

ЮНЭЙДС 2020

СПРАВОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Фактические данные по искоренению СТИГМЫ И ДИСКРИМИНАЦИИ В связи с ВИЧ

Руководство для стран по реализации эффективных программ, направленных на искоренение стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ в шести сферах

Оглавление

2	Аналитическая записка
7	Введение
10	Как ключевые программы ЮНЭЙДС в области прав человека и шесть сфер коррелируют друг с другом
12	Какой вред наносят стигма и дискриминация
14	Как работает процесс стигматизации в контексте ВИЧ
17	Использование Концепции стигмы в отношении здоровья и дискриминации
17	Разработка мер
20	Борьба со стигмой и дискриминацией в связи с ВИЧ в шести сферах
20	Основание для рекомендаций в каждой из сфер
21	Общественные сферы
21	Примеры мер и рекомендации
24	Сферы трудоустройства
25	Примеры мер и рекомендации
29	Сферы образования
31	Примеры мер и рекомендации
34	Сферы здравоохранения
35	Примеры мер и рекомендации
38	Правовые сферы
40	Примеры мер и рекомендации
44	Сфера чрезвычайных ситуаций
46	Примеры мер и рекомендации

49	Аспекты, актуальные для разных сфер
49	Законы и политика
49	Социальная защита и сопутствующие услуги
50	Социальное и экономическое неравенство
50	Гендерное неравенство и неравные гендерные нормы
51	Социокультурные нормы
51	Сексуальное и гендерное насилие
51	Коммуникация и СМИ
52	Отслеживание и оценка прогресса в искоренении всех форм стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ
52	Пример 1
53	Пример 2
54	Отслеживание и оценка лучших подходов
55	Вывод
58	Справочная информация
68	Приложение 1 Меры по снижению уровня стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ в общественных сферах
72	Приложение 2 Меры по снижению уровня стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ в сферах трудоустройства
73	Приложение 3 Меры по снижению уровня стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ в сферах образования
75	Приложение 4 Меры по снижению уровня стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ в сферах здравоохранения
78	Приложение 5 Меры по снижению уровня стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ в правовых сферах

Аналитическая записка

В декабре 2017 года было учреждено Глобальное партнерство для искоренения всех форм стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ (Глобальное Партнерство), имеющее целью побудить страны принять меры по устранению серьезных препятствий в оказании услуг в связи с ВИЧ. Глобальное Партнерство учреждается руководителями агентств Глобальной сети людей, живущих с ВИЧ (GNP+), Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), Структура Организации Объединенных Наций по вопросам гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин (ООН-Женщины) и Программы развития Организации Объединенных Наций (ПРООН) при поддержке руководства Делегации неправительственных организаций (НПО) в Координационном совете программы ЮНЭЙДС и “создает возможность использовать объединенную силу правительств, гражданского общества, двусторонних и многосторонних доноров, академических кругов и Организации Объединенных Наций в деле искоренения стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ” (1).

В этом отчете рассматриваются последние данные о том, что является эффективным в снижении стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ в рамках ключевых программ по снижению уровня стигмы и дискриминации и расширению доступа к правосудию в шести основных сферах деятельности Глобального Партнерства. (2). Он включает руководство для национальных правительств и основных заинтересованных сторон по таким вопросам: (а) какой вред наносят стигма и дискриминация; (b) как действует процесс стигматизации и как можно его остановить; (c) ключевые принципы усилий по снижению стигмы и дискриминации; (d) обзор общих подходов в рамках мер противодействия; (e) рекомендации по снижению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ в шести сферах с учетом последних данных; и (f) обзор аспектов мониторинга успешности программных мер, рекомендованных для каждой сферы. Шесть сфер:

- Общество.
- Трудоустройство.
- Образование.
- Здравоохранение.
- Правосудие.
- Чрезвычайные ситуации.

Акцентирование внимания на этих сферах призвано поддержать страны в разработке всеобъемлющих ответных мер по искоренению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ путем определения того, как стигма и дискриминация проявляются в каждой сфере, чьи интересы при этом затрагиваются и что можно сделать для решения проблемы стигмы и дискриминации на основании имеющихся данных и передовых методов.

Меры, рекомендованные для каждой сферы, основаны на последних данных об успешных мерах и программах по снижению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ или данных о влиянии изменений в законах и политике на эпидемию ВИЧ. Для всех сфер, особенно тех, где доказательная база отсутствовала или была менее надежной (трудоустройство, правосудие, чрезвычайные ситуации), информация о передовых методах предоставлялась техническими экспертами, работающими в этих сферах. Основные моменты конкретных рекомендаций касательно той или иной сферы следующие:

В общественных сферах:

- Повысить уровень индивидуального консультирования для снижения внутренней стигмы.
- Вовлекать семьи и домохозяйства в мероприятия по снижению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ в ключевых группах населения.
- Реализовывать услуги и программы для людей, живущих с ВИЧ, и представителей ключевых групп населения с целью защиты их здоровья и благополучия.
- Привлекать общественных лидеров и внедрять программы и стратегии по изменению общественных норм, ведущих к стигме и дискриминации.

В сферах трудоустройства:

- Обеспечить обучение сотрудников их правам на рабочем месте, а также инструментам и услугам для возмещения ущерба.
- Внедрять и обеспечивать соблюдение на рабочем месте принципов, способствующих созданию здоровой среды, свободной от стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ и ключевых групп населения. Поддерживать разработку и внедрение таких принципов, применимых во всем формальном секторе.
- Просвещать рабочие сообщества по вопросам ВИЧ, сопутствующих заболеваний и правовой грамотности для продвижения позитивных социальных норм, связанных с ВИЧ.

В сферах образования:

- Обеспечить подросткам доступ к дружественным к молодежи услугам в связи с ВИЧ и всестороннему половому просвещению.
- Предоставить педагогам обучение и институциональную поддержку, необходимую для удовлетворения психосоциальных потребностей учащихся, живущих с ВИЧ и принадлежащих к ключевым группам населения, а также для создания образовательной среды, свободной от стигмы и дискриминации ключевых групп населения в связи с ВИЧ.
- Вовлекать семьи и домохозяйства в мероприятия по снижению стигмы и дискриминации.
- Разработать и внедрить политики, отвечающие потребностям молодежи, живущей с ВИЧ или идентифицирующей себя в качестве представителей ключевых групп населения, например, создание политики нулевой терпимости к стигме и дискриминации, связанной с ВИЧ, или пересмотр возрастных ограничений, связанных с тестированием на ВИЧ и получением ряда услуг.

В сферах здравоохранения:

- Внедрить ассистентов юристов в медицинские учреждения для предоставления рекомендаций и повышения осведомленности на местах для обделенных вниманием групп населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—об их правах и стандартах качества при доступе к медицинским услугам и помощи, свободной от дискриминации.

- Организация предварительной подготовки и обучения без отрыва от производства по вопросам ВИЧ, прав человека, ключевых групп населения, снижения стигмы, недискриминации, гендерной чувствительности и медицинской этики для всего персонала медицинских учреждений. Регулярное оценивание знаний, отношения и практик медицинских работников в отношении обделенных вниманием групп населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—для помощи руководителям медицинских учреждений в выявлении и решении любых проблем.
- Обеспечить наличие универсальных средств защиты и средств постконтактной профилактики для снижения опасений медицинских работников по поводу профессионального риска заражения ВИЧ, что, в свою очередь, снизит уровень избегания людей, живущих с ВИЧ.

В правовых сферах:

- Осуществлять программы по расширению прав и возможностей обделенных вниманием групп населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—с точки зрения правовой грамотности и доступа к услугам правовой защиты.
- Отменить законы, криминализирующие употребление или хранение наркотических средств в личных целях, все аспекты секс-бизнеса, сексуальную ориентацию, гендерную идентичность, а также подверженность ВИЧ, неразглашение и передачу.
- Регулярно информировать и повышать осведомленность должностных лиц о юридических и связанных со здоровьем и правами человека аспектах ВИЧ, о соответствующих национальных законах и о последствиях для правоприменения, расследований и судебных разбирательств.
- Регулярно пересматривать существующие законы, постановления и политики, касающиеся ВИЧ, и сопоставлять их с глобальными обязательствами. Принять меры к законам и политикам, которые являются дискриминационными по отношению к обделенным вниманием группам населения,—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—как часть национальных мер в ответ на проблему ВИЧ.

В сферах чрезвычайных ситуаций:

- Реализовывать программы и услуги для снижения внутренней стигмы и поддержки потребностей обделенных вниманием групп населения — включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—в конфликтных и кризисных ситуациях, обеспечивая безопасный доступ к уходу и медобслуживанию.
- Укреплять потенциал местных медицинских работников путем установления соответствующих связей между сообществами и официальными системами здравоохранения в чрезвычайных ситуациях.
- Осуществлять программы по предотвращению, профилактике, мониторингу и сообщению о насилии в отношении обделенных вниманием групп населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—в чрезвычайных ситуациях.

- Включить положения для обделенных вниманием групп населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—в национальные планы действий в чрезвычайных ситуациях.

Для всех сфер:

- Обеспечить возможность обделенным вниманием группам населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—отслеживать влияние законов и политик на предоставление связанных с ВИЧ услуг, выступать за необходимые изменения и участвовать в разработке программ и политики.
- Включить положения для обделенных вниманием групп населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—в национальные планы действий в чрезвычайных ситуациях.
- Обеспечить предварительную подготовку и обучение без отрыва от производства для должностных лиц и лидеров сообществ по вопросам ВИЧ, правам человека, ключевых групп населения, снижению стигмы, недискриминации, гендерной чувствительности и этики для работы с обделенными вниманием группами населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин.

Введение

В глобальном плане мы набираем обороты. Мы добились огромного прогресса в расширении доступа к жизненно необходимому лечению от ВИЧ, а число новых случаев заражения сокращается. Тем не менее, стигма и дискриминация в связи с ВИЧ стоят на пути к достижению наших целей. Достижение уровня целевых показателей инициативы ЮНЭЙДС Fast-Track 90–90–90 (90% живущих с ВИЧ знают о своем ВИЧ-статусе, 90% знающих о своем положительном ВИЧ-статусе имеют доступ к лечению, у 90% получающих лечение отмечается снижение вирусной нагрузки) и снижение числа новых заболеваний ВИЧ до менее чем 500 000 в год останется вне пределов нашей досягаемости, если эти препятствия сохранятся(3). Стигма и дискриминация препятствуют оказанию связанных с ВИЧ услуг на каждом этапе, ограничивая доступ к профилактическим услугам и их получение, участие в уходе и соблюдение антиретровирусной терапии (4). В то время, когда количество средств профилактики ВИЧ увеличивается, а доступ к антиретровирусным препаратам облегчается, возникает вопрос: как это возможно, что стигма и дискриминация все еще стоят на нашем пути? На это есть три причины.

Во-первых, стигма стойкая и коварная. Стигма - это различие, которое сильно выделяется и сопровождается навешиванием ярлыков(5), которое затем допускает ряд действий дискриминационного характера, в конечном счете лишаящих людей полного общественного признания, уменьшая их жизненные шансы (6) и усиливая социальное неравенство. Во-вторых, стигма носит перекрестный характер. (7). В контексте ВИЧ «разница» часто заключается не только в том, живут ли люди с ВИЧ, но и в том, где они живут, сколько у них денег, какого цвета их кожа, какого они пола, кого они выбирают для секса и каким образом, употребляют ли они наркотики, находятся ли они в тюрьме и являются ли они иммигрантами, беженцами, медицинскими работниками, педагогами или работниками секс-индустрии. Стигматизированные социальные идентичности пересекаются, что приводит к множественным и комбинированным формам стигмы, которые усугубляют негативное влияние стигмы на здоровье и благополучие (8, 9). ЮНЭЙДС определяет стигму, связанную с ВИЧ, как негативные убеждения, чувства и отношение к ВИЧ-положительным людям, группам, связанным с живущими с ВИЧ людьми (например, семьям людей, живущих с ВИЧ), и другим ключевым группам населения с повышенным риском заражения ВИЧ, например, потребителям инъекционных наркотиков, работникам секс-индустрии, геям и трансгендерам.

Дискриминация, как она определена в международном законодательстве в сфере прав человека, - это любое различие, исключение или ограничение, имеющее косвенное или прямое основание, которое запрещено международным правом и имеет своим следствием или намерением аннулирование признания, пользования или осуществления на равной основе с другими лицами прав человека и основных свобод в политической, экономической, социальной, культурной, гражданской или любой другой сфере.¹ Таким образом, дискриминация в связи с ВИЧ - это любое различие, исключение или ограничение (иногда в виде действия или бездействия), косвенно или прямо основанное на реальном или предполагаемом ВИЧ-статусе человека. Дискриминация в контексте ВИЧ также включает действия и бездействие, направленные на другие ключевые группы населения и группы повышенного риска заражения ВИЧ. Дискриминация может быть институционализирована с помощью

¹ Замечание общего порядка № 20 Комитета ООН по экономическим, социальным и культурным правам: Недискриминация в экономических, социальных и культурных правах. Ст. 2, п. 2 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, 2 июля 2009, E/C.12/GC/20 (<https://www.refworld.org/docid/4a60961f2.html>).

МЫ. ОНИ. БЕСПРАВНЫЕ.

существующих законов, политик и практик, которые негативно влияют на людей, живущих с ВИЧ, и обособленные социальные группы, включая криминализированные слои населения.

В-третьих, стигма и дискриминация - это формы власти и контроля, обеспечиваемые "более широкими социальными, культурными, политическими и экономическими силами, которые структурируют стигму" (7). Это не просто мнение, которое один человек навязывает другому. Поэтому наш ответ должен быть многогранным. Помимо работы с отдельными людьми, семьями и сообществами, мы также должны работать с организациями и учреждениями. Мы должны стремиться изменить несущие вред законы и политики, создавая благоприятные системы правосудия.

Вставка 1

Стигма и дискриминация могут привести к нарушению наших основных прав человека

Стигма там, где она допускает дискриминацию, может привести к нарушению права человека на жизнь, свободную от дискриминации, как это закреплено во Всеобщей декларации прав человека и других международных и региональных договорах по правам человека. В статье 2 говорится, что каждый может заявить о своих правах, независимо от расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политических или иных убеждений, национального или социального происхождения, имущественного положения, рождения или иного статуса.

Хотя запуск глобальных ответных мер по искоренению всех форм стигмы и дискриминации, связанных с ВИЧ, может показаться сложной задачей, у нас есть прочный фундамент, на котором можно строить. Существуют политические рамки и обязательства для поддержки широкого реагирования на стигму и дискриминацию, в том числе (а) целевые показатели инициативы Fast-Track ЮНЭЙДС по искоренению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ к 2020 г. (3); (b) Цели в области устойчивого развития (ЦУР) 5, 10 и 16 по сокращению гендерного неравенства, уменьшению неравенства внутри стран и между странами, а также по продвижению справедливых, мирных и инклюзивных обществ; и (c) Стратегия ЮНЭЙДС на 2016–2021 годы и Политическая декларация Организации Объединенных Наций по ВИЧ и СПИДу 2016 года, к целям которых относится искоренение стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ.

Страны обязались финансировать ликвидацию СПИДа, включая инвестирование в Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (Глобальный фонд). В 2017 году Глобальный фонд запустил Инициативу по устранению барьеров, включая 45 миллионов долларов США в виде каталитических фондов для 20 стран² в качестве интенсивной поддержки для расширения масштабов комплексных ответных мер по устранению связанных с правами человека барьеров в сфере оказания услуг по борьбе с ВИЧ, туберкулезом (ТБ) и малярией. Меры, рекомендованные для расширения, основаны на семи ключевых программах ЮНЭЙДС в области прав человека, направленных на снижение стигмы и дискриминации и упрощение доступа к правосудию в рамках национальных мер в ответ на ВИЧ (см. Таблицу 1) (2).

² Бенин, Ботсвана, Камерун, Кот-д'Ивуар, Демократическая Республика Конго, Гана, Гондурас, Индонезия, Ямайка, Кения, Кыргызстан, Мозамбик, Непал, Филиппины, Сенегал, Сьерра-Леоне, Южная Африка, Тунис, Уганда, Украина.

Таблица 1.

Примеры мер в рамках ключевых программ ЮНЭЙДС по правам человека

Ключевая программа ЮНЭЙДС в области прав человека	Примеры мер
1: снижение уровня стигмы и дискриминации	<p>Повышение осведомленности о стигме и ее пагубных последствиях посредством кампаний в СМИ (например, радио, телевидение, информационно-развлекательные мероприятия), контактных стратегий (например, позитивного взаимодействия между живущими с ВИЧ людьми и широкой общественностью или должностными лицами) и взаимодействия с религиозными и общественными лидерами</p> <p>Включение вопроса недискриминации в институциональную политику и политику на рабочем месте</p> <p>Измерение связанной с ВИЧ стигмы с помощью Индекса стигмы людей, живущих с ВИЧ</p> <p>Мобилизация партнеров и поддержка, разработанная для живущих с ВИЧ людей в целях укрепления здоровья, благополучия и прав человека</p>
2: расширение доступа к юридическим услугам в связи с ВИЧ	<p>Юридическая информация и направления</p> <p>Юридические консультации и представительство</p> <p>Альтернативные или общественные формы разрешения споров</p> <p>Привлечение религиозных или традиционных лидеров и традиционных правовых систем (например, деревенских судов) с целью разрешения споров и изменения пагубных традиционных норм</p> <p>Стратегическая судебная работа</p>
3: мониторинг и реформирование законов, политик и регламентов	<p>Обзор законов и правоприменительной практики для выявления их положительного или отрицательного влияния на меры борьбы с ВИЧ</p> <p>Оценка доступа к правосудию людей, живущих с ВИЧ или уязвимых к ВИЧ</p> <p>Отстаивание и лоббирование реформы законодательства</p> <p>Вовлечение парламентариев, министров, религиозных и традиционных лидеров</p> <p>Содействие принятию и осуществлению законов, постановлений и руководящих принципов, запрещающих дискриминацию и поддерживающих доступ к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ.</p>
4: повышение правовой грамотности	<p>Информационно-просветительские кампании, которые предоставляют информацию о правах и законах, связанных с ВИЧ, через средства массовой информации (например, телевидение, радио, печать, Интернет)</p> <p>Мобилизация сообщества и образование</p> <p>Работа с партнерами</p> <p>Горячие телефонные линии</p>
5: повышение осведомленности законодателей и правоохранительных органов	<p>Повышение осведомленности полиции о ВИЧ и о том, как он передается и не передается</p> <p>Важность работы с группами риска и доступа к ним, а также надлежащее рассмотрение случаев домашнего и сексуального насилия в контексте ВИЧ</p> <p>Негативные последствия незаконной деятельности полиции для борьбы с ВИЧ и правосудия</p> <p>Информационные занятия для парламентариев, сотрудников министерств юстиции и внутренних дел, судей, прокуроров, юристов, традиционных и религиозных лидеров по правовым аспектам ВИЧ, аспектам здоровья и прав человека, а также соответствующим национальным законам и последствиям для правоприменения, расследований и судебных разбирательств</p> <p>ВИЧ в программах на рабочем месте для законодателей и правоохранительных органов</p>
6: обучение поставщиков медицинских услуг правам человека и медицинской этике в связи с ВИЧ	<p>Обучение правам человека и этике, проводимое с поставщиками медицинских услуг, администраторами и регулирующими органами, а также с медработниками, проходящими обучение в медицинских училищах и школах медсестер</p>
7: снижение дискриминации в отношении женщин в контексте ВИЧ	<p>Укрепление правовой и политической среды для обеспечения защиты женщин и девочек от гендерного неравенства и насилия</p> <p>Усилия по реформированию семейного законодательства и законов о домашнем насилии, а также правоохранительных органов в тех случаях, когда они не могут защитить женщин или создают препятствия при оказании услуг в связи с ВИЧ</p> <p>Усилия по реформированию законов о собственности, наследстве и опеке с целью обеспечения равных прав для затронутых ВИЧ женщин, детей и лиц, обеспечивающих уход.</p> <p>Соответствующие возрасту программы сексуального образования и обучения жизненным навыкам, которые также направлены на сокращение гендерного неравенства и гендерного насилия</p> <p>Программы по сокращению пагубных гендерных норм, которые подвергают женщин, девочек, мужчин и мальчиков риску заражения ВИЧ, включая развитие потенциала групп гражданского общества, борющихся за права женщин и гендерное равенство</p> <p>Программы по улучшению доступа к образованию и расширению экономических возможностей женщин, живущих с ВИЧ или уязвимых к ВИЧ-инфекции</p> <p>Комплексные медицинские услуги с хорошо функционирующей системой направления к специалистам, включая уход за пережившими изнасилование и постконтактную профилактику</p>

Глобальное партнерство для действий по искоренению всех форм стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ (Глобальное партнерство), учрежденное руководителями агентств Глобальной сети людей, живущих с ВИЧ (GNP+), Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), Структура Организации Объединенных Наций по вопросам гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин (ООН-Женщины) и Программы развития Организации Объединенных Наций (ПРООН) при поддержке руководства Делегации неправительственных организаций в Координационном совете программы ЮНЭЙДС, активизирует этот импульс. Глобальное Партнерство "создает возможность использовать объединенную силу правительств, гражданского общества, двусторонних и многосторонних доноров, академических кругов и Организации Объединенных Наций в деле искоренения стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ" (1).

В этом отчете рассматриваются последние данные о том, что является эффективным в снижении стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ в рамках ключевых программ по снижению уровня стигмы и дискриминации и расширению доступа к правосудию в шести основных сферах деятельности Глобального Партнерства. Он включает руководство для национальных правительств и основных заинтересованных сторон по таким вопросам: (а) какой вред наносят стигма и дискриминация; (b) как действует процесс стигматизации и как можно его остановить; (с) ключевые принципы усилий по снижению стигмы и дискриминации; (d) обзор общих подходов в рамках мер противодействия; (е) рекомендации по снижению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ в шести сферах с учетом последних данных; и (f) обзор аспектов мониторинга успешности программных мер, рекомендованных для каждой сферы. Шесть сфер:

- Общество.
- Место работы.
- Образование.
- Здравоохранение.
- Правосудие.
- Чрезвычайные ситуации.

Акцентирование внимания на этих сферах призвано поддержать страны в разработке всеобъемлющих ответных мер по искоренению стигмы, дискриминации и иных препятствий в связи с ВИЧ в области прав человека и предоставлении прочих медицинских услуг путем определения того, как стигма и дискриминация проявляются в каждой сфере, чьи интересы при этом затрагиваются и что можно сделать для решения проблемы стигмы и дискриминации на основании имеющихся данных и передовых методов.

Как ключевые программы ЮНЭЙДС в области прав человека и шесть сфер коррелируют друг с другом

Программы ЮНЭЙДС в области прав человека определяют семь ключевых программ, в рамках которых необходимы меры по снижению стигмы и дискриминации и расширению доступа к правосудию в целом. Однако такие меры часто разрабатываются и апробируются в шести перечисленных выше сферах, и фактические данные о том, что является эффективным, часто характерны именно для этих сфер. Меры могут касаться одной или нескольких ключевых программ по правам человека (обычно более одной), которые в совокупности представляют собой взаимодополняющую комбинацию.

Обновленное руководство в отношении мер по искоренению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ было основано на обзоре фактических данных о том, что является эффективным, и на материалах технических экспертов при отсутствии таких данных. Таким образом, новое руководство, рекомендованное Глобальным Партнерством, организовано по шести сферам. В то время как некоторые программы по правам человека необходимо реализовывать во всех сферах, другие актуальны только для конкретных из них (см. Таблицу 2). Важно отметить, что рекомендации по мерам в шести сферах деятельности Глобального Партнерства не заменяют программы ЮНЭЙДС в области прав человека; скорее, они направляют процесс разработки, внедрения мониторинга этих мер в странах.

Таблица 2.

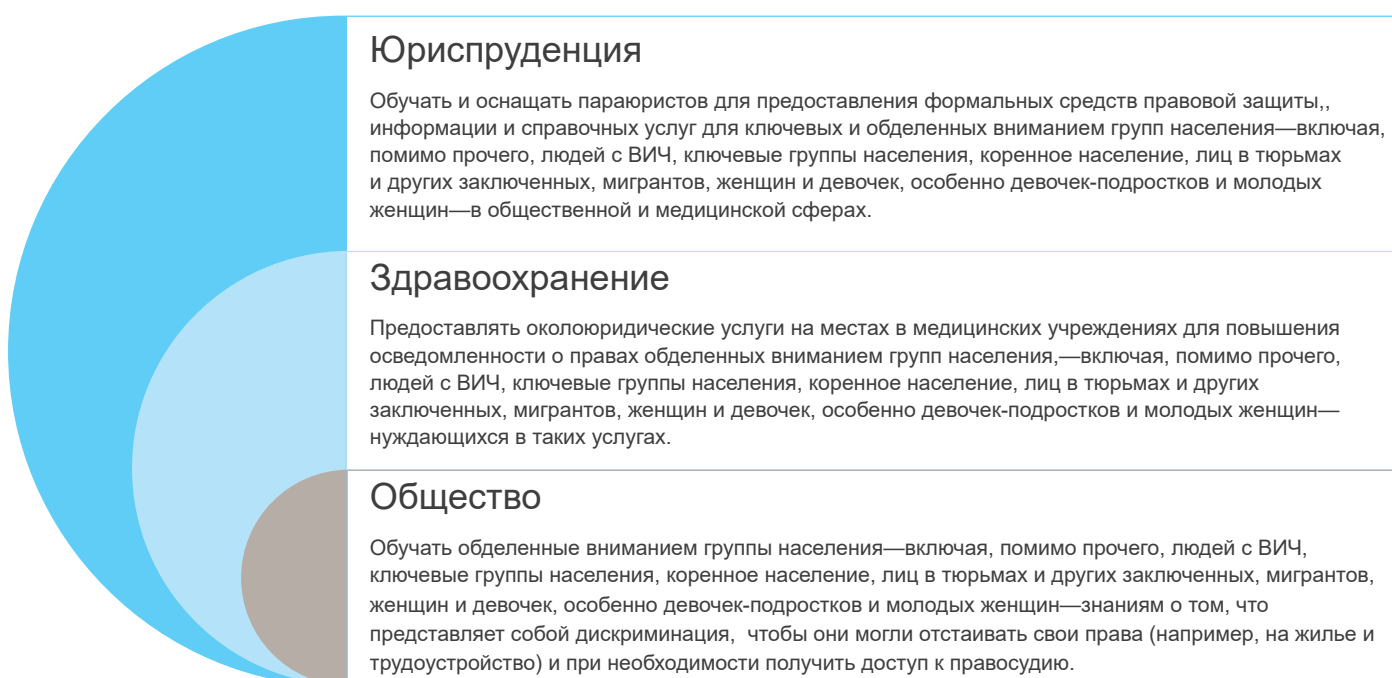
Взаимосвязь между сферами программ ЮНЭЙДС в области прав человека и шестью сферами Глобального партнерства для искоренения всех форм стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ

Программы ЮНЭЙДС в области прав человека	Сферы для внедрения мер в рамках программ по правам человека
1: снижение уровня стигмы и дискриминации	Все сферы: общество, трудоустройство, образование, здравоохранение, правосудие, чрезвычайные ситуации
2: расширение доступа к юридическим услугам в связи с ВИЧ	Общество, здравоохранение, правосудие, чрезвычайные ситуации ¹
3: мониторинг и реформирование законов, политик и регламентов	Общество Отстаивание изменений и мониторинг влияния законов, политик и регламентов Правосудие, трудоустройство, образование, здравоохранение, внесение и внедрение изменений
4: повышение правовой грамотности	Общество, здравоохранение, правосудие
5: повышение осведомленности законодателей и правоохранительных органов	Правосудие, образование, трудоустройство
6: обучение медицинских работников правам человека и медицинской этике в связи с ВИЧ	Здравоохранение, образование, трудоустройство
7: снижение дискриминации в отношении женщин в контексте ВИЧ	Все сферы: общество, трудоустройство, образование, здравоохранение, правосудие, чрезвычайные ситуации

¹ Права человека и гендерное программирование в сложных оперативных условиях (COE): краткое руководство. Женева: Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией; 2017 (https://www.theglobalfund.org/media/6346/fundingmodel_humanrightsgenderchallengingoperatingenvironments_guidance_en.pdf?u=637153281250000000).

В качестве примера рассмотрим программу по правам человека 2. На Схеме 1 представлены примеры основанных на фактических данных мер, которые могут быть реализованы в общинах, в учреждениях здравоохранения и правосудия для расширения доступа к связанным с ВИЧ юридическим услугам.

Схема 1. Расширение доступа к связанным с ВИЧ юридическим услугам по сферам: примеры мер



Какой вред наносят стигма и дискриминация

Люди, живущие с ВИЧ, сталкиваются с целым рядом стигматических переживаний, включая избегание (например, отказ совместно принимать пищу, держаться за руки или сидеть рядом), сплетни и словесные оскорбления (например, обзывание, использование уничижительной лексики) и социальное неприятие (например, исключение из общественных мероприятий, игнорирование взглядов, потеря уважения и авторитета). Дискриминация может включать физическое насилие, неоказание медицинских услуг, отказ в работе или потерю работы, отказ в жилье и даже арест, где передача ВИЧ или определенное поведение криминализированы (10, 11). Взятые вместе, все эти формы стигмы и дискриминации в совокупности затрудняют доступ к услугам в связи с ВИЧ и снижают приверженность к лечению и влияют на прохождения пациентом полного курса лечения, что часто приводит к ухудшению физического и психического здоровья (10–13). Люди, живущие с ВИЧ, часто сталкиваются с множеством пересекающихся стигм, связанных с другими стигматизированными состояниями здоровья (например, туберкулезом) или идентичностью (например, раса, экономическое происхождение, пол, род занятий, сексуальность). Люди, которые сталкиваются с другими стигматизированными состояниями и идентичностями, описываются как ключевые группы или обделенные вниманием группы населения, включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—в зависимости от их важности в динамике эпидемии или ответных мерах (9, 14).

