

# Сочетание профилактики и ухода



# Сочетание профилактики и ухода:

## добровольное консультирование и тестирование и профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку

Профилактика и уход являются неотъемлемыми компонентами эффективных ответных мер. Осуществление одного и игнорирование другого снижает шансы на успех, тогда как вместе они эффективно дополняют друг друга. Добровольное консультирование и тестирование (ДКТ) и профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР) – пример того, насколько эффективными могут быть интегрированные мероприятия по борьбе с ВИЧ/СПИДом.

### Добровольное консультирование и тестирование

Добровольное консультирование и тестирование являются ключевыми компонентами программ по профилактике и уходу. В процессе профилактики ДКТ помогает людям узнать о путях передачи ВИЧ и о методах безопасного секса, пройти тестирование на ВИЧ и, в зависимости от результата, предпринять меры для того, чтобы избежать инфекции самому или не инфицировать других. В рамках программ по уходу получение результатов тестирования на ВИЧ и последующее консультирование дают возможность направить клиентов в соответствующие службы по уходу и поддержке, например по лечению туберкулеза и сексуально передаваемых болезней, в службы планирования семьи и, если есть показания, в службы, предоставляющие лечение при оппортунистических инфекциях, лечение антиретровирусными препаратами и профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку. Кроме того, широкий доступ к ДКТ может обеспечить более открытое обсуждение проблем ВИЧ/СПИДа и уменьшить стигматизацию и дискриминацию.

#### Важнейший компонент профилактики

Эффективность ДКТ как профилактической стратегии доказана, и оно должно стать не-

отъемлемой частью программ профилактики во всех странах. Например, в ходе недавно проведенного выборочного исследования среди отдельных лиц и супружеских пар в странах Африки и Карибского бассейна, 3120 индивидуальных респондентов и 586 супружеских пар в Кении, Тринидаде-и-Тобаго и Объединенной Республике Танзания были включены по методу случайной выборки либо в группу ДКТ, либо в группу базового медицинского просвещения, с предоставлением возможности пройти ДКТ через год. Участники группы ДКТ сообщили о 35-процентном сокращении незащищенных половых контактов как с постоянными, так и со случайными партнерами в течение года после прохождения первичного тестирования и консультирования; в то время как в группе базового медицинского просвещения этот показатель снизился на 13%. Респонденты из контрольной группы, которые согласились пройти консультирование и тестирование, во время первого повторного визита указали на сокращение числа незащищенных половых актов, равное тому, которое было отмечено в первоначальной группе ДКТ через один год.

Необходимо подчеркнуть, что доступ к ДКТ рассматривается как важнейшая стратегия

противодействия эпидемиям ВИЧ/СПИДа в странах с низким и средним уровнем дохода, как, впрочем, и в высокоразвитых странах с прогрессивной системой здравоохранения. В США, где по оценкам специалистов около 25% ВИЧ-инфицированных не знают о своем ВИЧ-статусе, Центры по контролю и профилактике заболеваний поставили ДКТ во главу угла в стратегическом плане профилактики ВИЧ на 2001 – 2005 гг. Планом предусматривается увеличение числа организаций, предоставляющих услуги ДКТ в обычных медицинских учреждениях (например, в клиниках по лечению СПБ, в программах по лечению от наркомании и алкоголизма, клиниках планирования семьи, пунктах скорой помощи, общинных медицинских центрах), а также в немедицинских учреждениях (например, в социальных центрах, государст-

венных программах социальной помощи, «полевых» программах).

Учитывая количество и сложность проблем, связанных с тестированием на ВИЧ в ходе миротворческих операций ООН, а также в ответ на обеспокоенность, высказанную членами Совета Безопасности ООН, Секретариат ЮНЭЙДС после ряда тесных консультаций с Департаментом операций по поддержанию мира Организации Объединенных Наций выступил с инициативой провести комплексный пересмотр политики ООН в данной области. Для оказания помощи в этой работе была создана Экспертная комиссия ЮНЭЙДС по вопросам тестирования на ВИЧ в рамках миротворческих операций ООН. Комиссия единогласно рекомендовала добровольное консультирование и тестиро-

Рисунок 28



Источник: ЮНЭЙДС (2002 г.)

вание на ВИЧ как наиболее эффективное средство профилактики передачи ВИЧ-инфекции не только среди миротворцев, но и среди населения принимающих стран, а также супругов и партнеров миротворцев. Комиссия подчеркнула, что услуги ДКТ следует предоставлять персоналу миротворческих сил в рамках интегрированных программ по профилактике и уходу при ВИЧ-инфекции. Комиссия также отметила, что ДКТ оказалось более эффективным по сравнению с обязательным тестированием на ВИЧ в плане популяризации безопасного сексуального поведения и снижения других видов риска, приводящих к заражению ВИЧ.

### Отправной пункт для предоставления услуг по уходу

Как показано на рисунке 23, ДКТ является отправной точкой для оказания услуг по уходу и поддержке. Более того, поскольку многие страны планируют расширение доступа к лечению антиретровирусными препаратами (как для лечения больных, так и для профилактики передачи инфекции от матери ребенку), в больницах и общинных программах по уходу возрастет потребность в предоставлении услуг ДКТ. Такой вывод вытекает из простого факта: от антиретровирусных препаратов будет мало толку, если люди не будут знать свой серологический статус. Кроме того, понадобится проведение постоянного консультирования, чтобы лица, принимающие антиретровирусные препараты, получали необходимую поддержку, соблюдали схему приема лекарств и могли справиться с возможными неблагоприятными побочными эффектами. Консультирование семей и пар будет особенно полезным как для соблюдения схемы лечения, так и для обеспечения поддержки в процессе профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции. Таким образом, особенно важно, чтобы тестирование дополнялось эффективным консультированием, которое должны проводить специально обученные консультанты, работающие в удобных для клиентов местах, при гарантированном соблюдении конфиденциальности.

### Расширение масштабов работы необходимо – и возможно

Несмотря на то что в странах с низким и средним уровнем дохода есть много примеров высокоэффективных служб ДКТ, большинство из них сосредоточено в крупных городах, и масштабы их деятельности невелики. Это означает, что услуги ДКТ в настоящее время недоступны значительному большинству населения, которому они могли бы оказаться полезными. Поэтому расширение служб ДКТ лежит в основе Стратегического плана системы ООН по борьбе с ВИЧ/СПИДом на 2001 – 2005 гг., а также целей, поставленных на специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН в области снижения распространенности ВИЧ-инфекции среди молодежи и детей к 2005 году.

Помимо расширения служб ДКТ, необходимо побуждать людей обращаться в эти службы там, где они существуют. Так же, как и при проведении других мероприятий по профилактике ВИЧ/СПИДа и уходу за больными, люди, живущие с ВИЧ/СПИДом должны играть важную роль в организации и формировании служб ДКТ в тех местах, где они будут развиваться. Как показано на рисунке 29, только незначительная часть женщин, проживающих в ряде стран Африки, прошли тестирование, несмотря на то, что намного большая их часть знали, куда обращаться.

В настоящее время появились методы быстрого тестирования на ВИЧ, которое может проводить персонал, не имеющий специальной лабораторной подготовки. Это устраняет одно из препятствий к расширению услуг в сельской местности и небольших центрах, где нет лабораторий. Во многих странах сегодня услуги ДКТ постепенно расширяются в рамках государственной системы здравоохранения. Однако по-прежнему необходим внешний контроль качества и строгий надзор для обеспечения высокого качества тестирования.

