

Разработка программных стратегий для интегрирования мероприятий в связи с ВИЧ, продовольствием и питанием в условиях проживания беженцев

КОЛЛЕКЦИЯ ЮНЭЙДС “ЛУЧШАЯ ПРАКТИКА”



Фото на обложке – МПП/ Эндрю Торн-Лаймэн

UNAIDS/06.21R
(перевод на русский язык, сентябрь 2006 г.)

Оригинал : на английском языке, UNAIDS/06.21E, май 2006 г.:

*The development of programme strategies for integration of HIV,
food and nutrition activities in refugee settings*

Перевод – ЮНЭЙДС

© Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС) 2006.

Все права охраняются. Публикации ЮНЭЙДС можно получить, обратившись в Информационный центр ЮНЭЙДС. За разрешением воспроизводить либо переводить публикации ЮНЭЙДС – с целью продажи или некоммерческого распространения – следует также обращаться в Информационный центр по указанному ниже адресу, либо по факсу +41 22 791 4187, либо по электронной почте: publicationpermissions@unaids.org.

Употребляемые обозначения и изложение материала в настоящей публикации не означают выражения со стороны ЮНЭЙДС какого бы то ни было мнения относительно правового статуса той или иной страны,

территории, города, района, или их властей, или относительно делимитации их границ.

Упоминание конкретных компаний либо товаров определенных производителей не подразумевает, что ЮНЭЙДС поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или товарами подобного рода, которые здесь не упоминаются. За исключением возможных ошибок и пропусков, названия патентованных товаров пишутся с заглавной буквы.

ЮНЭЙДС не гарантирует полноту и достоверность информации, содержащейся в настоящей публикации, и не несет ответственности за ущерб, причиненный в результате ее использования.

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

The development of programme strategies for integration of HIV, food and nutrition activities in refugee settings.

(UNAIDS best practice collection)

Produced by UNAIDS, UNHCR and the World Food Programme.

"This document was prepared by Ellen Mathys Kirkcaldy ... [et al.]" – Acknowledgements.

"UNAIDS/06.21R".

1.HIV infections – prevention and control. 2.Refugees. 3.Nutrition policy. 4.Emergency feeding.
5.Program evaluation. 6.Africa. I.Kirkcaldy, Ellen Mathys. II.UNAIDS. III.UNHCR. IV.World Food Programme. V.Series: UNAIDS best practice collection.

ISBN 92 9 173526 4

(NLM classification: WC 503.6)

UNAIDS – 20 avenue Appia – 1211 Geneva 27 – Switzerland
Telephone: (+41) 22 791 36 66 – Fax: (+41) 22 791 41 87
E-mail: unaids@unaids.org – Internet: <http://www.unaids.org>

Разработка программных стратегий
для интегрирования мероприятий
в связи с ВИЧ, продовольствием и
питанием в условиях проживания
беженцев



Выражение благодарности

Документ подготовила Элен Мэтис Керколди, Проект по созданию системы раннего предупреждения об угрозе голода (FEWS NET), Вашингтон, Округ Колумбия, США, при участии: Пауля Шпигеля, старшего технического сотрудника по вопросам ВИЧ/СПИДа Управления Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев (УВКБ ООН), Женева, Швейцария; Фатии Абдалла, старшего нутрициониста, УВКБ ООН, Женева, Швейцария; Франчески Эрдельманн, советника программ по ВИЧ/СПИДу, Мировая продовольственная программа (МПП), Йоханнесбург, Южная Африка; и Эндрю Торн-Лаймана, сотрудника по вопросам питания и охраны здоровья, МПП, Рим, Италия.

Авторы выражают благодарность следующим организациям, которые оказали поддержку при разработке настоящего документа: УВКБ ООН, МПП, Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) и Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС).

В ходе полевых миссий в Замбии и Уганде члены миссий получили поддержку из многих источников. В Замбии следующие организации щедро предоставили свое время, опыт и поддержку: Правительство Замбии, УВКБ ООН, ЮНИСЕФ, МПП, Общество Красного Креста Замбии, Международная федерация Красного Креста, “Уорлд вижн интернэшнл”, HODI, “Акцион Африка хильфе” (Aktion Afrika Hilfe) и “Райт ту плей” (Right to Play). В Уганде ценный вклад внесли следующие организации: Правительство Уганды, УВКБ ООН, ЮНИСЕФ, МПП, “Акцион Африка хильфе”, Африканская организация по вопросам развития и оказания чрезвычайной помощи, Агентство для сотрудничества и исследований в области развития, “Митинг пойнт” (Meeting Point), “Мади ЭЙДС хироус эссоусиэйшн” (Madi AIDS Heroes Association), Ассоциация добровольцев для оказания международных услуг, районная больница Хойма, районная больница Мойо, Программа по защите здоровья подростков, Молодежное объединение служб по борьбе со СПИДом, Информационный центр по СПИДу и организация “Традиционные и современные врачи-практики против СПИДа” (Traditional and Modern Health Practitioners Together Against AIDS).

Наконец, настоящий документ разработан для того, чтобы отразить мудрость, творческий подход и решимость сотен беженцев и членов принимающей общины, которые внесли свой вклад в эту деятельность. Именно им мы выражаем самую большую благодарность.

Содержание

Выражение благодарности	2
Исполнительное резюме	5
Введение	9
Обоснование необходимости интегрирования программ по ВИЧ, продовольствию и питанию	9
Контекст в области политики: ВИЧ и безопасность в области продовольствия/питания для беженцев	12
Цели инициативы	16
Методика	16
Практический контекст в условиях проживания беженцев	20
Сотрудничество между учреждениями ООН	25
Результаты, полученные межучрежденческой инициативой	27
Интегрированные программные стратегии	27
Основные полученные данные	28
Концевые сноски	33

Исполнительное резюме

В 2003 году Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев (УВКБ ООН), Мировая продовольственная программа Организации Объединенных Наций (МПП) и Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) предприняли совместные действия для разработки – путем проведения полевых исследований среди общин беженцев в различных районах Африки – ряда стратегий по применению мер вмешательства на основе продовольствия и питания с целью поддержки действий по профилактике ВИЧ, уходу, лечению и оказанию помощи людям, живущим с ВИЧ. Эта инициатива целенаправленно воплотила высокую степень сотрудничества как среди организаций-участников, так и с самими беженцами для обеспечения наиболее оптимального учета уроков, показывающих, каким образом можно обеспечить более высокий уровень интеграции этих секторов в особых обстоятельствах проживания беженцев. В настоящем документе рассматривается процесс и результаты реализации этой инициативы, ценность которой с точки зрения наилучшей практики заключается в методике сотрудничества и местной инициативы, а также в полученных данных и конечных результатах.

В ходе такой деятельности были проанализированы двадцать интегрированных программных стратегий, которые можно идентифицировать по двум направлениям:

Меры вмешательства в связи с ВИЧ

- Профилактика ВИЧ, включая профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку.
- Уход и поддержка для людей, живущих с ВИЧ, и членов их семей, а также для детей, пострадавших от СПИДа (включая сирот и уязвимых детей).
- Медицинская помощь и лечение для людей, живущих с ВИЧ, и членов их семей.

Меры вмешательства в связи с продовольствием и питанием

- Распределение продовольствия и питание в условиях чрезвычайной ситуации.
- Продовольствие для обучения, наращивания потенциала и институциональной поддержки.
- Обеспечение домохозяйств продовольствием и средствами к существованию.

Были получены следующие основные данные.

- 1. Несмотря на то что продовольственная помощь является слишком грубым инструментом для решения очень сложной проблемы ВИЧ в секторе здравоохранения, существует множество возможностей для более тонкого использования программ на основе продовольствия и питания для поддержки профилактики ВИЧ, ухода, лечения и оказания помощи людям, инфицированным ВИЧ и пострадавшим от ВИЧ.** Реализации таких интегрированных программных стратегий должна предшествовать тщательная оценка, с тем чтобы определить, является ли продовольствие подходящим программным ресурсом, поскольку программы на основе продовольствия должны быть вначале обоснованы с помощью данных о безопасности в области питания и/или продовольствия. Если такие меры вмешательства обоснованы, гибкий и творческий подход при реализации программ позволяет продемонстрировать ряд возможностей для изменения *путей использования этих ресурсов*, что помогает предупредить передачу ВИЧ и смягчить последствия эпидемии. Даже если использование дополнительного продовольствия не обосновано, поддержка кормления младенцев и детей младшего возраста (КМДМВ) или другие мероприятия в области коммуникации могут быть увязаны с существующими мерами вмешательства для осуществления чрезвычайных ответных мер. Консультирование по вопросам кормления младенцев и детей младшего возраста повсеместно рекомендует исключительно грудное вскармливание и соответствующее дополнительное кормление, если это показано.
- 2. Интеграция беженцев и принимающих общин на уровне оценки, программ и политики жизненно важна для успешной борьбы с эпидемией.** Оценка для разработки интегрированных программ для беженцев и принимающих общин является чрезвычайно важной, поскольку воздействие перемещения людей на

эпидемию в значительной степени определяется частотой и природой взаимодействия между беженцами и принимающими общинами, а также уровнями распространенности ВИЧ до возникновения конфликта. Интервью с беженцами подчеркнули необходимость проведения такой оценки непосредственно с беженцами и принимающими общинами путем организации интервью, с тем чтобы иметь возможность для анализа политики и политических, экономических и социокультурных факторов, касающихся такого взаимодействия.

3. **В основе процесса разработки программ в устойчивых условиях проживания беженцев должны лежать качественные исследования, стратегии интерактивной коммуникации, участие и взаимодействие общин.** Большинство общин беженцев являются достаточно устойчивыми и могут не ограничиваться стандартными программами чрезвычайной помощи: свыше 60% всех беженцев в глобальном масштабе проживают в устойчивых условиях более десяти лет; это подразумевает, что принцип интерактивного участия и взаимодействия, обычно применяемый в программах развития для общин, также можно использовать в условиях проживания беженцев.
4. **Беженцы должны играть подлинно ведущую роль при разработке, реализации и оценке программ по здравоохранению для беженцев.** Беженцы являются далеко не пассивными получателями гуманитарной помощи: они обладают умениями и навыками для создания программ по здравоохранению для беженцев на основе более активного участия общин, с тем чтобы обеспечить профилактику ВИЧ, уход, лечение и поддержку. Координационная структура комитета по СПИДу, который должен быть межсекторальным органом с широким кругом участников с целью координации всех программ для беженцев, связанных с ВИЧ, должна обеспечивать взаимодействие с комитетом по управлению продовольствием (например, через координатора по вопросам ВИЧ в составе комитета по управлению продовольствием). Точно так же комитет по СПИДу должен включать координатора по вопросам продовольствия и питания, обеспечивающего взаимосвязь с мероприятиями, связанными с продовольствием и питанием.
5. **Наиболее распространенные программы в области продовольствия и питания для беженцев – программы распределения продовольствия в целом, избирательные меры вмешательства в связи с продовольствием и питанием для беременных женщин и кормящих матерей, программы дополнительного, лечебного и школьного питания – могут быть полезными для стратегии профилактики ВИЧ путем включения в них мероприятий в сфере коммуникации, направленных на изменение поведения, мероприятий по обеспечению участия и взаимодействия общин (стратегии 1–4).¹** При разработке программ ключевыми являются три элемента: во-первых, необходимо проводить оценку в связи с ВИЧ для определения приблизительного уровня распространенности ВИЧ, а также основных путей передачи среди населения в целом (используя заместительные показатели, если дозорный эпиднадзор или обследования среди населения не проводились), среди беременных женщин и кормящих матерей, а также среди групп, которым грозит более высокий риск заражения ВИЧ. Во-вторых, следует проводить качественные формативные исследования для разработки соответствующих информационных сообщений о ВИЧ для целевой аудитории программы, которая, безусловно, будет сильно различаться для указанных четырех типов мер вмешательства (стратегии 1–4). В-третьих, проведение оценки действий должно помочь обеспечить, чтобы включение мероприятий в связи с ВИЧ не повлекло за собой снижения эффективности самой программы в области продовольствия/питания, благодаря учету таких рабочих факторов, как планирование участков их проведения и планирование адекватных кадровых ресурсов. Если такие мероприятия будут включены, сотрудникам программ в области продовольствия/питания потребуется пройти дополнительное обучение по вопросам СПИДа, даже если просвещение в связи с ВИЧ должны проводить внешние группы. Такие программные стратегии могут оказать более сильное влияние, если эпидемия является генерализованной (т.е. показатель распространенности ВИЧ составляет не менее 1%), чем в случае, когда эпидемия воздействует только на определенные группы населения с более высоким уровнем риска.

Исходной точкой для реализации таких мероприятий является создание Комитета по СПИДу и Комитета по управлению продовольствием для осуществления надзора за разработкой программ. Важно, чтобы такие направленные на профилактику мероприятия в сфере коммуникации с целью изменения поведения увязывались и тесно координировались с услугами в области здравоохранения (включая добровольное

консультирование и тестирование, профилактику передачи от матери ребенку и лечение и уход в случае оппортунистических заболеваний), социального обеспечения и защиты. Если программа в области продовольствия/питания является программой обеспечения дополнительного питания, она может быть увязана с добровольным консультированием и тестированием и услугами по профилактике передачи от матери ребенку. Инициативы в сфере коммуникации с целью изменения поведения должны быть направлены на решение вопросов безопасного вскармливания младенцев в контексте ВИЧ. В условиях чрезвычайной ситуации в целом заместительное вскармливание не отвечает критериям ЮНИСЕФ/ВОЗ, согласно которым оно должно быть “приемлемым, реальным, доступным, безопасным и устойчивым”; по этой причине поддержка для оказания помощи всем женщинам, с тем чтобы они использовали исключительно грудное вскармливание в первые шесть месяцев жизни младенца, жизненно необходима. Участие общинных музыкальных, танцевальных и драматических групп помогает снизить риск стигматизации, связанной с заболеванием, и выработать навыки проведения санитарно-просветительной работы у членов таких групп.