Ключевые группы населения наиболее подвержены риску заражения ВИЧ. ЮНЭЙДС относит мужчин, практикующих секс с мужчинами, работников секс-индустрии, трансгендеров, потребителей инъекционных наркотиков, а также лиц в тюрьмах и других заключенных к основным ключевым группам населения (15, 16).

Во многих случаях ключевые группы населения криминализируются и в результате сталкиваются с повышенным уровнем стигмы и дискриминации. В сфере правосудия криминализация определенных форм поведения (например, употребление наркотиков, неразглашение ВИЧ-статуса) или занятий (например, секс-услуги) может усиливать стигму и дискриминацию по отношению к людям, живущим с ВИЧ, и ключевым группам населения, поддерживая предвзятое отношение и действия в среде правоохранительных органов (например, арест потребителей наркотиков в т.н. "пунктах снижения вреда", принуждение секс-работников к бесплатному сексу с сотрудниками полиции взамен на освобождение от ареста), подвергая ключевые группы повышенному риску заражения ВИЧ. Эти законы нарушают права человека в ключевых группах населения, ограничивая возможности доступа к правосудию и медицинским услугам. Дискриминационная правовая среда мешает ключевым группам населения пользоваться услугами по снижению вреда и поддерживать поведение, снижающее риск заражения ВИЧ, из-за страха ареста, преследований или других негативных реакций со стороны правоохранительных органов (17–23).

Например, в некоторых странах секс-работники могут быть арестованы за ношение нескольких презервативов, поскольку это может служить «доказательством» того, что они предоставляют секс-услуги. Это может привести к отказу секс-работников носить с собой презервативы, что сократит использование ими презервативов при оказании секс-услуг, делая их более уязвимыми к ВИЧ (19, 20).

Люди, живущие с ВИЧ, в тюрьме могут не получать необходимой помощи для соблюдения режима лечения. Кроме того, они часто находятся в условиях переполненности и антисанитарии, что может еще больше повлиять на их иммунную систему или повысить риск заражения туберкулезом (24–26).

Представители ключевых групп населения часто сталкиваются со стигмой независимо от своего ВИЧ-статуса, что способствует дискриминационному отношению к ним в медицинских учреждениях (27). Исследование, проведенное в Южной Африке и Замбии, показало, что большинство опрошенных медицинских работников отрицательно относятся к ключевым группам населения (28). Исследования, проведенные в Ботсване, Малави

"ШИРОКО
РАСПРОСТРАНЕННАЯ
СТИГМА И
ДИСКРИМИНАЦИЯ,
НАСИЛИЕ И
ДОМОГАТЕЛЬСТВА
СО СТОРОНЫ
ГОСУДАРСТВЕННЫХ
ЧИНОВНИКОВ И
ЧАСТНЫХ ЛИЦ,
ОГРАНИЧИТЕЛЬНЫЕ
ЗАКОНЫ И
ПОЛИТИКА, А ТАКЖЕ
КРИМИНАЛИЗАЦИЯ
ПОВЕДЕНИЯ
ИЛИ ПРАКТИКИ
ПОДВЕРГАЮТ
КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ
ПОВЫШЕННОМУ
РИСКУ И
ПРЕПЯТСТВУЮТ ИХ
ДОСТУПУ К УСЛУГАМ"
(KEY POPULATIONS.
GENEVA: GLOBAL
FUND TO FIGHT AIDS,
TUBERCULOSIS AND
MALARIA; 2019).

и Намибии, показали, что мужчины, практикующие секс с мужчинами, в два раза чаще опасаются обращаться за медицинской помощью и более чем в шесть раз чаще получают отказ в услугах, чем гетеросексуалы (29). Из-за стигмы и дискриминации представители ключевых групп населения могут вообще избегать медицинских учреждений или предпочитать скрывать важную информацию о себе (например, употребление наркотиков, сексуальное здоровье), если они все же обращаются за услугами, что может привести к ненадлежащему оказанию медпомощи и лечению. (27, 30, 31).

Для людей, которые могут пройти тестирование и лечение, стигма и дискриминация создают дополнительные препятствия на пути к поддержанию хорошего здоровья. Отсутствие поддержки со стороны семьи и членов сообщества может препятствовать соблюдению режима лечения и мешать ведению пациентов с ВИЧ. Это особенно заметно для трансгендеров, живущих с ВИЧ. Одно исследование показало, что живущие с ВИЧ трансгендерные женщины в Соединенных Штатах Америки в два раза реже принимают как минимум 90% своих антиретровирусных препаратов, чем живущие с ВИЧ женщины, которые не идентифицировали себя как трансгендеры (32).

Как видно из изложенного, ключевые группы населения могут испытывать повышенную перекрестную стигму и дискриминацию в разных сферах. Поэтому меры по борьбе со стигмой и дискриминацией в связи с ВИЧ не должны быть сосредоточены только на людях, живущих с ВИЧ, а должны быть направлены на формы стигмы и дискриминации, которым подвергаются группы, уязвимые к ВИЧ, и на то, как это влияет на их способность предотвращать заражение и получать доступ к сопутствующим услугам, лечению и уходу в связи с ВИЧ (33).

Обделенные вниманием группы населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—подвержены давлению общества, социальным обстоятельствам или структурному неравенству и дискриминации, что может подвергнуть их повышенному риску заражения ВИЧ и другим негативным последствиям для здоровья. Уязвимые группы населения различаются в зависимости от страны и контекста, но часто включают живущих с ВИЧ подростков и пожилых людей, беженцев, перемещенных лиц и мигрантов, людей с ограниченными возможностями, больных туберкулезом, страдающих от расизма группы населения, и жителей сельской местности.

Как и ключевые группы населения, уязвимые группы могут не решаться пройти тестирование на ВИЧ или обратиться за лечением и уходом в связи с ВИЧ. Это может быть связано с плохим отношением. Например, медицинские работники могут относиться к женщинам и девочкам, живущим с ВИЧ, так, будто они не могут и не должны вступать в интимные отношения или иметь детей, иногда отказывая им в услугах по планированию семьи (34). Это может привести к принудительной стерилизации или аборту (19, 34–41). Люди, живущие с туберкулезом, могут избегать медицинских учреждений в целом, потому что они опасаются, что столкнутся со стигмой, связанной с ВИЧ, независимо от их ВИЧ-статуса (42).

Соблюдение конфиденциальности - еще одна серьезная проблема, поскольку нежелательное раскрытие ВИЧ-статуса может иметь серьезные последствия для некоторых уязвимых групп населения. Например, в сельских общинах, где социальные структуры тесно связаны и доступ к услугам и ресурсам в связи с ВИЧ ограничен, людям сложнее получить конфиденциальный доступ к услугам в связи с ВИЧ. Предоставление услуг в связи с ВИЧ в таких сообществах также может привести к вторичной стигматизации поставщиков услуг. В зависимости от отношения общества к людям, живущим с ВИЧ, это может служить прямым сдерживающим фактором для людей, которые ищут или иным образом участвуют в тестировании и лечении в связи с ВИЧ. Исследование, проведенное в сельских районах Южной Африки, показало, что даже когда был предоставлен доступ к антиретровирусной терапии, люди не принимали в ней участия из-за страха стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ. Обеспокоенность по поводу сплетен со стороны медицинских работников в таких условиях особенно заметна (43).

Уязвимые группы населения могут сталкиваться с серьезными препятствиями при доступе к медицинской помощи и в других сферах. Систематические проявления расизма и дискриминации могут служить серьезным препятствием и сдерживающим фактором для групп населения, сталкивающихся с расизмом (например, меньшинства, мигранты, коренное население), в участии в услугах и программах в связи с ВИЧ (7, 44, 45). Потребности людей с ограниченными возможностями часто игнорируются, поэтому медицинские учреждения могут быть физически недоступны или плохо оборудованы для оказания достаточной помощи людям с ограниченными возможностями и ВИЧ (46, 47).

В сфере правосудия не всегда обеспечивается защита здоровья и благополучия уязвимых групп населения, живущих с ВИЧ. Дискриминационные законы также могут создавать проблемы для уязвимых групп населения. По-прежнему существует более 40 стран, где ВИЧ-статус человека может повлиять на его способность искать убежища или мигрировать туда (48). Следовательно, беженец, перемещенное лицо или мигрант могут нерешительно взаимодействовать с государственными службами, включая службы социальной поддержки и здравоохранения, из-за страха депортации. Даже в условиях отсутствия таких ограничений стигма и дискриминация в связи с ВИЧ могут повлиять на здоровье и благополучие беженцев, перемещенных лиц и мигрантов. Оценка мигрантов, живущих с ВИЧ, в Соединенном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии показала, что стигма влияет на чувство личной безопасности респондентов и побуждает их частично справляться с ситуацией, избегая обращения в медицинские и социальные службы. (49).

В целом последствия стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ более серьезны для обделенных вниманием групп населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин. Например, женщины и девушки, живущие с ВИЧ, могут столкнуться с отторжением со стороны своих партнеров и семей (34, 50, 51). В некоторых случаях это может оставить их в положении экономической незащищенности и поставить под угрозу их выживание (51). Женщины и девушки также могут подвергаться насилию со стороны своих партнеров, семей или сообществ из-за своего ВИЧ-статуса (34, 50, 52). Переживание стигмы и дискриминации может нанести ущерб самооценке и психическому благополучию представителей уязвимых групп населения и может привести к депрессии, суицидальным мыслям или попыткам суицида (46, 50, 53, 54). Исследование, проведенное в США, показало, что одиночество и стигма, связанная с ВИЧ, были главными причинами депрессии среди живущих с ВИЧ пожилых людей (54).

МЫ. ПРАВОМОЧНЫ.
ЖИЗНЕСПОСОБНЫ.
СИЛЬНЫ.

Учитывая усиление стигмы и дискриминации, с которыми сталкиваются ключевые и уязвимые группы населения, крайне важно, чтобы в странах создавалась благоприятная правовая среда и разрабатывались соответствующие программы и стратегии для охвата и вовлечения обделенных вниманием групп населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—в услуги по профилактике, уходу и лечению в связи с ВИЧ. При планировании своих мер в ответ на ВИЧ, включая меры по борьбе со стигмой и дискриминацией в связи с ВИЧ, страны должны определить (на основе фактических данных, данных эпиднадзора, консультаций и в сотрудничестве с женщинами, девушками и уязвимыми сообществами) конкретные группы населения, которые имеют решающее значение в контексте их ответных мер на ВИЧ на основании эпидемиологической и социальной ситуации.

Как работает процесс стигматизации в контексте ВИЧ

Важнейшим первым шагом в разработке надлежащих ответных мер на стигму и дискриминацию в связи с ВИЧ является понимание того, как работает процесс стигматизации. Такое понимание позволит странам нацеливать программы на то, чтобы либо остановить процесс, либо уменьшить негативное воздействие стигмы, с которой сталкиваются обделенные вниманием группы населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых

женщин. Процесс можно разбить на три основных компонента: движущие силы и фасилитаторы, «маркировка стигмы» и проявления стигмы (схема 2).

Движущие силы и причины стигмы негативны (13); к таковым относятся страх заражения через контакт, не связанный с риском передачи ВИЧ (например, прикосновения, поцелуи), опасения по поводу производительности из-за плохого состояния здоровья, а также общественное осуждение и обвинение. Фасилитаторы могут быть как позитивными так и негативными (55). К примеру, наличие или отсутствие средств защиты и стандартов безопасности труда в медицинских учреждениях может минимизировать или усугубить стигматизирующее поведение избегания (например, использование двойных перчаток) со стороны медицинских работников по отношению к людям, живущим с ВИЧ. (56).

Движущие силы и фасилитаторы влияют на то, применяется ли стигма к людям или группам (маркировка стигмы) в связи с их ВИЧ-статусом или другими воспринимаемыми различиями, такими как раса, класс, социально-экономический статус, пол, сексуальная ориентация или род занятий. Перекрестная стигма возникает, когда люди «отмечены» несколькими стигмами. Как только стигма применяется, она проявляется в целом ряде стигматических случаев (жизненные реалии) и практик (верования, отношения, действия).

Стигматизация включает дискриминацию, которая относится к стигматизирующим действиям или упущениям (например, отсутствие пандусов для людей с ограниченными возможностями), которые запрещены международным правом в области прав человека (например, потеря жилья или работы из-за ВИЧ-статуса или физическое насилие над женщиной из-за ее ВИЧ-статуса со стороны партнера). Под стигматизацией подразумевается стигматизирующее поведение, выходящее за рамки международного права в области защиты прав человека, например надевание двойных перчаток или избегание посещения.

Другое проявление стигмы - это внутренняя стигма (самостигма), которая возникает, когда человек, живущий с ВИЧ, соглашается со связанным с ВИЧ негативным отношением к себе. Воспринимаемая стигма, которая относится к восприятию того, как к стигматизируемым группам относятся в данном контексте, и ожидаемая стигма, которая касается ожидания предвзятости со стороны других, если станет известно о состоянии здоровья, также являются проявлением стигмы.

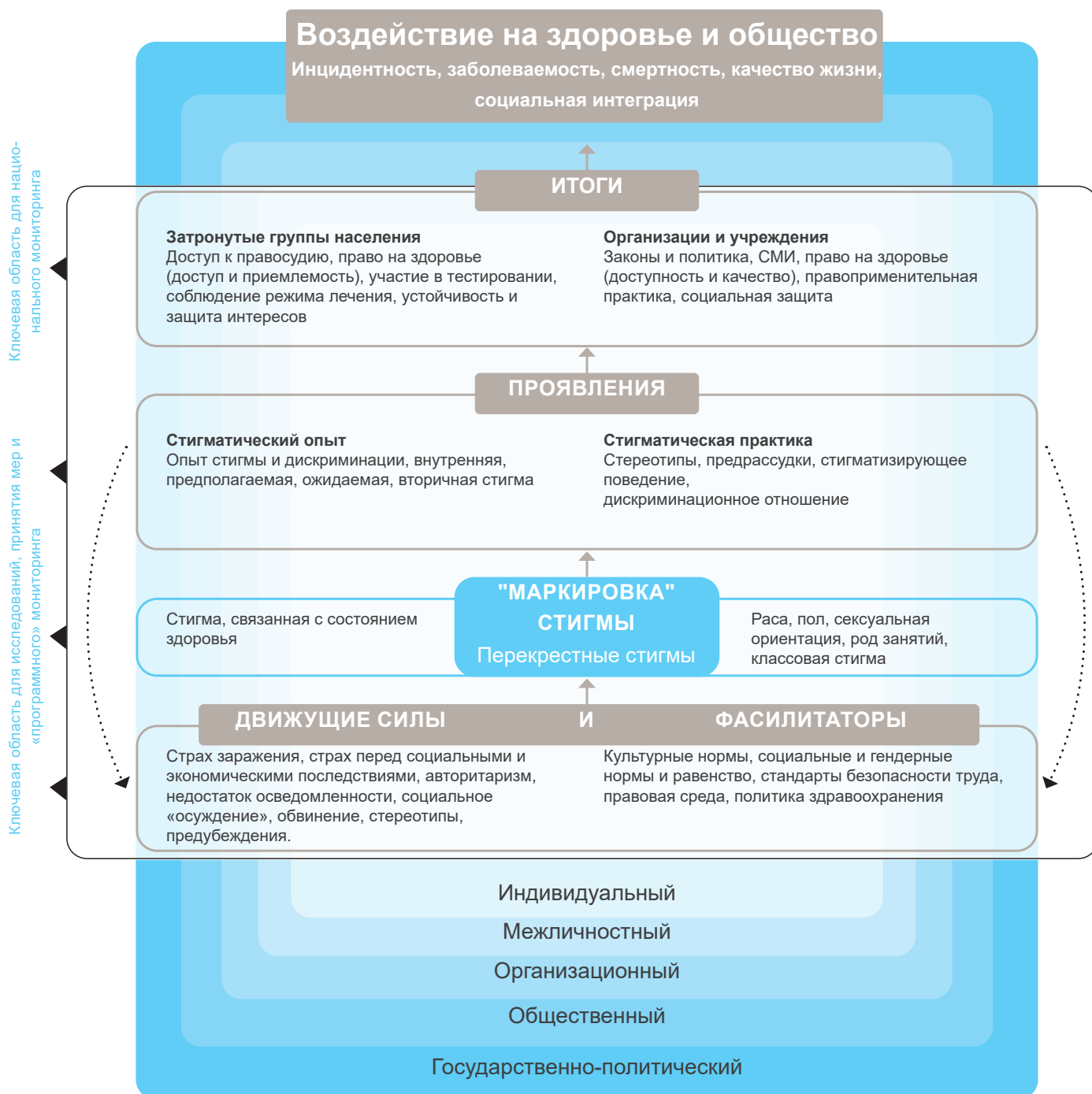
Вторичная стигма относится к проявлению стигмы со стороны семьи или друзей членов стигматизированных групп или среди медицинских работников, оказывающих помощь представителям стигматизированных групп (14).

Стигматизация включает стереотипы, предрассудки и стигматизирующее отношение и поведение. Стереотипы и предрассудки действуют как движущие силы и проявления, поскольку они подпитывают и усиливают процесс стигматизации.

Эти проявления (опыт и практика стигмы) влияют на ряд результатов касательно затронутых групп населения, включая доступ к правосудию, доступность и приемлемость медицинских услуг и прочей поддержки (например, продовольственная помощь, меры социальной защиты), прохождение обследований, соблюдение курса лечения, устойчивость (или способность бороться со стигмой) и отстаивание своих интересов. Проявления стигмы также влияют на результаты для организаций и учреждений, включая законы и политику, доступность и качество медицинских услуг, правоприменительную практику и социальную защиту (14).

Связанные с ВИЧ стигма и дискриминация могут возникать на многих различных уровнях, в том числе среди отдельных лиц, между членами семьи и сверстниками (межличностные), внутри организаций (например, в медицинских учреждениях, на работе, в школе, в полицейских участках) и сообществ, а также в государственной политике (например, дискриминационные законы и политики) (см. схему 2). Это означает, что национальные меры по борьбе со стигмой и дискриминацией должны быть нацелены на движущие силы, фасилитаторы и проявления стигмы на разных уровнях и с множеством субъектов, таких как живущие с ВИЧ люди, ключевые группы населения, семьи, члены сообщества, работники здравоохранения, работодатели, представители правоохранительных органов и политики (10, 55, 57, 58).

Схема 2. Концепция стигмы в отношении здоровья и дискриминации.



Перепечатано из Stangl AL, Earnshaw VA, Logie CH, Van Brakel W, Simbayi LC, Barré I, et al. The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas (Концепция стигмы в отношении здоровья и дискриминации: глобальная комплексная концепция информирования в рамках исследований, разработки мер и политики в отношении стигм, связанных со здоровьем). BMC Med. 2019;17:31.

Использование Концепции стигмы в отношении здоровья и дискриминации

Концепция стигмы в отношении здоровья и дискриминации может использоваться для информирования при разработке мер. В идеале мы хотим, чтобы маркировки стигмы не происходило, поэтому меры часто сосредотачиваются на движущих силах и факторах стигмы. Например, можно использовать средства массовой информации, чтобы помочь населению лучше понять состояние здоровья и развеять мифы о том, как передается болезнь и кто находится в группе риска. Точно так же можно разработать и внедрить новую политику в медицинских учреждениях, чтобы гарантировать, что люди, живущие с ВИЧ, не будут идентифицированы каким-либо образом, например, посредством папок определенного цвета. Хотя мы и хотим предотвратить возникновение стигмы, мы также должны быть готовы бороться с ее проявлениями. Это может включать психосоциальную поддержку живущих с ВИЧ людей или юридическую помощь, чтобы справиться с дискриминацией. Мероприятия также могут быть сосредоточены на конкретных ключевых группах населения, женщинах или девушках, которые сталкиваются с повышенной стигматизацией и дискриминацией в данном контексте. Усилия могут включать обучение медицинских работников, общественных работников или сотрудников полиции по преодолению стереотипов и стигматизирующего отношения или разработку новых законов и политики для защиты от дискриминации.

Концепция также может указывать на области, в которых практикующие врачи, исполнители программ и лица, определяющие политику, могут сосредоточить больше внимания на более полном удовлетворении потребностей и улучшении результатов в отношении здоровья своих клиентов, сообществ и общества в целом. Научные подходы к внедрению могут способствовать совершенствованию того, как мы адаптируем и применяем структуру для руководства мерами и политиками по снижению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ - например, при определении того, кто является основной аудиторией изменений, какие конкретные движущие силы и способствующие стигме и дискриминации в связи с ВИЧ необходимо рассматривать, какие меры или компоненты политики подходят для их решения и как оценивать результативность с течением времени.

Разработка мер

Несмотря на то, что меры необходимо адаптировать к конкретным сферам и группам населения, существует множество фактов, свидетельствующих о том, что именно работает для снижения стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ, из чего вытекает несколько принципов снижения стигмы (55, 59–61). Эти принципы изложены и кратко описаны в Таблице 3 Во-первых, очень важно, чтобы все усилия направлялись обделенными вниманием группами населения, то есть эти группы осмысленно вовлекались—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин. Также важно устранение коренных причин или движущих сил стигмы и основных проблем затронутого населения. По возможности, вмешательства должны быть направлены на устранение множественных перекрестных стигм, с которыми сталкиваются люди, живущие с ВИЧ или подверженные риску заражения ВИЧ. Доступен ряд средств, которые можно адаптировать для использования в различных контекстах. Инструментарий "Понимание и борьба со стигматизацией ВИЧ" - один из таких примеров (62); другие приведены в приложениях с 1 по 5. При работе с группами по изменению основополагающих норм, стереотипов и табу крайне важно использовать совместные методы, обеспечивающие безопасное пространство для обмена мнениями и обсуждения. Чтобы быть наиболее результативным, следует использовать комплекс мер с несколькими заинтересованными сторонами на разных уровнях (например, индивидуальном, межличностном, организационном), разработанный с учетом конкретных групп населения. Необходимо достаточное планирование, чтобы дать время для взаимодействия с ключевыми блюстителями норм (например, религиозными и общественными лидерами, заинтересованными сторонами в правительстве) и заручиться их поддержкой. Следует проявлять особую осторожность при планировании мер по снижению стигмы и дискриминации, чтобы гарантировать, что внедрение таких мер и их компонентов не повлечет за собой непреднамеренное увеличение стигмы и дискриминации. Например, в некоторых случаях продвижение продовольственной помощи с учетом специфики ВИЧ фактически усилило стигму, поскольку люди, несущие продовольственные пайки, были названы "ВИЧ-инфицированными" и подверглись стигматизации со стороны членов сообщества (63).

Таблица 3.

Принципы снижения стигмы и дискриминации

Принцип снижения стигмы	Описание
Обделенные вниманием группы населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—должны быть во главе или принимать значимое участие.	Усилия по снижению стигмы и дискриминации работают лучше всего, когда меры реализуются под руководством или при активном участии членов затронутых сообществ, в том числе обделенных вниманием групп населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—в национальные планы действий в чрезвычайных ситуациях. Члены сообщества лучше всего подходят для реализации программ, основанных на их жизненном опыте и проблемах, связанных со стигмой и дискриминацией в связи с ВИЧ.
Использовать или продвигать подходы, направленные на устранение движущих сил, фасилитаторов и проявлений стигмы и дискриминации, а также основных проблем затронутого населения	Меры должны быть направлены непосредственно на движущие силы и фасилитаторы (в идеале на их комбинацию), чтобы остановить процесс стигматизации. Меры для смягчения проявлений стигмы и дискриминации и удовлетворения потребностей и решения проблем затронутого населения также необходимы для эффективного снижения стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ. Подходы к реализации мер могут быть объединены в одну меру или могут быть реализованы в виде нескольких мер, но все эти аспекты процесса стигматизации необходимо учитывать. Примеры движущих сил включают отсутствие осведомленности и знаний о ВИЧ, в том числе стигму и дискриминацию и их вредные последствия, либо опасения и неправильные представления о заражении ВИЧ. К фасилитаторам могут относиться законы, криминализирующие передачу ВИЧ, конкретное поведение или идентичность ключевых групп населения. Проявления могут включать в себя перенесенную и внутреннюю стигму и дискриминацию.
Устранение перекрестной стигмы и дискриминации	Ключевые группы населения, такие как мужчины, практикующие секс с мужчинами, трансгендеры, потребители наркотиков и секс-работники часто сталкиваются со стигмой и дискриминацией в дополнение к той, что связана с ВИЧ. Раса, пол, экономическое положение и другие проблемы со здоровьем, такие как жизнь с туберкулезом или инвалидность, могут усугублять и усиливать стигму, испытываемую людьми, живущими с ВИЧ. Например, меры по снижению стигмы в связи с ВИЧ в условиях, когда употребление наркотиков является основным фактором передачи, должны быть направлены на устранение стигмы, связанной с употреблением наркотиков, поскольку эти стигмы взаимосвязаны.
Пользоваться преимуществами существующих инструментов	Существует ряд полезных инструментов и ресурсов для смягчения или мониторинга стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ, которые можно адаптировать к различным контекстам и сферам; многие из этих инструментов упоминаются в данном документе.
Использование совместных методов	Совместные методы (например, игры, ролевые игры, обсуждения) являются оптимальными для снижения стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ, поскольку они улучшают знания и отношения без осуждения и доступным способом.
Применение нескольких стратегий реализации мер с несколькими заинтересованными сторонами на разных социально-экологических уровнях (индивидуальном, межличностном, общественном, организационном, государственно-политическом)	Для значимого и устойчивого решения проблемы стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ часто необходим целый ряд мер (например, расширение прав и возможностей людей, живущих с ВИЧ, обучение медицинских работников, массовые коммуникации, реформа законодательства и политики). Заинтересованным сторонам рекомендуется работать вместе, применяя подходы к снижению стигмы и дискриминации, наиболее соответствующие их организации; например, национальные правительства могут возглавить пересмотр законов и политики, в то время как гражданское общество может поддержать эти изменения, опираясь на фактические данные и информацию от сообщества. Одновременно с этим общественные организации могут взять на себя ведущую роль в проведении кампаний в СМИ по изменению пагубных социальных норм, реализации программ обучения по снижению стигмы и прав человека для преподавателей и медицинских работников, или в предоставлении услуг по расширению прав и возможностей и социальной поддержке людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения, чтобы преодолеть ожидаемую и внутреннюю стигму.
Дать время на планирование, чтобы добиться успеха (например, шесть месяцев)	Для наиболее многообещающих подходов требуется время, прежде чем они начнут привлекать блюстителей норм и лидеров общественного мнения, проводить формирующую оценку различных аудиторий, обучать команды и формировать новые партнерские отношения. Мероприятия повышают заинтересованность и вдохновляют на сотрудничество; выделение времени для этих мероприятий имеет решающее значение для успеха мер по снижению стигмы и дискриминации.

Источники:

Снижение стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ: важнейшая часть национальных программ по СПИДу—ресурс для национальных заинтересованных сторон в борьбе с ВИЧ. Женева: Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу; 2007. Nyblade L, Stangl A, Weiss E, Ashburn K. Combating HIV stigma in health care settings: what works? J Int AIDS Soc. 2009;12:15. Stangl A, Carr D, Eckhaus T, Brady L, Nyblade L, Claeson M. Tackling HIV-related stigma and discrimination in South Asia (Борьба со стигмой и дискриминацией в связи с ВИЧ в Южной Азии). Washington, DC: World Bank; 2010.

Обычно используются шесть подходов к снижению стигмы и дискриминации, часто в комбинации (55). К таковым относятся меры информационные, развивающие, консультационные и поддерживающие, контактные, структурные и биомедицинские (см. Таблицу 4).

Таблица 4.

Обзор подходов к реализации мер

Подход к реализации мер (на какой компонент стигмы направлен)	Описание	Пример
Информационный (движущие силы)	Предоставление информации о ВИЧ и стигме, связанной с ВИЧ	Брошюры, распространяемые лидерами сообществ, содержащие информацию о том, как ВИЧ передается и не передается, что такое стигма и почему она вредна (64)
Развивающий (движущие силы и фасилитаторы)	Мероприятия по совершенствованию навыков сообществ, затронутых ВИЧ, и должностных лиц (например, полицейских, медицинских работников, педагогов)	Совместные учебные занятия с медицинскими работниками, полицейскими и педагогами по вопросам стигмы, прав человека и современной науки о ВИЧ, а также о том, как предоставлять услуги с учетом культурных особенностей людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп (65–69) Расширение прав и возможностей сообществ для разработки и реализации программ по снижению стигмы (70)
Консультационно-поддерживающий (проявления)	Услуги по поддержке людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения	Группы поддержки под руководством экспертов с женщинами, живущими с ВИЧ, для преодоления внутренней и ожидаемой стигмы (71) Индивидуальные консультации для молодых людей, живущих с ВИЧ (72)
Контактный (движущие силы и проявления)	Взаимодействие между людьми, живущими с ВИЧ, и широкой общественностью или ключевыми должностными лицами (например, медицинскими работниками, полицейскими)	Сети секс-работников, живущих с ВИЧ, дарят розы медицинским работникам и полицейским, которые по-доброму относятся к ним, чтобы поблагодарить их и поощрять постоянную поддержку (70) Молодые люди, живущие с ВИЧ, совместно с преподавателями проводят тренинг о том, как чутко подойти к половому просвещению живущих с ВИЧ молодых людей (68)
Структурный (фасилитаторы)	Мероприятия, направленные на устранение, уменьшение или улучшение структурных факторов, влияющих на процесс стигматизации, таких как криминализирующие ВИЧ законы, политика больниц или работодателей, институционализирующая дискриминацию живущих с ВИЧ людей; или отсутствие материалов, позволяющих медицинским работникам соблюдать универсальные меры предосторожности	Стратегическая судебная работа для расширения судебной практики в отношении дискриминации в контексте ВИЧ (61) Пересмотр или отмена пагубных законов (например, декриминализация передачи ВИЧ) (61) Разработка защитных законов (например, легализация программ обмена шприцев) (61)
Биомедицинский (фасилитаторы)	Универсальные подходы к тестированию и лечению, бесплатный доступ к доконтактной профилактике и прочие меры	Обеспечение бесплатного и универсального доступа к антиретровирусной терапии для всех людей, живущих с ВИЧ, в том числе в гуманитарных и чрезвычайных ситуациях (73–75)

Основано на Stangl AL, Lloyd JK, Brady LM, Holland CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? (Систематический обзор мер по снижению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ с 2002 по 2013 год: как далеко мы продвинулись?) J Int AIDS Soc. 2013;6(3 Suppl. 2):18 734.