Примером успешного расширения услуг является Информационный центр по СПИДу (ИЦС) Уганды, который в 1990 году включал только одно отделение, а в 2001 году – уже 51,

Рисунок 29



Источник: ЮНИСЕФ (2000 г.) Многоиндикаторное кластерное исследование 2.

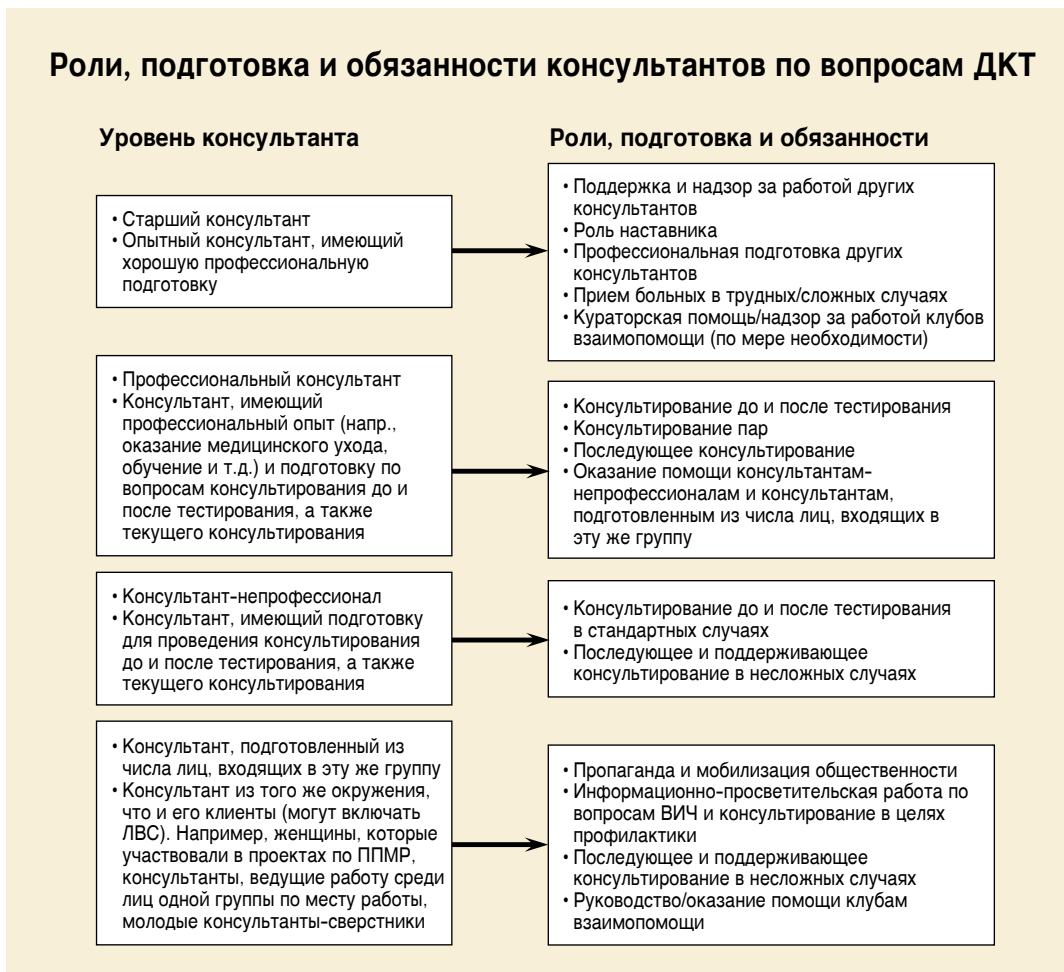
и где было протестировано более полумиллиона человек. Начиная с 1997 года Центр предлагает услуги быстрого тестирования с выдачей результатов в течение дня, а также другие услуги, такие как синдромный подход для лечения сексуально передаваемых болезней, профилактика туберкулеза, планирование семьи, направление в другие организации, работающие в области ВИЧ/СПИДа, и обслуживание пациентов по направлениям из этих же организаций. Затраты покрываются за счет субсидий, и минимум раз в неделю услуги ДКТ предоставляются бесплатно. Деятельность ИЦС показала, что тестирование пар можно проводить, применяя взвешенные и последовательные подходы. Число пар, обратившихся в ИЦС за услугами ДКТ, возросло с 8% от общего числа клиентов в 1992 году и в 2001 году включало почти треть всех клиентов;

причем около четверти этих пар обратилась для тестирования на ВИЧ до заключения брака. В целом, уровень посещаемости был одинаков для женщин и мужчин.

### Стратегии расширения услуг

Основной проблемой для расширения служб ДКТ может стать поиск хорошо обученных консультантов, и здесь могут помочь инновационные подходы. Например, в программах по профилактике передачи инфекции от матери ребенку в Ботсване для сокращения времени индивидуального предтестового консультирования применяется групповое консультирование в клиниках и видео-консультации, к работе привлекаются «непрофессиональные» консультанты, используются общинные службы консультирования.

Рисунок 30



Источник: ЮНЭЙДС (2001 г.) Отчет Технической консультации по добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ, ВОЗ/ЮНЭЙДС

При расширении служб ДКТ не следует недооценивать требований к персоналу. Опыт работы, образование, роль и ответственность специалистов, проводящих консультирование до и после тестирования, могут значительно различаться. Во многих проектах ДКТ большинство консультантов – медсестры или социальные работники, получившие дополнительное образование в области консультирования по вопросам ВИЧ. Однако, из-за нехватки медсестер и социальных работников, консультантов следует привлекать и из числа представителей других профессий. Примерный

образец различных ролей, видов обучения и ответственности представлен на рисунке 30. Полезно назначить старших консультантов, которые смогут оказывать помощь и контролировать работу других консультантов, а также принимать пациентов по направлениям в более сложных случаях. Постоянная поддержка консультантов и контроль за их работой, независимо от их опыта, необходимы для того, чтобы обеспечить высокое качество консультирования и избежать физического и морального истощения сотрудников и текучести кадров.

Одной из успешных стратегий является организация взаимодействия между службами, нацеленными на решение проблем ВИЧ, и смежными службами, особенно теми, которые занимаются вопросами оказания дородовой и послеродовой помощи, планированием семьи, лечением при сексуально передаваемых инфекциях (см. главу «Профилактика») и туберкулезе. Например, эффективное лечение туберкулеза может значительно повысить как качество, так и продолжительность жизни, а также способствовать контролю за заболеваемостью среди широких групп населения. Инициатива Всемирной организации здравоохранения «ПроТЕСТ» (которая связывает между собой программы по борьбе с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом и медицинские службы широкого профиля) пропагандирует консультирование и тестирование на ВИЧ как средство противодействия туберкулезу в условиях высокой распространенности ВИЧ. Несколько успешно работающих центров «ПроТЕСТ» было создано в странах Африки к югу от Сахары; идет процесс создания таких центров в Азии. Оценки показывают высокую эффективность этого подхода. Например, центр «ПроТЕСТ», расположенный в Центральном районе Южной Африки, добился 95% согласия на проведение тестирования на ВИЧ после предтестового консультирования всех посетителей.

Одним из наиболее инновационных современных подходов к предоставлению услуг ДКТ является социальный маркетинг, в рамках которого пропагандируется «социальная продукция» (в частности, презервативы). Например, в Зимбабве программа «Новый старт» использует специальный вид лицензирования для предоставления услуг ДКТ и создает национальную сеть служб ДКТ под единым названием и с единым логотипом, которые рекламируются в СМИ и информационных кампаниях. Национальная комиссия по СПИДу начала осуществление программы «Новый старт» в 1998 году совместно с «Попьюлейшн сервисез интернэшнл» (ПСИ) и АМР США. Центры программы предлагают высококачественные услуги по консультиро-

ванию и тестированию, а в большинстве из них результаты тестирования можно получить в течение того же дня. Во всех центрах придерживаются стандартного протокола консультирования и тестирования, разработанного в соответствии с руководством Министерства здравоохранения Зимбабве. Клиентам, неспособным оплатить стандартную стоимость услуг, эти услуги предоставляются бесплатно.