6. **Программы в области продовольствия и питания помогают достичь целей, связанных с обеспечением ухода и поддержки для людей, живущих с ВИЧ, и уязвимых групп за счет: изменения рациона питания в соответствии с потребностями людей, живущих с ВИЧ, и членов их семей, изменения аспектов реализации программ, с тем чтобы обеспечить доступ для людей, живущих с ВИЧ, и повышения продовольственной безопасности и обеспеченности средствами к существованию домохозяйств, пострадавших от СПИДа (стратегии 5–12).** ВИЧ-инфекция увеличивает потребности в питании на 10% при наличии асимптоматической ВИЧ-инфекции и на 20–30% при наличии симптоматической ВИЧ-инфекции или СПИДа.⁴ Важность адекватного общего рациона для групп населения, пострадавших от СПИДа, повышается. Несмотря на отсутствие основанных на доказательствах руководящих принципов, определяющих, каким образом следует регулировать энергоемкость общего рациона в свете ВИЧ, затраты в связи с увеличением общего рациона для всех получателей помощи с целью удовлетворения растущих потребностей в питании людей, живущих с ВИЧ, будут значительными, в то же время увеличение рациона для удовлетворения средних потребностей в питании (включая инфицированных и неинфицированных людей) приведет к минимальным изменениям в рационе. Наиболее приоритетное внимание следует уделять непрерывному обеспечению полного рациона, когда 10–12% общей потребляемой энергии поступает за счет белков и не менее 17% за счет жиров. Нет никаких подтвержденных данных, свидетельствующих о повышении потребностей людей, инфицированных ВИЧ, в белках. Для определения необходимости использования дополнительных ресурсов для увеличения общего рациона или поддержки целевых программ питания для людей, живущих с ВИЧ, следует проводить местную оценку.

Помимо увеличения общего рациона, обеспечить максимальную пользу от общего рациона для людей, живущих с ВИЧ, помогают оперативные изменения, включая: предоставление молотых и витаминизированных основных продуктов питания, а не одних крупяных продуктов; включение витаминизированных смешанных продуктов; и вовлечение социальных работников или добровольцев из общин для непосредственного распределения рациона среди членов домохозяйств, которым в связи с болезнью может быть трудно самим приходиться получать рацион.

Если общий рацион не увеличивается в связи с воздействием ВИЧ, усиленный рацион могут обеспечивать целевые программы дополнительного питания, в частности, когда критерии, дающие право на участие в них, расширяются и предусматривают поддержку в питании для людей, живущих с ВИЧ. В таком случае программа дополнительного питания должна тесно координироваться с учреждениями здравоохранения. Критическим сдерживающим фактором в реализации целевых программ дополнительного питания является акцент в сторону лиц, имеющих положительный серологический статус, знающих свой статус и выражающих желание раскрыть этот статус; это исключает из программ большинство населения, живущего с ВИЧ.

Предоставление рациона питания через программы школьного питания в качестве меры вмешательства при ВИЧ следует рассматривать только тогда, когда имеются четкие данные, что снижение посещаемости школы детьми, живущими в домохозяйствах, пострадавших от ВИЧ, можно обратить вспять за счет распределения продуктов питания в школах. Эту меру вмешательства следует рассматривать как

краткосрочную и применять, пока не появится возможность использовать долгосрочные меры поддержки домохозяйств, пострадавших от ВИЧ. Аналогичным образом предоставление рациона фостерным семьям и сиротским приютам позволяет обеспечить удовлетворение потребностей в питании сирот и уязвимых детей в ходе продовольственного кризиса; однако в долгосрочном плане требуются более широкие программы обеспечения продовольственной безопасности.

В ключевые программы продовольственной безопасности следует включать домашнее садоводство/огородничество и обработку сельскохозяйственных участков (с оказанием необходимой поддержки), мероприятия, направленные на получение доходов, предоставление микрокредитов и банковских услуг через общины, обучение и выработку умений и навыков. Продовольствие и связанные с ним ресурсы (напр., семена и инструменты) могут использоваться в качестве вклада в программы, например, в случае проектов организации домашнего садоводства/огородничества; или же продовольствие может использоваться для того, чтобы люди, живущие с ВИЧ, могли участвовать в определенных программах, таких как обучение.

7. **Поддержка и просвещение по вопросам питания могут включаться в качестве компонентов в услуги в связи с медицинской помощью и лечением, используемые людьми, живущими с ВИЧ, например, через услуги для пациентов в стационарах, программы ухода на дому и антиретровирусного лечения (стратегии 13–16).** Последствия реализации программ питания для пациентов, находящихся в больницах, могут быть обоснованы с точки зрения логистики и финансового обеспечения, когда высокий процент таких больных обращаются по поводу ухода в связи с состоянием здоровья, связанным с ВИЧ, а также когда отсутствие питания приводит или может привести к ухудшению состояния здоровья таких пациентов. Чтобы избежать стигматизации, питание должно предоставляться всем пациентам, находящимся в стационаре, а не только людям, живущим с ВИЧ. Для улучшения состояния питания в долгосрочном плане такую программу следует дополнять просвещением по вопросам питания. Примером успешного применения действий на практике является организация демонстрационных садовых участков при больницах, которые позволяют получить продовольствие для программы питания пациентов, а также проводить просвещение по вопросам выращивания и гигиенически правильного приготовления богатых питательными веществами культур для пациентов, страдающих острыми и хроническими заболеваниями.

Точно так же поддержка в области питания может включаться в систему ухода за людьми, живущими с ВИЧ, через общины. Программы ухода на дому и другие программы антиретровирусного лечения могут обеспечить дополнительный рацион, включая просвещение по вопросам питания. В идеальном случае в рацион, еще до его распределения, следует включать витаминизированные смешанные продукты питания и/или молотые и витаминизированные основные продукты питания, а также, по мере возможности, свежие фрукты и овощи. Обеспечение рациона питания направлено на повышение эффективности лечения и подавление вируса, усиление организма человека, а также его здоровья и иммунитета.

8. **Ресурсы в области продовольствия и питания могут использоваться для поддержки мероприятий, связанных с обучением и наращиванием потенциала, которые проводятся для лиц, обеспечивающих уход в связи со СПИДом в клиниках и общинах, и для поддержки процесса создания или развития мероприятий в связи со СПИДом на уровне общин (стратегии 17–20).** Как и в случае любой программы на основе обеспечения продовольствием, использование продовольствия в качестве стимула должно применяться после тщательной оценки, позволяющей установить, что продовольственная помощь является соответствующим ресурсом для стимулирования. Если такое положение обеспечено, продовольствие может использоваться для поддержки процесса обучения лиц, оказывающих медицинскую помощь формально/в клиниках (напр., медсестер и ассистентов), лиц, оказывающих нетрадиционную медицинскую помощь/через общины (напр., народные целители, повитухи), и других членов общины, которые могут играть центральную роль в осуществлении усилий в связи с ВИЧ. Несмотря на то что в устойчивых условиях проживания беженцев медицинские услуги зачастую представлены лучше, чем в окружающих принимающих общинах, беженцы часто могут пользоваться как услугами, предоставляемыми через клиники, так и нетрадиционными услугами. Включение медицинского персонала в программы просвещения, профилактики, ухода и лечения в связи с ВИЧ требует наращивания потенциала как работающих в клиниках, так и предоставляющих нетрадиционные медицинские услуги – по мере возможности, в партнерстве.

Введение

К концу двадцатого столетия ВИЧ стал одной из проблем в области общественного здравоохранения, которые настолько глубоки и имеют такие далеко идущие последствия, что они серьезным образом изменили представления и практику в области общественного здравоохранения. Возможно, в большей степени по сравнению с другими кризисами пандемия СПИДа резко ставит под сомнение общепринятую бюрократическую природу гуманитарной помощи и помощи в области развития, построенную по принципу “сверху вниз” и зависящую от конкретного сектора. Данное заболевание – это “долгосрочное чрезвычайное состояние... многосторонняя проблема при оказании краткосрочной гуманитарной помощи для облегчения тяжелых страданий... [и] один из многочисленных факторов, способствующих длительному и хроническому отсутствию продовольственной безопасности, усилению бедности и нищеты”.² Эта пандемия состоит из нескольких эпидемий, причем каждая из них имеет свою схему инфицирования и уязвимости, при этом по состоянию на конец 2005 года число людей, живущих с ВИЧ, по оценкам, составляло 40,3 (36,7–45,3) миллиона человек.³ Что касается общин беженцев, ВИЧ дополняет другие факторы, такие как конфликты и перемещение людей, вызывая глубокие и часто необратимые изменения в жизни людей. Для беженцев, как и для всех других общин, эффективное разрешение проблем ВИЧ требует проведения местной оценки, партнерства и принятия решений.

Учитывая размеры и уникальную природу данного кризиса, международное сообщество обязано осуществлять ответные меры, исходя из имеющегося неполного, хотя и постоянно растущего научного и программного опыта и полученной доказательной информации. Строгий мониторинг и оценка осуществляемых мер вмешательства в связи с ВИЧ помогут расширить научную базу и правильно распределить ограниченные ресурсы, имеющиеся для реализации программ. Заслуживают внимания последние усилия, направленные на более четкое определение такой взаимосвязи между ВИЧ и питанием на национальном уровне, такие как Международная конференция по проблемам ВИЧ/СПИДа, продовольственной безопасности и питания 2005 г. (Дурбан); однако слишком мало информации было получено о такой взаимосвязи в условиях проживания беженцев, что диктует потребность в расширении сотрудничества и проведении новых исследований.

В 2003 году Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев (УВКБ ООН), Мировая продовольственная программа Организации Объединенных Наций (МПП) и Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) предприняли совместные действия для разработки – путем проведения оперативных исследований среди различных общин беженцев в Африке – ряда стратегий по применению мер вмешательства на основе продовольствия и питания с целью поддержки усилий по профилактике ВИЧ, смягчению его воздействия, обеспечению ухода, лечения и поддержки для людей, живущих с ВИЧ. Эти инициативы на основе активного сотрудничества стали результатом признания на высоком уровне того, что условия проживания беженцев являются особыми. Конкретные исследования, проводимые среди беженцев и с их участием, необходимы для того, чтобы разработать подходы, предусматривающие более эффективное использование программ на основе продовольствия и питания для решения вопросов, связанных с профилактикой передачи ВИЧ, уходом, лечением и оказанием поддержки в таких условиях. В настоящем документе рассматриваются процесс и результаты этой межучрежденческой инициативы, которая представляется ценной с точки зрения применения передового опыта не только из-за использования методики сотрудничества и инициативы на местах, но и благодаря полученным результатам, которые лежат в плоскости пересечения вопросов ВИЧ, питания и продовольственной безопасности в условиях проживания беженцев на уровне общин.

Обоснование необходимости интегрирования программ по ВИЧ, продовольствию и питанию

За последние несколько лет были проведены исследования, которые позволили получить данные о существовании многочисленных связей между продовольственной безопасностью (или такими сопутствующими факторами, как сельскохозяйственное производство), питанием и ВИЧ как на уровне

отдельно взятого человека, так и на уровне населения в целом. Перенос результатов таких исследований на условия проживания беженцев – для более четкого определения того, каким образом связаны между собой продовольственная безопасность, питание и ВИЧ и как осуществлять эффективные ответные меры – по ряду причин представляет собой еще более сложную проблему. Во-первых, вследствие ограниченности ресурсов и изолированности, обусловленной конфликтами, информация об условиях проживания беженцев (а тем более условиях жизни внутренне перемещенных лиц) зачастую очень скудная. УВКБ ООН и его партнеры стремятся создать базу эпидемиологических данных и для этой цели провели, с 2001 по 2005 годы, дозорный эпиднадзор за ВИЧ в дородовых женских консультациях, а также эпиднадзор за поведением в 12 странах.^{5,6} Во-вторых, сложные чрезвычайные ситуации зачастую влекут за собой значительные изменения различных факторов, определяющих распространённость ВИЧ, включая вероятность контакта с вирусом (вследствие различных схем смешивания населения, нарушения равновесия между возможностями и правами человека и сексуального или гендерного насилия) и уязвимость к вирусу (вследствие недоедания и наличия запущенных инфекций, передающихся половым путем).^{7,8} В-третьих, цикл развития сложной чрезвычайной ситуации демонстрирует очень сильные изменения ключевых показателей состояния здоровья, включая высокие показатели смертности в ходе острой фазы, которые снижаются до относительно низких уровней в условиях длительного проживания в лагерях для беженцев.⁹ По этой причине тенденции изменения распространённости ВИЧ в условиях перемещения людей не являются неизменными, поскольку они зависят от факторов, которые варьируются в зависимости от групп беженцев, например, от степени взаимодействия с принимающими общинами и распространённости ВИЧ как среди беженцев, так и среди принимающего населения.⁵ В-четвертых, выбор ответных мер в условиях проживания беженцев зависит в значительной мере от национальной политики в отношении беженцев в принимающей стране, которая сильно варьируется, а также от институциональных рамок.¹⁰ Национальная политика, которая обеспечивает широкую интеграцию (включая, например, сельскохозяйственное производство и свободное перемещение людей в целях торговли и трудоустройства), дает более широкие возможности для осуществления ответных мер, которые могут быть близкими к ответным мерам, осуществляемым в устойчивых условиях жизни обычного гражданского населения, т.е. небегенцев.

Обзорный анализ литературы с описанием устойчивых условий жизни обычного населения в странах с низким уровнем доходов указывает на наличие взаимосвязи между повышением заболеваемости и смертности среди членов домохозяйств, особенно среди взрослых, вследствие заражения ВИЧ, а также различных других факторов на уровне домохозяйства, касающихся обеспечения продовольственной безопасности (факторов, варьирующихся в зависимости от места проведения исследования, но включающих обеспечение средств к существованию, в том числе сельскохозяйственную и иную экономическую деятельность и имущество).¹¹ Смертность в связи со СПИДом изменяет демографическую структуру домохозяйств и зачастую может вести к увеличению числа домохозяйств, возглавляемых женщинами и детьми, а также к увеличению числа иждивенцев в домохозяйствах. Относительное воздействие смерти взрослых мужчин и женщин на продовольственную безопасность домохозяйств зависит от местных социокультурных факторов, в частности от того, сохраняет ли вдова право на землю, детей и другое имущество, а также от того, имеет ли она экономические возможности после утраты своего мужа; от той помощи, которую оказывают члены семьи и общины; и от того, в какой степени стигма ограничивает возможности оставшихся членов домохозяйств в плане поиска работы и продажи своей продукции для получения средств к существованию. Исследования указывают на снижение уровня экономически продуктивной деятельности (напр., выращивание продовольственных и товарных культур, участие в торговле и других видах деятельности, не связанных с сельским хозяйством) в зависимости от возраста и пола умершего. В странах Африки, где наиболее доходными видами экономической деятельности занимаются мужчины (напр., выращивание товарных культур, скотоводство, доступ к кредитам), домохозяйства, возглавляемые женщинами, сталкиваются с пугающей проблемой добывания средств к существованию за счет участия в намного менее доходных видах деятельности, таких как выращивание основных продуктов питания и содержание мелких животных (напр., птицы, коз и овец).