Борьба со стигмой и дискриминацией в связи с ВИЧ в шести сферах

Стигма и дискриминация в связи с ВИЧ могут проявляться по-разному в разных сферах и могут требовать разных подходов и соображений при реализации мер (76, 77). Этот руководящий документ включает обсуждения, мероприятия, практические примеры и рекомендации по устранению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ.

Основание для рекомендаций в каждой из сфер

Меры, рекомендованные для каждой сферы, были заимствованы из последних данных об успешной реализации мер и программ по снижению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ, о которых сообщалось в недавних систематических обзорах, включая обзор мер по снижению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ (55); обзор мер решения проблемы самостигмы или внутренней стигмы (78); обзор многоуровневых мер по снижению стигмы (60); и обзор выбранных программ по правам человека для улучшения результатов в отношении ВИЧ (61). Также были рассмотрены данные о влиянии изменений в законах и политике на эпидемию ВИЧ. Дополнительные фактические данные из рецензируемой и серой литературы были собраны посредством целевого поиска литературы по сферам. Выявленные успешно реализованные меры приводятся в Приложениях с 1 по 5. Следует отметить, что примеры мер, представленные в этом отчете, не являются исчерпывающим представлением вариантов их реализации, а скорее вариантами, которые отражают текущие знания и передовой опыт. Кроме того, в изученной литературе основное внимание уделялось мерам по снижению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ. Хотя пересечение стигмы и дискриминации рассматривалось в каждой сфере, рекомендации в большей части основаны на фактических данных по снижению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ. Для всех сфер, особенно тех, где доказательная база отсутствовала или была менее надежной (трудоустройство, правосудие, чрезвычайные ситуации), информация о передовых методах предоставлялась техническими экспертами, работающими в этих сферах.

Общественные сферы

В этом документе сферы сообщества включают людей и домохозяйства в пределах общей географической области. Сообщества также включают такие объекты, как предприятия, школы и медицинские учреждения. Совместное окружение - это общие источники и факторы, способствующие возникновению социальных норм и практик, включая стигму и дискриминацию в связи с ВИЧ. В условиях сообщества стигма и дискриминация, связанные с ВИЧ, могут проявляться почти незаметно (например, отказ делиться едой или посудой с людьми, живущими с ВИЧ) или более явно (например, словесные оскорбления, сплетни, отказ от общения или избегание человека, живущего с ВИЧ). Социальное суждение членов семьи и сообщества может привести к внутренней стигме среди людей, живущих с ВИЧ, или к ожидаемой стигме среди людей, которые думают, что они, возможно, имеют ВИЧ. Такой опыт может привести к самоизоляции и сдерживать раскрытие информации и участие в тестировании, уходе и лечении в связи с ВИЧ, что, в свою очередь, может нанести вред психическому и физическому здоровью и благополучию человека (79–82).

Семьи и домашние хозяйства могут подвергаться стигме и дискриминации в связи с ВИЧ через ассоциации. Это особенно актуально в условиях, когда семья, в которой есть живущий с ВИЧ член, несет ответственность за поведение своих членов и коллективно сталкивается со стигмой и дискриминацией в связи с ВИЧ. Таким образом, семья может быть менее благосклонна к члену семьи, раскрывающему свой ВИЧ-положительный статус и обращающемуся за медицинской помощью (79, 83, 84). Стигма и дискриминация в общинах могут быть связаны с ВИЧ, а также с идентичностью ключевых и уязвимых групп населения, включая пол. Эта перекрестная стигма и дискриминация могут создавать для обделенных вниманием групп населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—дополнительные проблемы и препятствия на пути к сохранению своего здоровья и благополучия (84). Например, в сообществах мужчин, практикующих секс с мужчинами, люди, живущие с ВИЧ, могут подвергаться остракизму и изолироваться от тех, кто не ВИЧ-инфицирован (84).

С другой стороны, не стигматизирующая, недискриминационная среда сообщества может сделать возможности для услуг и систем поддержки, связанных с ВИЧ, более открытыми и доступными для людей, живущих с ВИЧ или находящихся в группе риска. Например, члены домохозяйства могут выполнять функции опекунов или помощников в лечении, играя активную роль в обеспечении успеха лечения. Эта поддержка может помочь снизить внутреннюю и ожидаемую стигму индивидуума (79–82, 85).

Меры на уровне сообществ должны реализовываться не только широко, но и непосредственно в рамках конкретных сообществ, которые влияют на укрепление или изменение норм и практики (например, религиозные, духовные, женские, молодежные группы), а также среди влиятельных лидеров сообществ. Например, религиозные и духовные организации часто влияют на социальные нормы, в том числе на то, как в сообществах обращаются с людьми, живущими или предположительно живущими с ВИЧ (85).

Примеры мер и рекомендации

В Приложении 1 представлены 28 исследований, в которых оценивались меры по снижению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ в общественных сферах. Вставка 2 предлагает тематическое исследование одного из этих исследований реализованных мер. Большинство мер было направлено на людей, живущих с ВИЧ, или на представителей широкой общественности; другие меры были ориентированы на лидеров сообществ,

представителей ключевых групп населения и лиц, ухаживающих за людьми, живущими с ВИЧ.

Большинство мер носили информационный характер или были направлены на развитие навыков; другие вмешательства включали контакт с людьми, живущими с ВИЧ, консультирование и поддержку, биомедицинские аспекты и структурные компоненты. Было установлено, что все меры снижают стигму в связи с ВИЧ. В некоторых случаях снижение стигмы проявлялось за счет снижения внутренней стигмы или за счет улучшения отношения, поведения или знаний.

Вставка 2

Меры на уровне общины для снижения стигмы в связи с ВИЧ в Южной Африке

В исследовании оценивались меры на уровне общины для снижения стигмы среди людей, живущих с ВИЧ, и проявлению стигмы со стороны людей, близких к людям, живущим с ВИЧ, в Северо-Западной провинции Южной Африки (86). Пятимесячная реализация мер включала в себя три различных компонента:

- Двухдневный семинар с живущими с ВИЧ людьми, который включал презентации и мероприятия по пониманию стигмы в связи с ВИЧ, оценку личных сильных сторон и управление раскрытием информации.
- Серия трехдневных семинаров для каждой из следующих групп: партнеры, дети старшего возраста, члены семьи, друзья, духовные лидеры и члены общины. Эти семинары проводились одним человеком, живущим с ВИЧ, и одним человеком, не живущим с ВИЧ, и были сосредоточены на понимании стигмы в связи с ВИЧ и взаимоотношений людей с ВИЧ и людей, живущих рядом с ними.
- Предоставление участникам возможности разработать и реализовать программу снижения стигмы в связи с ВИЧ в своей общине при поддержке координаторов.

В течение года было проведено одно предварительное и четыре послетестовых опроса среди людей, живущих с ВИЧ, и людей, живущих рядом с ними в городских и сельских районах. В обоих случаях наблюдалось значительное снижение уровня проявления стигмы и предвзятости. Группа оценивания пришла к выводу, что эта мера является полезным инструментом снижения стигмы в связи с ВИЧ для сообществ, и призвала к применению этого подхода в будущем, сохраняя при этом основные принципы и учитывая ряд рекомендаций.

Таблица 5.

Рекомендации для общественных сфер

Уровень (целевые группы населения)	Рекомендации
Индивидуальный (люди, живущие с ВИЧ, представители ключевых групп населения)	<p>Увеличить количество и доступность групп поддержки и групп равных по положению как фундаментальной части предоставления услуг в связи с ВИЧ для решения проблемы внутренней и перенесенной стигмы.</p> <p>Предоставлять услуги в области психического здоровья для снижения внутренней стигмы и повышения самооценки, самоэффективности, навыков выживания и качества жизни.</p> <p>Обучать обделенные вниманием группы населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—знаниям о дискриминации, чтобы они могли отстаивать свои права (например, на жилье и занятость) и при необходимости получить доступ к правосудию.</p>
Межличностный (члены семьи, сверстники, партнеры)	<p>Повышать осведомленность и уровень знаний среди семей взрослых и молодых людей, живущих с ВИЧ, о том, как ВИЧ передается и не передается, с целью уменьшения стигматизирующего поведения, а также о нестигматизирующих способах поддержки членов семьи, живущих с ВИЧ (например, помощь в соблюдении режима лечения, поддержка раскрытия информации доверенным членам семьи и сверстникам).</p>
Организационный (правозащитные организации, сети людей, живущих с ВИЧ, медицинские учреждения, общественные организации, неправительственные организации)	<p>Осуществлять программы по развитию навыков и созданию пространства для обделенных вниманием групп населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—чтобы они могли конструктивно взаимодействовать, влиять, защищать и участвовать в принятии решений по разработке программ.</p> <p>Мобилизовать обделенные вниманием группы населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—для разработки, реализации и оценки стратегий укрепления здоровья, благополучия и прав человека среди ключевых и уязвимых групп населения.</p> <p>Обеспечить наличие, приемлемость и доступность качественных услуг поддержки для людей, которые сталкиваются с проявлениями стигмы (например, гендерное насилие, дискриминация, переживание стигмы), путем развития достаточной инфраструктуры, обучения персонала и устранения препятствий для получения услуг (например, расположение мест предоставления услуг, соблюдение конфиденциальности, приветливость персонала).</p>
Общественный (широкая общественность, лидеры общественного мнения, семьи живущих с ВИЧ людей)	<p>Реализовывать программы, которые бросают вызов движущим силам стигмы и дискриминации среди населения и способствуют развитию поддержки в сообществах.</p> <p>Использовать стратегии массовой коммуникации, кампании в социальных сетях, рекламные кампании и образовательно-развлекательные программы ("обучение и развлечения").</p> <p>Работа с общественными лидерами и влиятельными лицами (например, религиозными лидерами, женскими группами, местными лидерами, знаменитостями).</p> <p>Использовать контактные стратегии, которые позволяют взаимодействовать между обделенными вниманием группами населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—и членами более широкого сообщества.</p> <p>Реализовывать программы по снижению стигмы с использованием культурных и религиозных средств массовой информации в рамках крупных публичных мероприятий в сочетании с отстаиванием интересов и вовлечением ключевых групп населения.</p> <p>Реализовывать программы по сокращению пагубных гендерных норм, которые подвергают женщин, девочек, мужчин и мальчиков риску заражения ВИЧ, включая развитие потенциала групп гражданского общества, борющихся за права женщин и гендерное равенство.</p>
Государственно-политический (местные и национальные уполномоченные органы)	<p>Регулярно пересматривать политику и практику в сообществе, чтобы гарантировать, что они защищают от дискриминации обделенные вниманием группы населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин.</p> <p>Регулярно оценивать уровень стигмы, связанной с ВИЧ, в сообществе, используя качественные оценки (например, обсуждения в фокус-группах с представителями людей, живущих с ВИЧ, и более широким сообществом) и сбор количественных данных (например, демографическое и медицинское обследование, индекс стигмы людей, живущих с ВИЧ) в качестве руководства для разработки и реализации программ по снижению стигмы и дискриминации.</p> <p>Создать систему мониторинга на национальном уровне для выявления стигмы, дискриминации и нарушений прав, с которыми сталкиваются люди, живущие с ВИЧ, и ключевые группы населения для поддержки и возмещения ущерба.</p>

Сферы трудоустройства

Большинство людей, живущих с ВИЧ, во всем мире находятся в трудоспособном возрасте (15 лет и старше) и при надлежащем уходе и поддержке могут быть ценными представителями рабочей силы на протяжении всей своей трудовой жизни (87, 88). Условия на рабочем месте включают все условия, в которых работают люди, включая формальную (традиционная оплачиваемая занятость) и неформальную (например, уличная торговля, секс-бизнес, уборка дома) экономики. Формальная экономика включает занятость как в частном, так и в государственном секторах. Вероятность безработицы у людей, живущих с ВИЧ, в три раза выше, чем у населения в целом (89). Аналогичным образом, некоторые ключевые группы населения, женщины и другие уязвимые группы (например, трансгендеры, бедные женщины, мигранты) исключены из работы в формальной экономике и часто вынуждены заниматься секс-бизнесом, чтобы выжить. Это отчасти обусловлено связанной с ВИЧ и перекрестной стигмой и дискриминацией по признаку расы, пола и достатка, сохраняющейся у многих официальных работодателей по всему миру. Опыт стигмы и дискриминации на рабочем месте может принимать форму отказа в приеме на работу человека, живущего с ВИЧ, притеснения, запугивания, принудительное тестирование или раскрытие информации, отказа в возможности трудоустройства или продвижения по службе, принуждения к увольнению или незаконному увольнению (90–92). В отчете за 2018 год, основанном на Индексе стигматизации людей, живущих с ВИЧ, по 10 странам³ отмечалось, что в среднем 40% недавно безработных респондентов, живущих с ВИЧ, потеряли работу или возможность заработка непосредственно вследствие своего ВИЧ-статуса (93).

Усилия по снижению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ на рабочем месте имеют большое значение. Работать, не испытывая какой бы то ни было стигмы в связи с ВИЧ, — это право любого человека. Доступ к рабочему месту и опыт работы имеют неизмеримые последствия для средств к существованию и благополучия человека, живущего или предположительно живущего с ВИЧ, его семьи и его сообщества. Кроме того, во многих контекстах рабочее место может быть местом реализации программ общественного здравоохранения для поддержки профилактики, тестирования и лечения ВИЧ. Наличие стигмы и дискриминации на рабочем месте может подорвать эффективность этих программ, что возымеет последствия для усилий общественного здравоохранения, направленных на борьбу с ВИЧ.

Связанные с ВИЧ стигма и дискриминация на рабочем месте могут негативно повлиять на здоровье живущих с ВИЧ сотрудников из-за их отказа от тестирования, соблюдения курса лечения и регулярных посещений врача (12, 31, 57, 87, 88, 90–92, 94). Имеется множество примеров такого влияния на сотрудников образовательных и медицинских учреждений, где стигма и дискриминация в связи с ВИЧ могут быть особенно распространены. Исследования дискриминационного отношения к людям, живущим с ВИЧ, проводимые среди широкой общественности, часто задают вопрос, следует ли разрешать преподавателям, живущим с ВИЧ, преподавать (95, 96).

Некоторые работодатели требуют обязательного тестирования на ВИЧ. Обязательное, принудительное или насильственное тестирование ни в коем случае не уместно, независимо от того, откуда исходит принуждение (например, поставщики медицинских услуг, партнеры, члены семьи, работодатели, сотрудники правоохранительных органов). К его последствиям на рабочем месте относится потенциальный отказ в приеме на работу и потеря средств к существованию (97). Для некоторых групп работников последствия могут быть более серьезными: например, рабочие-мигранты могут лишиться средств к существованию и столкнуться с депортацией, если у них окажется положительный результат тестирования на ВИЧ (98).

3 Белиз, Коста-Рика, Фиджи, Греция, Гондурас, Малави, Никарагуа, Республика Корея, Тимор-Лешти, Украина.

Обязательное тестирование на ВИЧ может ограничить возможности трудоустройства для обделенных вниманием групп населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин. Это может привести к выбору или необходимости работать в неформальном секторе, что обычно связано с более низкими заработками, меньшими гарантиями занятости, более низкой социальной защитой и большей уязвимостью. Однако неформальный сектор имеет свои проблемы: если ВИЧ-положительный статус человека становится известен в сообществе, его экономическое положение может пострадать из-за стигмы и дискриминации, связанных с ВИЧ (например, продавцы продуктов питания и секс-работники могут потерять клиентов) (34).

Работники, не живущие с ВИЧ, также могут подвергаться стигматизации и дискриминации, будучи ассоциированными с носителями ВИЧ. Например, медицинские работники могут столкнуться с социальными и профессиональными последствиями в связи с уходом, который они оказывают людям, живущим с ВИЧ (94, 99).

Определенные виды работы представляют более высокий риск профессионального заражения ВИЧ и связанных с ним стигматизируемых состояний здоровья, таких как туберкулез. Например, медицинские работники и работники секс-индустрии чаще контактируют с кровью и жидкостями, несущими ВИЧ (94, 100). Трансгендеры, которые в результате перекрестной стигмы часто ограничены в возможностях трудоустройства и занимаются секс-работой, столкнулись с повышенным риском насилия и контакта с ВИЧ (101). Условия, связанные с некоторыми видами работы, могут косвенно способствовать заражению ВИЧ, что продемонстрировано в горнодобывающей промышленности в странах Африки к югу от Сахары и других отраслях, которые зависят от сезонных мигрантов (102–104). Эксплуатационные и бесчеловечные условия могут повысить риск заражения ВИЧ, побуждая к сексуальным контактам с высоким риском заражения или употреблению наркотиков, повышая уязвимость к сексуальному насилию (98, 102–104). Особенно важным на этих рабочих местах является обеспечение доступа к профилактике, уходу и лечению в связи с ВИЧ на условиях конфиденциальности и без стигмы. Программы гигиены труда не всегда являются комплексными или основанными на правах человека; более того, их руководящие принципы могут не соответствовать национальным или международным минимальным стандартам.

Сотрудники и работодатели должны сыграть важную роль в решении проблемы ВИЧ, стигмы и дискриминации ключевых и уязвимых групп населения на рабочих местах, а также в создании безопасной и благоприятной рабочей среды для всех. Работодатели могут формировать политику и методы организации, а поведение коллег может влиять на социальные нормы на рабочем месте (92, 105–107).

Примеры мер и рекомендации

В Приложении 2 описаны две меры, относящиеся к сфере трудоустройства и направленные на снижение стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ. Помимо мер, ориентированных на должностных лиц в сфере образования, здравоохранения и правосудия, существует ряд официально оцененных мер, специфичных для сферы трудоустройства или которые напрямую способствуют возможностям трудоустройства для обделенных вниманием групп населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин. Это подчеркивает необходимость того, чтобы страны уделяли приоритетное внимание исследованиям для разработки и проверки мер по снижению стигмы и дискриминации среди обделенных вниманием групп населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые

группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—в различных видах формального и неформального трудоустройства, чтобы расширить фактические данные о том, что эффективно в этих сферах.

Выявленные меры носили информационный характер, были направлены на развитие навыков и ориентированы на сотрудников на рабочих местах. Одна из этих мер была направлена на улучшение отношения и повышение уровня знаний о ВИЧ и о стигме и дискриминации в связи с ВИЧ; проведенная оценка показала, что этих результатов удалось достичь. Эта мера описывается во Вставке 4 (108). Другая мера заключалась в проведении однодневного тренинга по гендерным вопросам и сексуальному разнообразию, проведенное с 2825 сотрудниками "Чрезвычайного плана президента США по борьбе со СПИДом" в 38 странах (109) и затрагивающее некоторые перекрестные стигмы в контексте ВИЧ. Тренинг включал четыре модуля, которые касались (а) вопросов здоровья и политики в отношении гендерных и сексуальных меньшинств; (б) концепции гендера и сексуальности; (с) опыт и идеи членов и защитников сообщества лесбиянок, геев, бисексуалов и трансгендеров; и (г) обсуждение конструктивного взаимодействия. Для достижения цели, заключающейся в улучшении отношения к представителям гендерных и сексуальных меньшинств на рабочих местах и удовлетворения их потребностей использовался ряд педагогических подходов и мероприятий. Принятая мера улучшила "самоэффективность для снижения стигмы и дискриминации (гендерных и сексуальных меньшинств) на рабочих местах" на 30%.

Несмотря на то, что опубликованных оценок результатов принятых на рабочих местах мер за пределами секторов образования, здравоохранения и правоохранительных органов опубликовано немного, этой теме уделяется значительное внимание, особенно в контексте Южной Африки. Два тематических исследования, посвященные программам борьбы с ВИЧ на рабочих местах в Южной Африке, подчеркнули важность вовлечения заинтересованных сторон и профсоюзов как важнейшего способа укрепления доверия. Кроме того, считается, что политика конфиденциальности на рабочем месте будет иметь больший эффект в снижении опасений по поводу стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ, если эта политика будет более четко доведена до сведения сотрудников. Было рекомендовано, чтобы работодатели предоставляли сотрудникам доступ к медицинским услугам за пределами предприятий, чтобы побудить сотрудников к пользованию медицинскими услугами и обеспечить гарантию конфиденциальности.

Другая оценка, проведенная в Дурбане (Южная Африка), была сосредоточена на восьми строительных фирмах, проводящих политику, направленную на снижение стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ. Эта политика включала в себя такие положения, как запрет обязательного тестирования до или во время приема на работу и определение процедур возмещения ущерба для работников, которых дискриминируют коллеги из-за реального или предполагаемого ВИЧ-статуса. В целом включение такой политики оказалось эффективным, и сотрудники больше не боялись потерять работу из-за своего ВИЧ-статуса. Однако сотрудники, живущие с ВИЧ, по-прежнему боялись подвергнуться стигме и дискриминации со стороны коллег. Это подчеркивает важность политики на рабочих местах, направленной на борьбу со стигмой и дискриминацией в связи с ВИЧ на всех уровнях трудоустройства. Сюда входит не только большой охват штата, которому может потребоваться обучение и подготовка по вопросам ВИЧ, но также и сотрудники, живущие с ВИЧ, которым может потребоваться поддержка для преодоления и устранения внутренней и ожидаемой стигмы (105).

Вставка 3

Меры и оценка на рабочих местах в разных странах в Африке к югу от Сахары

В 2010 г. была опубликована оценка мер StopAIDS, принятых ExxonMobil на рабочих местах в Анголе, Камеруне, Чаде,

Кот-д'Ивуаре, Экваториальной Гвинеи, Кении и Нигерии (108). Инициатива, которая началась в 2005 году на производственных площадках ExxonMobil в Африке к югу от Сахары, повлекла за собой следующее:

- Компонент взаимного обучения, разработанный Population Services International: помимо повышения уровня знаний о ВИЧ и самоэффективности для предотвращения заражения и передачи ВИЧ, в задачи этого компонента входило снижение стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ в этой сфере и за ее пределами, а также поддержка живущих с ВИЧ людей. В рамках этой меры были сформированы группы из примерно 15 равных по положению сотрудников. Из каждой группы были отобраны по 3 инструктора, которые провели 15 получасовых занятий в течение 12–18 месяцев. Этим инструкторам было предоставлено три дня обучения до начала занятий и два дня переподготовки через шесть месяцев после их начала. Ближе к завершению занятий инструкторы были отобраны для дальнейшей поддержки программы.
- План медицинского страхования: ExxonMobil приняла меры к тому, чтобы из местных медицинских планов удалили исключения в отношении покрытия и лечения заболеваний, связанных с ВИЧ и СПИДом. В рамках этой меры были определены соответствующие местные центры для тестирования и лечения ВИЧ, о которых было сообщено сотрудникам ExxonMobil.

Оценка была сосредоточена на 7 крупнейших из 21 объекта. Была проведена квазиэкспериментальная оценка без контрольной группы, данные были собраны с помощью опроса 993 сотрудников. Мера была хорошо воспринята, и единственная конструктивная обратная связь была связана с увеличением частоты и расширением аудитории учебных занятий (например, для включения членов семей сотрудников). В ходе оценки были отмечены некоторые значительные улучшения в ряде показателей знаний (методы профилактики ВИЧ, гендерные симптомы инфекций, передаваемых половым путем, способы передачи ВИЧ от матери ребенку), но не по другим (способы передачи ВИЧ, мифы о передаче ВИЧ). Наблюдались значительные улучшения в отношении; в частности, респонденты "в два раза чаще не выражали дискриминационного отношения к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом" (108). После принятия этой меры респонденты чаще обращались за проведением теста на ВИЧ. Участники также были более склонны к рискованному сексуальному поведению (например, несколько партнеров, секс за деньги, непостоянное использование презервативов), но это "увеличение", возможно, было связано с повышенной готовностью обсуждать и сообщать о таком поведении.

.....

Таблица 6.

Рекомендации для общественных сфер

Уровень (целевые группы населения)	Рекомендации
Индивидуальный (работники)	<p>Обучить персонал добиваться возмещения ущерба.</p> <p>Информировать работников о возможностях отстаивать свои права.</p> <p>При необходимости предоставлять информацию о связях с внешними партнерами, такими как национальные горячие линии и поставщики юридических услуг (например, неправительственные организации) в неформальной экономике.</p> <p>Обеспечить обучение по вопросам прав человека и гендерного равенства для всех работников, включая информирование о существующей политике на рабочих местах в отношении ВИЧ и недопущения дискриминации.</p>
Организационный (работодатели)	<p>Основывать политику и практику в связи с ВИЧ на рабочих местах на принципах недискриминации, гендерного равенства, здоровой рабочей среды, социального диалога, отказа от проверки перед трудоустройством, конфиденциальности, продолжения трудовых отношений, профилактики, ухода и поддержки; эти политики и практики должны быть интегрированы в другие существующие политики, такие как политика в области охраны труда и техники безопасности.</p> <p>По возможности, обеспечивать наличие таких политик и практик в цепочках входящих и исходящих поставок</p> <p>Политики и практика могут включать следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Предоставить сотрудникам доступ к услугам в связи с ВИЧ или наладить партнерские отношения с поставщиками услуг в связи с ВИЧ, чтобы помочь снизить стигму, связанную с тестированием и лечением ВИЧ. • Продвигать инициативы по тестированию на ВИЧ и принципа "знай свой статус" на рабочем месте путем тестирования на одно или несколько заболеваний. • Обеспечить доступ к услугам по лечению ВИЧ или связь с ними, чтобы снизить стигму, связанную с тестированием и лечением ВИЧ. • Обеспечить гибкую политику отпусков и отгулов, позволяющую посещать врача, или предлагать планы страхования, отвечающие потребностям живущих с ВИЧ людей и представителей ключевых групп населения. • Убедиться, что обделенное внимание группам населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—не отказывают в надлежащей адаптации, что они свободны от насилия и домогательств на рабочем месте, что приняты меры по обеспечению конфиденциальности данных (включая личные и медицинские данные). • Убедиться в отсутствии дискриминации по реальному или предполагаемому ВИЧ-статусу при приеме на работу, продолжении работы, поиске равных возможностей или расторжении контракта. • Распространять информацию о существующих политиках и положениях в связи с ВИЧ на рабочем месте среди всех сотрудников, чтобы они понимали свои права и способы устранения любых нарушений политики; это включает обучение инструкторов по распространению информации на всех уровнях трудоустройства. • Регулярно пересматривать политику и практику на рабочем месте, чтобы гарантировать, что они защищают от дискриминации обделенные вниманием группы населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин. • Интегрировать обучение по гендерному и сексуальному разнообразию для ответственных лиц (например, врачей, медсестер, юристов, судей, сотрудников правоохранительных органов), чтобы уменьшить дискриминацию в отношении женщин в контексте ВИЧ. • Регулярно оценивать знания, отношение и поведение преподавателей и школьного персонала для определения объемов обучения без отрыва от производства по вопросам ВИЧ и прав человека.
Общественный (работники, семьи, члены общин)	<p>Обеспечить обучение и разъяснительную работу для работников, их семей и членов окружающих общин с помощью точной, актуальной и основанной на фактических данных информации о ВИЧ, сопутствующих заболеваниях и правовой грамотности.</p>
Государственно-политический (правительства, законодательные органы)	<p>Создать систему мониторинга на национальном уровне для выявления стигмы, дискриминации и нарушений прав, с которыми сталкиваются люди, живущие с ВИЧ, и ключевые группы населения, для поддержки и возмещения ущерба.</p> <p>Поддерживать политику, ориентированную на борьбу с дискриминацией и защиту на рабочем месте, привлекая законодателей и других лиц, принимающих решения, повышая их способность понимать и разрабатывать недискриминационные политики.</p>

Сферы образования

В сфере образования на стигму и дискриминацию в связи с ВИЧ влияют самые разные факторы, от школьной политики до отношения учителей и наполнения учебной программы по половому просвещению. Учащиеся и преподаватели, живущие с ВИЧ, могут ожидать или сталкиваться со стигмой и дискриминацией в связи с ВИЧ в школах, включая издевательства и насилие; пренебрежение, избегание и изоляцию; нарушение конфиденциальности; и отказ в приеме студентов или увольнение преподавателей (95, 96, 110–113). Эти проявления стигмы и дискриминации могут иметь серьезные последствия для здоровья и благополучия учащихся и преподавателей, живущих с ВИЧ.

Напряженность из-за страха случайного раскрытия информации, недостаточная социальная и структурная поддержка или борьба со стигмой и дискриминацией в связи с ВИЧ может привести к ухудшению психического здоровья учащихся и преподавателей, живущих с ВИЧ (112, 114, 115). Подростковый возраст - особенно трудное время для того, чтобы испытать стигму и дискриминацию в связи с ВИЧ. Дети в этот переходный период не всегда обладают знаниями и социальными навыками, чтобы противостоять стигме и дискриминации в связи с ВИЧ (110). Кроме того, молодежь и подростки, живущие с ВИЧ, могут бороться с перекрестными и усугубляющими факторами, связанными с их ВИЧ-статусом, такими как социально-экономический статус, пол и сексуальность, а также подверженность насилию в своих домах, общинах или школах (53, 114, 116). Молодежь, пострадавшая от ВИЧ вследствие ассоциации или потери, может столкнуться с соответствующими проблемами и иметь уникальные потребности в поддержке, чтобы справиться с этим. Эти коллективные факторы, способствующие ухудшению психического здоровья, особенно важно устранять, поскольку они могут привести к депрессии и суицидальным мыслям (116).