## Целевые услуги ДКТ

Предоставление услуг ДКТ широким массам населения имеет важное значение, однако следует учитывать, что невозможно эффективно охватить этими услугами все группы населения, которые в них нуждаются. Целевые программы, в которых используются отдельные помещения или специальные коммуникационные программы, необходимы для особых групп населения, таких как молодежь и супружеские пары, или уязвимых групп населения, таких как потребители инъекционных наркотиков или работники секс-бизнеса.

Службы ДКТ, ориентированные на молодежь, работают во многих странах (см. «ДКТ для молодежи: «Кара каунселлинг энд трейнинг траст»). Недавнее исследование, проведенное в Кении и Уганде, показало, что молодежь ценит консультационную составляющую в ДКТ. Большинство молодых людей, прошедших тестирование на ВИЧ, рассказали о полученных результатах кому-то из своих близких или друзей и приняли решение практиковать безопасный секс. В ходе исследования было также установлено, что подавляющее большинство молодых людей, не проходивших тестирование, хотели бы его пройти. Однако причины посещения служб ДКТ молодыми людьми и их потребности после ДКТ могут отличаться от причин и потребностей других возрастных групп. Необходимо проводить специальное обучение консультантов, чтобы они научились общаться с молодежью и понимали их особые проблемы, связанные с ВИЧ-инфекцией и профилактикой. При оказании услуг ДКТ несовершеннолетней

молодежи следует учитывать такие моменты, как получение согласия на тестирование и раскрытие его результатов.

Еще одним важным подходом в профилактике ВИЧ является медицинская помощь и поддержка работников секс-бизнеса (См. главу «Профилактика»). В Киншасе (Демократическая Республика Конго), программа, предлагающая услуги ДКТ, скрининг и лечение сексуально передаваемых болезней, групповые обсуждения вопросов профилактики и распространение бесплатных презервативов работникам секс-бизнеса, способствовала расширению использования презервативов и снижению заболеваемости ВИЧ и другими сексуально передаваемыми инфекциями

среди работников секс-бизнеса. В других программах была доказана эффективность использования инструкторов/ консультантов из числа работников секс-бизнеса для проведения полевого консультирования среди своих коллег.

ДКТ предоставляет потребителям инъекционных наркотиков возможность узнать свой ВИЧ-статус и получить консультирование о безопасных способах инъекций и безопасном сексе. В ходе исследования, проведенного среди 5644 посетителей центра по обмену игл и детоксикации в Калифорнии, одним из главных факторов отказа от практики использования общих игл было получение услуг ДКТ.

### **ДКТ для молодежи: «Кара каунселлинг энд трейнинг траст», Замбия**

«Кара каунселлинг энд трейнинг траст» – неправительственная организация Замбии, которая начала свою работу в 1989 году как центр общения и поддержки, предоставлявший населению информацию и консультирование по проблемам ВИЧ. На базе этого центра была создана первая группа поддержки для людей, живущих с ВИЧ в Замбии, которая и до сих пор играет важную роль в просвещении по вопросам ВИЧ, а также в преодолении стигматизации и социального отторжения. В 1992 году в одном из отделений «Траста» была создана конфиденциальная служба ДКТ. С 1996 года стало проводиться быстрое тестирование с выдачей результатов в тот же день. Большинство клиентов служб ДКТ – молодые люди в возрасте 18 – 29 лет.

Работа «Траста» направлена на то, чтобы молодежь шире пользовалась услугами ДКТ, в том числе услугами по оказанию помощи после прохождения тестирования. Для достижения этих целей проводится следующая работа:

- Ориентированная на молодежь информационно-просветительская «полевая» работа в целях обучения и мобилизации молодых людей;
- Обеспечение доступа к услугам по консультированию и тестированию партнеров и пар до вступления в брак;
- Организация рассчитанных на молодежь служб ДКТ;
- Постоянное консультирование в послетестовых клубах для молодежи;
- Проведение оперативных исследований по вопросам ДКТ и молодежи.

Информационно-просветительская «полевая» работа часто помогает молодым людям решиться на обращение в службы ДКТ. Благодаря ей они узнают о существовании таких служб, понимают суть процесса и включаются в дискуссии о преимуществах и недостатках этих услуг. «Траст» применяет два подхода к полевой работе в общинах: осуществляется полевая программа для ВИЧ-позитивных молодых людей (чаще проводимая в группах), а также программа мобилизации общин (проводимая с отдельными лицами).

## Передача ВИЧ от матери ребенку (ПМР)

По оценкам, в мире ежегодно беременеет 200 миллионов женщин, при этом 2,5 миллиона из них – ВИЧ-инфицированы. Одна из основных задач – добиться того, чтобы 99% беременных женщин, не зараженных вирусом, сохранили свой отрицательный ВИЧ-статус. Эта задача неразрывно связана с широкомасштабными усилиями по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку.

семьи и оказания дородовой/послеродовой помощи. Такие службы должны предоставлять женщинам право выбора: стоит ли узнавать свой ВИЧ-статус; как контролировать рождаемость; прерывать ли беременность, если это не угрожает здоровью и не запрещено законом; как воспользоваться лекарствами для ППМР и другими мерами, если женщина ВИЧ-инфицирована и имеет ребенка.

### *Декларация о приверженности*

*К 2005 году сократить долю ВИЧ-инфицированных младенцев на 20 процентов, а к 2010 году – на 50 процентов путем обеспечения того, чтобы 80 процентов беременных женщин, имеющих доступ к медицинским услугам в дородовой период, получали информацию, консультирование и пользовались другими услугами по профилактике ВИЧ, расширения количества предлагаемых им услуг и обеспечения доступа ВИЧ-инфицированных женщин и детей к эффективному лечению в целях сокращения числа случаев передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку [...] (пункт 54).*

*Специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу, июнь 2001 года, Нью-Йорк*

Утвержденный на международном уровне подход к профилактике ПМР включает в себя целый ряд стратегий: 1) первичная профилактика ВИЧ-инфекции среди будущих родителей; 2) предупреждение нежелательной беременности среди ВИЧ-инфицированных женщин; 3) профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку. Уход за ВИЧ-инфицированными матерями и их лечение в контексте профилактики передачи инфекции от матери ребенку сегодня также признается как этический императив, и уже предпринимаются шаги для обеспечения такого ухода наряду с мероприятиями по профилактике.

Профилактика вертикальной передачи ВИЧ-инфекции, лечение и уход за матерями и их детьми лучше всего достигается путем значительного расширения для женщин детородного возраста и их партнеров доступа к службам профилактики ВИЧ, охраны репродуктивного здоровья, планирования

В условиях нехватки ресурсов существует возможность использовать более дешевые и простые в применении антиретровирусные препараты. Такое лечение потенциально снижает уровень передачи ВИЧ-инфекции на 50%. Важно расширять поставки таких лекарств, учитывая тот факт, что только в 2001 году примерно 800 тысяч детей были инфицированы ВИЧ – почти все путем вертикальной передачи инфекции. Расширение охвата вполне возможно, принимая во внимание успехи маломасштабных проектов и возросшую приверженность делу обеспечения ППМР как на международном уровне, так и на уровне правительств стран с низким и средним уровнем доходов.

