союзе: Особенности Грузии. <http://www.traccs.cdn.ge/publications/publication1.html>

Скарбинский Д К, Уолкер, Л. Бейкер, А. Кобаладзе, З. Киртава, Р. Томас. 2002. Бремя наличных платежей для системы здравоохранения Тбилиси, Республика Грузия. *Журнал Американской Медицинской Ассоциации*, том 287, стр. 1043.

Ткешелашвили К., Дел Рио С., Нельсон Н., Церцвадзе Т. 2003. Возникновение ВИЧ/СПИД эпидемии в Республике Грузия: приобретенный опыт и профилактические возможности. Принято для опубликования *Международным журналом по вопросам ЗПП и СПИДа*.

Цуладзе Г., Маглаперидзе Н., Вадачкория А. 2003 *Демографический ежегодник Грузии*. ЮНФПА, Тбилиси, Грузия.

## Приложение: Биографии авторов

### Главный научный консультант

#### Синтия Бакли

в 1987 году получила степень магистра в области русистики и восточно-европейских исследований, а в 1991 году степень доктора философии в области социологии (обе степени получены в Мичиганском университете в Ан Арбор). На сегодняшний день она является адъюнкт-профессором социологии и обладателем почетного звания *Centennial Fellow* в Институте инноваций, творчества и капитала Техасского Университета, Остин, где она также занимает пост ассоциированного заведующего кафедрой славистики и евразийских исследований. Доктор Бакли читает курсы по социальной демографии, развитию и методологии, а ее основная область научно-исследовательских интересов – проблемы изменения и адаптации населения в странах с переходной экономикой. В прошлом С. Бакли являлась членом исполнительного комитета Американской ассоциации развития славистики. В настоящее время она работает в Комиссии по стипендиям Евразийского Совета социальных исследований и в Международном консультативном комитете Кавказского центра исследовательских ресурсов. С. Бакли также является членом редакционной коллегии изданий *Slavic Review* (*Обзор исследований по славистике*) и *Sociological Research* (*Социологические исследования*), и вице-президентом Ассоциации по исследованию национальностей. Ее исследования в *Slavic Review* (*Обзор исследований по славистике*), *Population Research and Policy Review* (*Исследование популяции и обзор политики*), *International Migration Review* (*Обзор международной миграции*), *Studies in Family Planning: Continuity and Change* (*Исследования по планированию семьи: непрерывность и изменения*), *Central Asian Survey: Women and Aging* (*Центральноазиатские исследования: женщины и старение*), *The Journal of Gerontology* (*Журнал геронтологии*) и еще в нескольких изданиях. В настоящее время д-р Бакли работает над следующими научными проектами: оценка качества данных, полученных при переписи населения России в 2000 году (вместе с Доминик Арель и Валерием Тишковым); вопросы миграции в Евразии - руководитель рабочей группы Института Кеннана Государственного департамента США (вместе с Блер Раблом); исследование изменений в структуре семьи и уходе за здоровьем в Центральной Азии, проведенное посредством различных методик. В 2004 году С. Бакли работала научным консультантом проекта ЮНЕСКО/ФИТ, Фландрия, который оценивал социальные и культурные корреляты риска, связанного с ВИЧ/СПИДом, в странах Южного Кавказа.

## Авторы из Армении

### Аршак Папоян

- окончил Ереванский государственный Медицинский Институт Лечебно-профилактический факультет в 1998г. В 1999г. прошел интернатуру в Арабкирском Центре эпидемиологического и гигиенического надзора. Он также завершил Ежегодные летние курсы по Принципам исследований в области СПИ и ВИЧ/СПИД в Вашингтонском Университете (Сизтл, Вашингтон, США). С 2004г. является заведующим отделом эпидемиологического надзора Национального Центра по Профилактике СПИДа. Он был членом рабочей группы Эпиднадзора второго поколения за ВИЧ В Армении в 2002г., а также членом рабочей группы Национального Центра Мониторинга информационных систем по использовани наркотиков в рамках программы по борьбе с наркотиками в Южном Кавказе с 2003г. С 2002г. является национальным тренером и фасцилитатором на различных семинарах, тренингах, рабочих встречах проводимых при поддержке Глобального Фонда, ВОЗ, ПРООН, Объединенной Программы ООН по ВИЧ/СПИДу. Он также является автором более 30 книг, образовательных материалов, научных статей и абстрактов, различных научных публикаций.

### Ануш Аракелян

- получила степень бакалавра (1999 г.) и магистра (2001 г.) социологии в Ереванском Государственном университете, пройдя курс на кафедре Социологии факультета Философии, Социологии и Психологии. Работает социологом в отделе социологических исследований медиа холдинга “АЛМ”. Также готовит матермалы для инфармационно-аналитической передачи “Обзор прессы”. Участвовала и организовывала исследования по проблемам здравоохранения, гендерные проблемы, медиа-мониторинг, опросы общественного мнения.

### Эльмира Бахшиян

- является студенткой факультета социологии отдела социологии магистратуры Ереванского Государственного Университета. В 2002 году она получила степень бакалавра в Ереванском государственном университете, факультета философии, социологии и психологии отдела социологии. В настоящее время она работает социологом в неправительственной организации “Реальный Мир, Реальные Люди”, и она принимала участие во многих исследованиях, в частности, она была со-организатором исследования проекта: “Качество жизни людей, живущих с ВИЧ”, спонсируемого неправительственной организацией “Реальный Мир, Реальные Люди” и Республиканским Центром Предотвращения СПИДа. В круг ее профессиональных интересов входят социальный маркетинг, связи с общественностью, права человека и социологическая методология.