Учащиеся и преподаватели, живущие с ВИЧ, могут обладать плохим физическим здоровьем, если они не могут надлежащим образом уделить приоритетное внимание состоянию своего здоровья в сфере образования или на рабочих местах. Студенты и преподаватели, живущие с ВИЧ, сталкиваются с проблемами при соблюдении режима лечения, которое может препятствовать подавлению вируса и приводить к физическим симптомам и резистентности к медикаментам. Учащиеся, живущие с ВИЧ, могут избегать приема необходимых лекарств в школе или в присутствии одноклассников (117–119). Соблюдение режима лечения может быть особенно проблематичным для учащихся школы-интерната или университета, поскольку им может не хватать места для хранения и приема лекарств. Учащиеся и учителя, живущие с ВИЧ, могут избегать посещений врача или получения рецептов, чтобы избежать подозрений или наказания за пропуск школы или работы или за то, что их видели в условиях, связанных с ВИЧ (95, 96, 118–120). Для педагогов влияние стигмы на физическое и психическое благополучие в сочетании с социальной изоляцией и отсутствием поддержки может в совокупности препятствовать их способности выполнять свои задачи на оптимальном уровне (115).

Успеваемость учащихся, живущих с ВИЧ, может пострадать в результате стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ и связанного с этим ненадлежащего психического и физического здоровья. (112). Некоторым учащимся, живущим с ВИЧ, приходится сменить или вообще бросить школу из-за стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ, а также из-за интимного или гендерного насилия после преднамеренного или случайного раскрытия информации (117–119). Такой опыт может поставить под угрозу их образование, что, в свою очередь, может поставить под угрозу их будущие средства к существованию и благополучие (112, 117–119).

Благодаря улучшениям в методах тестирования и лечения, все больше детей, рожденных с ВИЧ, доживают до подросткового возраста. Это означает, что как никогда важно, чтобы школы служили благоприятной средой для живущих с ВИЧ учеников (121). Учащимся, живущим с ВИЧ, как и всем ученикам с хроническими заболеваниями, необходима

благоприятная и поддерживающая образовательная среда для успешного развития. Согласно Международному техническому руководству по половому просвещению, школы являются важными средами для поддержки молодых людей, ведущих счастливую и здоровую жизнь, путем поощрения взаимодействия с медицинскими службами и снижения стигмы и дискриминации в обществе (122). К сожалению, во многих школах отсутствует политика, структуры и обученный персонал, необходимые для поддержки учащихся, живущих с ВИЧ, в их обучении и контроле своего здоровья. Программные и политические усилия в секторе образования должны быть сосредоточены на создании благоприятной среды для всех учащихся, включая учащихся, живущих с ВИЧ, девочек и представителей ключевых и уязвимых групп населения, независимо от факта раскрытия их личности или состояния здоровья. При таких усилиях в образовательных учреждениях необходимо помнить о доступности услуг, особенно в отношении возраста сексуального согласия. Например, правительство Южной Африки разработало комплексную политику школьного здравоохранения, которая позволяет предоставлять связанные с ВИЧ услуги, включая доступ к тестированию на ВИЧ и использованию презервативов, для учащихся в возрасте от 12 лет и старше без согласия родителей (123).

Подростковый возраст - это период, когда люди начинают исследовать свою сексуальность (124). Подростки, живущие с ВИЧ, нуждаются в поддержке, чтобы ориентироваться в безопасном сексе по обоюдному согласию, но стигма вокруг обсуждения сексуальности с подростками, живущими с ВИЧ, может препятствовать надлежащему распространению такой информации (118, 119, 124–127). В этой области большие успехи были достигнуты международными учреждениями, такими как специализированное учреждение Организации Объединённых Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО) и Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА), путем улучшения доступа к всестороннему половому просвещению в школах и за их пределами. Однако во многих случаях для полного и эффективного внедрения этой учебной программы требуется дополнительная поддержка, а также положения для живущих с ВИЧ учащихся, которые были бы приоритетными, особенно в сферах с высоким показателем распространения (122, 128).

Педагоги служат образцом для подражания для своих учеников и более широкого сообщества. Таким образом, то, как преподаватели обсуждают вопросы, связанные с ВИЧ, и обращаются с обделенными вниманием группами населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—имеет большое значение (68, 129). Педагоги могут обсуждать ВИЧ и сексуальность с сильным моралистическим подтекстом, осуждающим обделенные вниманием группы населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—и поведение, которое подвергает людей риску заражения ВИЧ (68, 118, 119). Такие обсуждения не обязательно имеют злонамеренный характер—скорее, преподаватели могут не знать о последних культурных особенностях профилактики, ухода и лечения в связи с ВИЧ; могут находиться под влиянием культурных, религиозных или традиционных норм, способствующих такому обмену взглядами; или могут использовать осуждающие выражения из-за сильного желания убедиться, что учащиеся не принимают участия в поведении, которое может привести к заражению ВИЧ-инфекцией. В некоторых случаях учебные программы и политика по сексуальному и репродуктивному здоровью, из которых они извлекают свои уроки, могут иметь стигматизирующий и дискриминационный оттенок и могут игнорировать потребности учащихся, которые идентифицируют себя как гендер или сексуальное меньшинство. Такие взгляды не являются верными, деликатными и не поддерживают студентов, живущих с ВИЧ или относящихся к гендерному или сексуальному меньшинству (68, 118, 119, 129). Важно, чтобы преподаватели и образовательные учреждения учитывали особые потребности обделенных вниманием групп населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—наряду с защитой их прав на конфиденциальность, свободу от стигмы и дискриминации, а также равное обращение (130).

Вставка 4

Раскрытие

Школьники с ВИЧ могут испытывать сложные чувства и переживания, связанные с раскрытием информации. Люди этой возрастной группы часто подвергаются воздействию противоречивых взглядов на раскрытие информации. Члены семьи или медперсонал могут категорически запретить раскрытие информации, чтобы защитить молодого человека или всю семью от реальных или предполагаемых последствий стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ (118). В то же время медперсонал нередко сообщает о ВИЧ-статусе молодого человека школе или другим членам семьи без его согласия.

Медицинские работники могут поощрять ограниченное раскрытие информации для соблюдения режима лечения или предотвращения потенциальной передачи инфекции нынешним или будущим сексуальным партнерам подростка. Молодежь с ВИЧ может чувствовать отсутствие автономии в вопросах раскрытия информации, что может стать источником беспокойства и недовольства. Молодые люди могут захотеть поделиться информацией о своем положительном ВИЧ-статусе с близким человеком, чтобы помочь ему справиться с тем фактом, что они живут с ВИЧ. Такое раскрытие информации может осуществляться с переменным успехом. Раскрытие своего серологического статуса не должно быть критерием успеха каких-либо мероприятий по снижению стигмы и может быть нежелательно для молодежи с ВИЧ в образовательных учреждениях.

Раскрытие информации — это постоянный процесс рассмотрения и принятия решений для всех людей, живущих с ВИЧ. Молодежь с ВИЧ нуждается в поддержке и руководстве при принятии таких решений и в процессе раскрытия информации, особенно когда они начинают вступать в сексуальные отношения (131).

Хотя некоторые педагоги могут закрепить стигму и дискриминацию в связи с ВИЧ в школах, многие из них также являются ключевыми источниками поддержки для учащихся, живущих с ВИЧ. Например, преподаватели могут незаметно напоминать учащимся с ВИЧ, чтобы они приняли лекарство, или освободить их от занятий для посещения клиники, чтобы сохранить конфиденциальность их статуса (119). Оказание такой практической, социальной и эмоциональной поддержки учащимся имеет большое значение и должно поощряться во всех образовательных учреждениях. Важно, чтобы преподаватели получали достаточную подготовку и ресурсы для того, чтобы стать поддержкой учащимся с ВИЧ. Исследование, проведенное в Зимбабве, показало, что педагоги часто чувствуют себя плохо подготовленными и неуверенными в том, как лучше всего поддержать молодежь, живущую с ВИЧ (129).

Примеры мер и рекомендации

В Приложении 3 описаны 13 мер, относящихся к сфере образования и направленные на снижение стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ. Пример одного из исследований этих реализованных мер представлен во Вставке 6. Большинство мер носили информационный характер или были направлены на развитие навыков. Некоторые меры также предусматривали контактирование с группами, затронутыми ВИЧ, и консультационную

поддержку. Снижение стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ произошло в первую очередь за счет улучшения отношения к ВИЧ-инфицированным и повышения уровня знаний о ВИЧ. Другие заметные результаты включали повышение готовности при необходимости поддерживать людей с ВИЧ, заинтересованность в получении дополнительной информации о ВИЧ, улучшение поведения в отношении личного риска и здоровья в связи с ВИЧ (например, прохождение тестирования, использование презервативов) и повышение самооценки, а также намерение сохранять такое поведение.

Хотя об этом не упоминается в Приложении 3, в ряде стран существуют законы и политика на национальном и школьном уровнях, обеспечивающие доступ к образованию учащимся с ВИЧ (132, 133)—но эта политика не всегда соблюдается в должной мере (134). В некоторых случаях администрация школ может столкнуться с давлением со стороны семей других детей, требующих отказа в приеме учащихся с ВИЧ. В иных случаях сотрудники школы могут просто не знать о такой политике. Это подчеркивает, как политика по снижению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ быть безуспешной сама по себе без принятия мер, которые учитывают или воздействуют на целый ряд социально-экологических уровней (64).

Вставка 5

Школьная программа в Замбии для поддержки профилактики ВИЧ и репродуктивного здоровья среди учащихся

В 2012-м году оценивалась модель образовательной программы по вопросам ВИЧ под названием *Restless Development* ("Безудержное развитие") в школах с помощью нерандомизированного квазиэкспериментального исследования, проведенного в 15 школах, где принимались определенные меры, и в 15 контрольных школах по всей Замбии (135). Программа включала две стратегии:

- Создание пар обученных добровольцев-инструкторов в школах на учебный год: волонтеры, как правило, в возрасте 18–25 лет, имеющие образование уровня не ниже средней школы. Они получают ежемесячную стипендию в размере 80–90 долларов США и ежемесячное инструктирование.
- Предлагает комплексную программу развития жизненных навыков и сексуального здоровья через еженедельные 40-минутные занятия в классах: эта программа выходит за рамки классной комнаты, предлагая учащимся доступ к молодежному ресурсному центру с библиотекой и консультационной поддержкой, а также внеклассные мероприятия, координируемые инструкторами-волонтерами; организация общественных образовательных мероприятий по конкретным темам (например, предотвращение ранних браков); и наращивание потенциала учителей посредством периодических семинаров по конкретным темам.

Количественные данные опроса были проанализированы по 2133 учащимся восьмых и девярых классов (1088 учащихся из школ с принятыми мерами, 1045 учащихся из контрольных школ). Программа оказала положительное влияние на знания и поведение учеников. Было отмечено, что учащиеся школ с принятыми мерами лучше осведомлены о ВИЧ и вопросах репродуктивного здоровья, меньше стигматизируют и обладают большей самооценкой в отношении секса (использование презерватива, отказ от нежелательного секса).

Вдумчивое участие молодых людей, продолжительность мер и многоуровневые компоненты способствовали успеху программы. Затраты оказались скромными: около 21 доллара США на одного участника.

Таблица 7.

Рекомендации для сфер образования.

Уровень (целевые группы населения)	Рекомендации
Индивидуальные (учащиеся с ВИЧ)	<p>Реализовывать программы (например, программы взаимного наставничества, группы поддержки, клубы единомышленников) за пределами школы для учащихся с ВИЧ (например, в медицинских учреждениях или общественных центрах), чтобы обеспечить развитие навыков и уверенности, необходимых для управления жизнью с ВИЧ и снижения внутренней стигмы.</p>
Организационные (школу, медицинские учреждения)	<p>Предоставить подросткам доступ к дружественным к молодежи услугам в связи с ВИЧ, обеспечивающим конфиденциальность и среду, свободную от стигмы и дискриминации.</p> <p>Обеспечить всестороннее половое образование во всех школах с начального уровня. Такое образование должно привить учащимся знания, навыки и ценности, необходимые им для устранения связанных с ВИЧ заблуждений, сексуальностью и гендером; продвигать гендерное равенство, недопущение дискриминации, терпимость и права человека; а также уменьшить перекрестные стигмы в отношении ВИЧ, сексуальности и сексуального поведения.</p> <p>Осуществлять обучение без отрыва от производства, чтобы дать возможность преподавателям проводить всестороннее половое просвещение, в том числе обучать преподавателей, чтобы они были уверены в себе и имели возможность общаться с учащимися по вопросам тестирования, лечения, ухода и профилактики ВИЧ; по правам людей, живущих с ВИЧ; и по вопросам, связанным с предотвращением гендерного насилия, стигмы и дискриминации в отношении обделенных вниманием групп населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин.</p> <p>Осуществлять программы по ВИЧ на рабочем месте для преподавателей и персонала, обеспечивающего обучение по вопросам ВИЧ и недискриминационной практики, доступ к услугам и льготам для сотрудников с ВИЧ или затронутых ВИЧ, а также политики по обеспечению конфиденциальности и предотвращению стигмы и дискриминации.</p> <p>Использовать стратегии контактирования в образовательных учреждениях (например, приглашение людей с ВИЧ выступать в школах или на занятиях для преподавателей), чтобы повысить осведомленность о стигме и ее пагубных последствиях, а также снизить негативное отношение к обделенным вниманием группам населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин.</p> <p>Осуществлять и поддерживать политику предотвращения и пресечения любых форм школьного насилия, запугивания и киберзапугивания, в том числе на основании ВИЧ-статуса, пола или гендерно-неконформного поведения.</p> <p>Создать механизмы для оповещения о случаях стигмы/дискриминации и реагирования на них, а также для оказания психологической помощи и поддержки.</p> <p>Регулярно пересматривать политику и практику в сфере образования, чтобы гарантировать, что они защищают от дискриминации обделенные вниманием группы населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин.</p>
Общественный (родители, лидеры сообществ, религиозные и подобные общины)	<p>Реализовывать общественные программы для поддержки учащихся и преподавателей с ВИЧ для снижения внутренней стигмы и способствования управлению ВИЧ, например, сети поддержки и наставничество со стороны сверстников.</p> <p>Вовлекать родителей и более широкое сообщество в снижение стигмы (например, общественные встречи, стратегии контактирования, повышение осведомленности через культуру) для устранения факторов стигмы в сфере образования</p> <p>Внедрять программы по улучшению доступа к образованию для девочек и девушек с ВИЧ или уязвимых к инфицированию ВИЧ.</p>
Государственно-политический (министерства образования, министерства социальной защиты, педагогические колледжи)	<p>Включить повышение осведомленности о правах человека, ВИЧ, гендерной проблематике, снижении стигмы/дискриминации в учебные программы педагогических колледжей.</p> <p>Осуществлять предварительную подготовку учителей для проведения ими всестороннего полового просвещения, в том числе обучать преподавателей, чтобы они были уверены в себе и имели возможность общаться с учащимися по вопросам тестирования, лечения, ухода и профилактики ВИЧ; по правам людей, живущих с ВИЧ; и по вопросам, связанным с предотвращением гендерного насилия, стигмы и дискриминации в отношении обделенных вниманием групп населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин.</p> <p>Разработать и внедрить в рамках всего сектора образования политику абсолютной нетерпимости к стигме и дискриминации в связи с ВИЧ; в условиях низкой распространенности ВИЧ может быть более целесообразным включение в общую политику недискриминации.</p> <p>Пересмотреть национальные руководящие принципы для сектора образования, чтобы способствовать соблюдению режима лечения, поддерживать школьные программы здравоохранения и связи со службами здравоохранения, а также обеспечить доступ молодых людей с ВИЧ к безопасной и конфиденциальной поддержке для соблюдения режима лечения.</p> <p>Адаптировать, принять или ввести в действие законы, которые обеспечат подросткам доступ к тестированию на ВИЧ и сопутствующим услугам без возрастных ограничений.</p> <p>Обеспечить соответствие политики образования и социальной защиты особым потребностям молодых людей, затронутых ВИЧ, включая детей-сирот и других детей, которые сталкиваются с перекрестной стигмой и уязвимостью, и принимать их во внимание; сюда же относится обеспечение льготами на оплату школьного обучения и школьного питания с учетом ВИЧ-статуса.</p> <p>Регулярно пересматривать политику и практику в сфере образования, чтобы гарантировать, что они защищают от дискриминации обделенные вниманием группы населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин.</p>

Сферы здравоохранения

Медицинские учреждения могут быть как источником стигмы и дискриминации, так и ухода и лечения для людей с ВИЧ (12, 30, 136, 137). Примеры включают неоправданные задержки в лечении, дифференцированный уход (например, избегание физического контакта, ненадлежащее лечение болевого синдрома, разделение услуг по профилактике передачи инфекции от матери к ребенку от других услуг по охране здоровья матери и ребенка), условный уход (например, предоставление доступа только к антиретровирусной терапии при условии использования презерватива или противозачаточных средств), пренебрежения (например, отказ в предоставлении пищи, воды или средств гигиены) либо отказ в обслуживании — все это напрямую затрудняет доступ к соответствующей медицинской помощи. Стигма может демонстрироваться медицинскими работниками, использующими осуждающую лексику, тестирование на ВИЧ без согласия пациента, принятие ненужных мер предосторожности (например, надевание двойных перчаток, ношение масок, сжигание простыней) или нарушение конфиденциальности (например, сплетни, раскрытие информации членам семьи без разрешения). Такие проявления стигмы и дискриминации могут препятствовать доступу к медицинскому обслуживанию, отпугивая людей с ВИЧ (или подозреваемых, что они могут иметь ВИЧ) от прохождения необходимого тестирования и лечения (12, 30, 31, 57, 136–141). Недавнее расширение масштабов индексного тестирования на ВИЧ и информирование партнеров, особенно среди девочек-подростков, в условиях высокой распространенности может усилить стигму, дискриминацию и насилие среди уязвимых групп населения, женщин и девочек, препятствовать обращению за медицинской помощью (142).

Связанные с ВИЧ стигма и дискриминация в медицинских учреждениях как нарушение прав человека сами по себе могут негативно сказаться на здоровье, благополучии и качестве жизни людей с ВИЧ, а также ключевых и уязвимых групп населения, препятствуя предпринимаемым усилиям по прекращению передачи ВИЧ (136, 143, 144). Люди, обеспокоенные заражением ВИЧ, могут с меньшей вероятностью искать информацию о ВИЧ или обсуждать безопасные сексуальные практики с поставщиком медицинских услуг из-за опасения стигмы (57, 140). Люди, не уверенные в своем ВИЧ-статусе, ссылаются на недружелюбный медицинский персонал и отсутствие конфиденциальности как на причину, по которой они не обращаются за услугами по тестированию на ВИЧ (145). У людей, которые сталкиваются со стигмой и дискриминацией в медицинских учреждениях, с большей вероятностью будут отмечаться перерывы в уходе или ненадлежащее соблюдение режима лечения, что увеличивает вероятность развития резистентности к медикаментам и затрудняет борьбу с эпидемией (140, 141).

Когда поставщики медицинских услуг и сотрудники медучреждений демонстрируют стигму и дискриминацию в связи с ВИЧ, это часто объясняется предубеждением по отношению к "маргинализированному поведению" (141), страхом передачи ВИЧ, неправильными представлениями о ВИЧ и путях его распространения (30, 57, 141).

С точки зрения доступа к медицинскому обслуживанию и получения качественных медицинских услуг подростки с ВИЧ сталкиваются со многими личными проблемами, связанными со стигмой и дискриминацией в связи с ВИЧ. В некоторых случаях подростки могут избегать тестирования на ВИЧ, поскольку для этого требуется согласие родителей (113). Вопрос конфиденциальности вызывает особую озабоченность среди подростков, обращающихся за помощью и информацией о ВИЧ и сексуальном здоровье, и они могут не обращаться за такой помощью и информацией в медицинские учреждения, если их конфиденциальность не может быть обеспечена (113). В некоторых случаях сотрудники медучреждений и другие взрослые могут предоставлять подросткам с ВИЧ неполную, оценочную или упрощенную информацию о ведении ВИЧ и сексуальном здоровье. Например, исследование, проведенное в Замбии, показало, что сотрудники

медучреждений и члены семей рекомендовали подросткам с ВИЧ не вести половую жизнь, не вступать в брак и не создавать семьи. Такие советы не только нарушают права подростков, живущих с ВИЧ, но также могут нанести вред их психическому и эмоциональному здоровью (118, 119). Эти коллективные опасения усиливаются в отношении подростков и молодежи, которые идентифицируют себя как гендерное или сексуальное меньшинство, из-за перекрестной стигмы и медицинских услуг, которые часто игнорируют конкретные потребности гендерных и сексуальных меньшинств (44, 72).

Примеры мер и рекомендации

В Приложении 4 приводятся 20 успешных мер по снижению уровня стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ в сферах здравоохранения. Одно из этих исследований подробно описано во Вставке 7.

В этих мерах в основном участвовали поставщики медицинских услуг (врачи, медсестры, лаборанты) или сотрудники медучреждений (весь персонал, работающий в медицинском учреждении). Некоторые из принимаемых мер были ориентированы на студентов-медиков, людей с ВИЧ, или лиц, обращающихся за услугами, связанными с ВИЧ. Большинство мер носили информационный характер или были направлены на развитие навыков, в то время как другие включали контакты с группами, затронутыми ВИЧ, и структурные подходы, которые включают мероприятия, направленные на устранение структурных факторов, влияющих на проявления стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ, такие как политика в медицинских учреждениях.

Снижение стигмы и дискриминации проявилось в первую очередь в форме улучшения отношения к людям, живущим или предположительно живущим с ВИЧ, повышения осведомленности о ВИЧ и снижения страха перед заражением. Было также установлено, что некоторые из мер несут дополнительную пользу в плане улучшения личного поведения сотрудников медучреждений в отношении тестирования на ВИЧ и снижения риска (94, 127).

Примечательно, что в Приложении 4 не указаны меры, принимаемые на политическом и институциональном уровне. Отчасти это связано с тем, что последствия таких инициатив сложно тщательно оценить, но их важность была доказана в литературе (146). Можно привести знаменательные примеры принятых мер в политической среде. В Таиланде министерство здравоохранения стремится организовать обучение всего медперсонала, чтобы снизить стигму и дискриминацию в связи с ВИЧ. Пилотное исследование этой программы показало положительные результаты в участвовавшей больнице и у 30 сотрудников медучреждения. Такие результаты побудили расширить эту программу на больницы в четырех провинциях Таиланда (147, 148).

Вставка 6

Обучение студентов-медсестер в Китае, особом административном районе Гонконге

В ходе исследования, проведенного в 2008 году, оценивалось, будет ли программа обмена знаниями более эффективна, чем программа, основанная на знаниях, в снижении стигмы в связи с ВИЧ среди студентов-медсестер (149). Программы были дифференцированы следующим образом:

- Программа, основанная на знаниях: 50-минутная информационная лекция с последующими вопросами и ответами о передаче, прогрессировании и профилактике ВИЧ. Эту лекцию прочитала медсестра на пенсии, имеющая опыт распространения информации о ВИЧ в общинах.
- Программа обмена знаниями: прочитана та же 50-минутная информационная лекция, что и выше, за которой сразу последовала 50-минутная контактное занятие с вопросами и ответами. Контактное занятие проводилось с двумя

мужчинами с ВИЧ (один идентифицировал себя как гетеросексуал, а другой идентифицировал себя как мужчина, имеющий секс с мужчинами) и модератором-женщиной. Эти трое были обучены проведению мероприятий по снижению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ. В ходе контактного занятия сессии мужчины с ВИЧ подчеркнули: (а) свои прошлые положительные и отрицательные взаимодействия с медсестрами, чтобы показать сильное влияние отношения и поведения медсестер на благополучие людей с ВИЧ; (б) физические изменения и психологические трудности, с которыми им пришлось столкнуться, прежде чем они смогли жить с ВИЧ, чтобы вызвать сочувствие у студентов-медсестер; и (с) их надежды и желания расширить взгляды студентов-медсестер на людей с ВИЧ (149). Всего в исследовании приняли участие 89 студентов-медсестер из 2 университетов (39 в программе, основанной на знаниях, 50 - в программе обмена знаниями). В обеих программах отмечалось значительное повышение уровня знаний о ВИЧ, стигматизирующем отношении, страхе перед инфекцией, готовности лечить и эмоциональном благополучии. По сравнению с программой, основанной на знаниях, программа обмена знаниями в краткосрочной перспективе дает значительно больше преимуществ в улучшении стигматизирующего отношения. Это исследование дает представление о компонентах эффективной программы обучения, направленной на снижение стигмы в связи с ВИЧ среди студентов-медсестер. Была продемонстрирована польза от упрощения контактирования с людьми с ВИЧ и от получения знаний о ВИЧ.

Таблица 8.

Рекомендации для сфер здравоохранения

Уровень (целевая группа населения)	Рекомендации
Индивидуальный (люди с ВИЧ и ключевые группы населения)	<p>Внедрить параюрисстов в медицинские учреждения для предоставления рекомендаций и повышения осведомленности на местах для обделенных вниманием групп населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—об их правах и стандартах качества при доступе к медицинским услугам и помощи, свободной от дискриминации.</p> <p>По мере необходимости параюриссты могут оказывать клиентам поддержку в оформлении компенсаций.</p>
Организационный (руководители в сфере здравоохранения, персонал медучреждений, обделенные вниманием группы населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин)	<p>Организация предварительной подготовки и обучения без отрыва от производства по вопросам ВИЧ, прав человека, ключевых групп населения, снижения стигмы, недискриминации, гендерной чувствительности и медицинской этики для всего персонала медицинских учреждений.</p> <p>Привлекать руководителей и выявлять лидеров в секторе здравоохранения или медицинских учреждениях для обеспечения устойчивости и последующих действий.</p> <p>Привлекать обделенные вниманием группы населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—к разработке, внедрению и оценке услуг для обеспечения приемлемости, доступности и качества тренингов без отрыва от производства и соблюдения принципов медицинской этики.</p> <p>Обеспечить наличие универсальных средств защиты и средств постконтактной профилактики для снижения опасений медицинских работников по поводу профессионального риска заражения ВИЧ, что, в свою очередь, снизит уровень избегания людей, живущих с ВИЧ.</p> <p>Разрабатывать и поддерживать недискриминационную политику для поддержки и защиты прав обделенных вниманием групп населения,—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—работающих в сферах здравоохранения.</p> <p>Регулярно пересматривать политику и практику в сфере здравоохранения, чтобы гарантировать, что они защищают от дискриминации обделенные вниманием группы населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин.</p> <p>Создать систему мониторинга на уровне учреждения для выявления стигмы, дискриминации и нарушений прав, с которыми сталкиваются люди с ВИЧ и ключевые группы населения, для поддержки и возмещения ущерба; может включать анонимные отзывы об опыте клиентов медучреждения или официальную систему для сообщения о нарушениях прав и их устранения.</p> <p>Регулярно оценивать знания и отношение медработников к людям с ВИЧ и другим ключевым группам населения, чтобы помочь руководителям медицинских учреждений выявлять и решать любые проблемы.</p> <p>Интегрировать медицинские услуги в надлежащим образом функционирующую систему направления к специалистам, включая уход за пережившими изнасилование и постконтактную профилактику</p>
Государственно-политический (министерства образования и здравоохранения, медицинские училища и школы медсестер)	<p>Включить повышение осведомленности о правах человека, ВИЧ, гендерной проблематике, снижении стигмы/дискриминации в учебные программы медицинских образовательных учреждений (напр., медицинских училищ и школ медсестер).</p> <p>Регулярно пересматривать политику и практику в сфере здравоохранения, чтобы гарантировать, что они защищают от дискриминации обделенные вниманием группы населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин.</p>

Правовые сферы

Люди, живущие с ВИЧ, часто сталкиваются с рядом проблем при доступе к правосудию из-за стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ. В частности, стигма и дискриминация могут проявляться в виде дискриминационных законов, политики и практики в отношении ВИЧ (ограничения и запреты на поездки, судебное преследование за нераскрытие ВИЧ-статуса и потенциальную или предполагаемую передачу инфекции), притеснения и жестокого обращения со стороны сотрудников правоохранительных органов, неправомерные аресты и тюремное заключение людей с ВИЧ и представителей ключевых групп населения (17, 19–21, 48, 150). Такая дискриминационная правовая практика не только пагубна, но и является нарушением прав человека, молчаливым подтверждением стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ в других сферах, а также контрпродуктивна для усилий по сокращению числа случаев инфицирования ВИЧ (151). Продвижение таких законов и практик увеличивает уязвимость человека к ВИЧ, затрудняя доступ к услугам, связанным с ВИЧ, и препятствуя пользованию ими (17, 19–21).

Законы о криминализации ВИЧ могут повлиять на обращение за услугами в связи с ВИЧ, поскольку знание ВИЧ-статуса человека может быть использовано против него в юридическом плане (19). В некоторых случаях сотрудники полиции дежурят вблизи мест осуществления программ обмена игл и шприцев и арестовывают потребителей инъекционных наркотиков, когда те приходят для обмена; эта контрпродуктивная деятельность не позволяет потребителям инъекционных наркотиков пользоваться услугами по снижению вреда (22). И наоборот, когда людям, употребляющим наркотики, гарантирован законный доступ к программам обмена игл и шприцев, они с большей вероятностью воспользуются такими услугами (23).

Криминализация не позволяет ключевым группам населения добиваться справедливости, когда их преследуют, причиняют физический вред или дискриминируют иными способами. Например, секс-работники часто не сообщают о жестоком обращении со стороны клиентов, чтобы избежать дальнейшего жестокого обращения или злоупотреблений со стороны полиции из-за стигматизированной профессии (152). Неправомерные аресты людей с ВИЧ могут иметь прямые последствия для здоровья носителей ВИЧ и более широкого сообщества из-за прерывания курса лечения. Когда человека с ВИЧ арестовывают, ему могут отказать в приеме лекарств, что приведет к резистентности к медикаментам и подрвет успех его лечения (19).