### **Снижение риска передачи ВИЧ младенцам**

Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от ВИЧ-положительной женщины ее

ребенку вполне возможна и относительно недорога. После того, как мать узнает о наличии у нее ВИЧ-инфекции, можно применять различные виды вмешательств, в том числе профилактическое лечение антиретровирусными препаратами, плановое кесарево сечение и искусственное вскармливание. Существует еще один недорогой подход, который полезен для всех беременных женщин, независимо от того, известен ли их ВИЧ-статус, и может снизить вероятность передачи инфекции от матери ребенку. Речь идет об отказе от применения ненужных инвазивных процедур во время родов и родоразрешения.

В пилотных проектах по ППМР, осуществляемых в странах с низким и средним уровнем доходов, широко применяется лечение с

назначением короткого курса зидовудина. В последние годы удалось достичь большего признания такого лечения по сравнению с первыми годами работы программ. С недавнего времени многие программы стали переходить на невирапин, основываясь на результатах исследования «ВИЧ-НЕТ 012», проведенного в Уганде. Препарат назначается в количестве одной дозы матери во время родов и одной дозы ребенку в течение 72 часов после родоразрешения, при этом эффективность такого приема невирапина сравнима с коротким курсом лечения зидовудином и на 50% снижает риск передачи инфекции от матерей, кормящих грудью. Краткосрочная безопасность и переносимость единичных доз невирапина была продемонстрирована в ходе клини-

### **Грудное вскармливание и передача инфекции от матери ребенку**

При отсутствии вмешательств, примерно одна треть случаев передачи ВИЧ от матери ребенку приходится на грудное вскармливание. Становится все более понятно, что грудное вскармливание сильно ослабляет защитный эффект лечения антиретровирусными препаратами, предназначенными для предотвращения вертикальной передачи ВИЧ. Межведомственная специальная группа ООН по проблеме передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку рекомендует, чтобы в тех случаях, когда переход на искусственное вскармливание приемлем, осуществим, доступен, устойчив и безопасен, ВИЧ-инфицированные матери полностью отказывались от грудного вскармливания. В других случаях исключительно грудное вскармливание рекомендуется только в течение первых месяцев жизни ребенка.

Большинство стран, имеющих национальную политику в области ВИЧ и вскармливания младенцев, следует руководящим принципам ООН, адаптируя их с учетом местных ресурсов и условий. Лучшие варианты политики предполагают предоставление матерям права выбора. В Ботсване и Кот-д'Ивуаре, а также в целом ряде других пилотных районов в Южной Африке, более 70% матерей сделали выбор в пользу искусственного вскармливания после консультирования о возможных вариантах вскармливания детей. Молочные смеси предоставляются матерям бесплатно. В Бразилии и Таиланде всем ВИЧ-инфицированным матерям рекомендуется отказаться от грудного вскармливания, и им предоставляются бесплатные молочные смеси.

К сожалению, искусственное вскармливание не имеет перспектив во многих странах с низким и средним уровнем доходов. Подавляющее большинство женщин кормят детей грудью либо по собственному выбору, либо из-за отсутствия безопасных, приемлемых или осуществимых альтернатив. Даже в случае бесплатного предоставления заменителей грудного молока возникают серьезные проблемы, такие как отсутствие чистой воды или неудовлетворительные санитарные условия, незнание правильных методов использования молочных смесей или стигматизация со стороны семьи или общины (поскольку многие связывают искусственное вскармливание с наличием ВИЧ-инфекции).

ческих испытаний. Исследования не выявили значительных отличий по уровню токсичности и другим побочным эффектам между невирапином и короткими курсами зидовудина или зидовудина/ламивудина.

Прием невирапина требует минимального мониторинга и особенно благоприятен для женщин, которые начали лечение на поздних сроках беременности или принимали недостаточные дозы зидовудина в предродовый период. У некоторых женщин, принимавших невирапин и другие краткосрочные курсы антиретровирусных препаратов, применяемых для снижения риска вертикальной передачи инфекции, отмечалось развитие резистентности к лекарственным препаратам. Последствия такой резистентности до сих пор не выяснены, но их следует учитывать в контексте повышения доступа к лечению антиретровирусными препаратами в развивающихся странах. Во время Технической консультации ВОЗ, проходившей в октябре 2000 года, были сделаны выводы о том, что польза от снижения уровня ПМР благодаря применению профилактики с помощью антиретровирусных препаратов значительно перевешивает обеспокоенность по поводу развития резистентности к этим препаратам.

## ДКТ в программах ППМР

ДКТ является важным отправным пунктом для начала программ ППМР, однако не все программы взяли это на вооружение. Это наглядно показано в недавно опубликованном докладе ЮНИСЕФ на основании данных, собранных в девяти африканских странах (Ботсвана, Бурунди, Кот-д'Ивуар, Кения, Руанда, Уганда, Объединенная Республика Танзания, Замбия и Зимбабве). В тех местах, где проводится профилактика ПМР, в среднем 62% посетительниц получают консультирование, а около 70% из них дают согласие на тестирование. Однако показатель пользования услугами ДКТ сильно различается между странами и службами – например, в Замбии 22% женщин прошли консультирование и 65% – тестирование, в то время как в Руанде 82% прошли тестирование и 100% – консультирование.

На уровень пользования услугами влияет множество факторов. Некоторые из них, такие как, например, обучение персонала и контроль за его работой, являются внутренними вопросами программ; другие связаны с обществом и могут включать в себя стигматизацию, минимальное участие мужчин, насилие со стороны партнеров и неприятие ВИЧ-положительных женщин. Поскольку мужчины могут играть серьезную роль в повышении приемлемости и уровня пользования услугами, необходимо искать новые пути для обеспечения более активного их участия в службах ДКТ и профилактике ПМР. Недавно проведенное в пяти центрах исследование служб ДКТ показало, что привлечение большего числа мужчин к прохождению тестирования на ВИЧ является важным первым шагом для того, чтобы они с большей ответственностью отнеслись к профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку, например, стали бы использовать презервативы во время беременности их партнерш или начали оказывать поддержку ВИЧ-инфицированным женщинам при выборе метода вскармливания ребенка. И наконец, очевидно, что там, где потребности матерей в эмоциональной и медицинской поддержке находят отклик, пользование услугами также возрастает.

## Забота о ВИЧ-инфицированных матерях: «ППМР-плюс»

Отсутствие помощи для ВИЧ-инфицированных матерей в процессе профилактики передачи инфекции их детям не только отталкивает женщин от участия в программах ППМР, но и создает серьезные этические проблемы. В декабре 2001 года руководители благотворительных фондов из разных стран мира встречались с Генеральным Секретарем ООН Кофи Аннаном и объявили о планах масштабного финансирования пятилетнего показательного проекта в Африке, Азии и Латинской Америке. Инициатива, получившая название «ППМР-плюс», будет направлена на расширение услуг для ВИЧ-инфицированных женщин, включая оказание базовой помощи для профилактики и/или лечения при опор-

тунистических инфекциях и, при наличии показаний, проведение антиретровирусной терапии. Есть надежда, что со временем инициатива «ППМР-плюс» будет расширена и на членов семей ее участниц и их детей. В рамках инициативы планируется проведение информационных кампаний для повышения уровня информированности международного сообщества о проблеме. Кроме того, будет проводиться закупка и распространение лекарств для профилактики ПМР, соответствующая пропагандистская работа для отмены законов и норм, затрудняющих доступ к лекарствам, будут организованы образовательные и учебные программы. «ППМР-плюс» начнется как расширение существующих программ по профилактике ПМР, и сначала будет сосредоточена в странах Африки к югу от Сахары.