Очевидно, что для домохозяйств, возглавляемых женщинами и не имеющих возможностей для зарабатывания средств к существованию, ВИЧ может таить в себе особые сложности с точки зрения предупреждения или решения проблемы острого недоедания детей на двух уровнях: нищета и отсутствие

продовольственной безопасности на уровне домохозяйств и задержка в росте у инфицированных детей. В условиях чрезвычайной ситуации ВИЧ усугубляет риск распространения острого недоедания, что может быть обусловлено ранним отнятием ребенка от груди, плохой диетой и неадекватным ведением ВИЧ-инфицированных детей в критический период их развития с 6 до 24 месяцев. Задержка детей в росте связана с более высоким риском смертности, по этой причине хорошее питание имеет критическое значение для увеличения веса детей, особенно после оппортунистических заболеваний. (Однако, проблема ВИЧ и питания младенцев и детей младшего возраста в настоящем документе подробно не рассматривается.)

Поэтому связанная со СПИДом смертность ассоциируется с ухудшением в дальнейшем состояния имущества, снижением уровня потребления продуктов питания в домохозяйстве и увеличением нагрузки на механизмы оказания помощи внутри общин в условиях жизни обычного населения. Следует признать, что сильные общепринятые механизмы оказания помощи внутри общины могут предупреждать и даже маскировать воздействие эпидемии (поскольку они могут скрывать последствия процесса развития широкомасштабной чрезвычайной продовольственной ситуации) до тех пор, пока сами такие механизмы не начнут испытывать чрезмерную нагрузку. Это приводит к распаду пострадавших домохозяйств – такое демографическое воздействие эпидемии на данный момент недостаточно определено. Несмотря на то что беженцы, как правило, перемещаются семьями и общинами, если это возможно, процесс перемещения по-прежнему оказывает очень сильное разрушающее воздействие на сети, объединяющие семьи и общины, от жизни которых зачастую зависят наиболее уязвимые сельские домохозяйства в Африке.

На уровне отдельного человека ВИЧ-инфекция, как известно, повышает потребности в энергозатратах на 10% для ВИЧ-инфицированных взрослых на асимптоматической стадии заболевания и на 20–30% для лиц, имеющих симптоматическую инфекцию или СПИД.¹² В то время как население, живущее в условиях стабильной продовольственной безопасности, может иметь возможность потреблять больше продуктов питания для удовлетворения таких растущих потребностей, для перемещенных групп населения, отрезанных от нормальных стратегий, обеспечивающих доступ к продовольствию (напр., выращивание собственных продуктов питания, получение доходов для покупки продовольствия), и полагающихся на все более ограниченные поставки гуманитарной продовольственной помощи, это может оказаться более трудной задачей. Оппортунистические заболевания, с которыми зачастую сталкиваются люди, живущие с ВИЧ, например, заболевания желудочно-кишечного тракта, могут снижать аппетит и потребление или степень усвоения питательных веществ.

Отсутствие продовольственной безопасности может повышать риск заражения ВИЧ вследствие увеличения вероятности поведения с высоким уровнем риска, такого как незащищенный секс для получения продуктов питания или доходов. Условия проживания беженцев таят в себе риск, особенно для женщин и девочек, которые сталкиваются с повышенным риском сексуальной эксплуатации и гендерного насилия. Системы защиты, обеспечиваемые правительством принимающей страны и международным сообществом (информирование, уход и правовое сопровождение), зачастую слабые или вообще отсутствуют.¹³ Значительное сокращение донорской продовольственной помощи в последние годы привело к ухудшению пищевого рациона во многих лагерях для беженцев по всему миру при отсутствии каких-либо данных о снижении потребностей; для женщин-беженек, борющихся за то, чтобы прокормить себя и свои семьи, одним из возможных серьезных последствий является усиление сексуальной эксплуатации и связанное с этим заражение ВИЧ, иногда даже со стороны самих гуманитарных сотрудников, которые обязаны обеспечивать им поддержку и защиту.¹⁴

Пути взаимодействия между уже существующей проблемой недоедания и ВИЧ на данный момент понимаются в недостаточной мере; хотя известно, что недоедание нарушает иммунную функцию на индивидуальном уровне, имеющиеся данные, отражающие взаимосвязь между недоеданием и ВИЧ на уровне общины, далеко не полные и почти всегда касаются конкретной страны. В то время как эта область исследования является относительно новой, документально подтвержденное взаимодействие между ВИЧ и отсутствием безопасности в области продовольствия и питания носит достаточно определенный характер и требует внесения изменений в программы, а также проведения строгой оценки воздействия для извлечения уроков на основе имеющегося практического опыта в целях разработки будущих программ. Такое признание

неизбежно вызывает вопрос о том, каким образом продовольственная помощь – включающая примерно шесть миллионов тонн продовольственной помощи, распределяемой МПП ежегодно¹⁵ – может способствовать профилактике ВИЧ, уходу, лечению и поддержке для целевых групп населения.

В целом, оказание продовольственной помощи должно включаться в качестве приоритетного направления в программы, направленные на оказание поддержки в области питания, а не в программы передачи ресурсов.¹⁶ Программное использование относительно ограниченных ресурсов продовольственной помощи в ситуациях, где необходимы программы оказания помощи в виде наличных средств или иной помощи, помимо продовольственной, может привести к отрицательным последствиям, таким как ослабление местного производства, нарушение рынков, ослабление традиционных механизмов оказания помощи внутри общин и нарушение нормальных экономических стратегий осуществления ответных мер. Учитывая все эти факторы, продовольственная помощь должна использоваться осторожно также в условиях проживания беженцев.

Если это обосновано, гуманитарные организации (как в системе ООН, так и неправительственные организации) должны стремиться искать пути оказания помощи, когда продовольственные ресурсы могут обеспечить достижение определенных целей, связанных с продовольствием и питанием, и одновременно обеспечить профилактику ВИЧ, а также уход, лечение и поддержку для людей, живущих с ВИЧ. Относительно несложно понять то, каким образом продовольственная помощь помогает спасти жизни людей; программные исследования требуются для того, чтобы обеспечить достижение второй основной цели, связанной с оказанием продовольственной помощи, – создание долгосрочных человеческих и физических ресурсов – за счет использования продовольственной помощи для устранения причин и последствий эпидемии.

Контекст в области политики: ВИЧ и безопасность в области продовольствия/питания для беженцев

Учреждения ООН и неправительственные организации в целом быстро включили проблему ВИЧ в качестве ключевой приоритетной проблемы в свою работу, причем каждый раз через призму своего институционального мандата. Консультация по вопросам питания и ВИЧ/СПИДа в Африке (2005 г.), проведенная Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), позволила собрать вместе представителей ООН, неправительственных организаций и правительств 20 стран Африки для обзорного анализа обобщенных результатов, полученных при проведении шести технических обзоров в связи с ВИЧ, СПИДом и питанием, а также определить ключевые последствия реализации программ на национальном уровне, на уровне общин и в условиях чрезвычайной ситуации.¹⁷ Заявление, в котором участники призвали к “включению вопросов питания в основной пакет мер для обеспечения ухода, лечения и поддержки людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, и мер профилактики инфекции”, было принято Всемирной ассамблеей здравоохранения в резолюции WHA57.14 (май 2005 г.).¹⁸

В Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятой специальной сессией Генеральной Ассамблеи ООН (2001 г.), особо отмечается потребность в применении мер в связи с ВИЧ среди групп населения, пострадавших в результате конфликтов и стихийных бедствий, включая беженцев, “в срочном порядке” на основе признания того, что “население, дестабилизированное вооруженным конфликтом, ... включая беженцев, внутренних переселенцев, и особенно женщин и детей, подвержено повышенному риску инфицирования ВИЧ”¹⁹. В Декларации утверждается, что эпидемия грозит подорвать национальную продовольственную безопасность. Тем не менее рекомендации в отношении ВИЧ и питания, изложенные в Декларации, ограничиваются двумя пунктами: содействовать профилактике ВИЧ за счет улучшения питания (и других услуг в области здравоохранения и социального обслуживания), а также обеспечить хорошее питание для сирот и уязвимых детей.

ВИЧ и питание получили особое международное внимание в качестве критического программного вопроса, только когда кризис на юге Африки в 2002-2003 годах заставил говорить о влиянии высокой распространенности ВИЧ на проблему отсутствия продовольственной безопасности, недоедания и смертности. К сожалению, до тех пор, пока не будут получены надежные данные на уровне населения о

доминировании серотипа, остром и хроническом недоедании и отсутствии продовольственной безопасности на уровне домохозяйств, “масштабы и степень влияния ВИЧ/СПИДа на острое и хроническое отсутствие продовольственной безопасности будут оставаться неизвестными”.^{20,21}

Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) была создана в 1996 году в качестве координатора политики и действий в связи со СПИДом в рамках системы ООН. ЮНЭЙДС имеет широкие цели: руководить, усиливать и поддерживать “расширенные ответные меры, нацеленные на профилактику передачи ВИЧ, оказание ухода и поддержки, снижение уязвимости людей и общин к ВИЧ/СПИДу и ослабление воздействия эпидемии”.²² Несмотря на то что ЮНЭЙДС является основным координирующим органом по вопросам СПИДа в системе ООН, именно УВКБ ООН в соответствии с возложенной на него миссией “возглавлять и координировать международные действия для ... обеспечения прав и благополучия беженцев”²³ разрабатывает политику и меры вмешательства для беженцев. Документ УВКБ ООН “Стратегический план на 2005–2007 годы: борьба с ВИЧ и СПИДом совместно с беженцами” включает 10 целей в области политики и программ по ВИЧ (вставка 1).²⁴ Поскольку УВКБ ООН тесно сотрудничает с Мировой продовольственной программой (МПП) по вопросам распределения продовольствия, использование продовольственных ресурсов для борьбы с ВИЧ предусматривает использование рамок УВКБ ООН и МПП в области политики. Для УВКБ ООН меры вмешательства в связи с ВИЧ, продовольствием и питанием должны соответствовать основной миссии по защите беженцев: меры вмешательства должны обеспечивать широкую поддержку прав беженцев на жизнь с достоинством, без дискриминации и с соблюдением их прав человека. УВКБ ООН стало кооператором ЮНЭЙДС в 2004 году.

Вставка 1. Цели, связанные с ВИЧ, в Стратегическом плане УВКБ ООН (2005–2007 годы)

- 1. Защита:** Обеспечить, чтобы в связи с эпидемией СПИДа беженцы, лица, ищущие убежища, и другие подмандатные лица жили с достоинством, без дискриминации, с соблюдением их прав человека.
- 2. Координация и интегрирование:** Обеспечить координацию, включение и интегрирование политики и мер вмешательства в связи с ВИЧ, направленных на беженцев, с аналогичными политикой и мерами вмешательства на международном, региональном, субрегиональном, страновом и организационном уровнях.
- 3. Устойчивые решения:** Разработать и включить политику и меры вмешательства в связи с ВИЧ в программы УВКБ ООН для обеспечения устойчивых решений и смягчения долгосрочного воздействия ВИЧ.
- 4. Пропаганда:** Пропагандировать интегрирование программ, политики и мер вмешательства в связи с ВИЧ и субрегиональных инициатив для беженцев и других подмандатных лиц постоянным и устойчивым образом на всех уровнях.
- 5. Общий уровень и качество мер вмешательства в связи с ВИЧ:** Обеспечить удовлетворительный и необходимый уровень интегрированного осуществления мер вмешательства в связи с ВИЧ для беженцев, лиц, возвратившихся на родину, и других подмандатных лиц.
- 6. Профилактика:** Снизить уровень передачи ВИЧ и заболеваемость в связи с ВИЧ.
- 7. Поддержка, уход и лечение:** Снизить уровень заболеваемости и смертности в связи с ВИЧ.
- 8. Оценка, эпиднадзор и мониторинг:** Улучшить качество реализации программ и их оценки.
- 9. Обучение и наращивание потенциала:** Улучшать умения, навыки и потенциал УВКБ ООН, его партнеров и беженцев в связи с ВИЧ.
- 10. Мобилизация ресурсов:** Увеличить объем средств, привлекая не только средства традиционных доноров, для обеспечения успешного осуществления политики и программ в связи с ВИЧ, изложенных в стратегическом плане УВКБ ООН.

В 2003 году МПП приняла документ “Программы в эпоху СПИДа” (*Programming in the Era of AIDS*), в котором было сформулировано обязательство по включению проблемы ВИЧ во все ее действия как межсекторальной проблемы.²⁵ Примеры того, каким образом этого можно добиться, включали: прямое решение проблемы отсутствия продовольственной безопасности вследствие воздействия ВИЧ; использование действий МПП в качестве “платформы для других типов программ по ВИЧ/СПИДу”; адаптацию “программных инструментов, таких как оценка потребностей, анализ уязвимости, разработка рационов и другие мероприятия в связи с питанием” для учета ВИЧ; и обеспечение включения проблем питания в мероприятия в связи с ВИЧ, там и когда это уместно.²⁶ МПП стала коспонсором ЮНЭЙДС в 2003 году.