Новые данные свидетельствуют о том, что декриминализация занятий и поведения, повышающих риск заражения ВИЧ, к которым относится секс-индустрия, гомосексуальное поведение и употребление наркотиков, имеет решающее значение для остановки эпидемии ВИЧ. Например, недавние попытки моделирования показывают, что декриминализация секс-бизнеса предотвратит 33–46% случаев заражения ВИЧ среди секс-работниц в следующем десятилетии во всех сферах (153). Точно так же декриминализация и сокращение тюремного заключения может предотвратить новые случаи заражения ВИЧ среди потребителей наркотиков. Данные моделирования из Мексики показывают, что реализация законодательной реформы сократит количество заключенных среди потребителей инъекционных наркотиков на 80% по сравнению с 2018 годом, предотвратив 9% новых случаев заражения ВИЧ в период с 2018 по 2030 год, причем 21% можно будет предотвратить, если потребители инъекционных наркотиков будут направлены на лечение агонистами опиоидов ⁴ вместо заключения в тюрьму (154). Декриминализация гомосексуального поведения также может положительно повлиять

⁴ Терапия опиоидными агонистами — эффективное лечение зависимости от опиоидных препаратов. Терапия включает прием опиоидных агонистов (метадон или бупренорфин) для предотвращения абстиненции и уменьшения тяги к опиоидным препаратам. Люди с опиоидной зависимостью могут использовать терапию опиоидными агонистами, чтобы стабилизировать свою жизнь и уменьшить вред, связанный с употреблением наркотиков.

на заболеваемость ВИЧ. Систематический обзор и метаанализ объединенных данных о тестировании на ВИЧ и участии в лечении ВИЧ африканских мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, показал, что уровни тестирования когда-либо за последние 12 месяцев и осведомленность о ВИЧ-статусе были значительно ниже в странах с наиболее суровым законодательством в отношении ЛГБТ по сравнению со странами с менее строгими законами (155).

Ограничение или запрет на поездки для людей с ВИЧ являются еще одной проблемой в сфере правосудия. В 2019 году около 48 стран и территорий по-прежнему в той или иной форме ограничивают поездки в связи с ВИЧ. ЮНЭЙДС выступает против обязательного тестирования на ВИЧ и ограничений передвижения на основании положительного ВИЧ-статуса. Нет никаких доказательств того, что ограничения на поездки в связи с ВИЧ защищают здоровье населения; скорее, они могут препятствовать усилиям по защите общественного здоровья, создавая препятствия для доступа к услугам для людей с ВИЧ и с повышенным риском заражения ВИЧ. Ограничения на поездки, основанные на ВИЧ-статусе, разжигают стигму и создают ложное представление общественности о том, что ВИЧ — это «иностранная» проблема, что снижает эффективность общественного здравоохранения в профилактике ВИЧ (150).

Растет признание того, что эффективные национальные меры в ответ на ВИЧ должны предусматривать принятие недискриминационных законов. В поддержку таких законов принят ряд международных обязательств. С 1979 года государства-члены Организации Объединенных Наций согласились поддерживать Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин. С 2001 года страны взяли на себя обязательство отменить дискриминационные законы, касающиеся ВИЧ, и облегчить доступ к правосудию для людей с ВИЧ и для представителей ключевых групп населения (18–20, 120, 156); ЦУР 5, 10 и 16 предусматривают принятие недискриминационных законов. Кроме того, ситуация с правами человека во всех 193 государствах-членах Организации Объединенных Наций пересматривается каждые 5 лет в рамках универсального периодического обзора с целью улучшения положения в области прав человека на местах.

Для обеспечения обделенных вниманием групп населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—доступом к правосудию в случае несоблюдения их прав (157, 158), общественность должна знать об их правах и при необходимости иметь возможность воспользоваться механизмами возмещения ущерба. Такие механизмы могут служить дополнительным инструментом для подотчетности и обеспечения соблюдения антидискриминационных законов и политик в отношении ВИЧ (159). Во многих странах для этой цели существуют инициативы и соответствующие агентства (157, 158). На Ямайке национальная система сообщений о дискриминации и возмещения ущерба в связи с ВИЧ "собирает случаи связанной с ВИЧ дискриминации и направляет их партнеру по компенсации ущерба для расследования, посредничества или возмещения ущерба людям, подвергшимся дискриминации" (158). Такие механизмы должны быть доступны независимо от препятствий, таких как социально-экономический статус (157–160). Однако тот лишь факт, что системы отчетности существуют, не означает, что обделенные вниманием группы населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—воспользуются ими, особенно в условиях высокого уровня стигмы и дискриминации.

Имеются также примеры доступа к правосудию через неформальные структуры. Например, в Кении Совет старейшин Луо смягчил последствия 500 случаев, восстановив законное право наследования вдовам и их детям в контексте ВИЧ (161).

Должностные лица (например, политики, законодатели, полицейские, юристы) могут быть позитивными проводниками для изменений в отношении стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ, а также для доступа к правосудию. Однако в странах с дискриминационной правовой средой должностные лица на разных уровнях влияния могут нуждаться

в информировании и повышении осведомленности (в отношении ВИЧ, стигмы и дискриминации, прав человека, а также действующих законов и политики в отношении этих вопросов), чтобы согласованно и эффективно поддерживать национальные меры в ответ на ВИЧ (17–21). Имеются примеры, когда судьи не знают о ВИЧ и относятся к людям с ВИЧ стигматизирующим образом (например, заставляют их носить маски или держат их на расстоянии в зале суда). (19).

Хотя в 123 странах приняты законы, запрещающие дискриминацию по признаку ВИЧ, они часто не соблюдаются, что сводит на нет их влияние и подрывает усилия системы общественного здравоохранения в отношении ВИЧ (20, 21).

Необходимо задействовать должностных лиц на нескольких уровнях, чтобы обеспечить полное соблюдение недискриминационных законов и практик (17, 19, 21, 162). Исследование, проведенное в Кыргызстане, показало, что, хотя старшие офицеры полиции были осведомлены о таких законах и практиках, младшие полицейские, которые, как правило, активно работают в полевых условиях, не имели достаточных знаний. Данный пример подчеркивает важность прямого взаимодействия и предостерегает о том, что не всегда можно полагаться на передачу информации и знаний сверху вниз (162).

Обделенные внимание группы населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—могут не полностью осознавать свои законные права и обязанности или быть уверенными в них по ряду причин. Людям, живущим с ВИЧ, были бы полезны услуги по повышению их юридической грамотности и расширению их прав и возможностей, а также предоставлению правовой поддержки для компенсации ущерба в случае нарушения их прав (19, 163).

Особого внимания в этом плане могут потребовать беженцы, перемещенные лица и мигранты, живущие с ВИЧ. Помимо того, что они подпадают под действие ограничительных законов и политик, касающихся въезда, пребывания и проживания, эти изгнанные люди могут столкнуться с дополнительными препятствиями (например, языковыми, финансовыми) при доступе к механизмам возмещения ущерба (98).

Примеры мер и рекомендации

В Приложении 5 представлены исследования, в которых оцениваются меры по улучшению доступа к правосудию путем снижения стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ. Вставка 9 предлагает тематическое исследование одного из этих исследований.

Большинство включенных мер было ориентировано на законодателей, сотрудников правоохранительных органов или представителей ключевых групп населения. Медицинские работники, люди с ВИЧ, журналисты и население в целом также были включены в исследуемые группы в рамках некоторых исследований. Подходы к реализации мер были прежде всего ориентированы на развитие навыков и структурирование. Другие подходы основывались на информировании, консультационной поддержке, способствовали контакту с людьми, живущими с ВИЧ, или представителями ключевых групп населения. Большинство этих мер служило улучшению отношений к ключевым группам населения и усилий по снижению вреда от ВИЧ, а также уменьшению дискриминационной практики со стороны сотрудников правоохранительных органов. Среди прочих заметных результатов — расширение прав и возможностей людей с ВИЧ и представителей ключевых групп населения, а также улучшение знаний и возможностей других ключевых заинтересованных сторон по поддержке людей, живущих с ВИЧ.

Важно регулярно пересматривать не только политику и практику в отношении обделенных вниманием групп населения,—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—но также законы и политики, которые могут противоречить этим усилиям или иным образом препятствовать им (19, 21). Кроме того, рекомендуется привлекать несколько заинтересованных сторон

(например, законодателей, сотрудников правоохранительных органов, обделенный вниманием группы населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин) к обсуждениям и совместным усилиям по пересмотру существующих пагубных законов и обеспечению соблюдения недискриминационных законов и политики. Эти различные заинтересованные стороны могут обеспечить ценные перспективы для повышения максимальной эффективности правовой реформы и других мер по улучшению правовой среды (17, 19).

Вставка 7

Программы улучшения доступа к правосудию в Кении

В исследовании 2013 года проведена оценка трех программ правовой интеграции в Кении (164):

- Центр правовой помощи в городе Эльдорет предоставляет юридическую помощь и услуги людям с ограниченным доступом к правосудию, например людям с ВИЧ.
- Коалиция по борьбе с насилием в отношении женщин предлагает услуги, включая прямые выплаты и юридическую помощь, а также обучение по правам человека, гендерному насилию и другим смежным темам для клиентов и поставщиков услуг.
- Христианская ассоциация здравоохранения Кении предлагает услуги, связанные с ВИЧ, юридические услуги и информирование о правах.

Эти программы действуют в различных медицинских учреждениях и центрах. Христианская ассоциация здравоохранения Кении действует в 435 локациях.

В ходе исследования оценивались программы с использованием данных опроса, собранных у сотрудников программы, существующих записей и данных программы, полуструктурированных интервью и дискуссий в фокус-группах с клиентами и поставщиками услуг. Было отмечено, что программы направлены на повышение осведомленности и самооценки клиентов в отношении их прав и доступа к юридической помощи, медицинскому обслуживанию и правосудию. Установлено, что все три программы повышают осведомленность поставщиков услуг о дискриминационной практике и нарушениях прав человека, а также их способность информировать, обслуживать и направлять клиентов. Важно отметить, что существование таких центров юридической помощи позволило людям с ВИЧ и представителям ключевых групп населения получить доступ к правосудию, которое ранее могло быть не так доступно при использовании только стандартной юридической поддержки.

Некоторые внешние факторы ограничивали эффективность этих программ, включая (а) реальную и предполагаемую коррупцию со стороны сотрудников правоохранительных органов и органов юстиции, а также ответные меры со стороны правовых противников, и (б) логистические проблемы, связанные с текучестью кадров и связями с медицинскими учреждениями. Несмотря на это, программы все же были оценены как имеющие значительный потенциал. Это исследование демонстрирует, что интеграция юридических

и медицинских услуг может предложить больший доступ как к здравоохранению, так и к правосудию для обделенных вниманием групп населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин.

Таблица 9.
Рекомендации для правовых сфер

Уровень (целевая группа населения)	Рекомендации
<p>Индивидуальный (обделенные вниманием группы населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин)</p>	<p>Расширять права и возможности обделенных вниманием групп населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—с точки зрения правовой грамотности и доступа к услугам правовой защиты.</p>
<p>Общественный (широкие массы, обделенные вниманием группы населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин)</p>	<p>Расширить параюридическую систему на все тюрьмы страны, обучая заключенных по вопросам ВИЧ и правам человека, чтоб они могли впоследствии работать в качестве параюристов; после обучения они смогут оказывать поддержку таким же людям, в том числе направлять их на тестирование на ВИЧ и другие медицинские услуги.</p> <p>Расширить предоставление юридических консультаций и помощи, повышать осведомленность и проводить кампании "Знай свои права" в каждом районе среди ключевых групп населения, девочек-подростков и молодых женщин, а также в медицинских учреждениях.</p> <p>Усилия должны включать предоставление правовой информации и направлений; юридические консультации и представительство; альтернативные и общественные формы разрешения споров; привлечение религиозных или традиционных лидеров и традиционных правовых систем (например, деревенских судов) с целью разрешения споров и изменения пагубных традиционных норм; и стратегический судебный процесс.</p> <p>Осуществлять программы правового ликбеза, такие как кампании по повышению осведомленности, предоставляющие информацию о правах и законах, связанных с ВИЧ, через средства массовой информации (например, телевидение, радио, печать, Интернет), мобилизацию сообщества и образование, работу с коллегами и горячие телефонные линии.</p> <p>Обучение и укрепление потенциала общественных организаций, работающих с людьми с ВИЧ, секс-работниками, мужчинами, практикующими секс с мужчинами, потребителями инъекционных наркотиков и трансгендерами, чтобы они продолжали привлекать их к программам оказания услуг в связи с ВИЧ.</p> <p>Проводить регулярные оценки доступа к правосудию для людей с ВИЧ или уязвимых к ВИЧ в рамках определения Индекса стигматизации людей с ВИЧ и других исследований, специально предназначенных для секс-работников, мужчин, практикующих секс с мужчинами, и потребителей инъекционных наркотиков.</p> <p>Обеспечить возможность местным сетям обделенных вниманием групп населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—отслеживать влияние проблемных законов (гражданский и уголовный кодексы), которые препятствуют оказанию услуг в связи с ВИЧ, а также любые изменения в политике и законах, и при необходимости выступать за их изменения.</p> <p>Финансировать группы по защите интересов для поддержки процесса правовой реформы, защиты и мониторинга реализации поддерживающих политик и законов, а также отстаивать изменения, такие как увеличение государственного финансирования для повышения качества консультирования, доступности услуг в связи с ВИЧ и ТБ со стороны хорошо подготовленных специалистов в области здравоохранения в тюрьмах.</p>

<p>Организационный (руководители полиции и тюремная администрация, представители судебной власти, обделенные вниманием группы населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин)</p>	<p>Обеспечить обучение без отрыва от работы для представителей полиции, судебных органов и тюремной администрации по вопросам политики в отношении ВИЧ, гендерного насилия и ключевых групп населения, а также ответственной и поддерживающей деятельности полиции в контексте ВИЧ.</p> <p>Обучение должно охватывать новейшие научные знания о ВИЧ; важность охвата групп риска; важность надлежащего решения проблемы любого насилия, включая насилие в семье и сексуальное насилие, в том числе в контексте ВИЧ и для представителей ключевых групп населения; и негативные последствия незаконной деятельности полиции для правосудия и борьбы с ВИЧ.</p> <p>Расширить обучение тюремного персонала, включив в курс обучения информацию о профилактике ВИЧ и медицинских потребностях, а также о правах человека людей с ВИЧ или подверженных риску заражения.</p> <p>Регулярно оценивать знания, отношение и поведение сотрудников полиции и исправительных учреждений, представителей судебных органов, чтобы определять объемы обучения без отрыва от работы.</p> <p>Содействовать тому, чтобы обделенные вниманием группы населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—взаимодействовали с правоохранительными органами (например, посредством тренингов и информационных встреч) для предотвращения пагубных методов работы полиции, таких как аресты секс-работников и инструкторов-сверстников за ношение презервативов и заключение в тюрьму потребителей инъекционных наркотиков по уголовным обвинениям вместо направления их к участию в программах снижения вреда.</p> <p>Расширить юридическую поддержку, чтобы все общественные организации, работающие с девушками-подростками и молодыми женщинами, ключевыми группами населения и людьми с ВИЧ, имели доступ к недорогой или бесплатной юридической помощи для рассмотрения дел, правовой защиты и стратегических судебных разбирательств, когда это необходимо.</p> <p>Реализовывать программы по предотвращению насилия в отношении женщин и ключевых групп населения, а также по борьбе со стигмой и дискриминацией, в партнерстве с организациями, возглавляемыми женщинами и представителями ключевых групп населения; все случаи насилия в отношении женщин и представителей ключевых групп населения должны отслеживаться, а также необходимо создать механизмы компенсации ущерба для обеспечения правосудия.</p>
<p>Государственно-политический (министерства, парламентарии)</p>	<p>Законы и политика должны основываться на стандартах прав человека, чтобы искоренить стигму, дискриминацию и насилие в отношении обделенных вниманием групп населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин.</p> <p>Отменить законы, криминализирующие употребление или хранение наркотических средств в личных целях, все аспекты секс-бизнеса, сексуальную ориентацию, гендерную идентичность, а также подвержение заражению ВИЧ, неразглашение ВИЧ-статуса и передачу инфекции.</p> <p>Усилить правовую и политическую среду для обеспечения законной защиты женщин и девочек от гендерного неравенства и насилия — например, реформировать семейное законодательство и законы о домашнем насилии, а также правоохранительные органы, если они не обеспечивают защиту женщин или создают препятствия для оказания услуг в связи с ВИЧ; и реформировать законы о собственности, наследовании и опеке, чтобы обеспечить равные права для женщин, детей и лиц, осуществляющих уход за больными ВИЧ.</p> <p>Включить повышение осведомленности о правах человека, ВИЧ, гендерной проблематике, снижении стигмы/дискриминации в учебные программы полицейских академий и юридических ВУЗов.</p> <p>Регулярно информировать и повышать осведомленность должностных лиц о юридических и связанных со здоровьем и правами человека аспектах ВИЧ, о соответствующих национальных законах и о последствиях для правоприменения, расследований и судебных разбирательств.</p> <p>Регулярно пересматривать существующие законы, постановления и политики, касающиеся ВИЧ, и сопоставлять их с глобальными обязательствами.</p> <p>Принять меры к законам и политикам, которые являются дискриминационными по отношению к обделенным вниманием группам населения,—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—как часть национальных мер в ответ на проблему ВИЧ; в частности:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценивать уровень доступа к правосудию для людей с ВИЧ или уязвимых к нему, а также выступать за реформу законодательства и лоббировать ее. • Вовлекать парламентариев и министров и руководителей юстиции, внутренних дел, исправительных учреждений, финансов, промышленности, труда, органов по делам женщин, образования, иммиграции, жилья, обороны, здравоохранения и торговли, а также религиозных и традиционных лидеров. • Содействовать принятию и применению законов, постановлений и руководящих принципов, запрещающих дискриминацию; способствовать доступу к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ; отстаивать права обделенных вниманием групп населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек (например, путем обеспечения к безопасного проживания для заключенных).

Сферы чрезвычайных ситуаций

По оценкам Управления Верховного комиссара ООН по делам беженцев, в 2016 году от чрезвычайных ситуаций пострадали 479 миллионов человек, по сравнению с 314 миллионами человек в 2013 году (165). За этот период число людей с ВИЧ, пострадавших от гуманитарных чрезвычайных ситуаций, увеличилось с 1,71 миллиона до 2,57 миллиона, а соотношение людей с ВИЧ, пострадавших от гуманитарной чрезвычайной ситуации, увеличилось с 1 к 20 до 1 к 14 (165). Масштабы и частота чрезвычайных происшествий увеличиваются: 2017 год стал рекордным годом в плане сложных кризисов, нехватки продовольствия, событий, связанных с изменением климата, эскалации конфликтов, и стал причиной самого масштабного гуманитарного вызова из когда-либо имевших место (166, 167). Конфликты и кризисы могут значительно усложнить эпидемию ВИЧ из-за волнений и проблем, которые представляют собой эти события. В связи с учащением случаев возникновения и влияния таких событий необходимо учитывать чрезвычайные и гуманитарные условия в усилиях по достижению глобальной цели по искоренению СПИДа, как угрозы общественному здоровью, и достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения к 2030 году (168, 169).

Чрезвычайные и гуманитарные обстоятельства могут повысить уязвимость к заражению ВИЧ. Средства профилактики, такие как презервативы, могут стать недоступными; решение этого вопроса весьма уместно, поскольку затронутые кризисом группы населения могут прибегнуть к неблагоприятным механизмам выживания, таким как обращение к коммерческому сексу или к работе в секс-индустрии, чтобы выжить. В некоторых случаях женщины и дети могут столкнуться с проблемами от повышенной уязвимости до сексуального насилия. Например, разгоревшийся конфликт может потребовать от людей преодолевать большие расстояния пешком, чтобы принести воду, дрова или получить доступ к жизненно важным запасам, а такие продолжительные походы могут увеличить риск сексуального насилия (170, 171). Гендерное насилие в кризисных ситуациях по-прежнему вызывает тревогу во многих контекстах, причем гендерному насилию в таких ситуациях подвергаются 7 из 10 женщин (172). Молодые мужчины и мальчики также могут подвергаться таким формам насилия, но их потребности часто недооцениваются и игнорируются (173).

Здоровье людей с ВИЧ может быть поставлено под угрозу в чрезвычайных и гуманитарных ситуациях. Конфликты и кризисы часто вызывают перебои в профилактике, уходе и лечении в связи с ВИЧ, в частности нарушая работу систем здравоохранения и цепочек поставок медицинских товаров. Кроме того, из-за нехватки продовольствия, отсутствия надлежащих жилищных условий и чистой воды, общего сбоя в предоставлении социальных услуг во время чрезвычайных ситуаций труднее соблюдать режим лечения (168, 174). Законы о криминализации ВИЧ или ограничения на поездки могут затруднить доступ к услугам по уходу и лечению в связи с ВИЧ, поскольку беженцы с ВИЧ могут опасаться высылки из страны пребывания или судебного преследования, если они раскроют свой ВИЧ-статус.

Продолжающийся политический, экономический, социальный и гуманитарный кризис в Боливарианской Республике Венесуэла демонстрирует эти проблемы. В 2017 году 77% из 77 000 человек, живущих с ВИЧ в стране, не имели доступа к лечению от ВИЧ. Ситуация вынудила многих людей, как с ВИЧ, так и без него, покинуть страну, чтобы получить доступ к продовольствию, медицинской помощи и другим предметам первой необходимости и правам, что подвергло беженцев риску заражения ВИЧ или прерывания лечения (175).

Связанные с ВИЧ стигма и дискриминация значительно усугубляют проблемы, с которыми сталкиваются люди с ВИЧ, когда они ищут безопасности и стабильности в чрезвычайных и гуманитарных условиях. Например, если человеку с ВИЧ не хватает социальной

поддержки из-за стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ, ему намного сложнее ориентироваться в доступе к источникам пропитания или к решению жилищных проблем (176, 177). Есть много сообщений о том, что люди с ВИЧ подвергаются остракизму в официальных и неформальных поселениях беженцев.

В ряде гуманитарных ситуаций наблюдается устойчиво высокий уровень или рост заболеваемости ВИЧ среди ключевых групп населения, находящихся в неблагоприятном положении из-за структурного неравенства, включая стигму и дискриминацию. Представители маргинальных групп населения, в том числе люди с ВИЧ, нередко сталкиваются с усилением стигмы и дискриминации в условиях чрезвычайных и гуманитарных ситуаций в результате углубления структурного неравенства, которое может возникать в результате конфликтов и кризисов (176). Маргинализированные группы населения, которые часто игнорируются в периоды стабильности из-за стигматизации и дискриминации, как правило, также не имеют соответствующей поддержки и ресурсов во время конфликтов и кризисов (176–178). Например, во время вспышки вируса Эбола в Сьерра-Леоне в 2014–2016 годах сократилось количество тренингов и услуг по снижению стигмы в связи с ВИЧ, что отрицательно сказалось на людях с ВИЧ в регионе (179).

Беженцы, мигранты и перемещенные лица сталкиваются с серьезными проблемами, связанными со стигмой и дискриминацией в связи с ВИЧ, когда они переезжают в новую принимающую страну или в район внутри собственной страны. Эти группы населения могут испытывать ксенофобию, поскольку страх принимающих сообществ перед неизвестным может усугубляться во время кризиса с подозрениями, что посторонние могут использовать и без того ограниченные ресурсы или иным образом причинить вред. Принимающее сообщество часто ошибочно считает беженцев, мигрантов и перемещенных лиц переносчиками ВИЧ; в результате они могут подвергаться стигме и дискриминации, несмотря на доказательства обратного из многочисленных исследований (168, 177, 178). Такие неправильные представления имеют значительное воздействие в основном из-за плохого обращения с беженцами и мигрантами. По-прежнему существует более 40 стран, где ВИЧ-статус человека может повлиять на его способность искать убежища или мигрировать туда (48).

Существующая стигма и дискриминация в отношении людей с ВИЧ и ключевых групп населения могут помешать усилиям по оказанию поддержки в чрезвычайных и гуманитарных ситуациях людям с ВИЧ и представителям ключевых групп населения. Это может быть особенно актуально в странах, где передача ВИЧ или однополые отношения криминализированы. Группы помощи могут быть не в состоянии безопасно предлагать услуги для поддержки людей с ВИЧ, а в некоторых случаях и сами могут стать источником вреда (181–183). В условиях несоблюдения прав людей с ВИЧ, последние могут столкнуться с арестом или другими действиями местных властей и широкой общественности, если они будут идентифицированы как носители ВИЧ. Безопасность оказывающих поддержку сотрудников и должностных лиц также является важным фактором: были случаи, когда люди, предоставляющие помощь людям с ВИЧ, сталкивались с карательными мерами. Такие обстоятельства подчеркивают важность работы по защите прав и достоинства людей, живущих с ВИЧ. Тем временем могут потребоваться нововведения со стороны сотрудников и должностных лиц на местах — например, поставки антиретровирусных лекарств на месяцы вперед за один раз или без непосредственной маркировки грузов, как предназначенных для лечения ВИЧ.

Среди огромного числа потребностей общественного здравоохранения в чрезвычайных и гуманитарных ситуациях услугам и мерам, связанным с ВИЧ, часто не отдается приоритета. Как правило, существуют более очевидные приоритеты, определяющие финансирование, ресурсы и усилия (176–178). Однако предоставление услуг в связи с ВИЧ и снижение стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ в условиях чрезвычайных и гуманитарных ситуаций имеет решающее значение для сдерживания эпидемии ВИЧ.

Ресурсы и помощь людям с ВИЧ в чрезвычайных и гуманитарных ситуациях должны предоставляться безопасным и конфиденциальным образом, чтобы стигма и дискриминация не усиливались из-за нежелательного раскрытия информации (176). Беженцы, мигранты и перемещенные лица могут сталкиваться с перекрестными

стигмами в зависимости от их правового статуса, этнической принадлежности, расы, экономического положения или состояния здоровья, что может потребовать особого внимания со стороны гуманитарных агентств и правительств, контролирующих предоставление услуг во время гуманитарных и чрезвычайных ситуаций, для защиты их прав на здоровье и получение других важных услуг. Постоянная активность и настойчивость часто необходимы в чрезвычайных и гуманитарных ситуациях, чтобы гарантировать, что такие инициативы успешно достигают своих целей, как это было отмечено в Боливарианской Республике Венесуэла (175).

Примеры мер и рекомендации

Фактические данные о мерах по снижению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ в условиях чрезвычайных и гуманитарных ситуаций очень ограничены, и отсутствуют опубликованные оценки таких программ. Это подчеркивает текущий пробел в организации программ и необходимость пополнения доказательной базы в этой сфере. Как глобальное сообщество, мы не сможем достичь целей 90–90–90 или цели всеобщего охвата услугами здравоохранения, если не сможем решить проблему ВИЧ в чрезвычайных ситуациях. Важно активизировать усилия по внедрению научных исследований для наполнения доказательной базы и программ по снижению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ в условиях чрезвычайных и гуманитарных ситуаций.

У нас есть понимание и опыт в этой области.⁵ Одна мера, предпринятая в Украине во время продолжающегося вооруженного конфликта, показала, что денежные переводы снизили стигму и дискриминацию в медицинских учреждениях и среди отдельных лиц (например, снизили внутреннюю стигму) (см. Вставку 10). Ежемесячная сумма в 25 долларов США позволила людям с ВИЧ посещать медицинские учреждения, чтобы получить антиретровирусную терапию, приобрести полноценное питание, повысить свою самооценку и почувствовать, что о них заботятся. Кроме того, программа улучшила отношение медицинских работников к людям, живущим с ВИЧ.

Вставка 8

Программа денежной помощи Food for Life в Украине в период вооруженного конфликта

Продолжающийся вооруженный конфликт в Украине создал для людей с ВИЧ множество проблем, которые усугубляют их здоровье и ущемляют права. Примечательно, что этот конфликт нарушил доступ к антиретровирусной терапии, поскольку поездки в клиники стали недоступными по стоимости и времени, и ситуация усугубилась еще и тем, что многие люди с ВИЧ, которые были внутренне перемещены в результате конфликта, не могли трудоустроиться из-за стигмы и дискриминации. В связи с закрытием заводов в регионах, затронутых конфликтом, росла конкуренция за рабочие места в общинах, куда переезжали люди с ВИЧ и другие внутренне перемещенные лица. Люди с ВИЧ сообщали, что потенциальные работодатели предполагали, что они будут менее продуктивными и им потребуется больше свободного времени, что затрудняло поиск работы на конкурентном рынке труда с ограниченными возможностями.

Чтобы обеспечить постоянный доступ к антиретровирусной терапии в течение восьми месяцев в 2017 году, "Всеукраинская сеть людей,

⁵ Члены Межучрежденческой целевой группы по борьбе с ВИЧ в условиях гуманитарных кризисов, Международной организации по миграции и Центров США по контролю и профилактике заболеваний рассмотрели и дали рекомендации по разделу данного отчета, посвященному чрезвычайным ситуациям и гуманитарным вопросам.

живущих с ВИЧ/СПИД" и Мировая продовольственная программа стремились обеспечить людям с ВИЧ доступ к лечению и поддержке с помощью программы условных денежных переводов (184).

Программа предусматривала ежемесячные электронные переводы в размере 25 долларов США на транспорт или улучшение питания. Такие переводы были предназначены лицам, посещающим участвующую в программе больницу для начала или возобновления лечения ВИЧ. Программа продемонстрировала успех в ряде направлений. Во-первых, она оказалась очень эффективной в плане улучшения соблюдения режима лечения. Данные мониторинга программы показали, что подавление вируса на 90% было достигнуто среди людей с ВИЧ, которые начали или возобновили лечение в ходе программы. Кроме того, 34% пациентов повысили уровень соблюдения режима лечения. Этот результат демонстрирует, что можно достичь целей 90–90–90 даже в условиях чрезвычайной ситуации при наличии доступа к соответствующим ресурсам.

Во-вторых, программа снизила стигму и улучшила отношение и поведение поставщиков медицинских услуг и социальных работников по отношению к людям с ВИЧ за счет расширения контактов с такими лицами, что привело к лучшему пониманию опыта и проблем жизни с ВИЧ. Кроме того, программа снизила внутреннюю стигму, поскольку взаимодействие и предоставление услуг в рамках поддержки напоминало им, что они – ценные люди.