## Расширение охвата программами профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку

Несмотря на сложность и материально-технические проблемы программ по профилактике ПМР, не существует никаких формальных причин для их дальнейшего ограничения пилотными или исследовательскими рамками. Однако во многих странах с низким и средним уровнем доходов они только начинают внедряться в работу учреждений дородовой и послеродовой помощи. Таиланд, Бразилия и Ботсвана (см. «Национальная программа по ППМР в Ботсване») лидируют в этой области, создав службы ППМР на всей территории страны. Начали расширять деятельность за пределами пилотных программ такие страны, как Кот-д'Ивуар, Гондурас, Индия, Кения, Мьянма, Руанда, Уганда, Объединенная Республика Танзания, Замбия и Зимбабве.


К апрелю 2002 года в южноафриканских провинциях Западная Капская и Квазулу-Наталь были расширены местные программы профилактики ПМР. Ожидается, что исторический судебный прецедент, созданный в Южной Африке группой «Тритмент экшн кэмпейн» и другими организациями, приведет

к аналогичному расширению этих программ в других провинциях. Несмотря на то, что в рамках текущей национальной пилотной программы профилактики ПМР в Южной Африке работает только по два пункта в каждой провинции, эта программа, вероятно, является крупнейшей в странах Африки, расположенных к югу от Сахары. Каждый месяц программа предоставляет услуги (включая лечение неврирапином) примерно 6090 женщинам, зарегистрированным в женских консультациях, что составляет около 9% всех посетительниц женских консультаций. Если прибавить эти цифры к числу женщин, получающих услуги в оперативных исследовательских пунктах и провинциальных программах, общий процент женщин, проходящих профилактику ПМР составляет примерно 12%-15%. Доля женщин, дающих согласие на прохождение тестирования на ВИЧ в национальных центрах составляет сегодня 51% или около 3133 беременных женщин, которые проходят тестирование ежемесячно. Однако показатели тестирования по стране сильно варьируются для разных провинций и центров, составляя от 17% до 90%.

В большинстве центров в странах Африки к югу от Сахары общая доля женщин, охваченных программами и получающих лечение, в настоящее время очень мала – менее 20%. Среди немногочисленных исключений – центр Кичикура в Руанде и центры, получающие поддержку со стороны Фонда Элизабет Глейзер по детскому СПИДу. Проект этого фонда под названием «Призыв к действию», начатый в сентябре 1999 года, развернул 70 центров в 11 странах Африки и в Таиланде. Общий уровень охвата услугами в Руанде и центрах Фонда в Африке составляет примерно 40%. При этом, например, в Бразилии и Таиланде общая доля женщин, охваченных программами и проходящих лечение, превышает 70%.

ООН и другие организации, такие как Фонд Элизабет Глейзер, «Врачи без границ», Центры США по контролю и профилактике заболеваний, «Фэмил хелс интернэшнл» и «Попьюлейшн каунсил/Хорайзонс», в

настоящее время поддерживают развитие и расширение большого числа проектов в странах с низким и средним уровнем доходов. В 2001 году, через посредство ЮНИСЕФ, Межведомственная специальная группа ООН расширила поддержку с 11 до 16 стран, в

которых развернуто около 79 центров. В настоящее время Всемирный банк обеспечивает финансирование национальных программ профилактики ПМР во всех новых Межстрановых проектах по ВИЧ/СПИДу. 

### Национальная программа профилактики ПМР в Ботсване

В 1999 году Ботсвана стала первой страной Африки, в которой началась интегрированная программа ДКТ/ППМР, в рамках которой беременным женщинам, получившим положительные результаты тестирования в женских консультациях, назначали зидовудин. Деятельность программы была развернута в городах Габороне и Франсисаун. Однако, после того как в 2000 году результаты дозорного эпиднадзора в женских консультациях показали уровень распространенности 38,5% (это означало, что ежедневно на свет появлялось 26 ВИЧ-инфицированных младенцев), правительство приняло решение расширить программу по всей стране, охватив все учреждения здравоохранения, предоставляющие услуги матерям и детям. С апреля 1999 года по ноябрь 2001 года деятельностью программы была охвачена 31971 женщина, из которых 17732 (55%) прошли консультирование и 9422 (53%) – тестирование.

К декабрю 2001 года программа действовала во всех 24 медицинских округах Ботсваны. Около 81% женщин, зарегистрированных в учреждениях государственной системы здравоохранения, в настоящее время получают консультации по профилактике ПМР; 57% из тех, кто получил консультирование, прошли и тестирование, а из тех, у кого выявлена ВИЧ-инфекция, 58% начали лечение зидовудином. Планы ускорения программы предусматривают обучение, создание управленческого потенциала, улучшение качества консультативной поддержки, укрепление служб по уходу и поддержке и социальную и общинную мобилизацию. Кроме того, Ботсвана изучает возможности дальнейшего улучшения работы, включая предоставление комбинированной антиретровирусной терапии и применение различных методов вскармливания младенцев.

# Крупным планом: СПИД и сироты

## *Декларация о приверженности*

*К 2003 году обеспечить и к 2005 году осуществить национальную политику и стратегии для: создания и расширения возможностей правительств, семей и общин по предоставлению помощи сиротам, девочкам и мальчикам, инфицированным ВИЧ/СПИДом и затронутым проблемой ВИЧ/СПИДа, в том числе путем оказания надлежащей консультативной и психосоциальной поддержки; обеспечения того, чтобы они ходили в школу и имели жилье, хорошее питание и доступ к медицинскому и социальному обслуживанию на равной основе с другими детьми; и защиты сирот и уязвимых детей от всех форм злоупотреблений, насилия, эксплуатации, дискриминации, торговли и потери наследства (пункт 65).*

*Специальная сессия Генеральной ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу, июнь 2001 г., Нью-Йорк*

По оценкам, на сегодняшний день 14 миллионов детей потеряли одного или обоих родителей вследствие СПИДа. Приблизительно 80% этих детей – 11 миллионов – живут в странах Африки к югу от Сахары. Однако кризис сиротства не ограничивается этим регионом. По подсчетам, в Южной и Юго-Восточной Азии живут 1,8 млн. сирот, в Восточной Азии и Тихоокеанском регионе – 85 000, в Латинской Америке – 330 000, в странах Карибского бассейна – 250 000 и в Северной Африке и на Ближнем Востоке – 65 000.

