

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 человека 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»¹ 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.² (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

¹ Концентрированный этап или, иначе говоря, «второй этап» эпидемии, относится к наивысшей степени распространенности эпидемии, сконцентрированной в основных социальных группах с повышенным риском подверженности ВИЧ.

² 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.

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.

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.³ 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 предъявляют результаты тестирования в государственное учреждение - Республиканский кожно-венерологический диспансер, что весьма затрудняет контроль и отслеживание ВИЧ и ИПП.

Основные группы населения, подверженные ВИЧ

Социально-экономические факторы

³ Несмотря на то, что обязательное тестирование относится только к донорам крови, тестирование рекомендуется зарегистрированным ПИН, ПИН требующим лечения, лицам с ИПП и заключенным.

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.

Согласно данным Республиканского наркологического диспансера⁴, 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 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.

⁴ В Азербайджане наркологические диспансеры (или наркологические клиники) субсидируются государством.

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 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 ИППП, 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.

Заключенные

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 мероприятий⁷. 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).

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

⁷ Согласно действующим директивам, ПИН, находящиеся в заключении, должны проходить тестирование два раза в год.

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 субкультурных 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-беженок 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 ВИЧ⁸.

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

⁸ Однако, согласно Азербайджанскому Национальному Центру по борьбе со СПИДом, на протяжении последних шести лет был зафиксирован только один случай заражения ВИЧ через переливание крови.

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 вообще 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, регулирующими 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/ СПИД. С одной стороны, степень распространенности 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 искаженную, 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 отношение 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/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/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/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 организациям, 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)¹⁰ 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»¹¹. 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.

¹⁰ <http://www.mednet.az>

¹¹ Ресурсный Центр по ВИЧ/СПИДу: <http://www.undpaz.az/respaz.html>

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 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/СПИДу¹² 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.
- 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 социокультурные 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

¹² <http://www.un-az.org/undp/aids.php>

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 сензитивность* 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:
 - Определение ключевых факторов, воздействующих на модели поведения повышенного риска среди различных возрастных и социальных групп;
 - Сбор более обширной информации по социальным вопросам, тесно связанным с ВИЧ (бедность, миграция, потребление наркотиков), и демографическим и социальным данным об основных группах;
 - Оценка качества и уровня жизни ЛЖВ (включая соблюдение их прав);
 - 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;
 - 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. 2001. *СПИД: медицинские, социальные, политические, экономические, правовые и морально-психологические аспекты.* Баку, Азербайджан.

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

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

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

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

Государственный Статистический Комитет. 2004. *Отчет о гендерной статистике*. Баку, Азербайджан. 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 (Доступ получен в феврале 2005-го года.)

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

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

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

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 (Доступ получен в марте 2005-го года.)

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

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