ЮНИСЕФ является одним из первоначальных коспонсоров ЮНЭЙДС. Обязательства ЮНИСЕФ в области ВИЧ выражены в его Среднесрочном стратегическом плане (ССП) на 2006–2009 годы. В этом контексте стратегическая цель ЮНИСЕФ заключается в том, чтобы поставить детей и подростков в центр повестки дня по СПИДу и нарастить потенциал государственных и негосударственных участников, с тем чтобы остановить и начать обращение вспять процесса распространения ВИЧ среди детей. Два других документа с изложением подхода ЮНИСЕФ включают документ: “Борьба с ВИЧ/СПИДом: стратегии для успеха на 2002–2005 годы” (*Fighting HIV/AIDS: Strategies for Success 2002–2005*) (2003 г.)²⁷ и межучрежденческий документ: “Рамки для защиты, ухода и поддержки сирот и уязвимых детей, живущих в мире, пораженном ВИЧ и СПИДом” (*Framework for the Protection, Care and Support of Orphans and Vulnerable Children Living in a World with HIV and AIDS*) (2004 г.), где ЮНИСЕФ отведена ведущая роль.²⁸ Первый документ, который адаптирует план действий ЮНИСЕФ к ситуациям вооруженного конфликта, уделяет приоритетное внимание разработке и реализации программ в области здравоохранения и питания с целью обеспечения полноценного питания для сирот и уязвимых детей, беременных женщин и кормящих матерей и людей, живущих с ВИЧ.

Что касается претворения этих обязательств в руководство для действий, Рабочая группа по ВИЧ/СПИДу в условиях чрезвычайной ситуации Межучрежденческого постоянного комитета (МПК) разработала “Руководящие принципы осуществления мер вмешательства в связи с ВИЧ/СПИДом в условиях чрезвычайной ситуации” (*Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings*) (2004 г.).²⁹ Основываясь на результатах работы, проведенной ранее Межучрежденческой рабочей группой и Консорциумом по вопросам осуществления ответных мер для защиты репродуктивного здоровья в условиях чрезвычайной ситуации (Reproductive Health Response in Conflict Consortium),^{30,31} Руководящие принципы МПК обеспечивают бесценную программу для решения проблем ВИЧ в условиях острых чрезвычайных ситуаций, где такие услуги в целом оказываются плохо. Руководство по осуществлению мер вмешательства в целях обеспечения продовольственной безопасности и питания включено в раздел 5 настоящего документа. В документе “Интегрирование мероприятий в связи с ВИЧ/СПИДом с поддержкой в области продовольствия и питания в условиях проживания беженцев: конкретные программные стратегии” (*Integration of HIV/AIDS Activities with Food and Nutrition Support in Refugee Settings: Specific Programme Strategies*) (2004 г.), который дополняет Руководящие принципы МПК, особое внимание уделяется действиям после завершения острой фазы кризиса и рассматривается более широкий спектр возможных мер вмешательства.

Поскольку проблема ВИЧ в конечном счете решается в конкретных странах и общинах, международное сообщество признало необходимость внедрения последовательных принципов и политики для руководства действиями в связи с ВИЧ в странах, где национальные и многонациональные участники действуют совместно. Руководящие принципы под названием “Три принципа”, которые стали результатом международного консенсуса, достигнутого в ходе Международной конференции по СПИДу и ИППП в Африке (ИКАСА) в 2003 году, предусматривают, что странам необходимо иметь “единые согласованные рамки действий по ВИЧ/СПИДу, обеспечивающие основу для координации действий всех партнеров; единый национальный координирующий орган по СПИДу, имеющий широкие межсекторальные полномочия; и единую согласованную национальную систему мониторинга и оценки”.³² Несмотря на то что важность “Трех принципов” с точки зрения координации зачастую разрозненных действий большого числа участников в этой области неоспорима, важный вопрос, касающийся ВИЧ и беженцев, может оказаться вне сферы внимания, если политика в отношении беженцев не будет в полной мере включена в национальную политику. В документе

“Три принципа” конкретно не упоминается потребность в разработке и реализации программ на стыке проблем питания, продовольственной безопасности и ВИЧ. Пока вопросы защиты беженцев и предоставления услуг по-прежнему будут передаваться какому-либо правительственному органу или министерству, не имеющему связи с национальными системами оказания услуг (напр., услугами в связи со СПИДом, здравоохранением, водоснабжением и санитарией, образованием) и препятствующему интеграции в местные общины, проблема ВИЧ среди беженцев, скорее всего, не будет решаться адекватным образом. Исключение беженцев из национальных инициатив по СПИДу является неосторожным шагом по ряду причин. Декларация ООН о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом (2001 г.) признает, что эта эпидемия является одной из основных угроз в отношении прав, жизни и достоинства человека; при этом особое внимание уделяется регионам, пострадавшим в результате конфликтов и стихийных бедствий. Кроме того, более чем 35 миллионов человек, которые, по оценкам, являются беженцами, лицами, ищущими убежища, и внутренне перемещенными лицами, включая более шести миллионов новых перемещенных лиц (в том же 2003 году), представляют собой существенную проблему с точки зрения усиления процесса смешивания населения.³³

Многие страны в Африке к югу от Сахары объединились для решения проблемы воздействия миграции и перемещения людей на развитие ВИЧ в этом регионе. Эти страны с помощью доноров и гуманитарных организаций стремятся сообща обеспечить связанные с ВИЧ потребности беженцев и принимающего населения за счет разработки субрегиональных планов. Создание таких планов дает возможность предоставлять услуги в связи с ВИЧ перемещенным лицам, которые ранее могли не иметь к ним доступа. Эти планы обеспечивают непрерывность ухода за счет использования стандартизированных протоколов в различных странах. Это делает возможным внедрение антиретровирусного лечения для таких групп населения. Наконец, субрегиональные планы не только помогают обеспечить более высокий уровень предоставления комплексных и гармонизированных услуг, но также могут использоваться для повышения эффективности и снижения стоимости программ.³⁴

Что касается антиретровирусного лечения, инициатива “3 к 5”, возглавляемая Всемирной организацией здравоохранения/ЮНЭЙДС, добилась значительного прогресса – к концу 2005 года более 1,3 миллиона человека получали антиретровирусное лечение в развивающихся странах и странах, находящихся на переходной стадии,³⁵ – однако в общей численности населения беженцы составляют очень малую пропорцию, и предоставление антиретровирусного лечения населению, пострадавшему в результате конфликтов и перемещения, не является приоритетным направлением в этой работе. Политика УВКБ ООН поддерживает предоставление антиретровирусного лечения беженцам, если такое лечение предоставляется принимающему населению.³⁶ Аналогичным образом крупномасштабные международные программы, такие как Чрезвычайный план Президента США для оказания помощи в связи со СПИДом (ПЕПФАР), Межстрановая программа по СПИДу (МПС) Всемирного банка и Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, уделяют первоочередное внимание осуществлению мер в ответ на эпидемию в устойчивых условиях; в то же время Всемирный банк финансирует Инициативу по СПИДу для региона Великих озер, представляющую собой новую многострановую субрегиональную инициативу. Кроме того, достижения в области антиретровирусного лечения должны сопровождаться усилением оценки и мониторинга процесса получения такого лечения с точки зрения обеспечения полноценного питания. Обеспечение доступа к адекватным и необходимым продуктам питания и рассмотрение возможности их распределения среди участников, не обеспеченных продовольствием в должной мере, позволит повысить эффективность лечения и предупредить потерю в весе, что связано с высокой заболеваемостью и смертностью.

Рамки политики по проблеме ВИЧ, начавшие учитывать взаимосвязи между ВИЧ и питанием, применялись в отношении лечения и обеспечения ухода для людей, живущих с ВИЧ, с которыми сейчас консультируются по вопросам увеличения уровня потребления энергии с продуктами питания. Влияние уже существующего дефицита белков и энергии в питании (ДБЭП) и дефицит питательных микроэлементов на потребности в питании и состояние здоровья людей, живущих с ВИЧ в условиях ограниченных ресурсов, пока что недостаточно изучены; имеющиеся научные данные являются недостаточными для обоснованного и всестороннего пересмотра руководящих принципов осуществления гуманитарных мер. Беженцам и внутренне перемещенным лицам, пострадавшим в результате конфликтов и переживающим тяжелую фазу

(т.е. до момента достижения таким населением устойчивой фазы и получения доступа к медицинским услугам и продовольствию), грозит высокий риск острого недоедания. Как и ВИЧ, недоедание является ведущей причиной снижения уровня человеческого развития, снижения производительности в стране и смерти детей и взрослых по всему миру. Недоедание прямо или косвенно ассоциируется с 60% всех случаев детской смертности; это основной фактор, способствующий росту заболеваемости в развивающихся странах. Тем не менее для решения проблемы недоедания в последние годы не принимались меры в области реализации политики или программ (в государственном или частном секторе), которые были бы сопоставимыми по своим масштабам с мерами в ответ на СПИД.

Сообщество организаций, занимающихся гуманитарной помощью – ООН, неправительственные организации и национальные участники в равной мере, – должно сделать обоснованные выводы на основании опыта и научной литературы, с тем чтобы внести рациональные изменения на практике, а также документально зафиксировать полученный опыт с целью развития науки. В рамках межучрежденческой инициативы, рассмотренной в настоящем документе, три учреждения ООН объединили свои силы с неправительственными организациями-партнерами, беженцами и принимающими общинами для того, чтобы подчеркнуть уроки, показывающие, как лучше интегрировать проблемы ВИЧ, продовольственной помощи и питания в условиях проживания беженцев, используя для этого изобретательность, руководство и возможности для партнерства в общинах беженцев и принимающих общинах.

Цели инициативы

Основная цель инициативы УВКБ ООН/МПП/ЮНИСЕФ предусматривала определение приоритетных отправных точек для профилактики ВИЧ, ухода, лечения и поддержки через интегрирование программ в области продовольствия, питания и ВИЧ в условиях проживания беженцев. Основным результатом инициативы явился документ под названием “Интегрирование мероприятий в связи с ВИЧ/СПИДом с поддержкой в области продовольствия и питания в условиях проживания беженцев: конкретные программные стратегии” (*Integration of HIV/AIDS activities with food and nutrition support in refugee settings: specific programme strategies*).³⁷ В 2005 году УВКБ ООН, МПП и ЮНИСЕФ начали процесс апробирования и оценки стратегий в различных условиях проживания беженцев в Африке, и в настоящее время эта работа продолжается. Результаты оценки программ будут использоваться для дальнейшего уточнения стратегий реализации программ в этих секторах для ООН и организаций-партнеров.

Методика

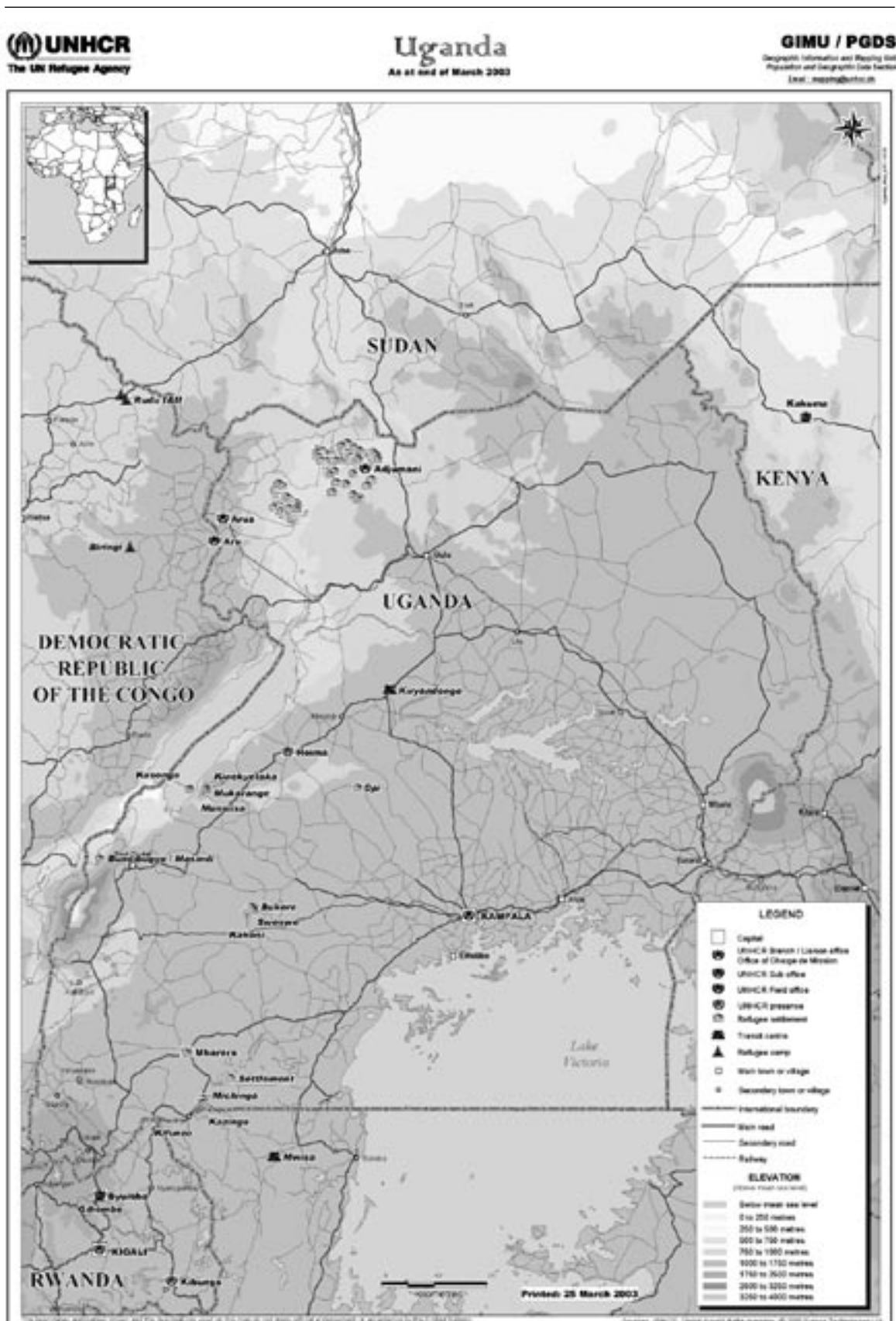
Для того чтобы начать процесс создания исследовательской базы для изучения взаимодействия на общинном уровне между проблемами в области ВИЧ, продовольствия и питания в общинах беженцев, в рамках данной инициативы были проведены исследования непосредственно с участием самих беженцев. С сентября по декабрь 2003 года, после обзора литературы, межучрежденческие миссии посетили четыре различных места проживания беженцев в Африке к югу от Сахары. Эти миссии, продолжительностью более двух месяцев, проанализировали положение в двух лагерях для беженцев на севере Замбии и двух поселениях для беженцев на западе и севере Уганды. Эти места проживания беженцев были выбраны с учетом высокого отличия в степени их интеграции с принимающими общинами, исходя из посылки, что интеграция может в значительной мере влиять на степень риска заражения ВИЧ и возможности осуществления ответных мер. При выборе ключевых информантов и участников фокус-групп учитывалась потребность в анализе проблем, касающихся конкретных групп риска, и возможностей осуществления ответных мер, включая, например, людей, живущих с ВИЧ, лиц, участвующих в различных по своему типу программах в области оказания продовольственной и медицинской помощи, руководителей общин, мужчин, женщин и молодежь. Беженцы часто выражали признательность за предоставление возможности высказать свое мнение по этим проблемам, а также благодарность членам миссий за решение проводить работу непосредственно с ними для оценки различных вариантов вовлечения таких участников в процесс решения их проблем.