Поскольку в следующем десятилетии число взрослых, которые умрут от СПИДа, возрастет, все больше детей-сирот будет расти без родительской заботы и любви и будет лишено своих основных прав на жилье, питание, охрану здоровья и образование. Например, уже сейчас в Нигерии, по оценкам,

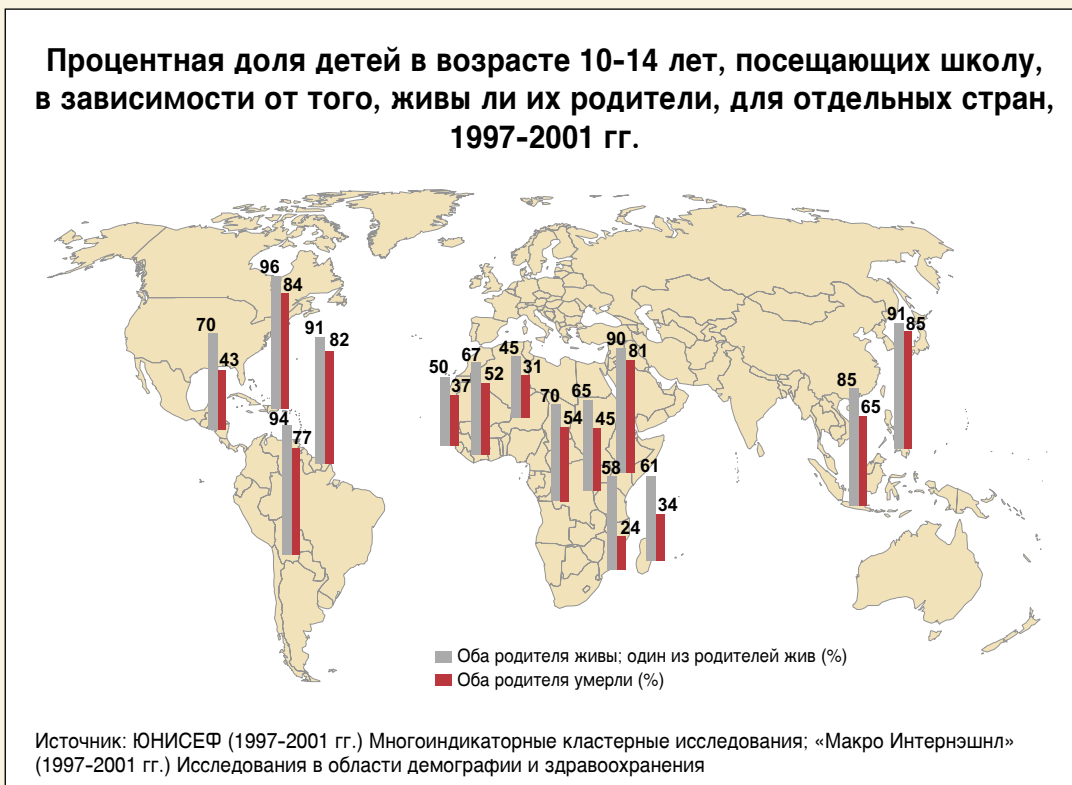
живет 1 миллион сирот, в Кении – 890 000, а в Зимбабве – 780 000. В других странах мира огромное количество детей также потеряли хотя бы одного из родителей вследствие СПИДа: в Таиланде – 290 000 детей, на Гаити – 200 000 детей и в Гватемале – 32 000 детей. К сожалению, эти цифры будут расти по мере нарастания эпидемии. По прогнозам, количество сирот, чьи родители умерли от СПИДа, резко возрастет в следующие 10 – 20 лет, особенно в странах юга Африки. Предполагается, что только в Южной Африке к 2010 году будет 1,5 миллиона сирот, чьи родители умерли от СПИДа. В других странах, где эпидемия возникла относительно недавно, но стремительно нарастает, последствия появления большого количества сирот скажутся в будущем. Но об этом будущем нельзя забывать – готовиться необходимо уже сейчас.

## Чутко реагировать на комплексные потребности

Программы не должны выделять в отдельную категорию детей, осиротевших из-за СПИДа, поскольку целевая работа с отдельными категориями детей может усугублять стигму и дискриминацию. Однако оказаться сиротой вследствие СПИДа все же означает оказаться в особых обстоятельствах – главным образом в связи с тем, что эти дети с большей вероятностью, чем другие, могут потерять обоих родителей, зачастую в течение короткого периода времени. (Если один из родителей инфицирован ВИЧ, другой, вероятнее всего, также окажется инфицированным). Очень маленькие дети, чьи родители умерли от СПИДа, могут сами заболеть СПИДом; причем дети, чьи родители умерли от СПИДа, больше, чем другие сироты подвержены стигме и остракизму.

Уязвимость детей, чьи родители умерли от СПИДа, а также их семей начинается задолго до смерти одного из родителей. Душевные страдания детей начинаются с несчастья и прогрессирующей болезни их родителей. Это усугубляется тем, что болезнь вызывает резкие изменения в структуре семьи, становясь причиной экономических лишений, требуя от детей стать сиделками и кормильцами, а также приводит к конфликтам в результате стигмы, осуждения и остракизма. В итоге, дети страдают от смерти своего родителя (-ей) и от душевной травмы вследствие этого. Они должны приспосабливаться к новой ситуации, когда они частично или полностью лишены поддержки, и, кроме того, они могут подвергаться эксплуатации и жестокому обращению.

Рисунок 31



Поскольку СПИД разрушает семейную структуру, то оказание помощи больным родителям с целью продления их жизни, предоставляя им необходимые медикаменты, пищу и уход на дому, является одним из наилучших путей помощи детям, особенно учитывая, что многие родители умирают от оппортунистических инфекций, которые поддаются лечению недорогими лекарствами. Помощь на дому для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, позволяет не только оказывать медицинскую помощь больным, но и решать проблему экономических и психологических потребностей их детей.

Недавние исследования показали, что сироты, которые потеряли обоих родителей, чаще вынуждены покинуть школу и заниматься детским трудом по сравнению с детьми, которые потеряли одного из родителей. Поскольку семья перед смертью родителей вероятнее всего оказывается на грани нищеты, то дети очень часто остаются в бедственном положении после смерти родителей. Проведенный в Кот-д'Ивуаре ситуационный анализ положения сирот, чьи родители умерли от СПИДа, свидетельствует о том, что традиционные местные семейные структуры (которые на протяжении ряда лет доказывали свою способность справляться со многими социальными и экономическими проблемами) сталкиваются с серьезными проблемами в связи со СПИДом. Исследование, проведенное Всемирным банком в сотрудничестве с ЮНИСЕФ и ЮНЭЙДС, показывает, что для расширенных семей оказывается труднее подыскать людей, способных заменить

родителей для детей-сирот, чьи родители умерли от СПИДа, чем для детей-сирот, чьи родители умерли по другим причинам, а также покрывать расходы на их обучение и содержание. Кроме того, оказавшись в таких тяжелых условиях, дети менее склонны признавать авторитет семьи.

Более того, возможность посещать школу – которая имеет большое значение для будущего детей – существенно снижается, когда ребенок теряет одного или обоих родителей. Опрос 646 детей-сирот и 1239 детей, имеющих родителей, проведенный в конце 1990-ых годов в Кении, показал, что 52% детей-сирот, чьи родители умерли от СПИДа, не посещали школу, по сравнению с 2% детей, не являющихся сиротами. Среди детей-сирот 56% девочек и 47% мальчиков оставили школу в течение 12 месяцев после смерти одного из родителей. Девочки часто покидают школу, поскольку они берут на себя ответственность по уходу за больными родителями или потому что вынуждены исполнять хозяйственные обязанности вместо своих родителей, в том числе заботиться о младших братьях и сестрах. Другие дети бросают школу, потому что подвергаются дискриминации, сильно страдают психологически или не могут платить за обучение. Множество детей оказывается вне охвата системами социального обеспечения, живут без взрослых или становятся детьми улицы. Существуют опасения, что они могут стать «потерянным поколением» молодежи, которая была изолирована и отвержена большую часть жизни.

### ***Декларация о приверженности***

*Обеспечить недискриминацию и полное и равное осуществление всех прав человека посредством пропаганды активной и транспарентной политики реабилитации в глазах общественности детей, ставших сиротами и попавших в уязвимое положение из-за ВИЧ/СПИДа (пункт 66).*

*Специальная сессия Генеральной ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу, июнь 2001 г., Нью-Йорк*

## Лучшие решения можно найти на местном уровне

С целью противостояния стигме, которая часто окружает детей-сирот, чьи родители умерли от СПИДа, необходимо направить усилия на удовлетворение потребностей всех уязвимых детей в обществе, пораженном эпидемией. В районы, ставшие уязвимыми из-за ВИЧ/СПИДа, может и должна направляться помощь, однако внутри таких общин жители и органы местного самоуправления должны оказывать помощь наиболее уязвимым детям и семьям безотносительно к причинам уязвимости. Опыт показывает, что успешными являются те программы, которые ориентированы на детей, сконцентрированы на семье и общине, а также уважают и защищают права ребенка.