Несмотря на успех в достижении поставленных целей, программа завершилась в 2018 году после того, как конфликт в Украине перешел в фазу «затяжного кризиса» и финансирование Всемирной продовольственной программы было прекращено. Однако конфликт в Украине продолжается, и в затронутых конфликтом районах к людям с ВИЧ вернулись экономические трудности. Это тематическое исследование демонстрирует необходимость как немедленных, так и долгосрочных программ поддержки в условиях чрезвычайной ситуации, чтобы люди с ВИЧ могли продолжать пользоваться услугами по лечению и питанию в периоды повышенной уязвимости.

.....

Таблица 10.

Рекомендации для государств и гуманитарных организаций в условиях чрезвычайных ситуаций

Уровень	Рекомендации
Индивидуальный (обделенные вниманием группы населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин)	Реализовывать программы и услуги для снижения внутренней стигмы и поддержки потребностей обделенных вниманием групп населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—в конфликтных и кризисных ситуациях, обеспечивая безопасный доступ к уходу и медобслуживанию.
Общественный (местные сотрудники системы здравоохранения)	Укреплять потенциал местных медицинских работников путем установления соответствующих связей между сообществами и официальными системами здравоохранения в чрезвычайных ситуациях.
Организационный (общественные и гуманитарные организации, многосторонние организации)	<p>Привлекать обделенные вниманием группы населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—и общественные организации к разработке и реализации мер по снижению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ в чрезвычайных и гуманитарных ситуациях.</p> <p>Внедрить обучение по снижению стигмы и дискриминации в рамках развития существующего кадрового потенциала и мониторинга эффективности услуг для сотрудников, участвующих в предоставлении и планировании экстренной помощи; сюда могут входить сотрудники систем здравоохранения и правосудия.</p> <p>Обучать гуманитарные организации, включая Управление по координации гуманитарной деятельности, руководителей кластеров и партнеров кластеров, по вопросам борьбы с дискриминацией, работе с людьми с ВИЧ и ключевыми группами населения в условиях чрезвычайных ситуаций, о стигме и дискриминации в связи с ВИЧ.</p> <p>Осуществлять программы по предотвращению, профилактике, мониторингу и сообщению о насилии в отношении обделенных вниманием групп населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—в чрезвычайных ситуациях.</p> <p>Отслеживать уровни стигмы и дискриминации с использованием согласованных на глобальном уровне показателей в условиях чрезвычайных ситуаций, включая опыт внутренне перемещенных лиц и беженцев, а также отношение и практику гуманитарного персонала.</p>
Государственно-политический (национальные правительства и должностные лица)	<p>Включить положения для—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—в национальные планы действий в чрезвычайных ситуациях; это включает наличие процедур для защиты женщин и девочек от гендерного насилия и насилия со стороны сексуальных партнеров.</p> <p>Обеспечить—включая, помимо прочего, людям с ВИЧ, ключевым группам населения, коренному населению, лицам в тюрьмах и другим заключенным, мигрантам, женщинам и девочкам, особенно девочкам-подросткам и молодым женщинам—доступ к правовой помощи в принимающих и пострадавших общинах, лагерях для внутренне перемещенных лиц и беженцев, а также в приграничных районах.</p> <p>Регулярно пересматривать политику и практику в сфере чрезвычайных ситуаций, чтобы гарантировать, что они защищают от дискриминации—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин.</p>

Аспекты, актуальные для разных сфер

Существует ряд сопутствующих вопросов, которые целесообразно учитывать в контексте усилий по снижению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ. Рассмотрение этих вопросов может указывать на необходимость включения дополнительных программ, помимо тех, которые направлены на борьбу со стигмой и дискриминацией, поскольку без этих дополнительных программ прогресс в борьбе со стигмой и дискриминацией может быть ограничен.

Законы и политика

В разных странах действуют разные законы и политики в отношении стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ, которые могут оказывать влияние в каждой из описанных сфер. Чтобы остановить все формы насилия в отношении женщин, а также реализовать долгосрочные превентивные стратегии, необходимо принять и внедрить новые законы. Эти подходы не уклоняются от борьбы с неравными властными структурами, являющимися основной причиной насилия, которому подвергаются миллионы женщин и девочек во всем мире. Примеры включают национальные законы, касающиеся криминализации передачи ВИЧ, или уголовные законы, влияющие на ключевые группы населения, законы о борьбе с дискриминацией и политику в организационных условиях, которые диктуют, как следует обращаться с человеком с ВИЧ или предположительно имеющим ВИЧ. Эти законы и политика могут служить как барьерами, так и эффективными инструментами снижения стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ, в зависимости от того, являются ли они защитными или карательными. Всестороннее понимание законов и политики, характерных для конкретной страны, будет иметь важное значение для внедрения соответствующих структурных мер в поддержку программ ликвидации стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ (19, 21).

Социальная защита и сопутствующие услуги

Связанные с ВИЧ стигма и дискриминация могут затруднять доступ к различным средствам социальной защиты и услугам. Например, в некоторых условиях обделенным вниманием группам населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—может быть отказано в жилье или пользовании общественным транспортом. Аналогично, доступ к программам благополучия или социального обеспечения может зависеть от прохождения теста на наркотики. Это может повлиять на здоровье человека, оставив его в ненадлежащих жилищных условиях либо без возможности добраться до медицинского учреждения или к месту работы (185, 186). Кроме того, обделенные вниманием группы населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—могут не иметь доступа к страхованию жизни, что в некоторых случаях может лишить их права получения финансовых займов или пенсий. Кроме того, программы медицинского страхования могут дискриминировать людей с ВИЧ, рассматривая ВИЧ как уже существующее заболевание; это может помешать людям с ВИЧ получить доступ к медицинской помощи и ограничить их мобильность (например, смену работы или места жительства), поскольку они могут быть

не уверены в сохранении их медицинского страхования (187, 188). Поскольку социальная защита и услуги являются важными вспомогательными компонентами мероприятий по поддержанию здоровья и благополучия отдельных групп населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—важно, чтобы такие виды защиты и услуги были хорошо поняты и корректировались по необходимости для поддержки мер по борьбе со стигмой и дискриминацией в связи с ВИЧ.

Социальное и экономическое неравенство

Социальное и экономическое неравенство может пересекаться и усугублять стигму и дискриминацию, с которыми сталкиваются люди с ВИЧ и ключевые группы населения. Они также могут повышать риск заражения ВИЧ, например, из-за того, что чистые иглы становятся недоступными по цене. Такое неравенство ограничивает инициативность и возможности человека, живущего или предположительно живущего с ВИЧ, и представителей ключевых групп населения, в избегании стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ или реагировании на них. Сюда можно отнести юридическую грамотность и понимание того, как ориентироваться в вопросах страхования и других формах социальной защиты и услуг. Более половины всех работающих женщин заняты в неформальном секторе экономики, часто на тех должностях, где у них отсутствуют даже элементарные права и защита. В среднем во всем мире женщинам платят на 16% меньше, чем мужчинам. Стигма и дискриминация в связи с ВИЧ также могут быть источником социального и экономического неравенства — например, когда человек теряет свое социальное положение или средства к существованию в результате своего положительного ВИЧ-статуса (189). Социальный или экономический статус человека также может быть источником стигмы и дискриминации, пересекаясь со стигмой в связи с ВИЧ и создавая дополнительный барьер для обращения за связанными с ВИЧ услугами (190).

Гендерное неравенство и неравные гендерные нормы

Гендерное неравенство, обусловленное динамикой власти между женщинами и мужчинами, усугубляет стигму и дискриминацию в связи с ВИЧ во многих контекстах. Гендерное неравенство может повысить уровень инфицирования и снизить способность женщин и девочек справиться с эпидемией ВИЧ. Часто женщины и девочки имеют меньше информации о ВИЧ и меньше ресурсов для принятия профилактических мер. Они сталкиваются с препятствиями на пути переговоров о более безопасном сексе из-за неравной динамики власти и более низкого статуса. Сексуальное насилие, широко распространенное нарушение прав женщин, также увеличивает риск передачи ВИЧ. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что брак может быть основным фактором риска, особенно для молодых женщин и девочек. И цис-, и транс-женщины, живущие с ВИЧ, часто борются с гендерной дискриминацией, а также сталкиваются с гендерным неравенством.

Многие женщины с ВИЧ борются со стигмой и изоляцией, усугубляемой бесправием. Дискриминационная политика и законы, предусматривающие уголовную ответственность на основании ВИЧ-статуса, могут непропорционально сильно повлиять на женщин, поскольку они с большей вероятностью пройдут тестирование и узнают о своем статусе во период дородового наблюдения. Овдовевшая женщина, живущая с ВИЧ, может столкнуться с имущественными спорами с семьей умершего мужа, осложненными ограниченным доступом к правосудию для защиты ее прав. Бремя ухода за людьми с ВИЧ часто ложится на женщин, независимо от того, имеют ли они сами ВИЧ, что ограничивает их перспективы получения образования и трудоустройства (191). Неравные гендерные нормы также могут создавать определенные проблемы в области профилактики, тестирования и лечения ВИЧ. Женщины и девочки, живущие с ВИЧ, сталкиваются со стигмой и дискриминацией по признаку пола, что может удерживать их от обращения за услугами и соблюдения режима лечения от ВИЧ (192).

В 19-ти странах, по которым имеются данные, примерно каждая третья женщина с ВИЧ сообщила о как минимум одной форме дискриминации, связанной с их сексуальным и репродуктивным здоровьем в медицинских учреждениях, среди которых отказ в услугах, отговорка от рождения детей со стороны медицинских специалистов из-за ВИЧ-статуса или даже принудительная стерилизация (193).

Молодые женщины и работницы секс-индустрии также сталкиваются со стигмой и дискриминацией, что может повлиять на их возможности в профилактике ВИЧ и удерживать их от обращения за соответствующими услугами. Гомофобия и стигматизация мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, подкрепляются представлениями о мужественности, в которых ценится превосходство мужчин над женщинами, и может усилить внутреннюю стигму среди гендерно-неконформных людей (194). Кроме того, жесткие гендерно-бинарные идеи и представления о том, что биологический пол и гендерное выражение всегда должны согласовываться, маргинализируют людей, которые не соответствуют этим представлениям.

Социокультурные нормы

Социальные и культурные нормы могут способствовать стигме и дискриминации в связи с ВИЧ, а также стигме и дискриминации по отношению к ключевым группам населения, женщинам, девочкам и людям, подверженным риску передачи ВИЧ. Таким образом, люди, считающиеся живущими с ВИЧ или участвующими в стигматизируемой деятельности, могут столкнуться со стигмой и дискриминацией за нарушение социальных и культурных норм. Такие пагубные социальные и культурные нормы могут закрепляться и иметь место в разных сферах. Важно изменить эти нормы в лучшую сторону, чтобы снизить связанные с ВИЧ и другие перекрестные стигмы, которые препятствуют доступу к услугам в связи с ВИЧ и негативно влияют на качество жизни (195).

Сексуальное и гендерное насилие

Сексуальное и гендерное насилие является формой дискриминации. Люди с ВИЧ, женщины, девочки, а также представители ключевых и уязвимых групп населения могут подвергаться этому типу насилия в любых условиях. Например, партнер-мужчина может причинить женщине физический вред, если он узнает о ее ВИЧ-статусе (50, 52). Связанные с ВИЧ и другие перекрестные стигмы также могут повлиять на уход или поддержку, получаемую пережившим сексуальное или гендерное насилие. Например, секс-работник, пытающийся заявить о сексуальном насилии, может не получить постконтактную профилактику и может подвергнуться дополнительному сексуальному насилию со стороны сотрудников правоохранительных органов (152).

Коммуникация и СМИ

В усилиях по снижению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ, важно учитывать коммуникационные и медийные платформы, поскольку они могут формировать общественное мнение. Например, такие платформы могут подпитывать стигму и дискриминацию в связи с ВИЧ посредством использования стигматизирующих формулировок в отношении ВИЧ (например, использование термина «ВИЧ-инфицированный» или "пациент со СПИДом" вместо "человек, живущий с ВИЧ") или сенсационных историй, касающихся ВИЧ или ключевых групп населения, таким образом разжигая страх и заблуждения. С другой же стороны, эти платформы могут быть важными инструментами для снижения стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ путем предоставления точной информации о ВИЧ и людях, живущих с ВИЧ или уязвимых к нему, и нормализации взаимодействия со службами или услугами по тестированию и лечению ВИЧ (34, 196).

Отслеживание и оценка прогресса в искоренении всех форм стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ

Ключом к нашему успеху в достижении нулевой дискриминации является активный мониторинг и оценка усилий, предпринимаемых для снижения стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ на всех социально-экологических уровнях в каждой стране. Оценка уровня как программы, так и уровня воздействия необходима для информирования об адаптации и улучшении программы в реальном времени и для определения того, достигают ли желаемых эффектов комбинация и уровень реализованных мер. Мониторинг реализации программ также будет иметь решающее значение для выявления любых проблем и информирования при необходимости корректировок в середине пути. Концепция стигмы в отношении здоровья и дискриминации, показанная на Схеме 2, должна направлять усилия по мониторингу и оценке.

Все усилия по мониторингу и оценке должны применять основанные на правах и учитывающие права человека подходы к мониторингу и оценке программ и мероприятий в области ВИЧ, а также должны привлекать сообщества и организации гражданского общества к разработке и реализации усилий по оценке, как это сформулировано в публикации ЮНЭЙДС *Rights-based Monitoring and Evaluation of National HIV Responses* (197).

При определении того, какие средства использовать для мониторинга и оценки программ по снижению стигмы и дискриминации, следует рассмотреть такие вопросы:

- Какие ресурсы необходимы для реализации запланированной программы?
- На изменение каких аспектов стигмы направлены компоненты программы?
- На какие социально-экологические уровни будет направлена программа по снижению стигмы и дискриминации?
- Кто будет участвовать в программе?
- Кто является предполагаемыми бенефициарами программы?
- Какова ожидаемая отдача от программы?
- Каковы ожидаемые результаты программы?
- Каков ожидаемый эффект программы?

Ответы на эти вопросы определяют, какие ресурсы и результаты следует отслеживать в ходе реализации программы и какие области стигмы следует оценивать (например, движущие силы, фасилитаторы, проявления), у каких групп населения и в каких частях страны. Мы рассмотрим два примера, чтобы увидеть, как эти вопросы могут быть применены для определения лучшего способа отслеживания результатов программ, реализуемых для снижения стигмы и дискриминации.

Пример 1

Страна А реализует общенациональную кампанию в средствах массовой информации в течение трех месяцев с последующими общественными обсуждениями под руководством людей, живущих с ВИЧ, и ключевых лидеров общественного мнения, с целью изменения негативного отношения населения к людям с ВИЧ.

- Необходимые ресурсы: эфирное время на телевидении, эфирное время на радио, рекламные щиты, сценарии и идеи для рекламных кампаний и образовательных

программ, разработанных людьми с ВИЧ и с их участием, обученные координаторы сообщества и места для проведения общественных мероприятий.

- Аспект стигмы, который необходимо изменить: движущая сила—негативное отношение общества к людям, живущим с ВИЧ.
- Ориентация программы: многоуровневая (общественный, индивидуальный).
- Участники: широкая общественность, лидеры общественного мнения, семьи живущих с ВИЧ людей.
- Предполагаемые бенефициары: широкая общественность и люди, живущие с ВИЧ.
- Ожидаемая отдача: 420 радиороликов, 252 телевизионных ролика, 100 рекламных щитов, 50 обученных координаторов и 200 встреч с общественностью.
- Ожидаемый результат: снижение негативного отношения к людям, живущим с ВИЧ.
- Ожидаемый эффект: снижение стигмы и дискриминации среди людей, живущих с ВИЧ.

Учитывая эти ответы, можно разработать систему мониторинга для отслеживания различных необходимых входных данных и определения того, достигнуты ли ожидаемые результаты программы. Результат программы можно было оценить с помощью вопросов, задаваемых широкой публике в рамках Исследования демографических характеристик и состояния здоровья и Кластерного исследования с множественными показателями, которые оценивают негативное отношение к людям, живущим с ВИЧ. Эффект программы можно было оценить с помощью качественных оценок, таких как обсуждения в фокус-группах с участием представителей людей с ВИЧ и лидеров общественного мнения в выборке сообществ, участвующих в программе, чтобы увидеть, как программа повлияла на поведение по отношению к людям, живущим с ВИЧ. Кроме того, количественные данные об опыте стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ можно оценить с помощью Индекса стигматизации людей, живущих с ВИЧ, и стандартного опросника 2018–2023 гг. Исследования демографических характеристик и состояния здоровья.

Пример 2

В дополнение к мерам в средствах массовой информации в стране А было принято решение расширить обучение в 10 медицинских учреждениях регионального уровня для всех сотрудников, используя комплексный подход, чтобы повысить осведомленность о вредных последствиях стигмы в учреждениях здравоохранения, расширить знания о новейших научных достижениях в области ВИЧ, прав человека и медицинской этики в контексте ВИЧ, а также разработать политику поддержки для освобождения медицинских учреждений от стигмы. Программа также обеспечит доступность материалов для поддержки универсальных мер защиты и сведения к минимуму контакта с ВИЧ на рабочем месте, включая доступ к постконтактной профилактике.

- Необходимые ресурсы: адаптированная учебная программа, подготовленные координаторы, учебные материалы и универсальные средства защиты.
- Аспекты стигмы, которые необходимо изменить: движущие силы—недостаточная осведомленность о стигме и ее пагубных последствиях, а также негативное отношение населения к людям с ВИЧ среди медицинских работников; фасилитаторы—правила на рабочем месте и наличие универсальных средств защиты.
- Ориентация программы: многоуровневая (общественный, индивидуальный).
- Участники: весь персонал, работающий в региональных медицинских учреждениях.
- Предполагаемые бенефициары: медицинские работники, люди с ВИЧ и ключевые группы населения.
- Ожидаемая отдача: 20 обученных координаторов, 4000 обученных медицинских работников, новая или обновленная политика в каждом учреждении, 10 региональных учреждений, полностью укомплектованных универсальными средствами защиты.
- Ожидаемый результат: повышение осведомленности о стигме, более глубокое понимание прав человека и медицинской этики в контексте ВИЧ, снижение негативного отношения к людям, живущим с ВИЧ, и снижение стигматизирующего поведения по отношению к людям с ВИЧ и ключевым группам населения.

- Ожидаемый эффект: снижение стигмы и дискриминации среди людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения, посещающих медицинские учреждения в стране А.

Как и в предыдущем примере, система мониторинга может отслеживать ресурсы и результаты программы. Ответы на вопросы показывают, что результат программы можно оценить путем опроса выборки медицинских работников в каждом региональном медицинском учреждении до и после реализации программы с использованием инструмента, который фиксирует конкретные движущие силы, требующие изменения. Фасилитаторы могут быть оценены путем проведения наблюдений в медицинских учреждениях с целью выявления наличия политики по защите людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения от дискриминации, а также достаточного запаса универсальных средств защиты и постконтактной профилактики. Эффект от программы можно оценить с помощью качественных оценок, таких как обсуждения в фокус-группах с представителями людей с ВИЧ и ключевых групп населения, которые посещают медицинские учреждения, или количественно путем проведения плановых опросов, таких как Индекс стигматизации людей, живущих с ВИЧ, для оценки проявления стигмы среди людей с ВИЧ и фактора интенсивности снижения опыта стигмы по завершении программы. Стандартный опросник 2018–2023 гг. Исследования демографических характеристик и состояния здоровья также включает два вопроса для оценки стигматизации в медицинских учреждениях.

Отслеживание и оценка лучших подходов

По возможности следует использовать проверенные методы оценки стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ. Подтвержденные меры – это меры, которые, как было продемонстрировано, последовательно отражают предполагаемую область стигмы с течением времени в ходе уже проведенных исследований. В идеале при оценке следует использовать имеющиеся данные и прилагать усилия для сбора как количественных, так и качественных данных. Такие усилия включают Индекс стигматизации людей, живущих с ВИЧ, Исследование демографических характеристик и состояния здоровья, Комплексное биоповеденческое обследование, оценки правовой среды, базовые оценки Глобального фонда, проводимые в 20 странах, Национальные обязательства и политический инструмент процесса глобального мониторинга СПИДа, а также другие доступные качественные источники информации, такие как обсуждения в фокус-группах с представителями затронутых сообществ.

В 2020 году будет выпущен отдельный руководящий документ с более подробной информацией о том, каким образом оценивать результаты и воздействие программ по снижению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ.

Вывод

Представлены рекомендации по снижению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ для ряда сфер, в том числе для обделенных вниманием групп населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин. Хотя были определены потребности конкретных сфер и групп населения, возникли и вытекающие из них темы.

Институционализация предварительной подготовки (например, с упором на стигматизацию и дискриминацию в связи с ВИЧ, а также права человека) для профессионалов и должностных лиц было бы ценной стратегией реализации мер. Предварительная подготовка дает возможности для более продолжительного позитивного воздействия усилий по снижению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ, поскольку новые сотрудники в этих сферах будут надлежащим образом проинформированы и обучены перед началом своей карьеры. Такое обучение также было бы экономически более целесообразным вариантом в долгосрочной перспективе по сравнению с учебными занятиями без отрыва от производства, которые необходимо проводить регулярно, когда персонал прибывает на рабочее место и покидает его. Разработка программ предварительного обучения и внедрение обучения должны проводиться под руководством или полностью вовлекать обделенные вниманием группы населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—для повышения эффективности программы.

Ясно, что в каждой из этих сфер и групп населения ни один подход к реализации мер не сможет полностью решить проблему стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ или улучшить доступ к услугам в связи с ВИЧ. Следовательно, необходим многовекторный подход, который был бы эффективным на всех социально-экологических уровнях, для создания более благоприятных условий для людей, живущих с ВИЧ или подверженных риску заражения. Сюда можно отнести коллективное использование таких стратегий реализации мер, как внедрение и обеспечение соблюдения недискриминационной политики; запуск учебных программ по просвещению и обучению вопросам восприимчивости в связи с ВИЧ в различных организационных условиях; создание общественных ресурсов (например, центров правовой помощи) для поддержки людей, живущих с ВИЧ, в реализации их прав; и программы поддержки и расширения прав и возможностей, нацеленных на людей с ВИЧ и представителей ключевых групп населения.

Важность привлечения множества заинтересованных сторон и лиц на разных уровнях обучения, от младшего до старшего, имеет важное значение для усилий по снижению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ, поскольку все сотрудники могут взаимодействовать с людьми, живущими с ВИЧ или считающимися живущими с ВИЧ, нуждающимися в услугах, участвующих в процессе образования или на рабочем месте. Аналогичным образом и люди за пределами определенной сферы (например, члены семьи и сообщества) могут влиять на стигму и дискриминацию в связи с ВИЧ. Кроме того, нельзя упускать из виду меры, которые напрямую поддерживают людей, живущих с ВИЧ. Обделенным вниманием группам населения—включая, помимо прочего, людей с ВИЧ, ключевые группы населения, коренное население, лиц в тюрьмах и других заключенных, мигрантов, женщин и девочек, особенно девочек-подростков и молодых женщин—может потребоваться поддержка и информационная подпитка для преодоления внутренней и ожидаемой стигмы, а также поощрение доступа к имеющимся медицинским и юридическим услугам, включая механизмы компенсации ущерба.

По мере реализации мер по снижению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ, важно учитывать потребности женщин, девочек, а также ключевых и уязвимых групп населения. Эти группы населения могут сталкиваться с уникальными проблемами, связанными как с самим ВИЧ, так и со стигмой и дискриминацией в связи с ВИЧ в разных сферах (например, социальное неблагополучие, насилие, экономическая уязвимость), и им могут потребоваться особые положения, например, для содействия соблюдению гендерных норм или снижения стигматизации ключевого населения.

Кроме того, при разработке и реализации таких мер важно убедиться, что они непреднамеренно не усугубят стигму, дискриминацию или уязвимость, с которой сталкиваются эти группы населения в контексте ВИЧ.

В честь покойного доктора Джонатана Манна, который первым определил стигму и дискриминацию как вторую, "тихую" эпидемию, давайте "включать, а не исключать" (198). Давайте вместе объединимся в Глобальном партнерстве для искоренения всех форм стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ. У нас есть средства. У нас есть ресурсы. Настало время действовать.

Справочные данные

- 1 Global partnership for action to eliminate all forms of HIV-related stigma and discrimination. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2019.
- 2 Guidance note: key programmes to reduce stigma and discrimination and increase access to justice in national HIV responses. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2012.
- 3 Fast-Track: ending the AIDS epidemic by 2030. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014.
- 4 Mahajan A, Sayles J, Patel V, Remien R, Sawires S, Ortiz D, et al. Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS*. 2008;2:S67–79.
- 5 Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol*. 2001;27:363–85.
- 6 Goffman E. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon & Schuster; 1963.
- 7 Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Soc Sci Med*. 2003;57:13–24.
- 8 Rice WS, Logie CH, Napoles TM, Walcott M, Batchelder AW, Kempf MC, et al. Perceptions of intersectional stigma among diverse women living with HIV in the United States. *Soc Sci Med*. 2018;208:9–17.
- 9 Turan JM, Elafros MA, Logie CH, Banik S, Turan B, Crockett KB, et al. Challenges and opportunities in examining and addressing intersectional stigma and health. *BMC Med*. 2019;17:7.
- 10 Stangl A, Brady L, Fritz K. STRIVE technical brief: measuring HIV stigma and discrimination. Washington, DC: STRIVE; 2012.
- 11 Reducing HIV stigma and discrimination: a critical part of national AIDS programmes—a resource for national stakeholders in the HIV response. Женева: Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу; 2007.
- 12 Nyblade L, Stangl A, Weiss E, Ashburn K. Combating HIV stigma in health care settings: what works? *J Int AIDS Soc*. 2009;12:15.
- 13 Stangl AL, Brady L, Fritz K. Measuring HIV stigma and discrimination. Washington, DC: International Center for Research on Women; 2012.
- 14 Stangl AL, Earnshaw VA, Logie CH, Van Brakel W, Simbayi LC, Barré I, et al. The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Med*. 2019;17:31.
- 15 Key populations. Geneva: Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; 2016.
- 16 UNAIDS terminology guidance. Женева: Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу; 2015.
- 17 Ferguson L, Nicholson A, Henry I, Saha A, Sellers T, Gruskin S. Assessing changes in HIV-related legal and policy environments: lessons learned from a multi-country evaluation. *PLoS One*. 2018;13:e0192765.
- 18 Williamson RT, Fiscian V, Olson RU, Poku FN, Whittal J. A reporting system to protect the human rights of people living with HIV and key populations. *Health Hum Rights*. 2017;19(2):211–22.
- 19 Voices from the field: how laws and policies affect HIV responses. NGO Delegation to the UNAIDS Programme Coordinating Board; 2011 (<https://unaidspcbngo.org/wp-content/uploads/2012/07/2011-NGO-Report-online-version.pdf>).
- 20 The policy and legal environments related to HIV services in China. Beijing: United Nations Development Programme; 2015.
- 21 Legal environment assessment for HIV: an operational guide to conducting national legal, regulatory and policy assessments for HIV. New York: United Nations Development Programme; 2014.

- 22 Beletsky L, Agrawal A, Moreau B, Kumar P, Weiss-Laxer N, Heimer R. Police training to align law enforcement and HIV prevention: preliminary evidence from the field. *Am J Public Health*. 2011;101:2012–15.
- 23 Rich JD, Hogan JW, Wolf F, DeLong A, Zaller ND, Mehrotra M, et al. Lower syringe sharing and re-use after syringe legalization in Rhode Island. *Drug Alcohol Depend*. 2007;89(2–3):292–7.
- 24 Andrinopoulos K, Figueroa JP, Kerrigan D, Ellen JM. Homophobia, stigma and HIV in Jamaican prisons. *Cult Health Sex*. 2011;13(2):187–200.
- 25 Derlega VJ, Winstead BA, Gamble KA, Kelkar K, Khuanghlawn P. Inmates with HIV, stigma, and disclosure decision-making. *J Health Psychol*. 2010;5(2):258–68.
- 26 Brinkley-Rubinstein L, Turner WL. Health impact of incarceration on HIV-positive African American males: a qualitative exploration. *AIDS Patient Care STDS*. 2013;27(8):450–58.
- 27 Agenda for zero discrimination in health-care settings. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2017.
- 28 Krishnaratne S, Bond V, Stangl A, Pliakas T, Mathema H, Lilleston P, et al. Stigma and judgment toward people living with HIV and key population groups among three cadres of health workers in South Africa and Zambia: analysis of data from the HPTN 071 (PopART) trial. *AIDS Patient Care STDS*. 2020;34(1):38–50.
- 29 Risher K, Adams D, Sithole B, Ketende S, Kennedy C, Mnisi Z, et al. Sexual stigma and discrimination as barriers to seeking appropriate healthcare among men who have sex with men in Swaziland. *J Int AIDS Soc*. 2013;16:18 715.
- 30 Ekstrand ML, Ramakrishna J, Bharat S, Heylen E. Prevalence and drivers of HIV stigma among health providers in urban India: implications for interventions. *J Int AIDS Soc*. 2013;6(3 Suppl. 2):18 734.
- 31 Hirsenschall G. Striving for zero discrimination in health care. Geneva: World Health Organization; 2016.
- 32 Sevelius JM, Carrico A, Johnson MO. Antiretroviral therapy adherence among transgender women living with HIV. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2010;21(3):256–64.
- 33 HIV prevention among key populations. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2016.
- 34 Osborne K, Tremlett L, Welbourn A, Hale F, Vazquez M. Piecing it together for women and girls: the gender dimensions of HIV-related stigma. London: International Planned Parenthood Federation; 2011.
- 35 Turan JM, Nyblade L. HIV-related stigma as a barrier to achievement of global PMTCT and maternal health goals: a review of the evidence. *AIDS Behav*. 2013;17:2528–39.
- 36 Hiarlath MO, Grede N, de Pee S, Bloem M. Economic and social factors are some of the most common barriers preventing women from accessing maternal and newborn child health (MNCH) and prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) services: a literature review. *AIDS Behav*. 2014;18:516–30.
- 37 Kendall T, Albert C. Experiences of coercion to sterilize and forced sterilization among women living with HIV in Latin America. *J Int AIDS Soc*. 2015;18:19 462.
- 38 Sando D, Kendall T, Lyatuu G, Ratcliffe H, McDonald K, Mwanyika-Sando M, et al. Disrespect and abuse during childbirth in Tanzania. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014;67:S228–34.
- 39 Sifris R. Involuntary sterilization of HIV-positive women: an example of intersectional discrimination. *Hum Rights Q*. 2015;37:464–91.
- 40 Cuca YP, Rose CD. Social stigma and childbearing for women living with HIV/AIDS. *Qual Health Res*. 2016;26:1508–18.