Несмотря на внешние сходства между Замбийской инициативой и Стратегией самообеспечения для Уганды (национальной политикой по вопросам беженцев, осуществляемой правительствами Замбии и Уганды), группы беженцев, проанализированные в Замбии и Уганде, резко отличались друг от друга по степени интеграции.³⁷ Замбийская инициатива, начатая в 2002 году, была нацелена на содействие развитию общины беженцев и принимающих общин через такие мероприятия, как небольшие проекты по снижению уровня бедности и получению доходов и проведение просветительных мероприятий. Однако в 2004 году группы беженцев в лагерях Кала и Мванге (см. карту 1), прибывшие из Демократической Республики Конго, были плохо интегрированы в принимающее население на севере Замбии (в частности, что касается доступа к земле) и тем самым почти полностью полагались на внешнюю гуманитарную помощь, включая получение продуктов питания для обеспечения средств существования. Плохая степень интеграции беженцев на севере Замбии в 2004 году может в значительной мере объясняться тем, что Правительство Замбии уделяло особое внимание реализации Замбийской инициативы в Западной провинции, а не на севере страны, в результате чего в плане экономического развития и обеспечения средств к существованию беженцы и принимающие общины на севере оставались преимущественно не связанными между собой.

В отличие от этого, Стратегия самообеспечения, осуществляемая Правительством Уганды (а с 2004 года и связанная с ней программа оказания помощи беженцам в целях развития), нацелена на включение программ оказания помощи и услуг беженцам в национальные и местные планы развития и системы оказания услуг. В результате беженцы из Судана и Конго в поселениях для беженцев в Кьянгвали и Палоринья на западе Уганды (см. карту 2) имеют сильные социальные и экономические связи с принимающими общинами, что расширяет возможности для ответных мер, более близких по своему характеру к мерам, осуществляемым в отношении групп населения, не являющихся беженцами.

Члены миссий провели интервью с ключевыми информантами и фокус-группами, включая более 800 беженцев и представителей принимающих общин, работников учреждений здравоохранения, представителей правительства, сотрудников ООН на местах и местных сотрудников из 16 международных и национальных неправительственных организаций-партнеров, для анализа критических проблем, требующих применения гибкого аналитического подхода, таких как восприятие проблемы СПИДа членами общин, определяющие и сдерживающие факторы для участия уязвимых домохозяйств в программах гуманитарной помощи, а также возможности для содействия повышению роли беженцев в разработке, управлении и оценке программ помощи. Полученные данные были перепроверены в ходе различных интервью, а также путем сопоставления с вторичными данными. Участники, представляющие беженцев и принимающие общины, включали формальных и традиционных руководителей общин беженцев и местных принимающих общин; работников организаций здравоохранения; работников по пропаганде медицинских знаний, как традиционных, так и связанных с различными учреждениями; получателей помощи в рамках соответствующих учрежденческих программ; а также людей, живущих с ВИЧ (вставка 2). В таблице 1 представлены ключевые вопросы, проанализированные в ходе интервью с целевыми группами респондентов, с которыми члены миссий провели встречи как в Замбии, так и в Уганде.

Карта 2. Поселения УВКБ ООН для беженцев в Уганде, 2004 г. (УВКБ ООН)



Практический контекст в условиях проживания беженцев

Проведенная в 2004 году Межучрежденческая глобальная оценка услуг по репродуктивному здоровью для беженцев и внутренне перемещенных лиц показала, что в последнее десятилетие был достигнут значительный прогресс с точки зрения наличия и использования услуг по защите репродуктивного здоровья в устойчивых условиях проживания беженцев во всем мире.³⁹ Несмотря на это, в области ВИЧ успехи были одними из самых незаметных. Если мероприятия по обеспечению презервативами, применению универсальных мер предосторожности и просвещению по вопросам СПИДа через общины осуществлялись более чем на трех четвертых всех обследованных пунктов, то добровольное консультирование и тестирование, профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку и услуги по уходу на дому осуществлялись только на одной трети – одной пятой всех обследованных пунктов. После применения базовых мер вмешательства в связи с ВИЧ в ходе чрезвычайной фазы в соответствии с рамками, изложенными в Руководящих принципах осуществления мер вмешательства в связи с ВИЧ/СПИДом в условиях чрезвычайных ситуаций, разработанных МПК, необходимо обеспечить предоставление более комплексных услуг на уровне, аналогичном уровню услуг, предоставляемых принимающему населению. Учитывая сказанное, услуги в связи с ВИЧ, предоставляемые в условиях проживания беженцев после завершения чрезвычайной фазы кризиса, должны включать как минимум стратегии в сфере коммуникации с целью изменения поведения, добровольное консультирование и тестирование и профилактику передачи инфекции от матери ребенку. Однако за последние несколько лет был достигнут значительный прогресс. К концу 2004 года услуги по добровольному консультированию и тестированию предоставлялись по крайней мере в 27 лагерях для беженцев в 10 странах, охватив более 917 тысяч человек, а услуги для профилактики передачи инфекции от матери ребенку предоставлялись по крайней мере в пяти странах в 15 лагерях, охватив более 580 тысяч человек. Кроме того, очень небольшое число беженцев имели доступ к антиретровирусному лечению по крайней мере в 13 странах Африки и Азии с использованием различных неформальных и формальных механизмов.⁴⁰

Обзорный анализ программ по ВИЧ, осуществлявшихся УВКБ ООН для беженцев в 2003 году, показывает, что, невзирая на отсутствие стандартного подхода в работе страновых отделений, программы на основе обеспечения продовольствием и питанием позволяют решать проблемы ВИЧ двумя основными путями: продовольствие может предоставляться беженцам, живущим с ВИЧ, в том числе через программу ухода на дому, параллельно с другими хроническими больными беженцами; кроме того, программы обеспечения продовольствием и питанием могут быть направлены на сирот, страдающих недоеданием, и уязвимых детей, если в этом существует потребность.^{41,42}

Вставка 2.

Методика

Замбия

Сроки проведения полевых исследований:	Сентябрь-октябрь 2003 г
Пункты посещения:	Лагерь Кала, район Кавамбва (оценка численности населения: 25 000 человек) Лагерь Мванге, район Мпорокосо (оценка численности населения: 25 000 человек)
Участники исследований:	400 человек (по оценке), включая ключевых информантов и фокус-группу
Участвующие учреждения:	УВКБ ООН/Замбия, МПП/Замбия, Общество Красного Креста Замбии, Международная федерация Красного Креста, "Уорлд вижн интернэшнл", HODI, "Акцион Африка хильфе", "Райт ту плей"

Уганда

Сроки проведения полевых исследований:	Ноябрь-декабрь 2003 г.
Пункты посещения:	Поселение Кьянгвали, район Хойма (оценка численности населения: 7000 человек) Поселение Палоринья, район Мойо (оценка численности населения: 20 000 человек)
Участники исследований:	400 человек (по оценке), включая ключевых информантов и фокус-группу
Участвующие учреждения:	"Акцион Африка хильфе", Африканская организация по вопросам развития и оказания чрезвычайной помощи, Агентство для сотрудничества и исследований в области развития, "Митинг пойнт", "Мади ЭЙДС хироус эссоусиэйшн", Ассоциация добровольцев для оказания международных услуг, районная больница Хойма, районная больница Мойо, Программа по защите здоровья подростков, Молодежное объединение служб по борьбе со СПИДом, Информационный центр по СПИДу и организация "Традиционные и современные врачи-практики против СПИДа"

Все пункты

Проведенные фокус-группы:	
Люди, живущие с ВИЧ:	Участники программ ухода на дому; группы людей, живущих с ВИЧ, на уровне общин
Пол:	Женские группы; мужские группы; смешанные группы (мужчины и женщины)
Молодежь:	Молодежные группы для повышения информированности о СПИДе
Принимающая община:	Руководители принимающей общины (формальные и традиционные)
Руководящие структуры:	Руководители общин беженцев, члены комитета по управлению продовольствием, члены комитета по управлению здравоохранением
Те, кто оказывает услуги:	Персонал больниц и клиник; добровольцы-медики на уровне общин; материалы для проведения консультирования в общине; лица, занимающиеся просвещением среди лиц одного круга, традиционные целители; традиционные повитухи
Участники программ:	Лица, получающие услуги в дородовых консультациях; получатели общей продовольственной помощи; получатели услуг в рамках программ дополнительного и лечебного питания; участники программ получения доходов для домохозяйств, не имеющих работников, и уязвимых домохозяйств

Таблица 1. Стратегия проведения интервью: целевые группы и примеры основных вопросов для интервью

Целевая группа		Примеры основных вопросов для интервью
Правительство и учреждения	Какова политика принимающей общины в отношении беженцев, продовольственной безопасности, питания и ВИЧ, в частности, относительно интеграции услуг с принимающей общиной? Какую поддержку правительство оказывает группам общины беженцев, работающим и живущим с ВИЧ? Каким образом местное правительство, учреждения ООН и неправительственные организации координируют программы по ВИЧ?	
Руководители общин беженцев и совет по вопросам благополучия беженцев	Какова роль руководителей и представителей беженцев в надзоре и мониторинге программ учреждений в связи с ВИЧ, продовольственной безопасностью и питанием и установлении связей между общиной беженцев и учреждениями? Каким образом беженцы могут влиять на такие программы, и какие возможности для такого влияния у них имеются? Насколько прозрачным является обмен информацией между руководителями общин беженцев, учреждениями ООН и неправительственными организациями?	
Учреждения Организации Объединенных Наций	Каким образом определяются целевые "уязвимые" группы? Каковы критерии, определяющие право на получение полного и неполного рациона? Какие существуют программы в связи с ВИЧ, обеспечением продовольственной безопасности и питанием и каков их охват? Каким образом разработка программ обеспечения питания отражает заботу о людях, пострадавших от СПИДа, с учетом основных видов мер вмешательства? Как определяется проблема ВИЧ (напр., как проблема прав человека, проблема защиты)? Каким образом стигма учитывается при разработке и реализации программ?	
Неправительственные организации	Для неправительственных организаций, работающих в секторах продовольствия, здравоохранения, образования, сельского хозяйства, коммунальных услуг, дорожно-строительном секторе, по проблеме сексуального и гендерного насилия (см. вставку 2): Какие услуги предоставляют людям, живущим с ВИЧ, и сиротам и уязвимым детям, и каким образом это осуществляется? Каким образом стигма влияет на разработку программ и предоставление услуг?	
Социально-демографические группы	Какую роль играют группы людей, живущих с ВИЧ, в направлении людей, у которых может быть ВИЧ, для прохождения добровольного консультирования и тестирования и профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку? Какие существуют перспективные пути для обеспечения продовольственной самодостаточности в домохозяйствах, пострадавших от СПИДа? Какие существуют возможности и ограничения для домохозяйств, пострадавших от СПИДа, в плане получения доходов и осуществления сельскохозяйственных проектов? Какие существуют перспективные стратегии для снижения стигмы (напр., получение достоверной информации), которые могут использоваться людьми, живущими с ВИЧ? Какие услуги предоставляются людям, живущим с ВИЧ, сиротам и уязвимым детям? Каков уровень охвата этих программ, препятствия для их реализации и их эффективность? Какую роль могут играть люди, живущие с ВИЧ, в пропаганде и повышении эффективности программ ухода на дому?	
Женщины	Как женщины относятся к профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку? Какие существуют традиционные виды практики с высоким уровнем риска, и каково понимание риска, связанного с такой практикой (напр., удаление передних зубов, грудное вскармливание, нанесение татуировки, беременность)? Какие существуют перспективные стратегии для снижения такого риска в условиях проживания беженцев? Каковы основные факторы, определяющие желание женщин раскрывать свой ВИЧ-статус своим мужьям/партнерам?	
Мужчины и женщины (смешанная группа)	Каково восприятие риска заражения ВИЧ беженцами и принимающими общинами? Какую помощь может оказать община людям, живущим с ВИЧ (особенно, что касается приготовления пищи, обеспечения индивидуального ухода и выполнения работ по дому)? Каковы основные факторы, препятствующие обеспечению продовольственной безопасности в семьях, пострадавших от СПИДа, и каким образом можно мобилизовать общины беженцев для повышения уровня продовольственной безопасности в пострадавших семьях? Каковы основные факторы, определяющие желание пользоваться услугами программ добровольного консультирования и тестирования, профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, антиретровирусного лечения и ухода на дому?	
Группы для повышения уровня информированности молодежи о СПИДе и клубы, проводящие работу после тестирования	Какую роль играют клубы, проводящие работу после тестирования, для смягчения стигмы? Какой потенциальный вклад могут внести такие клубы для обеспечения благополучия семей, пострадавших от СПИДа, в общине?	