Вырастая в общине, подорванной эпидемией, сироты с большей вероятностью могут преодолеть трудности, если они живут в знакомой, стабильной обстановке и атмосфере заботы. Сложилось единое мнение о том, что сироты должны воспитываться в семейных условиях через систему расширенной семьи, попечительской или приемной семьи. По меньшей мере, родные братья и сестры не должны быть разделены, а дети должны оставаться в своих общинах или вблизи от

них. Даже семьи и домашние хозяйства, возглавляемые детьми, при достаточной поддержке со стороны общины и государства могут быть жизнеспособными, хотя и далекими от идеала.

Хотя Африка все еще находится в начальной стадии кризиса сиротства, многие дети и общины уже научились с ним справляться, и их способность к выживанию и стойкость не следует недооценивать. Даже в беднейших общинах миллионы сирот уже охвачены рамками расширенной семьи. Официальное и неофициальное усыновление также стало обычной практикой в некоторых странах. Многие общества в Африке, несомненно, сохранили структуры и культуру воспитания сирот в общине – традиции, которые всегда помогали им справляться с бедами.

С другой стороны, оказалось, что официальные учреждения, такие как приюты для сирот, – только незначительная и недостаточная часть решения проблемы. Финансовые издержки на содержание ребенка в одном из таких учреждений превышают затраты на другие формы ухода, что делает приюты неприемлемым вариантом. Более того, такие учреждения часто лишают детей социальных

### Повышение качества ухода в детских учреждениях

«Протяните руку помощи ... детям мира» – это программа, созданная и финансируемая Фондом «Эбботт лабораториз» с целью оказания помощи в улучшении жизни детей во всем мире, которые стали сиротами и попали в уязвимое положение вследствие СПИДа. Она осуществляется в некоторых странах Африки и Азии в партнерстве с неправительственными организациями, местными учреждениями и правительствами.

Один из проектов этой программы осуществляется в Румынии, где многие ВИЧ-инфицированные дети, от которых отказались родители, воспитываются в медицинских или других учреждениях. Например, дети, брошенные родителями, которые живут в детском отделении муниципальной больницы в Констанце, не знают, что такое семейная жизнь и нерегулярно посещают школу. На средства гранта был куплен дом семейного типа и произведен его ремонт, что дало возможность 10 осиротевшим и брошенным детям из детского отделения муниципальной больницы переехать в более естественное для воспитания окружение. Дети живут в этом доме, который открылся в августе 2001 года, воспитываются «общественными матерями» и посещают местные школы.

и культурных навыков, которые необходимы им для успешной взрослой жизни. Однако приюты могут быть последним средством или использоваться как временное решение; они также могут предназначаться для детей, у которых нет других альтернатив. Там, где существуют приюты для сирот, необходимы соответствующая регистрация детей и осуществление контроля за стандартами ухода.

### **Поддержка расширенных семей и пострадавших общин**

Расширенная семья может быть частью решения проблемы массового сиротства только при условии достаточной поддержки со стороны государства, частного сектора и местной общины. Эта поддержка особенно необходима в наиболее пострадавших регионах, где возможности семей подрываются экономическим спадом и усугубляющейся нищетой. В Зимбабве почти все респонденты, участвовавшие в недавнем опросе семей, пострадавших от СПИДа, указали, что после смерти матери им было особенно трудно заботиться о детях и справляться с другими хозяйственными делами. Более половины городских респондентов и более трети сельских респондентов видят причину этого в ухудшающихся экономических условиях. Более одной пятой указали, что им уже

приходилось преодолевать последствия болезни или смерти. В округе Квененг (Ботсвана), где ВИЧ-инфекция широко распространена, во время проходившей в середине 2000 года регистрации сирот было выявлено, что только 22,1% лиц, зарегистрированных как ухаживающие за сиротами, имели работу. У других не было продуктивной работы, причем целых 40% из них были дедушками и бабушками или родственниками пожилого возраста.

Но также очевидно и то, что семьи готовы взять на попечение сироту, если получают поддержку. Поддержка сирот и других детей, оказавшихся в трудном положении – это обязанность государства в соответствии с Конвенцией о правах ребенка. Такая поддержка может иметь различные формы: бесплатная медицинская помощь и образование (или субсидирование оплаты за обучение в школе), субсидии или прибавки на питание, улучшение доступа к микрокредитам и другие формы финансовой поддержки.

Мировая продовольственная программа расширяет свою деятельность по обеспечению школьного питания в разных частях Африки для поддержки семей и детей, ставших уязвимыми в контексте СПИДа. В округе Мбиир (Кения) – районе с хронически ненадежным обеспечением продовольствием и широким

### **Помощь общинам и опекунам**

Институт Франсуа-Ксавье Баню оказывает поддержку сиротам и уязвимым детям, а также их опекунам в Африке, Латинской Америке, Азии и Восточной Европе. В Уганде, например, проект, осуществляемый этим Институтом в округе Луэро для сирот и детей, подвергающихся риску, помогает определять сирот в семьи опекунов; проводит бартерные сделки с местными начальными школами с целью бесплатного зачисления этих детей (то есть в обмен на товары, необходимые школам); а также помогает инициировать коммерческие проекты для семей опекунов, такие как сельскохозяйственные работы, пчеловодство или шитье. Благодаря этому проекту свыше 3000 уязвимых детей зачислено в 50 начальных школ в их родных районах, а также учреждено свыше 800 прибыльных проектов для семей опекунов. С помощью бартерной системы школы получают нужные им материалы, такие как кровельный лес, инструмент и материалы для ремонта, а также товары, необходимые для школьных коммерческих проектов, таких как выращивание домашней птицы или коров, шитье одежды, выращивание бананов/ кукурузы и разведение пчел.

распространением ВИЧ – в рамках программы выдаются продовольственные пайки на дом для 90 000 сирот и их опекунов. Это помогает таким детям продолжать обучение. Другим подходом является микрострахование. Программа МОТ «СТЕП» (Стратегии и средства против исключения из социальной жизни и бедности) нацелена на расширение такого вида страхования для отдельных лиц и семей, страдающих от ВИЧ/СПИДа, включая тех, кто взял на себя заботу о сиротах.

В результате партнерских отношений между правительствами, неправительственными организациями и частным сектором возникают инновационные подходы к организации ответных действий. В Буркина-Фасо, например,

инициатива частного сектора и местных общин «*Initiative Privée et Communautaire contre le SIDA au Burkina Faso*» работает в партнерстве с национальным правительством, Международным альянсом борьбы с ВИЧ/СПИДом и Инициативой «Протяните руку помощи». Программы Инициативы в Уагадугу и его отдаленных районах оказывают финансовую и техническую помощь для проведения оценки положения дел в общинах. Они также оказывают психосоциальную помощь сиротам и уязвимым детям через сеть волонтеров из общины и помогают в обеспечении основных потребностей через оказание ухода и помощи на дому. Кроме того, программы страхования помогают улучшить финансовую ситуацию пострадавших семей.