- 41 El Feki S, Avafia T, Fidalgo TM, Divan V, Chauvel C, Dhaliwal M, et al. The Global Commission on HIV and the Law: recommendations for legal reform to promote sexual and reproductive health and rights. *Reprod Health Matt.* 2014;22:125–36.
- 42 Courtwright A, Turner A. Tuberculosis and stigmatization: pathways and interventions. *Publ Health Rep.* 2010;125:34–42.
- 43 Treves-Kagan S, Steward WT, Ntswane L, Haller R, Gilvydis JM, Gulati H, et al. Why increasing availability of ART is not enough: a rapid, community-based study on how HIV-related stigma impacts engagement to care in rural South Africa. *BMC Pub Health.* 2016;16:87.
- 44 Arnold EA, Rebchook GM, Kegeles SM. “Triply cursed”: racism, homophobia and HIV-related stigma are barriers to regular HIV testing, treatment adherence and disclosure among young Black gay men. *Cult Health Sex.* 2014;16(6):710–22.
- 45 Cahill S, Taylor SW, Elsesser SA, Mena L, Hickson DM, Mayer KH. Stigma, medical mistrust, and perceived racism may affect PrEP awareness and uptake in black compared to white gay and bisexual men in Jackson, Mississippi and Boston, Massachusetts. *AIDS Care.* 2017;29(11):1351–8.
- 46 Parsons JA, Bond VA, Nixon SA. “Are we not human?” Stories of stigma, disability and HIV from Lusaka, Zambia and their implications for access to health services. *PLoS One.* 2015;10(6):e0127392.
- 47 Rohleder P, Braathen SH, Swartz L, Eide AH. HIV/AIDS and disability in Southern Africa: a review of relevant literature. *Disabil Rehabil.* 2009;31(1):51–9.
- 48 HIV-related travel restrictions. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2019.
- 49 Chinouya M, Hildreth A, Goodall D, Aspinall P, Hudson A. Migrants and HIV stigma: findings from the Stigma Index Study (UK). *Health Soc Care Commun.* 2014;35(1):35–42.
- 50 Paudel V, Baral KP. Women living with HIV/AIDS (WLHA), battling stigma, discrimination and denial and the role of support groups as a coping strategy: A review of literature. *Reprod Health.* 2015;12:53.
- 51 Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR, et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *J Int AIDS Soc.* 2013;16:18 715.
- 52 Amin A. Addressing gender inequalities to improve the sexual and reproductive health and wellbeing of women living with HIV. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(6S5):20 302.
- 53 Vreeman RC, McCoy BM, Lee S. Mental health challenges among adolescents living with HIV. *J Int AIDS Soc.* 2017;20(Suppl. 3):21 497.
- 54 Grov C, Golub SA, Parsons JT, Brennan M, Karpiak SE. Loneliness and HIV-related stigma explain depression among older HIV-positive adults. *AIDS Care.* 2010;22(5):630–39.
- 55 Stangl AL, Lloyd JK, Brady LM, Holland CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? *J Int AIDS Soc.* 2013;6(3 Suppl. 2):18 734.
- 56 Pulerwitz J, Oanh KTH, Akinwolemiwa D, Ashburn K, Nyblade L. Improving hospital-based quality of care by reducing HIV-related stigma: evaluation results from Vietnam. *AIDS Behav.* 2015;19:246–56.
- 57 Feyissa GT, Abebe L, Girma E, Woldie M. Stigma and discrimination against people living with HIV by healthcare providers, Southwest Ethiopia. *BMC Publ Health.* 2011;11:755.
- 58 Heijnders M, Van Der Meij S. The fight against stigma: An overview of stigma-reduction strategies and interventions. *Psychol Health Med.* 2006;11:353–63.
- 59 Brown L, Macintyre K, Trujillo L. Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: what have we learned? *AIDS Educ Prev.* 2003;15:49–69.
- 60 Rao D, Elshafei A, Nguyen M, Hatzenbuehler ML, Frey S, Go VF. A systematic review of multi-level stigma interventions: state of the science and future directions. *BMC Med.* 2019;17:31.
- 61 Stangl AL, Singh D, Windle M, Sievwright K, Footer K, Iovita A, et al. A systematic review of selected human rights programs to improve HIV-related outcomes from 2003 to 2015: what do we know? *BMC Infect Dis.* 2019;19:209.

- 62 Understanding and challenging HIV stigma: toolkit for action. Washington, DC: International Center for Research on Women; 2003.
- 63 Maluccio JA, Wu F, Rokon RB, Rawat R, Kadiyala S. Assessing the impact of food assistance on stigma among people living with HIV in Uganda using the HIV/AIDS stigma instrument-PLWA (HASI-P). *AIDS Behav.* 2017;21:766-82.
- 64 Nyblade L, Hong KT, Anh NV, Ogden J, Jain A, Stangl A. Communities confront HIV stigma in Viet Nam: participatory interventions reduce HIV-related stigma in two provinces. Washington, DC: International Center for Research on Women and Institute for Social and Development Studies; 2008.
- 65 Gurnani V, Beattie TS, Bhattacharjee P, Mohan H, Maddur S, Washington R, et al. An integrated structural intervention to reduce vulnerability to HIV and sexually transmitted infections among female sex workers in Karnataka state, south India. *BMC Publ Health.* 2011;11:755.
- 66 Beletsky L, Thomas R, Shumskaya N, Artamonova I, Smelyanskaya M. Police education as a component of national HIV response: lessons from Kyrgyzstan. *Drug Alcohol Depend.* 2013;132(Suppl. 1):S48-52.
- 67 Geibel S, Hossain SMI, Pulerwitz J, Sultana N, Hossain T, Roy S, et al. Stigma reduction training improves healthcare provider attitudes toward, and experiences of, young marginalized people in Bangladesh. *J Adolesc Health.* 2017;60(2S2):S35-44.
- 68 Chao L-W, Gow J, Akintola G, Pauly M. HIV/AIDS Stigma Attitudes Among Educators in KwaZulu-Natal, South Africa. *J Sch Health.* 2010;80:561-9.
- 69 Mall S, Middelkoop K, Mark D, Wood R, Bekker L-G. Changing patterns in HIV/AIDS stigma and uptake of voluntary counselling and testing services: the results of two consecutive community surveys conducted in the Western Cape, South Africa. *AIDS Care.* 2013;25:194-201.
- 70 Stangl A, Carr D, Eckhaus T, Brady L, Nyblade L, Claeson M. Tackling HIV-related stigma and discrimination in South Asia. Washington, DC: World Bank; 2010 (<https://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/978-0-8213-8449-7>).
- 71 Rao D, Desmond M, Andrasik M, Rasberry T, Lambert N, Cohn SE, et al. Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of the unity workshop: an internalized stigma reduction intervention for African American women living with HIV. *AIDS Patient Care STDS.* 2012;26:614-20.
- 72 Harper GW, Lemos D, Hosek SG. Stigma reduction in adolescents and young adults newly diagnosed with HIV: findings from the project ACCEPT intervention. *AIDS Patient Care STDS.* 2014;28:543-54.
- 73 Tanser F, Bärnighausen T, Grapsa E, Zaidi J, Newell ML. High coverage of ART associated with decline in risk of HIV acquisition in rural KwaZulu-Natal, South Africa. *Science.* 2013;339(6122):966-71.
- 74 Montaner JSG, Wood E, Kerr T, Lima V, Barrios R, Shannon K, et al. Expanded highly active antiretroviral therapy coverage among HIV-positive drug users to improve individual and public health outcomes. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2010;55(Suppl. 1):S5-9.
- 75 Botswana extends free HIV treatment to non-citizens. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2019.
- 76 Malcolm A, Aggleton P, Bronfman M, Galvão J, Mane P, Verrall J. HIV-related stigmatization and discrimination: its forms and contexts. *Crit Publ Health.* 1998;8(4):347-70.
- 77 Stutterheim SE, Pryor JB, Bos AER, Hoogendijk R, Muris P, Schaalma HP. HIV-related stigma and psychological distress: the harmful effects of specific stigma manifestations in various social settings. *AIDS.* 2009;23(17):2353-7.
- 78 Pantelic M, Steinert JI, Park J, Mellors S, Murau F. "Management of a spoiled identity": systematic review of interventions to address self-stigma among people living with and affected by HIV. *BMJ Glob Health.* 2019;4:e001285.
- 79 Ojikutu BO, Pathak S, Srithanaviboonchai K, Limbada M, Friedman R, Li S, et al. Community cultural norms, stigma and disclosure to sexual partners among women living with HIV in Thailand, Brazil and Zambia (HPTN 063). *PLoS One.* 2016;11(5):e0153600.
- 80 Öktem P. The role of the family in attributing meaning to living with HIV and its stigma in Turkey. *SAGE Open.* 2015;5:215824401561516.

- 81 Stephenson R. Community factors shaping HIV-related stigma among young people in three African countries. *AIDS Care*. 2009;21(4):403-10.
- 82 Pharris A, Hoa NP, Tishelman C, Marrone G, Kim Chuc NT, Brugha R, et al. Community patterns of stigma towards persons living with HIV: a population-based latent class analysis from rural Vietnam. *BMC Publ Health*. 2011;11:755.
- 83 Pretorius JB, Greeff M, Freeks FE, Kruger A. A HIV stigma reduction intervention for people living with HIV and their families. *Health SA Gesondheid*. 2016;21:187-95.
- 84 Black LW. Commentary on impacts of HIV/AIDS stigma on family identity and interactions in China. *Fam Syst Health*. 2008;26:443–6.
- 85 Brown DC, Belue R, Airhihenbuwa CO. HIV and AIDS-related stigma in the context of family support and race in South Africa. *Ethn Health*. 2010;15(5):441-58.
- 86 Chidrawi HC, Greeff M, Temane QM, Doak CM. HIV stigma experiences and stigmatisation before and after an intervention. *Health SA Gesondheid*. 2016;21:187-95.
- 87 Recommendation 200: Recommendation concerning HIV and AIDS and the world of work. Geneva: International Labour Organization; 2010.
- 88 World AIDS Campaign: HIV and the world of work—why and how we should all advocate for the implementation of the ILO Recommendation on HIV and the workplace. Geneva: International Labour Organization; 2010.
- 89 The gap report 2014: people living with HIV. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014.
- 90 Fakolade R, Adebayo SB, Anyanti J, Ankomah A. The impact of exposure to mass media campaigns and social support on levels and trends of HIV-related stigma and discrimination in Nigeria: tools for enhancing effective HIV prevention programmes. *J Biosoc Sci*. 2010;42(3):395-407.
- 91 Sprague L, Simon S, Sprague C. Employment discrimination and HIV stigma: survey results from civil society organisations and people living with HIV in Africa. *African J AIDS Res*. 2011;10:311–24.
- 92 Addressing HIV/AIDS stigma and discrimination in a workplace program: emerging findings. Washington, DC: Horizons; 2002.
- 93 HIV stigma and discrimination in the world of work: findings from the People Living with HIV Stigma Index. Amsterdam: Global Network of People Living with HIV; 2018.
- 94 Uys L, Chirwa M, Kohi T, Greeff M, Naidoo J, Makoae L, et al. Evaluation of a health setting-based stigma intervention in five African countries. *AIDS Patient Care STDS*. 2009;23(12):1059–66.
- 95 Can we measure HIV/AIDS-related stigma and discrimination? Current knowledge about quantifying stigma in developing countries. Washington, DC: United States Agency for International Development; 2006.
- 96 Teachers living with HIV. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Inter-Agency Task Team on Education; 2008.
- 97 Statement on HIV testing services: new opportunities and ongoing challenges. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2017.
- 98 The gap report 2014: migrants. Женева: Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу; 2014.
- 99 Holzemer WL, Makoae LN, Greeff M, Dlamini PS, Kohi TW, Chirwa ML, et al. Measuring HIV stigma for PLHAs and nurses over time in five African countries. *J Soc Asp HIV/AIDS Res Alliance*. 2009;6:76–82.
- 100 Rekart ML. Sex-work harm reduction. *Lancet*. 2005;366(9503):2123–34.
- 101 Ganju D, Saggurti N. Stigma, violence and HIV vulnerability among transgender persons in sex work in Maharashtra, India. *Cult Heal Sex*. 2017;19(8):903-17.
- 102 Stuckler D, Steele S, Lurie M, Basu S. Introduction: “dying for gold”—the effects of mineral mining on HIV, tuberculosis, silicosis, and occupational diseases in southern Africa. *Int J Health Serv*. 2013;43:639–49.
- 103 Corno L, de Walque D. Mines, migration and HIV/AIDS in southern Africa. *J Afr Econ*. 2012;21:465–98.
- 104 Weine SM, Kashuba AB. Labor migration and HIV risk: a systematic review of the literature. *AIDS Behav*. 2012;16(6):1605-21.

- 105 Harinarain N, Haupt TC. Impact of workplace HIV and AIDS policies on stigma and discrimination. In: Proceedings of the 5th Built Environment Conference, Durban, South Africa, 18–20 July 2010.
- 106 Rao D, Angell B, Lam C, Corrigan P. Stigma in the workplace: employer attitudes about people with HIV in Beijing, Hong Kong, and Chicago. *Soc Sci Med.* 2008;67:1541–9.
- 107 Protecting the rights of people living with HIV in the workplace. Washington, DC: Gujarat State Network of Positive People, International Center for Research on Women, United Nations Development Programme and STRIVE; 2013.
- 108 Richter K, Phillips SC, McInnis AM, Rice DA. Effectiveness of a multi-country workplace intervention in sub-Saharan Africa. *AIDS Care.* 2012;24:180–85.
- 109 Poteat T, Park C, Solares D, Williams JK, Wolf RC, Metheny N, et al. Changing hearts and minds: results from a multi-country gender and sexual diversity training. *PLoS One.* 2017;12(9):e0184484.
- 110 Brown DC. Reducing HIV and AIDS stigma among university students in South Africa. Ann Arbor, MI: ProQuest Information & Learning; 2009.
- 111 HIV and AIDS and supportive learning environments. Paris: United Nations Educational Scientific and Cultural Organization; 2006.
- 112 Winskell K, Miller KS, Allen KA, Obong'o CO. Guiding and supporting adolescents living with HIV in sub-Saharan Africa: the development of a curriculum for family and community members. *Child Youth Serv Rev.* 2016;61:253–60.
- 113 HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers. Geneva: World Health Organization; 2013.
- 114 Thematic segment: mental health and HIV/AIDS—promoting human rights, an integrated and person-centered approach to improving ART adherence, well-being and quality of life. Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу
- 115 Moyo Z, Perumal J. Challenges faced by teachers living with HIV. *South Afr J Educ.* 2019;39(1):1-10.
- 116 Casale M, Boyes M, Pantelic M, Toska E, Cluver L. Suicidal thoughts and behaviour among South African adolescents living with HIV: can social support buffer the impact of stigma? *J Affect Disord.* 2019;45:82–90.
- 117 Denison JA, Banda H, Dennis AC, Packer C, Nyambe N, Stalter RM, et al. “The sky is the limit”: adhering to antiretroviral therapy and HIV self-management from the perspectives of adolescents living with HIV and their adult caregivers. *J Int AIDS Soc.* 2015;18:19 462.
- 118 Mackworth-Young CR, Bond V, Wringe A, Konayuma K, Clay S, Chiiya C, et al. “My mother told me that I should not”: a qualitative study exploring the restrictions placed on adolescent girls living with HIV in Zambia. *J Int AIDS Soc.* 2017;20:e25035.
- 119 Stangl A, Bond V, Mackworth-Young CR, Sievwright K, Singh D, Clay S, et al. Transitioning to a healthy adulthood: lessons learned from adolescent girls living with HIV in urban Zambia. Washington, DC: International Center for Research on Women; 2015.
- 120 Mburu G, Ram M, Oxenham D, Haamujompa C, Iorpenda K, Ferguson L. Responding to adolescents living with HIV in Zambia: a social–ecological approach. *Child Youth Serv Rev.* 2014;45:9–17.
- 121 Ferrand R, Lowe S, Whande B, Munaiwa L, Langhaug L, Cowan F, et al. Survey of children accessing HIV services in a high prevalence setting: time for adolescents to count? *Bull World Health Organ.* 2010;88:428–34.
- 122 International technical guidance on sexuality education. Paris: United Nations Educational Scientific and Cultural Organization; 2018.
- 123 Integrated School Health Policy. Cape Town: Government of South Africa; 2012.
- 124 Morris JL, Rushwan H. Adolescent sexual and reproductive health: the global challenges. *Int J Gynecol Obstet.* 2015;131:S40–42.
- 125 The sexual and reproductive health of young adolescents in developing countries: Reviewing the evidence, identifying research gaps, and moving the agenda. Geneva: World Health Organization; 2011.

- 126 Marfatia Y, Naswa S. Adolescent HIV/AIDS: issues and challenges. *Ind J Sex Transm Dis AIDS*. 2010;31:1.
- 127 Norr KF, Ferrer L, Cianelli R, Crittenden KS, Irarrázabal L, Cabieses B, et al. Peer group intervention for HIV prevention among health workers in Chile. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2012;23:73–86.
- 128 Comprehensive sexuality education. New York: United Nations Population Fund; 2016.
- 129 Campbell C, Andersen L, Mutsikiwa A, Madanhire C, Nyamukapa C, Gregson S. Can schools support HIV/AIDS-affected children? Exploring the “ethic of care” amongst rural Zimbabwean teachers. *PLoS One*. 2016;11:e0146322.
- 130 Good policy and practice in HIV and health education: booklet 7—gender equality, HIV and education. Paris: United Nations Educational Scientific and Cultural Organization; 2012.
- 131 Grainger C. Understanding disclosure behaviours in HIV-positive young people. *J Infect Prev*. 2017;18(1):35–9.
- 132 Fleming KE. Improving access to education for orphans or vulnerable children affected by HIV/AIDS. Paris: United Nations Educational Scientific and Cultural Organization; 2015.
- 133 Zwicker L, Stemple L. Nine countries’ compliance with international human rights standards for HIV/AIDS prevention. Los Angeles: University of California Los Angeles School of Law New International Human Rights Law Program (<https://law.ucla.edu/~media/Assets/Health%20and%20Human%20Rights/Documents/Nine%20Countries%20Compliance.ashx>).
- 134 Overview: good policy and practice in HIV and AIDS and education—booklet 1. Paris: United Nations Educational Scientific and Cultural Organization; 2008.
- 135 Denison JA, Tsui S, Bratt J, Torpey K, Weaver MA, Kabaso M. Do peer educators make a difference? An evaluation of a youth-led HIV prevention model in Zambian Schools. *Health Educ Res*. 2012;27:237–47.
- 136 Li L, Liang LJ, Lin C, Wu Z. Addressing HIV stigma in protected medical settings. *AIDS Care*. 2015;27(12):1439–42.
- 137 Varas-Díaz N, Neilands TB, Cintrón-Bou F, Marzán-Rodríguez M, Santos-Figueroa A, Santiago-Negrón S, et al. Testing the efficacy of an HIV stigma reduction intervention with medical students in Puerto Rico: the SPACES project. *J Int AIDS Soc*. 2013;16(3S2):18 670.
- 138 Gagnon M. Re-thinking HIV-related stigma in health care settings: a qualitative study. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2015;26:703–19.
- 139 Mahendra VS, Gilborn L, Bharat S, Mudoi R, Gupta I, George B, et al. Understanding and measuring AIDS-related stigma in health care settings: a developing country perspective. *J Soc Asp HIV/AIDS Res Alliance*. 2009;6:76–82.
- 140 Farotimi A, Nwozichi C, Ojediran T. Knowledge, attitude, and practice of HIV/AIDS-related stigma and discrimination reduction among nursing students in southwest Nigeria. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2015;20:705.
- 141 Li L, Lin C, Guan J, Wu Z. Implementing a stigma reduction intervention in healthcare settings. *J Int AIDS Soc*. 2013;16:18 715.
- 142 Technical and programmatic considerations for index testing and partner notification for adolescent girls and young women. Washington, DC: United States Agency for International Development, United States President’s Emergency Plan for Aids Relief, and YouthPower; 2019.
- 143 Choi JY. HIV stigmatization harms individuals and public health. *Infect Chemother*. 2014;46:139.
- 144 Key barriers to women’s access to HIV treatment: a global review. New York: UN Women; 2017.
- 145 Mosime W, Oberth G, Baptiste S, Maouan A, Garcia P, Taro T, et al. Understanding gaps in the HIV treatment cascade in 11 west African countries: findings from the regional community treatment observatory. Presented at the 10th IAS Conference on HIV Science, Mexico City, July 2019.
- 146 Li L, Wu Z, Liang L-J, Lin C, Guan J, Jia M, et al. Reducing HIV-related stigma in health care settings: a randomized controlled trial in China. *Am J Publ. Health*. 2013;103:286–92.
- 147 Reducing stigma to improve engagement in HIV care among men who have sex with men. Mumbai: Humsafar Trust, International Center for Research on Women, United Nations Development Programme and STRIVE; 2013.

- 148 Thailand scaling up initiative to end HIV-related stigma. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2016.
- 149 Yiu JW, Mak WWS, Ho WS, Chui YY. Effectiveness of a knowledge-contact program in improving nursing students' attitudes and emotional competence in serving people living with HIV/AIDS. *Soc Sci Med*. 2010;71:38–44.
- 150 Still not welcome: HIV-related travel restrictions. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2019.
- 151 Risks, rights and health. New York: Global Commission on HIV and the Law; 2012.
- 152 Shannon K. Violence, condom negotiation, and HIV/STI risk among sex workers. *JAMA*. 2010;304:573.
- 153 Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M, et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *Lancet*. 2015;385:55–71.
- 154 Borquez A, Beletsky L, Nosyk B, Strathdee SA, Madrazo A, Abramovitz D, et al. The effect of public health-oriented drug law reform on HIV incidence in people who inject drugs in Tijuana, Mexico: an epidemic modelling study. *Lancet Publ Health*. 2018;3(9):E429–37.
- 155 Stannah J, Dale E, Elmes J, Staunton R, Beyrer C, Mitchell KM, et al. HIV testing and engagement with the HIV treatment cascade among men who have sex with men in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Lancet HIV*. 2019;6(11):E769-87.
- 156 Barroso J, Relf MV, Williams MS, Arscott J, Moore ED, Caiola C, et al. A randomized controlled trial of the efficacy of a stigma reduction intervention for HIV-infected women in the deep south. *AIDS Patient Care STDS*. 2014;28(9):489-98.
- 157 People living with HIV stigma index: Asia Pacific regional analysis. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2011.
- 158 Redress at 10: an analysis of addressing HIV-related discrimination in Jamaica. Washington, DC: Health Policy Plus; 2017.
- 159 Eliminating discrimination in health care: stepping stone towards ending the AIDS epidemic. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2016.
- 160 Maluwa M, Aggleton P, Parker R. HIV- and AIDS-related stigma, discrimination, and human rights: a critical overview. *Health Hum Rights*. 2002;6:1.
- 161 Compendium of cases by the Luo Council of Elders. Nairobi: KELIN; 2017.
- 162 Beletsky L, Thomas R, Smelyanskaya M, Artamonova I, Shumskaya N, Dooronbekova A, et al. Policy reform to shift the health and human rights environment for vulnerable groups: the case of Kyrgyzstan's instruction 417. *Health Hum Rights*. 2012;14(2):34–8.
- 163 International Drug Policy Consortium. Submission to the Global Commission on HIV and the Law—Asia Pacific Regional Dialogue. 2011; doi.org/10.2139/ssrn.1908915.
- 164 Gruskin S, Saftreed-Harmon K, Ezer T, Gathumbi A, Cohen J, Kameri-Mbote P. Access to justice: evaluating law, health and human rights programmes in Kenya. *J Int AIDS Soc*. 2013;16(3S2):18 726.
- 165 Lowicki-Zucca M, Spiegel PB, Kelly S, Dehne K-L, Walker N, Ghys PD. Estimates of HIV burden in emergencies. *Sex Transm Infect*. 2008;84(Suppl. 1):i42–8.
- 166 Annual report, 2017. Geneva: United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs; 2017.
- 167 Humanitarian emergencies, armed conflict and the HIV response. Brighton: Avert; 2017.
- 168 HIV in humanitarian emergencies information note. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2015.
- 169 Universal health coverage (UHC). Geneva: World Health Organization; 2019.
- 170 Taylor L. Over 17 million women and girls collect water in Africa, at risk of rape and disease. Reuters, 1 June 2016.
- 171 Puechguirbal N. Women and war in the Democratic Republic of the Congo. *Signs J Women Cult Soc*. 2003;28(4):1271–81.

172. On the frontline: catalyzing women's leadership in humanitarian action. Johannesburg: ActionAid; 2016.
- 173 Checklist on preventing and addressing conflict-related sexual violence against men and boys. Liechtenstein: All Survivors Project (<https://allsurvivorsproject.org/wp-content/uploads/2019/12/Checklist-English.pdf>).
- 174 Oser R, Ojikutu B, Odex W, Ogunlayi M, Ntumba J. HIV treatment in complex emergencies. Arlington, VA: United States Agency for International Development; 2012.
- 175 Triple threat: update. Toronto: International Council of AIDS Service Organisations and Acción Ciudadana en SIDA; 2019.
- 176 Guidelines for addressing HIV in humanitarian settings. Geneva: Inter-Agency Standing Committee; 2010.
- 177 Spiegel PB. HIV/AIDS among conflict-affected and displaced populations: dispelling myths and taking action. *Disasters*. 2004;28(3):322-39.
- 178 The gap report 2014: displaced persons. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014.
- 179 Mobula ML, Brown CA, Burnham G, Phelps BR. Need for reinforced strategies to support delivery of HIV clinical services during the Ebola outbreak in Guinea, Liberia, and Sierra Leone. *Disaster Med Publ Health Prep*. 2015;9(5):522-6.
- 180 The global database: regulations on entry, stay, and residence for people living with HIV. The Global Database on HIV related travel restrictions (<https://www.hivtravel.org/Default.aspx?PageId=143&Mode=list&StateId=4>).
- 181 Genovese S. Prosecuting UN Peacekeepers for sexual and gender-based violence in the Central African Republic. *Brooklyn J Int Law*. 2017;43.
- 182 Kirschner S, Miller A. Does peacekeeping really bring peace? Peacekeepers and combatant-perpetrated sexual violence in civil Wars. *J Conflict Resolut*. 2019;63(9):2043–70.
- 183 Reiz N, O'Lear S. Spaces of violence and (in)justice in Haiti: a critical legal geography perspective on rape, UN peacekeeping, and the United Nations Status of Forces Agreement. *Territ Polit Gov*. 2016;4(4):453–71.
- 184 Civil society and WFP increasing food security in Ukraine. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2017.
- 185 Leaver CA, Bargh G, Dunn JR, Hwang SW. The effects of housing status on health-related outcomes in people living with HIV: a systematic review of the literature. *AIDS Behav*. 2007;11:85–100.
- 186 Remarks by Devanand Milton, President of Guyana Trans United (GTU) on the occasion of the SASOD Community Paralegal Services Initiative Launch. 2017 (<https://pancap.org/pancap-releases/remarks-by-devanand-milton-president-of-guyana-trans-united-gtu/>).
- 187 Nguyen QL, Phan TV, Tran BX, Nguyen LH, Ngo C, Phan HT, et al. Health insurance for patients with HIV/AIDS in Vietnam: coverage and barriers. *BMC Health Serv Res*. 2017;17:519.
- 188 HIV, stigma and discrimination: your rights with insurance companies. London: NAM; 2018.
- 189 Gaigbe-Togbe V, Weinberger MB. The social and economic implications of HIV/AIDS. *Etude la Popul Afr*. 2004;19(B).
- 190 Grossman CI, Stangl AL. Global action to reduce HIV stigma and discrimination. *J Int AIDS Soc*. 2013;16(3S2):18 881.
- 191 What we do: HIV and AIDS. Geneva: UN Women.
- 192 Key barriers to women's access to HIV treatment: a global review. New York: UN Women; 2017 (<https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2017/12/key-barriers-to-womens-access-to-hiv-treatment>).
- 193 Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, UN Women, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United Nations Development Programme, United Nations Population Fund, United Nations Children's Fund. World Health Organization. Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: an interagency statement. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201405_sterilization_en.pdf).

- 194 Gupta GR. Gender, Sexuality, and HIV/AIDS: the what, the why, and the how—Plenary Address to the XIIth International AIDS Conference, Durban, South Africa, 9-14 July 2000.
- 195 Miller CT, Grover KW, Bunn JY, Solomon SE. Community norms about suppression of AIDS-related prejudice and perceptions of stigma by people with HIV or AIDS. *Psychol Sci.* 2011;22(5):579–83.
- 196 Chalk S. HIV and stigma: the media challenge. London: International Planned Parenthood Federation; 2014.
- 197 Rights-based monitoring and evaluation of national HIV responses. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2019.
- 198 Merson M, Inrig S. The AIDS pandemic: searching for a global response. Cham: Springer; 2017.