Примеры основных вопросов для интервью	
Целевая группа	
Лица, предоставляющие медицинскую помощь (работающие в медицинских учреждениях и занимающиеся пропагандой медицинских знаний, в том числе добровольцы)	<p>Какие услуги, связанные с ВИЧ и питанием, предоставляют беженцам?</p> <p>Что касается программ добровольного консультирования и тестирования: как можно сравнить услуги по консультированию и тестированию со стандартами, касающимися такой практики.</p> <p>(Тест-системы, протоколы, отчеты, конфиденциальность, поставки/оборудование, скрининг, подтверждающие и дополнительные тесты, контроль качества)</p> <p>Что касается программ профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку: как можно сравнить консультации и тестирование для беременных, уход в перинатальный период, родоразрешение и консультации по вопросам грудного вскармливания со стандартами, касающимися такой практики?</p> <p>Какие основные рекомендации предоставляются людям по вопросам профилактики ВИЧ (напр., добровольное консультирование и тестирование, профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку, грудное вскармливание)?</p> <p>Какое обучение и надзор осуществляются в отношении медицинского персонала различного уровня, участвующего в программах в области продовольствия, питания и ВИЧ?</p> <p>Насколько широко применяется антиретровирусное лечение, и кто имеет к нему доступ?</p> <p>Предоставляются ли беженцам и принимающим общинам интегрированные медицинские услуги? Почему они предоставляются или не предоставляются?</p> <p>Какие существуют пути для улучшения питания стационарных больных, имеющих ВИЧ (напр., демонстрационные садовые участки, больничное питание)?</p> <p>Каков уровень координации с медицинскими работниками на уровне общин?</p>
Лица, предоставляющие медицинскую помощь (работающие в медицинских учреждениях и занимающиеся пропагандой медицинских знаний, в том числе добровольцы)	<p>Какой должна быть роль медицинских работников на уровне общин в решении проблемы питания и ВИЧ-инфекции в общине, включая создание правильных представлений относительно питания (т.е. питания матери и ребенка)?</p> <p>Как можно программировать продовольственные ресурсы для повышения уровня исполнения и расширения возможностей медицинских работников на уровне общин?</p>
Материалы для проведения консультирования в общине, лица, занимающиеся просвещением среди лиц одного круга, медицинские работники на уровне общин, занимающиеся репродуктивным здоровьем	<p>Описать наличие местных материалов для просвещения по вопросам репродуктивного здоровья (напр., материалов с учетом местного языка, культуры, факторов риска).</p> <p>Как проводится просвещение: каковы основная информация и материалы (напр., модели полового члена, мужские презервативы, женские презервативы)?</p> <p>Как можно сравнить подготовку и выполнение работы лицами, занимающимися просвещением по вопросам репродуктивного здоровья, со стандартами, касающимися такой практики?</p> <p>Какие существуют пути для повышения эффективности такой меры вмешательства при работе с молодыми людьми в общине?</p>
Лица, предоставляющие медицинскую помощь (традиционные)	
Традиционные целители	<p>Какие виды услуг с высоким риском передачи ВИЧ практикуются, и какие существуют приоритетные пути для снижения риска, связанного с такой практикой?</p> <p>Какую роль могут играть традиционные целители для направления людей с подозрением на ВИЧ, чтобы обеспечить своевременное тестирование и лечение, если это показано, через сотрудничающие с медицинскими услугами, осуществляемыми в клиниках?</p>
Традиционные повитухи	<p>Какие виды услуг с высоким риском передачи ВИЧ практикуются, и какие существуют приоритетные пути для снижения риска, связанного с такой практикой?</p> <p>Какую роль могут играть традиционные повитухи для улучшения практики направления женщин или младенцев с подозрением на ВИЧ-инфекцию, а также для повышения уровня сотрудничества с интегрированными медицинскими услугами, осуществляемыми в клиниках, что может обеспечить своевременное тестирование и лечение, если это показано, людям, живущим с ВИЧ?</p> <p>Какие существуют перспективные пути для включения в их работу мероприятий для профилактики передачи ВИЧ?</p> <p>Каковы их квалификация и отношение к вопросам повышения уровня информированности о ВИЧ и практике вскармливания младенцев?</p> <p>Какие предпринимаются действия, если они подозревают наличие ВИЧ?</p> <p>Какие услуги они предоставляют при наличии ВИЧ у женщин (напр., информации/просвещение по вопросам родоразрешения, вскармливания младенцев, гигиены и быстрого отнятия младенца от груди)?</p> <p>Какое обучение они прошли, и что они используют для снижения риска (напр., стерильные системы для родоразрешения)?</p>

Целевая группа		Примеры основных вопросов для интервью
Сотрудники программ и получатели помощи		
Сотрудники и участники программ дородового ухода (ДУ) и профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР)	Каково состояние дородового ухода и профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку с точки зрения наличия и использования услуг? Каково информирование/просвещение проводится по вопросам вскармливания младенцев и ВИЧ в дородовой период, а также среди участников программ профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку? Включает ли профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку назначение стерильности во время родоразрешения, искусственное вскармливание, консультирование по вопросам грудного вскармливания или антиретровирусное лечение для женщин? Какие имеются возможности у медицинских работников для осуществления консультирования по вопросам профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку? Предоставляется ли такое консультирование индивидуально или в группах?	
Сотрудники и участники общих программ распределения продовольствия (ПРП)	Какие существуют пути для изменения программ распределения продовольствия для более полного удовлетворения потребностей семей, пострадавших от ВИЧ, включая изменение рациона или факторов распределения? Каким образом можно использовать программы распределения продовольствия для проведения мероприятий по профилактике ВИЧ? Каким образом можно увязать с последующим уходом, когда участники выражают свою заинтересованность в услугах по добровольному консультированию и тестированию, профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку или получению антиретровирусного лечения?	
Сотрудники и участники программ дополнительного питания (ПДП)	Какие существуют пути для изменения программ дополнительного питания для более полного удовлетворения потребностей семей, пострадавших от ВИЧ и участвующих в таких программах, включая изменение рациона или факторов распределения? Каким образом можно использовать программы дополнительного питания для проведения мероприятий по профилактике ВИЧ, и как их можно увязать с последующим уходом, когда участники выражают свою заинтересованность в услугах по добровольному консультированию и тестированию, профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку или получению антиретровирусного лечения?	
Сотрудники и участники программ лечебного питания (ПЛП)	Какие существуют пути для изменения программ лечебного питания для более полного удовлетворения потребностей семей, пострадавших от СПИДа? Каким образом программы лечебного питания можно использовать для проведения мероприятий по профилактике ВИЧ, и как их можно увязать с последующим уходом, когда участники выражают свою заинтересованность в услугах по добровольному консультированию и тестированию, профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку или получении антиретровирусного лечения?	
Сотрудники и участники программ получения доходов (ППД)	Каково влияние участия в программах получения доходов на продовольственную безопасность? Какие существуют перспективные пути для вовлечения домохозяйств, не имеющих работников (напр., домохозяйств, возглавляемых женщинами, пострадавшими от СПИДа)?	
Участники программ ухода на дому (УД)	Каковы критерии для включения в программу (напр., необходимо ли подтверждение ВИЧ статуса; необходимо ли проходить лечение по поводу ТБ или иметь другие симптомы заболевания, связанного с ВИЧ)? Какой рацион питания предоставляется пациенту и/или домохозяйству, и какие программные факторы могут быть связаны с успешной реализацией такой меры вмешательства?	
Комитеты		
Члены комитета по проблеме сексуального и гендерного насилия	Какие существуют основные факторы риска применения сексуального и гендерного насилия в общине, особенно в связи с осуществлением гуманитарных мер? Какие факторы могут быть связаны с желанием сообщить о случае насилия, желанием предпринять судебный иск? Каковы возможные последствия сообщения о сексуальном и гендерном насилии с точки зрения получения жертвами насилия доступа к экономическим возможностям и социальным контактам?	
Члены комитета по управлению продовольствием	Каким образом комитет может участвовать в проведении просвещения по вопросам питания, особенно для домохозяйств, которым надо решать проблему заболеваний? Каковы подготовка, уровень знаний и взгляды членов комитета по управлению продовольствием в связи со СПИДом? Какие существуют приоритетные пути для вовлечения в программы ухода на дому, драматические кружки и т.д., которые включают профилактику ВИЧ?	
Члены комитета по управлению здравоохранением	Какие возможности существуют для членов комитета для обеспечения эффективного сотрудничества между сотрудниками учреждений, работниками, занимающимися пропагандой знаний, и добровольцами?	

Сотрудничество между учреждениями ООН

Природа эпидемии ВИЧ, которая пронизывает всю социальную структуру, побуждает всех, кто работает в сфере гуманитарной помощи и развития, объединять свои усилия – причем в такой степени, которая является беспрецедентной для других секторов. Настоящая совместная инициатива объединила три учреждения ООН – УВКБ ООН, МПП и ЮНИСЕФ – для достижения общей цели определения возможностей для поддержания профилактики ВИЧ, ухода, лечения и поддержки беженцев с опорой на местный опыт и знания.

Настоящая миссия использовала результаты участия учреждений в работе на местах на различных уровнях:

- участие технических советников в области ВИЧ, питания и продовольственной безопасности на уровне штаб-квартиры;
- участие технических советников в области ВИЧ, в том числе в связи с профилактикой передачи от матери ребенку, здравоохранением, питанием и коммуникацией, на региональном и страновом уровнях; и
- участие сотрудников учреждений на уровне районных и местных отделений и лагерей/поселений для беженцев.

После работы на местах представители центрального, регионального и странового уровня внесли большой вклад в разработку и анализ заключительного пособия. При создании документа значительную роль также сыграл экспертный анализ, выполненный коллегами из учебных заведений, системы ООН, неправительственных организаций и АМР США.

УВКБ ООН и МПП являются новыми коспонсорами ЮНЭЙДС; обе организации в основном занимаются гуманитарными ситуациями. Длительное присутствие ЮНИСЕФ в 155 странах по всему миру – во многих странах отделения Фонда работают более 20 лет – означает, что эта организация зачастую работает на месте задолго до возникновения кризиса или неустойчивой ситуации и после ее завершения. Данная совместная инициатива помогла провести пропаганду и продемонстрировать потребность в осуществлении этой инициативы, а также целенаправленных программ по ВИЧ среди указанных пострадавших групп населения, как через отдельные организации, так и через всю семью ЮНЭЙДС. Она помогла определить интересы и роли различных коспонсоров в решении проблемы ВИЧ и беженцев, а также определить модель для будущего сотрудничества. Аналогичным образом она позволила создать модель для проведения исследований с высоким уровнем взаимодействия с самими беженцами и при их участии, что составило важнейший компонент такой деятельности.

Результаты, полученные межучрежденческой инициативой

Данная инициатива определила 20 интегрированных программных стратегий, которые следует рассматривать как часть инструментов, используемых гуманитарной организацией для осуществления мер в ответ на эпидемию. Все 20 стратегий в той или иной мере связаны с оказанием продовольственной помощи (продовольственная помощь или связанные с продовольствием ресурсы, такие как семена и инструменты). Выбор соответствующих интегрированных программных стратегий должен определяться целями организации, которые в свою очередь основываются на эпидемиологической и ситуационной оценке беженцев.

Интегрированные программные стратегии

Меры вмешательства кратко описаны ниже на странице 26. Для удобства каждую программную стратегию можно отнести к одной из трех категорий, определяемых на основе мер вмешательства в связи с продовольствием и питанием и на основе мер вмешательства в связи с ВИЧ.

Меры вмешательства в связи с ВИЧ

- Профилактика ВИЧ, включая профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку.
- Уход и поддержка для людей, живущих с ВИЧ, и членов их семей, а также для детей, пострадавших от СПИДа (включая сирот и уязвимых детей).
- Медицинская помощь и лечение для людей, живущих с ВИЧ, и членов их семей.

Меры вмешательства в связи с продовольствием и питанием

- Распределение продовольствия и питание в условиях чрезвычайной ситуации.
- Продовольствие для обучения, наращивания потенциала и институциональной поддержки.
- Обеспечение домохозяйств продовольствием и средствами к существованию.

Данная инициатива проанализировала все указанные взаимосвязи, т.е. каким образом каждую категорию мер вмешательства в связи с продовольствием и питанием можно видоизменить, с тем чтобы обеспечить профилактику ВИЧ, уход и поддержку, а также медицинский уход и лечение для групп получателей помощи. Было установлено, что, несмотря на то что программы оказания продовольственной помощи являются менее гибкими по сравнению с предоставлением наличных денег при осуществлении ответных мер в чрезвычайной ситуации, когда предоставление продовольственной помощи обосновывается, исходя из доказательных данных, касающихся продовольствия и питания (или в отсутствие подтвержденных данных, если потребность очевидна), существует несколько путей программного выделения продовольственных ресурсов с целью более эффективного решения проблемы ВИЧ среди получателей помощи. Каждая из 20 интегрированных программных стратегий в заключительном документе включает компоненты разработки мер вмешательства в связи с ВИЧ (по крайней мере одну из указанных выше трех категорий) и компоненты разработки мер вмешательства в связи с продовольствием и питанием (по крайней мере одну из указанных выше трех категорий) в условиях проживания беженцев. Для каждой стратегии в документе суммируются следующие моменты.

1. Доказательные данные, которые следует получить, указывающие на то, что программа является обоснованной, что является обязательным условием для успеха.
2. Конкретные цели, на достижение которых направлена каждая стратегия.
3. Ключевые факторы, которые следует учитывать при реализации стратегии, в частности факторы, касающиеся институционального сотрудничества и координации, особое внимание применению интерактивных подходов, возглавляемых общинами, и обеспечение логистики в процессе реализации.

4. Выбранные показатели, характеризующие процесс, итоги, результаты и воздействие для проведения мониторинга и оценки стратегии на практике.
5. Для большинства стратегий – обмен опытом между беженцами и организациями-партнерами в ходе осуществления полевой миссии, когда стратегия была реализована или должна была быть реализована.