## Часть решения

Наделение пострадавших детей правами и возможностями прежде всего означает, что к ним нужно относиться как к активным участникам работы, а не только как к жертвам. Многие дети уже являются главами домашних хозяйств и опекунами. Они играют важную роль в решении проблемы и должны получать помощь в планировании и осуществлении усилий, нацеленных на смягчение влияния ВИЧ/СПИДа на их семьи и общины.

Например, общинная организация «Гумулиза» в Объединенной Республике Танзания осуществляет весьма успешную программу под названием «Виджана симама имара» (на суахили это означает «подростки не сдаются»), которая помогает сиротам не только получить навыки, но и взять их на вооружение, чтобы обеспечить себе лучшее будущее. Программа получает финансовую помощь от «Гумулизы», но управляется полностью молодежью, при этом сироты более старшего возраста служат примером для младших.

Дети из семей, в которых болеют родители, также должны принимать участие в принятии решений относительно будущей заботы о них в приемной семье. Это ключевой момент для последовательного планирования, которое

помогает родителям, знающим о том, что они ВИЧ-инфицированы, подготовить своих детей к будущему и обеспечить их необходимой заботой и поддержкой. Так называемые «книги памяти» или «шкатулки памяти» имеют большую психологическую ценность; обычно в них содержится важная семейная информация и памятные вещи, которые часто создавались совместно родителями и детьми.

Немало можно сделать для обеспечения законных прав и прав человека сирот и уязвимых детей. Многие общины сейчас составляют завещания с целью защиты прав наследования женщин и детей. В Малави продолжается работа организации «КОРЕ Групп» над законом о завещаниях и наследовании, в рамках которой проводятся консультации со вдовами, вдовцами, сиротами, детьми, имеющими родителей, судьями и другими официальными лицами, а также традиционными лидерами. Незаконное присвоение земли и имущества (когда неразборчивые в средствах взрослые пытаются украсть у сирот их собственность, как только у последних не оказывается родителей, которые могли бы защитить их права) – это одна из проблем, которую сейчас пытаются решить.

## Книги памяти

Во многих странах книги памяти стали важным способом для начала общения в семье о проблемах ВИЧ. В частности, они помогают ВИЧ-инфицированным матерям рассказать детям о своем серологическом статусе. Родители, находящиеся на последней стадии болезни, и их дети работают вместе над созданием книги памяти – часто это альбом с фотографиями, записанными семейными историями, а также другие памятные семейные вещи.

В Уганде использование книг памяти было начато в начале 90-х Организацией поддержки пострадавших от СПИДа («ТАСО»). Начиная с 1998 года Национальная ассоциация женщин, живущих со СПИДом («НАКУОЛА») содействовала широкому использованию этого подхода с помощью организации «ПЛАН-Уганда». Ассоциация обнаружила, что ВИЧ-инфицированным матерям было очень трудно рассказать своим детям о своем плохом здоровье, и что книги памяти очень помогли женщинам рассказывать детям о ВИЧ и обсуждать его последствия. Книга служит напоминанием для детей об их корнях, помогая им не потерять чувство своей принадлежности к семье. Книга также полезна для профилактики ВИЧ, поскольку дети воочию видят и понимают мучения родителей и не хотят повторить их несчастную судьбу.

В сельских районах на востоке Замбии возникла инновационная инициатива на уровне общины, в рамках которой традиционные обычаи наследования защищают женщин и детей, давая им право оставаться на их земле после смерти мужа или отца. Каньянгский проект для сирот был начат с целью улучшения навыков ведения фермерского хозяйства и питания в семьях с уязвимыми детьми, которым поставляются

семена, удобрения и орудия труда. Когда стало ясно, что семьям не хватает навыков, необходимых для увеличения производства продуктов питания, в рамках проекта был нанят агроном, чтобы улучшить методы земледелия и повысить урожайность. Проект превзошел ожидания, и теперь он служит важным источником семейного дохода, включая средства на оплату школьного обучения.

## На переднем крае – общины

Лагерь Армии Спасения «Масие» в Зимбабве несколько лет работал с детьми, живущими со СПИДом или пострадавшими от его последствий, где особое внимание уделялось психосоциальной поддержке. У многих детей почти нет никаких жизненных навыков, у них проявляются психосоматические нарушения, депрессия, очень низкая самооценка, нарушенное социальное поведение и чувство безнадежности. Опыт этих детей подтверждает, что смерть родителя (или, что еще хуже, обоих родителей, как это часто случается при СПИДе) имеет тяжелые последствия и может затормозить развитие ребенка.

Однако сопротивляемость и способность этих детей к преодолению трудностей может быть усилена за счет оказания относительно простой, адресной психосоциальной поддержки с учетом существующих культурных традиций. Поскольку проект начался еще в 1998 году, свыше 3000 детей, пострадавших из-за СПИДа, приняли непосредственное участие в выработке жизненных навыков в лагерях Масие. Материалы личных дел детей, прошедших обучение в этих лагерях, показывают, что эта работа положительно повлияла на их способность к преодолению проблем. Кроме того, когда молодых людей привлекают

к оказанию психосоциальной поддержки и уходу за сиротами, они сами с большей вероятностью станут практиковать безопасное поведение.

Некоторые правительства начинают готовиться к действиям (особенно на юге Африки); расширяется региональное сотрудничество. Инициатива по оказанию региональной психосоциальной поддержки детям, пострадавшим от СПИДа, представляющая собой сеть технических ресурсов, служит важным примером того, как можно достичь успеха на региональном уровне и быстро его распространить. Проект начался в середине 2001 года, когда представители и группы из пяти стран были собраны вместе в лагере Армии Спасения для уязвимых детей «Масие» в Зимбабве. С тех пор проект мобилизовал миллионы долларов на разработку информационных материалов (таких как «Пособие по воспитанию детей для подростков, возглавляющих домашние хозяйства»), работу по формированию потенциала, программы по развитию молодежи, совместную пропаганду и прямые гранты.

В целом можно сказать, что именно общины находятся на переднем крае создания самых разных программ помощи для сирот с целью обеспечения доступа к уходу и поддержке для уязвимых детей. Большинство этих проектов и программ существуют благодаря усилиям женских и церковных групп и неправительственных организаций.

## Грядущие вызовы

Проблемы в связи с растущим числом сирот и уязвимых детей (например, услуги по уходу за их ВИЧ-инфицированными родителями), начинают решаться более широкомасштабно,

чем раньше. Такие инициативы должны внедряться с большой осторожностью, с максимальным учетом интересов детей и семей, на которых они ориентированы, а также потребностей общества. За последние два года система ООН во главе с ЮНИСЕФ разработала ряд принципов и стратегий для программ, защищающих права сирот и уязвимых детей. Среди прочего, в этих принципах особое значение придается необходимости:

- усилить защиту, способность к обеспечению услуг по уходу и преодолению проблем в расширенных семьях и общинах;
- развить способность детей удовлетворять собственные потребности;
- обратить внимание на роли девочек и мальчиков и решать проблему дискриминации по половому признаку;
- обеспечить предоставление основных услуг правительствами; и
- снизить стигму и дискриминацию.

ЮНИСЕФ проводит регулярные консультации и дискуссии относительно этих принципов и стратегий в целях содействия обмену информацией, сотрудничеству и последующей деятельности.

При проведении мероприятий в области обеспечения ухода и развития способности к преодолению трудностей для детей и общин необходимо учитывать долговременную природу проблем и последствий, связанных со СПИДом. Миллионы детей уже потеряли хотя бы одного из своих родителей вследствие эпидемии, и еще миллионы потеряют их в последующие годы. Нам брошен вызов: защитить их права и предоставить им возможность реализовать свой потенциал. 