## Авторы из Азербайджана

### **Лейла Исмаилова**

в 1999 году окончила Колумбийский университет (Нью Йорк) со степенью магистра в социальной сфере. В 2002 году она также получила степень магистра психологии в Бакинском государственном университете (г. Баку). Она руководит Центром психологической консультации, который предоставляет психологические услуги и консультирование взрослым, детям и их семьям. Л. Исмаилова также читает лекции на факультете социальных наук и психологии Бакинского государственного университета.

### **Телман Гулуоглу Магеррамов**

окончил в 1994 году Азербайджанский медицинский университет. С тех пор он работает офицером медицинской службы в военном госпитале в Карабахе, Азербайджан. В 2000 году он начал работать руководителем эпидемиологического отдела в Национальном центре СПИДа в Баку. В 2002 году доктор Магеррамов являлся соавтором первого эпидемиологического и поведенческого надзорного обследования ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков и коммерческих секс-работников (женщин) в Азербайджане. Данный проект осуществлялся под наблюдением Национального центра СПИДа при поддержке ВОЗ.

### **Таир Фарадов**

окончил в 1979 году Московский государственный университет со степенью магистра психологии, а в 1987 году получил степень доктора философии в Институте философии и права Азербайджанской Академии Наук. Т. Фарадов имеет 25-летний опыт работы в области социологии, политических наук и разрешения конфликтов. Он является старшим научным сотрудником Департамента демократии и гражданского общества, а также Департамента мира и разрешения конфликтов Международного центра социальных исследований (МЦСИ), Баку. Доктор Фарадов осуществил более десяти научных проектов и получил несколько грантов на проведение научно-исследовательской работы и несколько стипендий от Фонда Джона Д. и Кэтрин. Т. Макартур, Фонда поддержки Открытого Общества (RSS/OSSF), АЙРЕКС, НАТО и Информационной службы США. В 1997 году он был приглашен для проведения научно-исследовательской работы в Центр исследований Ближнего Востока Калифорнийского университета Лос-Анджелеса (UCLA).

## Авторы из Грузии

### **Кетеван (Кети) Ствилиа**

заведует отделом по профилактике СПИДа в Научно-исследовательском центре инфекционных заболеваний, СПИДа и клинической иммунологии (Тбилиси). В 1998 году, доктор Ствилиа получила степень магистра в Школе Гражданского управления Роберта Вагнера (Нью - Йоркский университет, Нью-Йорк). Она также являлась стипендиантом Программы Эдмонда Маски и Акта поддержки мира. К. Ствилиа в основном работает на следующей тематикой: политика профилактики и контроля ВИЧ/СПИДа, поведенческое и эпидемиологическое исследование ВИЧ/СПИДа, реформа системы здравоохранения. Она принимала участие во внедрении современной методологии по профилактике ВИЧ/СПИДа, а также активно участвовала в стратегическом планировании действий связанных с ВИЧ/СПИДом в Грузии, включая ситуационный анализ СПИДа/ВИЧ (проект финансируемый ЮНЭЙДС). Доктор Ствилиа является соавтором проекта предьявленного от имени Грузии Глобальному фонду по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ), который выделил 12 миллионов американских долларов на финансирование данного проекта в 2003-2007 гг.

### **Георгий Нижарадзе**

получил степень кандидата психологических наук в 1985 году (присуждена Научным советом Института психологии им. Д. Узнадзе Академии наук Грузии). Г. Нижарадзе является руководителем Лаборатории психологии культуры Института психологии им. Д. Узнадзе Академии наук Грузии (Тбилиси). Он также руководит научно-исследовательской группой Международного центра по конфликту и переговорам и читает лекции по социальной и крос-культурной психологии в Тбилисском государственном университете им. И. Джавахишвили, Тбилисском государственном политехническом университете и Государственном университете иностранных языков и культуры им. И. Чавчавадзе. Г. Нижарадзе принимал участие в следующих двух международных научно-исследовательских проектах по проблематике СПИДа и ВИЧ: «Социальная репрезентация СПИДа и ВИЧ в Центральной и Восточной Европе» (1998-1999) и «Знание СПИДа/ВИЧ: Социальная репрезентация риска и сексуальная активность среди школьников и бездомных подростков в России, Грузии и Украине» (2001-2003).

### **Хатуна Тодадзе**

получила степень магистра в Тбилисском государственном медицинском институте (1989) и степень кандидата медицинских наук по наркологии в Тбилисской государственной медицинской академии (1999). Она является Директором по научной части Грузинского института наркологии и доцентом Кафедры наркологии Государственной медицинской академии. Доктор Тодадзе является экспертом Министерства здравоохранения Грузии в области наркомании и Национальным координатором по потребности на наркотики Она в основном работает на следующей тематикой: эпидемиологическое исследование злоупотребления наркотическими веществами и связанного с ним вреда, психо-социальные аспекты наркомании в Грузии, внедрение современных методов профилактики и лечение наркомании. Доктор Тодадзе принимала участие в нескольких проектах по эпидемиологии и профилактике ВИЧ/СПИДа, включая ситуационный анализ СПИДа/ВИЧ и анализ ответных мер проводимых в связи со СПИДом/ВИЧ в Грузии (2000-2002). С 2005-го года она является координатором программы заместительной терапии впервые осуществляемой в стране в рамках проета ГФСТМ по профилактике ВИЧ.