Основные полученные данные

1. **Несмотря на то что продовольственная помощь является слишком грубым инструментом для решения очень сложной проблемы ВИЧ в секторе здравоохранения, существует множество возможностей для более тонкого использования программ на основе продовольствия и питания для поддержки профилактики ВИЧ, ухода, лечения и оказания помощи людям, инфицированным ВИЧ и пострадавшим от ВИЧ.** Реализации таких интегрированных программных стратегий должна предшествовать тщательная оценка, с тем чтобы определить, является ли продовольствие подходящим программным ресурсом, поскольку программы на основе продовольствия должны быть вначале обоснованы с помощью данных о безопасности в области питания и/или продовольствия. Если продовольственная помощь обоснована, гибкий и творческий подход при реализации программ позволяет продемонстрировать ряд возможностей для изменения *пути использования этих ресурсов*, что помогает предупредить передачу ВИЧ и смягчить последствия эпидемии.
2. **Интеграция беженцев и принимающих общин на уровне оценки, программ и политики жизненно важна для успешной борьбы с эпидемией.** Оценка для разработки интегрированных программ для беженцев и принимающих общин является чрезвычайно важной, поскольку воздействие перемещения людей на эпидемию в значительной степени определяется частотой и природой взаимодействия между беженцами и принимающими общинами, а также уровнями распространенности ВИЧ до возникновения конфликта. Интервью с беженцами подчеркнули необходимость проведения такой оценки непосредственно с беженцами и принимающими общинами путем организации интервью, с тем чтобы иметь возможность для анализа политики и политических, экономических и социокультурных факторов, касающихся такого взаимодействия.
3. **В основе процесса разработки программ в устойчивых условиях проживания беженцев должны лежать качественные исследования, стратегии интерактивной коммуникации, участие и взаимодействие общин.** Большинство общин беженцев являются достаточно устойчивыми и могут не ограничиваться программами чрезвычайной помощи: свыше 60% всех беженцев в глобальном масштабе проживают в устойчивых условиях более десяти лет; это подразумевает, что принцип интерактивного участия и взаимодействия, применяемый в программах развития для общин, также можно использовать в условиях проживания беженцев.
4. **Беженцы должны играть подлинно ведущую роль при разработке, реализации и оценке программ по здравоохранению для беженцев.** Беженцы не являются просто пассивными получателями гуманитарной помощи: они обладают умениями и навыками для создания программ по здравоохранению для беженцев на основе более активного участия общин, с тем чтобы обеспечить профилактику ВИЧ, уход, лечение и поддержку. Рекомендуется, чтобы там, где существует возможность для создания комитета по СПИДу в общинах беженцев, такой комитет выступал в качестве межсекторального интерактивного органа для координации всех программ для беженцев, связанных с ВИЧ. Комитет по СПИДу должен координировать свою работу с комитетом по управлению продовольствием по вопросам, касающимся продовольствия, питания и ВИЧ. Для содействия такой координации комитет по управлению продовольствием должен включать координатора по вопросам ВИЧ; точно так же комитет по СПИДу должен включать координатора по вопросам продовольствия и питания, обеспечивающего взаимодействие с мероприятиями, касающимися продовольствия и питания.

5. **Наиболее распространенные программы в области продовольствия и питания для беженцев – программы распределения продовольствия в целом, программы дополнительного, лечебного и школьного питания – могут быть интегрированы в стратегии профилактики ВИЧ путем включения в них мероприятий в сфере коммуникации, направленных на изменение поведения, мероприятий по обеспечению участия и взаимодействия общин (стратегии 1–4).**⁴³ Реализации программ должны предшествовать три действия. Во-первых, необходимо проводить оценку в связи с ВИЧ для определения приблизительного уровня распространенности ВИЧ среди населения (используя заместительные показатели, если дозорный эпиднадзор или обследования среди населения не проводились) и среди групп, которым грозит более высокий риск заражения ВИЧ, с тем чтобы определить основные источники инфекции. Во-вторых, следует проводить качественные формативные исследования для разработки соответствующих информационных сообщений о ВИЧ для целевой аудитории программы, которая, безусловно, будет сильно различаться для указанных четырех типов мер вмешательства. В-третьих, проведение оценки действий должно помочь обеспечить, чтобы включение мероприятий в связи с ВИЧ не повлекло за собой снижения эффективности самой программы в области продовольствия/питания, благодаря учету таких рабочих факторов, как планирование участков их проведения и планирование адекватных кадровых ресурсов. Если такие мероприятия будут включены, сотрудникам программ в области продовольствия/питания потребуется пройти дополнительное обучение по вопросам ВИЧ, даже если просвещение в связи со СПИДом проводят внешние группы. Такие программные стратегии могут оказать более сильное влияние, если эпидемия является генерализованной (т.е. показатель распространенности ВИЧ составляет не менее 1%), чем в случае, когда эпидемия воздействует только на определенные группы населения с более высоким уровнем риска.

Исходной точкой для реализации таких мероприятий является создание комитета по СПИДу и комитета по управлению продовольствием для осуществления надзора за разработкой программ. Важно, чтобы такие направленные на профилактику мероприятия в сфере коммуникации с целью изменения поведения увязывались и тесно координировались с услугами в области здравоохранения (включая добровольное консультирование и тестирование, профилактику передачи от матери ребенку и уход в случае оппортунистических заболеваний), социального обеспечения и защиты. Если программа в области продовольствия/питания является программой обеспечения дополнительного питания, она может быть увязана с добровольным консультированием и тестированием и профилактикой передачи от матери ребенку. Инициативы в сфере коммуникации с целью изменения поведения должны быть направлены на решение вопросов безопасного вскармливания младенцев в контексте ВИЧ. Если заместительное вскармливание не является приемлемым, реальным, доступным, безопасным и устойчивым, исключительно грудное вскармливание в первые шесть месяцев жизни младенца жизненно необходимо. Участие общинных музыкальных, танцевальных и драматических групп помогает снизить риск стигматизации, связанной с заболеванием, и выработать навыки проведения санитарно-просветительной работы у членов таких групп.

6. **Программы в области продовольствия и питания помогают достичь целей, связанных с обеспечением ухода и поддержки для людей, живущих с ВИЧ, и уязвимых групп за счет: изменения рациона питания в соответствии с потребностями людей, живущих с ВИЧ, и членов их семей, изменения рабочих факторов программ, с тем чтобы обеспечить доступ для людей, живущих с ВИЧ, и повышения продовольственной безопасности и обеспеченности средствами к существованию домохозяйств, пострадавших от СПИДа (стратегии 5–12).**

ВИЧ-инфекция увеличивает потребности в питании на 10% при наличии асимптоматической ВИЧ-инфекции и на 20–30% при наличии симптоматической ВИЧ-инфекции или СПИДа.⁴⁴ Важность адекватного общего рациона питания для групп населения, пострадавших от СПИДа, повышается. Несмотря на отсутствие основанных на доказательствах руководящих принципов, определяющих, каким образом следует регулировать энергоемкость общего рациона в свете ВИЧ, затраты в связи с увеличением рациона питания для всех получателей помощи с целью удовлетворения растущих потребностей в питании

людей, живущих с ВИЧ, будут значительными, в то же время увеличение рациона для удовлетворения средних потребностей в питании (включая инфицированных и неинфицированных людей) приведет к минимальным изменениям в рационе. Наиболее приоритетное внимание следует уделять непрерывному обеспечению полного рациона, когда 10–12% общей потребляемой энергии поступает за счет белков и не менее 17% за счет жиров. Нет никаких подтвержденных данных, свидетельствующих о повышении потребностей людей, инфицированных ВИЧ, в белках. Для определения необходимости использования дополнительных ресурсов для увеличения общего рациона или поддержки целевых программ питания для людей, живущих с ВИЧ, следует проводить местную оценку.

Помимо увеличения общего рациона, внесение оперативных изменений в программы помогает обеспечить доступ для людей, живущих с ВИЧ, к общему рациону, включая: предоставление молотых и витаминизированных основных продуктов питания, а не одних крупяных продуктов; включение витаминизированных смешанных продуктов; и вовлечение социальных работников или добровольцев из общин для непосредственного распределения рациона среди членов домохозяйств, которым в связи с болезнью может быть трудно самим приходиться получать рацион.

Если общий рацион питания не увеличивается с учетом воздействия ВИЧ, могут быть реализованы целевые программы дополнительного питания, в частности, когда критерии, дающие право на участие в них, расширяются для оказания продовольственной помощи людям, живущим с ВИЧ. В таком случае программа дополнительного питания должна тесно координироваться с учреждениями здравоохранения. Критическим сдерживающим фактором в реализации целевых программ дополнительного питания является акцент в сторону лиц, имеющих положительный серологический статус, знающих свой статус и выражающих желание раскрыть этот статус и имеющих плохое физическое здоровье, что тем самым исключает из этих программ большинство населения, живущего с ВИЧ.

Предоставление рациона питания через программы школьного питания в качестве меры вмешательства при ВИЧ следует рассматривать, только если имеются четкие данные о том, что снижение посещаемости школы детьми, живущими в домохозяйствах, пострадавших от ВИЧ, можно обратить вспять за счет распределения продуктов питания в школах. Эту меру вмешательства следует рассматривать как краткосрочную и применять, пока не появится возможность использовать долгосрочные меры поддержки домохозяйств, пострадавших от ВИЧ. Аналогичным образом предоставление рациона fosterным семьям и сиротским приютам позволяет обеспечить удовлетворение потребностей в питании сирот и уязвимых детей в ходе продовольственного кризиса; однако в долгосрочном плане требуются более широкие программы обеспечения продовольственной безопасности.

В ключевые программы продовольственной безопасности следует включать домашнее садоводство/огородничество и обработку сельскохозяйственных участков (с оказанием необходимой поддержки), мероприятия, направленные на получение доходов, предоставление микрокредитов и банковских услуг через общины, обучение и выработку умений и навыков. Продовольствие и связанные с ним ресурсы (напр., семена и инструменты) могут использоваться в качестве вклада в программы, например, в случае проектов организации домашнего садоводства/огородничества; или же продовольствие может использоваться для того, чтобы люди, живущие с ВИЧ, могли участвовать в программах обучения и других мероприятиях.

7. Поддержка и просвещение по вопросам питания могут включаться в качестве компонентов в услуги в связи с медицинской помощью и лечением, используемые людьми, живущими с ВИЧ, например, через услуги для пациентов в стационарах, программы ухода на дому и антиретровирусного лечения (стратегии 13–16).

Последствия реализации программ питания для пациентов, находящихся в больницах, могут быть обоснованы с точки зрения логистики и финансового обеспечения, когда высокий процент таких больных обращаются по поводу ухода в связи с состоянием здоровья, связанным с ВИЧ, а также, когда отсутствие питания может привести к ухудшению состояния здоровья таких пациентов. Чтобы

избегать стигматизации, питание должно предоставляться всем пациентам, находящимся в стационаре, а не только людям, живущим с ВИЧ. Для улучшения состояния питания в долгосрочном плане такую программу следует дополнять просвещением по вопросам питания. Примером успешного применения действий на практике является организация демонстрационных садовых участков при больницах, которые позволяют получить продукты питания для программы обеспечения питания пациентов, а также проводить просвещение по вопросам выращивания и гигиенически правильного приготовления богатых питательными веществами культур для пациентов, страдающих острыми и хроническими заболеваниями.

Точно так же поддержка в области питания может включаться в систему ухода за людьми, живущими с ВИЧ, через общины. Программы ухода на дому и другие программы антиретровирусного лечения могут обеспечить дополнительный рацион, включая просвещение по вопросам питания. В идеальном случае в рацион, еще до его распределения, следует включать витаминизированные смешанные продукты питания, с введением добавок в зерновые продукты, а также, по мере возможности, свежие фрукты и овощи. Обеспечение рациона питания направлено на повышение эффективности лечения и подавление вируса, усиление организма человека, а также его здоровья и иммунитета.

8. Ресурсы в области продовольствия и питания могут использоваться для поддержки мероприятий, связанных с обучением и наращиванием потенциала, которые проводятся для лиц, обеспечивающих уход в связи со СПИДом в клиниках и общинах, или для поддержки процесса создания или развития мероприятий в связи со СПИДом на уровне общин (стратегии 17–20).

Как и в случае любой программы на основе обеспечения продовольствием, использование продовольствия в качестве стимула должно применяться после тщательной оценки, позволяющей установить, что продовольственная помощь является соответствующим ресурсом для стимулирования. Если такое положение обеспечено, продовольствие может использоваться для поддержки процесса обучения лиц, оказывающих медицинскую помощь формально/в клиниках (напр., медсестер и ассистентов), лиц, оказывающих традиционную медицинскую помощь/через общины (напр., традиционные целители, традиционные повитухи), и других членов общины, которые могут играть центральную роль в осуществлении усилий в связи с ВИЧ. Несмотря на то что в устойчивых условиях проживания беженцев медицинские услуги зачастую представлены лучше, чем в окружающих принимающих общинах, беженцы часто могут пользоваться как услугами, предоставляемыми через клиники, так и традиционными услугами. Включение медицинского персонала в программы просвещения, профилактики, ухода и лечения в связи с ВИЧ требует наращивания потенциала медработников, предоставляющих услуги через клиники и традиционные услуги – по мере возможности, в партнерстве.

ВКЛЮЧЕНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ В СВЯЗИ С ВИЧ В ПРОГРАММЫ В ОБЛАСТИ ПРОДОВОЛЬСТВИЯ И ПИТАНИЯ В УСЛОВИЯХ ПРОЖИВАНИЯ БЕЖЕНЦЕВ

Включение профилактики ВИЧ в программы в области продовольствия и питания

- Х Стратегия 1 Включение мероприятий, направленных на содействие участию и деятельности общин в связи с профилактикой ВИЧ, в общие программы распределения продовольствия
- Х Стратегия 2 Включение мероприятий, направленных на повышение уровня информированности о СПИДе и профилактику ВИЧ, в программы дополнительного питания
- Х Стратегия 3 Включение мероприятий, направленных на повышение уровня информированности о СПИДе и профилактику ВИЧ, в программы лечебного питания
- Х Стратегия 4 Включение мероприятий, направленных на повышение уровня знаний/участия в связи с ВИЧ среди молодежи, в программы школьного питания

Включение ухода и поддержки для пострадавших от ВИЧ, уязвимых групп в программы в области продовольствия и питания

- Х Стратегия 5 Изменение общей программы распределения продовольствия для более эффективного удовлетворения потребностей людей, пострадавших от ВИЧ
- Х Стратегия 6 Изменение программы дополнительного питания для более эффективного удовлетворения потребностей подгрупп людей, пострадавших от ВИЧ
- Х Стратегия 7 Поддержка семей и детей, пострадавших от СПИДа, через программы школьного питания
- Х Стратегия 8 Поддержка семей и детей, пострадавших от СПИДа, через предоставление дополнительного рациона для fosterных семей и сиротских приютов
- Х Стратегия 9 Поддержка для организации домашних садов/огородов и сельскохозяйственных участков для людей, живущих с ВИЧ, и семей, пострадавших от СПИДа
- Х Стратегия 10 Поддержка мероприятий для получения доходов, микрокредитования и банковских услуг через общину, обучения и осуществления других действий по наращиванию потенциала для людей, живущих с ВИЧ, и семей, пострадавших от СПИДа
- Х Стратегия 11 Поддержка проектов предоставления продуктов питания в обмен на труд (ПОТ), которые обеспечивают занятость или оказание непосредственной помощи людям, живущим с ВИЧ, и членам семей, пострадавших от СПИДа
- Х Стратегия 12 Поддержка для обеспечения возможностей и поощрения участия ВИЧ-инфицированных в группах на уровне общин, создаваемых людьми, живущими с ВИЧ

ВКЛЮЧЕНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ В СВЯЗИ С ПРОДОВОЛЬСТВИЕМ И ПИТАНИЕМ В ПРОГРАММЫ ПО ВИЧ В УСЛОВИЯХ ПРОЖИВАНИЯ БЕЖЕНЦЕВ

Включение продовольственной помощи и питания в услуги по уходу за здоровьем и лечению для людей, живущих с ВИЧ

- Х Стратегия 13 Создание программы питания для больных, находящихся в стационаре/клинике, включая просвещение по вопросам питания
- Х Стратегия 14 Организация демонстрационных участков при больницах/клиниках, включая просвещение по вопросам питания
- Х Стратегия 15 Включение дополнительного рациона и просвещения по вопросам питания в программу ухода на дому
- Х Стратегия 16 Включение дополнительного рациона и просвещения по вопросам питания в программу антиретровирусного лечения

Включение ресурсов в области продовольствия и питания для поддержки мероприятий, связанных с обучением и наращиванием потенциала лиц, предоставляющих уход в связи со СПИДом, в клиниках и общинах, или поддержки процесса создания или развития мероприятий в связи с ВИЧ на уровне общин

- Х Стратегия 17 Поддержка просветительных и других мероприятий для наращивания потенциала лиц, которые осуществляют формальный и традиционный медицинский уход
- Х Стратегия 18 Поддержка просветительных и других мероприятий для наращивания потенциала консультантов общин, которые могут играть жизненно важную роль в усилиях по профилактике ВИЧ
- Х Стратегия 19 Поддержка добровольцев по оказанию медицинской помощи через общину, которые участвуют в профилактике ВИЧ или обеспечении ухода за людьми, живущими с ВИЧ, и семьями, пострадавшими от СПИДа
- Х Стратегия 20 Поддержка мероприятий для повышения уровня информированности и мобилизации людей, живущих с ВИЧ

Концевые сноски

- ¹ UNHCR. A Field Experience: Assessment of HIV/AIDS behaviour change communication strategies employed by NGOs in Kakuma refugee camp, Kenya. Geneva, 2002. Available: <http://www.unhcr.ch/cgi-bin/texis/vtx/protect/pendoc.pdf?tbl=PROTECTION&id=4028af224>. Accessed: August 10, 2005.
- ² WHO. Nutrient Requirements for People living with HIV/AIDS. Geneva: WHO, 2003. Available: http://www.who.int/nut/documents/hivaids_nut_require.pdf. Accessed: August 10, 2005.
- ³ Harvey P. "HIV/AIDS and Humanitarian Action." HPG Research Briefing, No 14, April 2004, p. 3.
- ⁴ ЮНЭЙДС. Доклад о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа, 2004 год. Исполнительное резюме, с. 3.
- ⁵ Spiegel PB. HIV/AIDS among Conflict-affected and Displaced Populations: Dispelling Myths and Taking Action. *Disasters* 2004;28(3):322-39.
- ⁶ Личная переписка, д-р Пауль Шпигель, старший технический сотрудник по вопросам ВИЧ, УВКБ ООН.
- ⁷ Mock NB, Duale S, Brown LF, Mathys E, O'Maonaigh HC, Abul-HYusn Nina KL, Elliot S. Conflict and HIV: A framework for risk assessment to prevent HIV in conflict-affected settings in Africa. *Emerg Themes Epidemiol* 2004;1(1):6.
- ⁸ Hankins CA, Friedman SR, Zafar T, Strathdee SA. Transmission and prevention of HIV and sexually transmitted infections in war settings: implications for current and future armed conflicts. *Aids* 2002;16(17):2245-52.
- ⁹ Spiegel P, Sheik M, Gotway-Crawford C, Salama P. Health programmes and policies associated with decreased mortality in displaced persons in post-emergency phase camps: a retrospective study. *Lancet* 2002; 360: 1927-34.
- ¹⁰ Spiegel P, Nankoe A. UNHCR, HIV/AIDS and refugees: lessons learned. *Forced Migration Review* 2004;19:21-23.
- ¹¹ Gillespie S and S Kadiyala. Evidence Base: HIV/AIDS and Food Security. Washington DC: IFPRI, 2004.
- ¹² WHO. Nutrient requirements for people living with HIV/AIDS. Geneva: WHO, 2003.
- ¹³ UNHCR. Interagency global evaluation of reproductive health services for refugees and internally displaced persons. Geneva: UNHCR, 2004.
- ¹⁴ UNHCR and Save the Children (UK). Note for Implementing and Operational Partners by UNHCR and Save the Children-UK on Sexual Violence & Exploitation: The Experience of Refugee Children in Guinea, Liberia and Sierra Leone. Geneva: UNHCR, 2002.
- ¹⁵ WFP. Internet: <http://www.wfp.org/index.asp?section=1>. Accessed: January 30, 2005.
- ¹⁶ WFP/EB.3/2004/4-F (October 2004). "Consolidated Framework of WFP Policies: An Updated Version." Rome: WFP, 2004.
- ¹⁷ WHO. Consultation on Nutrition and HIV/AIDS in Africa. Durban: 10-13 April 2005.
- ¹⁸ WHO. Participants' Statement. Consultation on Nutrition and HIV/AIDS in Africa. Durban: 10-13 April 2005.
- ¹⁹ Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций: Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Организация Объединенных Наций и ЮНЭЙДС; 2001.
- ²⁰ Harvey P. HIV/AIDS and Humanitarian Action. ODI HPG, p. 2.
- ²¹ Griekspoor A, Spiegel P, Aldis W, Harvey P. The health sector gap in the southern Africa crisis in 2002/2003. *Disasters* 2004, 28:388-404.
- ²² ЮНЭЙДС. Интернет: <http://www.unaids.org/en/about+unaids/what+is+unaids.asp>. Данные на 30 января 2005 г.
- ²³ УВКБ ООН. Интернет: <http://www.unhcr.ch/cgi-bin/texis/vtx/basics>. Данные на 30 января 2005 г.
- ²⁴ UNHCR. UNHCR's Strategic Plan 2005-2007: Fighting HIV and AIDS Together with Refugees. Geneva: UNHCR, 2005.
- ²⁵ WFP/EB.1/2003/4-B (February 2003). "Programming in the Era of AIDS: WFP's Response to HIV/AIDS. Rome: WFP, 2003.
- ²⁶ WFP/EB.3/2004/4-F (October 2004). "Consolidated Framework of WFP Policies: An Updated Version." Rome: WFP, 2004.
- ²⁷ UNICEF. Fighting HIV/AIDS: Strategies for Success 2002-2005. New York: UNICEF, 2002.
- ²⁸ The Framework for the Protection, Care and Support of Orphans and Vulnerable Children Living in a World with HIV and AIDS.
- ²⁹ Межучрежденческий постоянный комитет (МПК). Руководящие принципы осуществления мер вмешательства в связи с ВИЧ/СПИДом в условиях чрезвычайной ситуации. Женева: Референс-группа МПК, 2004.
- ³⁰ Ранее известный под названием Консорциум по правам защиты репродуктивного здоровья беженцев.
- ³¹ UNHCR. Reproductive Health in Refugee Settings: an Interagency Field Manual. Available: <http://www.unhcr.ch/cgi-bin/texis/vtx/protect/pendoc.pdf?tbl=PROTECTION&id=403a0f6c8>. Accessed: August 10, 2005.
- ³² UNAIDS. "Three Ones" key principles. Conference paper 1: Washington Consultation 25.04.04.
- ³³ U.S. Committee for Refugees and Immigrants (USCRI). World Refugee Survey 2004. Washington DC: USCRI, 2004.
- ³⁴ ЮНЭЙДС, УВКБ ООН. Стратегии поддержки потребностей беженцев и населения принимающей страны в связи с ВИЧ, Женева: Коллекция ЮНЭЙДС "Лучшая практика", 2005.
- ³⁵ WHO and UNAIDS. Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy: A Report on "3 by 5" and Beyond. Geneva: WHO, 2006.
- ³⁶ UNHCR. UNHCR's Strategic Plan 2005-2007: Fighting HIV and AIDS Together with Refugees. Geneva: UNHCR, 2005.
- ³⁷ UNHCR/WFP. Integration of HIV/AIDS Activities with Food and Nutrition Support in Refugee Settings: Specific Programme Strategies. Available: <http://www.unhcr.ch/cgi-bin/texis/vtx/protect/pendoc.pdf?tbl=PROTECTION&id=4215c7dd2>. Accessed: August 10, 2005.
- ³⁸ UNHCR Global Appeal 2005. Available: <http://www.unhcr.ch/cgi-bin/texis/vtx/template?page=publ&src=static/ga2005/ga2005toc.htm>. Accessed: August 10, 2005.
- ³⁹ UNHCR. Interagency Global Evaluation of Reproductive Health Services for Refugees and Internally Displaced Persons. Available: <http://www.unhcr.ch/cgi-bin/texis/vtx/publ/pendoc.pdf?tbl=PUBL&id=41c846f44>. Accessed: August 10, 2005.
- ⁴⁰ UNHCR. HIV/AIDS and Refugees: Report on UNHCR's HIV/AIDS Programmes and Activities in 2003. Geneva: UNHCR, 2004.
- ⁴¹ UNHCR. HIV/AIDS and Refugees: Summaries of Missions in 2003. Geneva: UNHCR, 2004.
- ⁴² UNHCR. HIV/AIDS and Refugees: Report on UNHCR's HIV/AIDS Programmes and Activities in 2003. Geneva: UNHCR, 2004.
- ⁴³ UNHCR. A Field Experience: Assessment of HIV/AIDS behaviour change communication strategies employed by NGOs in Kakuma refugee camp, Kenya. Geneva, 2002. Available: <http://www.unhcr.ch/cgi-bin/texis/vtx/protect/pendoc.pdf?tbl=PROTECTION&id=4028af224>. Accessed: August 10, 2005.
- ⁴⁴ WHO. Nutrient Requirements for People living with HIV/AIDS. Geneva: WHO, 2003. Available: http://www.who.int/nut/documents/hivaids_nut_require.pdf. Accessed: August 10, 2005.
- ⁴⁵ Pelletier, D., Frongillo, E. and Habicht, J.P. (1994) Epidemiologic Evidence for a Potentiating Effect of Malnutrition on Child Mortality. *American Journal of Public Health* 83 (8): 1130-1133
- ⁴⁶ Ezzati, M. et al. (2002) Selected Major Risk factors and Global and Regional Burden of Disease. *The Lancet*, 360 (9343), 1-14.

Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) объединяет десять учреждений ООН в общем деле борьбы с эпидемией: Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев (УВКБ ООН), Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), Мировую продовольственную программу (МПП), Программу развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (ЮНОДК), Международную организацию труда (МОТ), Организацию Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО), Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ) и Всемирный банк (ВБ).

ЮНЭЙДС, в качестве программы коопонсоров, объединяет меры, принимаемые десятью организациями-коопонсорами в ответ на эпидемию, а также дополняет их конкретными инициативами. Цель ЮНЭЙДС – возглавлять международные меры в ответ на ВИЧ/СПИД по всем направлениям и способствовать их расширению. ЮНЭЙДС работает с широким кругом партнеров – правительственными и неправительственными организациями, представителями деловых и научных кругов и общественностью – в деле повсеместного и не знающего границ распространения знаний, навыков и передового опыта.



КОЛЛЕКЦИЯ ЮНЭЙДС “ЛУЧШАЯ ПРАКТИКА”



Коллекция ЮНЭЙДС “Лучшая практика”

- представляет собой серию информационных материалов ЮНЭЙДС, способствующих обучению, обмену опытом и расширению возможностей людей и партнеров (людей, живущих с ВИЧ, пострадавших общин, гражданского общества, правительства, частного сектора и международных организаций), участвующих в расширенных мерах противодействия эпидемии СПИДа и ее последствий;
- дает возможность услышать тех, кто борется с эпидемией и работает над смягчением ее последствий;
- предоставляет информацию о мерах, оказавшихся эффективными в определенных условиях, для тех, перед кем стоят аналогичные вызовы;
- заполняет пробелы в ключевых областях политики и программ путем предоставления технического и стратегического руководства и современных знаний о профилактике, уходе и смягчении последствий в различных условиях;
- стремится стимулировать новые инициативы в интересах расширения мер противодействия эпидемии СПИДа на уровне стран; и
- представляет собой совместный межучрежденческий проект ЮНЭЙДС в партнерстве с другими организациями и сторонами.

Дополнительную информацию о коллекции ЮНЭЙДС “Лучшая практика” и других публикациях ЮНЭЙДС можно найти на сайте www.unaids.org. Приглашаем читателей присылать свои комментарии и предложения в Секретариат ЮНЭЙДС по адресу: Best Practice Manager, UNAIDS, 20 avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland

В 2003 году УВКБ ООН, МПП и ЮНИСЕФ предприняли совместные действия для разработки – путем проведения полевых исследований среди общин беженцев в различных районах Африки – ряда стратегий по применению мер вмешательства на основе продовольствия и питания с целью поддержки действий по профилактике ВИЧ, уходу, лечению и оказанию помощи людям, живущим с ВИЧ. Эта важная совместная инициатива появилась благодаря признанию уникальности условий проживания беженцев. Было также признана необходимость проведения научных исследований в среде беженцев и с привлечением их участия. В настоящем документе из серии “Лучшая практика” рассматриваются процесс исследований и данные, полученные в результате осуществления этой межучрежденческой инициативы.

UNAIDS
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GENEVA 27
SWITZERLAND

Tel.: (+41) 22 791 36 66
Fax: (+41) 22 791 41 87
e-mail: bestpractice@unaids.org

www.unaids.org