Приложение 1 Меры по снижению уровня стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ в общественных сферах

Справочные данные	Страна	Исследуемая группа населения	Мера	Продолжительность	Результаты
Apinudecha et al., 2007 (1)	Тайланд	Люди, живущие с ВИЧ Попечители Общественные лидеры	Развитие навыков, контактирование, структурирование	8 месяцев	Улучшение знаний Снижение стигмы
Boulay et al., 2008 (2)	Гана	Члены общин	Информирование, развитие навыков	2 месяца	Улучшение отношения и готовности заботиться о родственнике, живущем с ВИЧ
Rimal and Creel, 2008 (3)	Малави	Члены общин	Информирование, контактирование	2 года	Стигма уменьшилась только для людей с высокой функциональностью Нет изменений для людей с низкой функциональностью
Nyblade et al., 2008 (4)	Вьетнам	Члены общин	Информирование, развитие навыков, контактирование, структурирование	20 месяцев	Повышение осведомленности и улучшение отношения Снижение страха и дискриминационного поведения
Fakolade et al., 2010 (5)	Нигерия	Члены общин	Информирование, contact	4 года	Улучшение отношения
Young et al., 2010 (6)	Перу	Члены общин	Информирование, развитие навыков	2 года	Стигма уменьшилась в отношении мужчин, но не в отношении социально маргинализированных женщин
Adam et al., 2011 (7)	Канадские пользователи интернета	Мужчины, практикующие секс с мужчинами	Информирование	4 месяца	Улучшение отношения и знаний Снижение дискриминационного поведения
Nambiar et al., 2011 (8)	Индия	Люди, живущие с ВИЧ	Информирование	14 дней	Снижение устоявшейся стигмы Никаких изменений в ощущаемой стигме или стигме раскрытия информации
Tshabalala and Visser, 2011 (9)	Южная Африка	Женщины с ВИЧ	Информирование, развитие навыков	8 занятий	Снижение внутренней стигмы Без изменений в устоявшейся стигме
Nuwaha et al., 2012 (10)	Уганда	Члены общин	Информирование, консультационная поддержка, биомедицина	2 года	Улучшение отношения к людям с ВИЧ, убеждениям и практикам раскрытия информации, а также к личному рискованному поведению Повышенная вероятность тестирования на ВИЧ
Rao et al., 2012 (11)	США	Женщины с ВИЧ	Информирование, развитие навыков, консультационная поддержка, контактирование	2 дня	Снижение внутренней стигмы
Smith Fawzi et al., 2012 (12)	Гаити	Молодежь с ВИЧ и лица, осуществляющие уход	Информирование, развитие навыков	1 год	Улучшение социальной поддержки и снижение психологического стресса для исследуемого населения Снижение стигмы среди лиц, осуществляющих уход
Catalani et al., 2013 (13)	Индия	Секс-работницы Мужчины, практикующие секс с мужчинами Молодые замужние женщины Женатые мужчины	Информационный	1.5 часа	Снижение негативных суждений о людях, живущих с ВИЧ, и страха заразиться ВИЧ от случайного контакта

Jain et al., 2013 (14)	Тайланд	Члены общин	Информирование, контактирование	1 год	Улучшенные знания о передаче ВИЧ Снижение страха перед ВИЧ Снижение внутренней стигмы
Jürgensen et al., 2013 (15)	Замбия	Члены общин	Информирование, контактирование	4 года	Снижение стигмы Улучшение отношений Без изменений в воспринимаемой стигме
Low et al., 2013 (16)	Кения	Отдельные лица Общественные лидеры	Консультационная поддержка, биомедицина	18 месяцев	Снижение стигмы среди лидеров сообщества
Lakshmi and Sampathkumar, 2013 (17)	Индия	Люди, живущие с ВИЧ	Информирование, развитие навыков, консультационная поддержка	Шесть 1-часовых занятий	Улучшение отношений
Mall et al., 2013 (18)	Южная Африка	Члены общин	Информирование, развитие навыков, биомедицина	2 года	Улучшение знаний, отношения и поведения Повышенная вероятность тестирования на ВИЧ
Nyamanthi et al., 2013 (19)	Индия	Женщины с ВИЧ	Развитие навыков, консультационная поддержка	Шесть 1,5-минутных занятий	Снижение внутренней стигмы и избегания
Barroso et al., 2014 (20)	США	Женщины с ВИЧ	Информирование и развитие навыков посредством видео и ведения дневника	4 недели	Снижение внутренней стигмы и стереотипного мышления Повышение самооценки, способность справляться с самоэффективностью и социальные отношения
Rivera et al., 2014 (21)	США	Потребители инъекционных наркотиков Люди с недостаточным страхованием или не застрахованные	Информирование	1 наглядное занятие	Уменьшение вины и стыда из-за ВИЧ
Elamin et al., 2015 (22)	Судан	Люди, живущие с ВИЧ	Информирование	6 месяцев	Повышение уровня знаний о ВИЧ Полностью уменьшено негативное восприятие СПИДа как проблемы со здоровьем
Rios-Ellis et al., 2015 (23)	США	Члены общин (лишенные внимания латиноамериканцы)	Информирование	Одно занятие на 60-90 минут	Снижение стигмы в связи с ВИЧ Повышение уровня знаний, готовность к тестированию и понимание риска заражения ВИЧ
Bhatta and Liabsuetrakul, 2016 (24)	Непал	Люди, живущие с ВИЧ и получающие антиретровирусную терапию	Информирование, консультационная поддержка, контактирование	Шесть 1,5-часовых занятий	Снижение стигмы Усиление чувства наличия прав, социальной поддержки и качества жизни
Chidrawi et al., 2016 (25)	Южная Африка	Люди, живущие с ВИЧ, и члены их семей, партнеры, друзья, члены сообщества и духовные лидеры	Информирование, консультационная поддержка, контактирование	5 месяцев	Снижение ощущения стигмы среди людей, живущих с ВИЧ Улучшение отношения к людям с ВИЧ со стороны тех, кто живет рядом
Payne-Foster et al., 2017 (26)	США	Члены общин (церковь)	Информирование	Восемь 1-часовых модулей	Снижение стигмы на индивидуальном уровне
Li et al., 2017 (27)	Канада	Люди, живущие с ВИЧ Этно-расовые лидеры из расово-диаспорных сообществ	Информирование, контактирование, совместное обучение	12 месяцев	Снижение стигмы в связи с ВИЧ, повышенная готовность "принимать меры для позитивных социальных изменений"
France et al., 2019, (28)	Зимбабве	Люди, живущие с ВИЧ	Информирование, консультационная поддержка	12 недель	Снижение уровня самостигмы и депрессии

1. Apinundecha C, Laohasiriwong W, Cameron MP, Lim S. A community participation intervention to reduce HIV/AIDS stigma, Nakhon Ratchasima province, northeast Thailand. *AIDS Care*. 2007;19:1157–65.
2. Boulay M, Tweedie I, Fiagbey E. The effectiveness of a national communication campaign using religious leaders to reduce HIV-related stigma in Ghana. *Afr J AIDS Res*. 2008;7(1):133–41.
3. Rimal RN, Creel AH. Applying social marketing principles to understand the effects of the Radio Diaries program in reducing HIV/AIDS stigma in Malawi. *Health Mark Q*. 2008;25:119–46.
4. Nyblade L, Hong KT, Anh NV, Ogden J, Jain A, Stangl A. Communities confront HIV stigma in Viet Nam: participatory interventions reduce HIV-related stigma in two provinces. Washington, DC: International Center for Research on Women and Institute for Social and Development Studies; 2008.
5. Fakolade R, Adebayo SB, Anyanti J, Ankomah A. The impact of exposure to mass media campaigns and social support on levels and trends of HIV-related stigma and discrimination in Nigeria: tools for enhancing effective HIV prevention programmes. *J Biosoc Sci*. 2010;42(3):395–407.
6. Young SD, Konda K, Caceres C, Galea J, Sung-Jae L, Salazar X, et al. Effect of a community popular opinion leader HIV/STI intervention on stigma in urban, coastal Peru. *AIDS Behav*. 2011;15:930–37.
7. Adam BD, Murray J, Ross S, Oliver J, Lincoln SG, Rynard V. Hivstigma.com, an innovative web-supported stigma reduction intervention for gay and bisexual men. *Health Educ Res*. 2011;26:795–807.
8. Nambiar D, Ramakrishnan V, Kumar P, Varma R, Balaji N, Rajendran J, et al. Knowledge, stigma, and behavioral outcomes among antiretroviral therapy patients exposed to Nalamdana's radio and theater program in Tamil Nadu, India. *AIDS Educ Prev*. 2011;23(4):351–66.
9. Tshabalala J, Visser M. Developing a cognitive behavioural therapy model to assist women to deal with HIV and stigma. *South Afr J Psychol*. 2011;41(1):17–28.
10. Nuwaha F, Kasasa S, Wana G, Muganzi E, Tumwesigye E. Effect of home-based HIV counselling and testing on stigma and risky sexual behaviours: Serial cross-sectional studies in Uganda. *J Int AIDS Soc*. 2012;15(2):17–23.
11. Rao D, Desmond M, Andrasik M, Rasberry T, Lambert N, Cohn SE, et al. Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of the unity workshop: an internalized stigma reduction intervention for African American women living with HIV. *AIDS Patient Care STDS*. 2012;26:614–20.
12. Smith Fawzi MC, Eustache E, Oswald C, Louis E, Surkan PJ, Scanlan F, et al. Psychosocial support intervention for HIV-affected families in Haiti: Implications for programs and policies for orphans and vulnerable children. *Soc Sci Med*. 2012;74(10):1494–503.
13. Catalani C, Castaneda D, Spielberg F. Development and assessment of traditional and innovative media to reduce individual HIV/AIDS-related stigma attitudes and beliefs in India. *Front Public Health*. 2013;1:21.
14. Jain A, Nuankaew R, Mongkholwiboolphol N, Banpabuth A, Tuvun R, Oranop Na Ayuthaya P, et al. Community-based interventions that work to reduce HIV stigma and discrimination: results of an evaluation study in Thailand. *J Int AIDS Soc*. 2013;16(3 Suppl. 2):18–21.
15. Jürgensen M, Sandøy IF, Michelo C, Fylkesnes K. Effects of home-based voluntary counselling and testing on HIV-related stigma: findings from a cluster-randomized trial in Zambia. *Soc Sci Med*. 2013;81:18–25.
16. Low C, Pop-Eleches C, Rono W, Plous E, Kirk A, Ndege S, et al. The effects of home-based HIV counseling and testing on HIV/AIDS stigma among individuals and community leaders in western Kenya: evidence from a cluster-randomized trial 1,2. *AIDS Care*. 2013;25:S97–107.
17. Lakshmi MG, Sampathkumar A. Impact of psycho-education on stigma in people living with HIV/AIDS. *Int J Soc Sci Tomorrow* 2013;2:1–10.
18. Mall S, Middelkoop K, Mark D, Wood R, Bekker L-G. Changing patterns in HIV/AIDS stigma and uptake of voluntary counselling and testing services: the results of two consecutive community surveys conducted in the Western Cape, South Africa. *AIDS Care*. 2013;25:194–201.
19. Nyamathi A, Ekstrand M, Salem BE, Sinha S, Ganguly KK, Leake B. Impact of Asha intervention on stigma among rural Indian women with AIDS. *West J Nurs Res*. 2013;35(7):867–83.

20. Barroso J, Relf MV, Williams MS, Arscott J, Moore ED, Caiola C, et al. A randomized controlled trial of the efficacy of a stigma reduction intervention for HIV-infected women in the deep south. *AIDS Patient Care STDS*. 2014;28:543–54.
21. Rivera AV., DeCuir J, Crawford ND, Amesty S, Harripersaud K, Lewis CF. Factors associated with HIV stigma and the impact of a nonrandomized multi-component video aimed at reducing HIV stigma among a high-risk population in New York City. *AIDS Care*. 2015;27(6):772–6.
22. Elamin MO, Ahmed HRM, Ali FF. Effect of innovative intervention in eliminating stigma and discrimination among people living with AIDS in Khartoum state, Sudan 2013. *Eur Sci J*. 2015;11:15.
23. Rios-Ellis B, Becker D, Espinoza L, Nguyen-Rodriguez S, Diaz G, Carricchi A, et al. Evaluation of a community health worker intervention to reduce HIV/AIDS stigma and increase HIV testing among underserved latinos in the southwestern U.S. *Publ Health Rep*. 2015;130(5):458–67.
24. Bhatta DN, Liabsuetrakul T. Efficacy of a social self-value empowerment intervention to improve quality of life of HIV infected people receiving antiretroviral treatment in Nepal: a randomized controlled trial. *AIDS Behav*. 2017;21:1620–31.
25. Chidrawi HC, Greeff M, Temane QM, Doak CM. HIV stigma experiences and stigmatisation before and after an intervention. *Health SA Gesondheid*. 2016;21:196–205.
26. Payne-Foster P, Bradley ELP, Aduloju-Ajijola N, Yang X, Gaul Z, Parton J, et al. Testing our FAITHH: HIV stigma and knowledge after a faith-based HIV stigma reduction intervention in the Rural South. *AIDS Care*. 2018;30(2):232–9.
27. Li ATW, Fung KPL, Maticka-Tyndale E, Wong JPH. Effects of HIV stigma reduction interventions in diasporic communities: insights from the CHAMP study. *AIDS Care*. 2018;30(6):739–45.
28. France NF, Macdonald SHF, Conroy RR, Chiroro P, Cheallaigh DN, Nyamucheta M, et al. “We are the change”: an innovative community-based response to address self-stigma—a pilot study focusing on people living with HIV in Zimbabwe. *PLoS One*. 2019;14(2):e0213465.

Приложение 2 Меры по снижению уровня стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ в сферах трудоустройства

Справочные данные	Страна	Исследуемая группа населения	Мера	Продолжительность	Результаты
Richter et al., 2012 (1)	Ангола, Камерун, Чад, Кот-д'Ивуар, Экваториальная Гвинея, Кения, Нигерия.	Работники на рабочих местах	Информирование, развитие навыков	15 получасовых занятий на протяжении 12–18 месяцев	Улучшение отношения и расширение знаний о ВИЧ и о стигме и дискриминации в связи с ВИЧ
Poteat et al., 2017 (2)	38 стран	2825 участников, включая сотрудников ПЕПФАР и разработчиков программ, сотрудников правительства США и местных заинтересованных сторон	Информирование, развитие навыков, контактирование	1-дневный тренинг	Улучшение отношения к представителям гендерных и сексуальных меньшинств Повышение самооэффективности для принятия мер по снижению стигмы и дискриминации Повышение осведомленности об организациях, которые поддерживают здоровье и права представителей гендерных и сексуальных меньшинств в стране.

ПЕПФАР, Чрезвычайный план президента США по борьбе со СПИДом.

1. Richter K, Phillips SC, McInnis AM, Rice DA. Effectiveness of a multi-country workplace intervention in sub-Saharan Africa. *AIDS Care*. 2012;24:180–85.
2. Poteat T, Park C, Solares D, Williams JK, Wolf RC, Metheny N, et al. Changing hearts and minds: results from a multi-country gender and sexual diversity training. *PLoS One*. 2017;12(9):e0184484.

Приложение 3 Меры по снижению уровня стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ в сферах образования

Справочные данные	Страна	Изучаемая группа населения	Мера	Продолжительность	Результаты
Paxton, 2002 (1)	Австралия	Учащиеся (средняя школа)	Контактирование	12 бесед; 3-месячное наблюдение	Улучшение отношения (хотя было обнаружено, что оно уменьшилось при последующем наблюдении)
Lau et al., 2005 (2)	Китай, особый административный район Гонконг	Учащиеся (классы 9–10)	Информирование, контактирование	2 недели	Улучшение знаний Снижение дискриминационного отношения к людям с ВИЧ и их негативного восприятия
Deutsch, 2007 (3)	США	Учащиеся (университет)	Информирование, развитие навыков посредством видео		Улучшение отношения Снижение стигмы
Norr et al., 2007 (4)	Малави	Преподаватели	Информирование, развитие навыков, экспертные группы	Шесть 2-часовых занятий	Улучшение знаний, отношения, самооффективности, намерения изменяться, личного поведения, связанного с риском заражения ВИЧ Некоторые показатели стигматизации остались без изменений
Bell et al., 2008 (5)	Южная Африка	Учащиеся (начальная школа) Попечители	Развитие навыков	Десять 90-минутных занятий	Улучшение уровня знаний и снижение стигмы среди учащихся
Bekele and Ali, 2008 (6)	Эфиопия	Учащиеся (старшая школа)	Информирование, развитие навыков	8 часов	Снижение стигмы
Sorcar, 2009 (7)	Индия	Учащиеся (старшая школа и колледж)	Информирование	3 этапа, 1 год	Улучшение отношения и знаний Уменьшение страха Повышенная вероятность самостоятельного поиска информации о ВИЧ
Brown, 2009 (8)	Южная Африка	Учащиеся (университет)	Информирование, контактирование	3 недели	Улучшение отношения к людям с ВИЧ Повышенный интерес к знаниям о ВИЧ и готовность поддерживать людей с ВИЧ, когда это необходимо
Chao et al., 2010 (9)	Южная Африка	Преподаватели	Информирование, развитие навыков, контактирование, консультационная поддержка	Интерактивный компьютерный курс или 2-дневный семинар по уходу и поддержке	Снижение стигматизирующего отношения Улучшение знаний
Li et al., 2011 (10)	Китай	Учащиеся (старшая школа)	Информирование	Восемь 90-минутных занятий	Улучшение знаний Снижение стигматизирующего отношения
Denison et al., 2012 (11)	Замбия	Учащиеся (классы 8–9)	Информирование, развитие навыков	1 месяц	Улучшение знаний, отношения, самооффективности, личного поведения, связанного с риском заражения ВИЧ
Harper et al., 2014 (12)	США	Молодые люди (от 16 до 24 лет), у которых впервые диагностирован ВИЧ ¹	Информирование, развитие навыков, консультационная поддержка	Два индивидуальных занятия и девять еженедельных 2-часовых групповых занятий; 3-месячное наблюдение	Улучшение персонализированной стигмы, проблем раскрытия информации и самооценки после принятых меры Отсутствие положительных изменений в отношении общественного мнения Гендерный анализ показывает положительные результаты для мужской части молодежи после принятия мер и при последующем наблюдении
Kerr et al., 2015 (13)	США	Афроамериканские подростки	Информирование	12 месяцев	Повышение уровня знаний о ВИЧ Снижение стигмы

¹ 60% участников исследования были зачислены в школу.

1. Paxton S. The impact of utilizing HIV-positive speakers in AIDS education. *AIDS Educ Prev.* 2002;14:282–94.
2. Lau JT, Tsui HY, Chan K. Reducing discriminatory attitudes toward people living with HIV/AIDS (PLWHA) in Hong Kong: an intervention study using an integrated knowledge-based PLWHA participation and cognitive approach. *AIDS Care.* 2005; 17:85–101.
3. Deutsch H. Reducing HIV stigma: a common group identity perspective. Honours project. Bloomington, IL: Illinois Wesleyan University; 2007.
4. 127 Norr KF, Ferrer L, Cianelli R, Crittenden KS, Irrarázabal L, Cabieses B, et al. Peer group intervention for HIV prevention among health workers in Chile. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2012;23:73–86.
5. Bell CC, Gibbons RT, Amatya AP, Bhana AN, Petersen IE, McKay MM, et al. Building protective factors to offset sexually risky behaviors among black youths: a randomized control trial. *J Natl Med Assoc.* 2008;100:936–44.
6. Bekele A, Ali A. Effectiveness of IEC interventions in reducing HIV/AIDS related stigma among high school adolescents in Hawassa, Southern Ethiopia. *Ethiop J Health Dev.* 2008;22:232–42.
7. Sorcar P. Teaching taboo topics without talking about them: an epistemic study of a new approach to HIV/AIDS prevention education in India. Ann Arbor, MI: ProQuest Information & Learning; 2009.
8. Brown DC. Reducing HIV and AIDS stigma among university students in South Africa. Ann Arbor, MI: ProQuest Information & Learning; 2009.
9. Chao L-W, Gow J, Akintola G, Pauly M. HIV/AIDS stigma attitudes among educators in KwaZulu-Natal, South Africa. *J Sch Health.* 2010;80:561–9.
10. Li X, Zhang L, Mao R, Zhao Q, Stanton B. Effect of social cognitive theory-based HIV education prevention program among high school students in Nanjing, China. *Health Educ Res.* 2011;26:419–31.
11. Denison JA, Tsui S, Bratt J, Torpey K, Weaver MA, Kabaso M. Do peer educators make a difference? An evaluation of a youth-led HIV prevention model in Zambian Schools. *Health Educ Res.* 2012;27:237–47.
12. Harper GW, Lemos D, Hosek SG. Stigma reduction in adolescents and young adults newly diagnosed with HIV: findings from the project ACCEPT intervention. *AIDS Patient Care STDS.* 2014;28:543–54.
13. Kerr JC, Valois RF, DiClemente RJ, Carey MP, Stanton B, Romer D, et al. The effects of a mass media HIV-risk reduction strategy on HIV-related stigma and knowledge among African American adolescents. *AIDS Patient Care STDS.* 2015;29:150–56.

Приложение 4 Меры по снижению уровня стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ в сферах здравоохранения

Справочные данные	Страна	Изучаемая группа населения	Мера	Продолжительность	Результаты
Ezedinachi, 2002 (1)	Нигерия	Медицинские работники	Информирование, развитие навыков	30 семинаров, годовое наблюдение	Улучшение отношения Уменьшение страха Лучшее понимание прав людей, живущих с ВИЧ Улучшение лечебного климата
Al-Mazrou et al., 2005 (2)	Саудовская Аравия	Учащиеся (средний медперсонал)	Информирование	1 год	Улучшение отношения и знаний Повышенное предпочтение конфиденциальности данных
Williams et al., 2006 (3)	Китай	Средний медицинский персонал	Информирование, развитие навыков	5-дневный семинар	Улучшение знаний и отношения к людям с ВИЧ, повышенная готовность их лечить
Pisal et al., 2007 (4)	Индия	Средний медицинский персонал	Информирование, развитие навыков, контактирование	4 дня	Повышение уровня знаний о ВИЧ Снижение страха и стигмы (за исключением случаев уборки стула и мочи людей с ВИЧ)
Khuat Thi Hai et al., 2008 (5)	Вьетнам	Медицинские работники	Информирование, развитие навыков, контактирование, структурирование	1-дневный семинар, 1,5-дневный тренинг (Группа А), 2-дневный тренинг (Группа В)	Снижение стигмы, основанной на страхе и ценностях Снижение дискриминационного поведения и практики
Wu et al., 2008 (6)	Китай	Поставщики медицинских услуг	Информирование, развитие навыков	4-часовое занятие; 3- и 6-месячное наблюдение	Улучшение отношения и знаний Повышенная вероятность защиты конфиденциальности и прав пациентов
Kaponda et al., 2009 (7)	Малави	Медицинские работники	Информирование, развитие навыков		Улучшение отношения и знаний Снижение стигмы Повышенная самооффективность
Uys et al., 2009 (8)	Лесото, Малави, Южная Африка, Свазиленд, Объединенная Республика Танзания	Медсестры, бригады медсестер, люди, живущие с ВИЧ	Информирование, развитие навыков, контактирование	5 дней, 10 семинаров	Снижение перенесенной стигмы Повышенная самооценка среди людей, живущих с ВИЧ Отсутствие снижения уровня перенесенной стигмы Улучшение поведения медсестер при тестировании на ВИЧ
Wang et al., 2009 (9)	Китай	Врачи	Развитие навыков	10-дневная программа обучения вопросам ВИЧ и консультирование по снижению риска	Повышение уровня знаний Снижение стигмы
Yiu et al., 2010 (10)	Китай, особый административный район Гонконг	Студенты (средний медперсонал)	Информирование, контактирование	50-минутная лекция, 6-недельное наблюдение	Улучшение знаний, повышенная готовность лечить Снижение стигматического отношения и снижение страха перед инфекцией
Neema et al., 2012 (11)	Уганда	Люди, ищущие связанные с ВИЧ услуги	Развитие навыков	18 месяцев	Снижение самостигмы Улучшение знаний, самооценки и общения
Norr et al., 2012 (12)	Чили	Медицинские работники	Информационно-ориентированная работа группы экспертов	8 занятий, 3-месячное наблюдение	Улучшение знаний, отношения и личного поведения, связанного с риском заражения ВИЧ
Li et al., 2013 (14)	Китай	Поставщики медицинских услуг	Информирование, развитие навыков, структурирование	14 месяцев	Снижение стигматизирующего отношения и поведения Повышенная правовая поддержка в больнице
Li et al., 2013 (14)	Китай	Поставщики медицинских услуг	Информирование, развитие навыков	4 еженедельных групповых занятия в течение 1 месяца	Улучшение отношения к людям с ВИЧ
Arora et al., 2014 (15)	Индия	Студенты медучилищ	Информирование, развитие навыков	5 дней	Лучшее понимание ВИЧ и СПИДа Улучшенные представления о ВИЧ и СПИДе

Li et al., 2013 (14)	Китай	Медицинские работники	Информирование, развитие навыков, структурирование	12 месяцев	Улучшение отношения и поведения (соблюдение универсального протокола в отношении мер предосторожности)
Pulerwitz et al., 2015 (17)	Вьетнам	Медицинские работники	Информирование, развитие навыков, структурирование, контактирование	6 месяцев	Снижение стигматизирующего отношения и дискриминационного поведения
Lohiniva et al., 2016 (18)	Египет	Медицинские работники	Информирование, развитие навыков, контактирование	4 месяца	Снижение стигмы, основанной на страхе и ценностях
Batey et al., 2016 (19)	США	Медицинские работники Люди, живущие с ВИЧ	Информирование, развитие навыков, контактирование	1,5-дневный семинар (всего 12 часов)	Повышение осведомленности о стигме среди медицинских работников Снижение беспокойства среди людей, живущих с ВИЧ
Geibel et al., 2016 (20)	Бангладеш	Поставщики медицинских услуг	Информирование, развитие навыков	Три 90-минутных занятия	Снижение стигматизирующего отношения Улучшение опыта молодых людей

1. Ezedinachi E. The impact of an intervention to change health workers' HIV/AIDS attitudes and knowledge in Nigeria a controlled trial. *Publ Health.* 2002;116:106–12.
2. Al-Mazrou YY, Abouzeid MS, Al-Jeffri MH. Impact of health education on knowledge and attitudes of Saudi paramedical students toward HIV/AIDS. *Saudi Med J.* 2005;26:1788–95.
3. Williams AB, Wang H, Burgess J, Wu C, Gong Y. Effectiveness of an HIV/AIDS educational programme for Chinese nurses. *J Adv Nurs.* 2006;53:710–20.
4. Pisal H, Sutar S, Sastry J, Kapadia-Kundu N, Joshi A, Joshi M, et al. Nurses' health education program in India Increases HIV Knowledge and Reduces Fear. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2007;18(6):32–43.
5. Khuat TO, Ashburn K, Pulerwitz J, Ogden J, Nyblade L. Improving hospital- based quality of care in Vietnam by reducing HIV-related stigma and discrimination, a Horizons final report. Washington, DC: Population Council; 2008.
6. Wu S, Li L, Wu Z, Liang L-J, Cao H, Yan Z, et al. A brief HIV stigma reduction intervention for service providers in China. *AIDS Patient Care STDS.* 2008;22:6.
7. Kaponda CPN, Jere DL, Chimango JL, Chimwaza AF, Crittenden KS, Kachingwe SI, et al. Impacts of a peer-group intervention on HIV-related knowledge, attitudes, and personal behaviors for urban hospital workers in Malawi. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2009;20(3):230–42.
8. Uys L, Chirwa M, Kohi T, Greeff M, Naidoo J, Makoe L, et al. Evaluation of a health setting-based stigma intervention in five African countries. *AIDS Patient Care STDS.* 2009;23(12):1059–66.
9. Wang D, Operario D, Hong Q, Zhang H, Coates TJ. Intervention to train physicians in rural China on HIV/STI knowledge and risk reduction counseling: preliminary findings. *AIDS Care.* 2009;21:468–72.
10. Yiu JW, Mak WWS, Ho WS, Chui YY. Effectiveness of a knowledge-contact program in improving nursing students' attitudes and emotional competence in serving people living with HIV/AIDS. *Soc Sci Med.* 2010;71:38–44.
11. Neema S, Atuyambe LM, Otolok-Tanga E, Twijukye C, Kambugu A, Thayer L, et al. Using a clinic based creativity initiative to reduce HIV related stigma at the infectious diseases institute, Mulago national referral hospital, Uganda. *Afr Health Sci.* 2012;12:2.
12. Norr KF, Ferrer L, Cianelli R, Crittenden KS, Irrarrazabal L, Cabieses B, et al. Peer group intervention for HIV prevention among health workers in Chile. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2012;23:73–86.
13. Li L, Wu Z, Liang L-J, Lin C, Guan J, Jia M, et al. Reducing HIV-related stigma in health care settings: a randomized controlled trial in China. *Am J Publ. Health.* 2013;103:286–92.
14. Li L, Guan J, Liang LJ, Lin C, Wu Z. Popular opinion leader intervention for HIV stigma reduction in health care settings. *AIDS Educ Prev.* 2013;25(4):327–35.

15. Arora, S, Jyoti, S, Chakravarty S. Effectiveness of an empowering programme on student nurses' understanding and beliefs about HIV/AIDS. *Int J Nurs Educ.* 2014;6:89–93.
16. Li L, Liang LJ, Lin C, Wu Z. Addressing HIV stigma in protected medical settings. *AIDS Care.* 2015;27(12):1439–42.
17. Pulerwitz J, Oanh KTH, Akinwolemiwa D, Ashburn K, Nyblade L. Improving hospital-based quality of care by reducing HIV-related stigma: evaluation results from Vietnam. *AIDS Behav.* 2015;19:246-56.
18. Lohiniva AL, Benkirane M, Numair T, Mahdy A, Saleh H, Zahran A, et al. HIV stigma intervention in a low-HIV prevalence setting: A pilot study in an Egyptian healthcare facility. *AIDS Care.* 2016;28(5):644–52.
19. Batey DS, Whitfield S, Mulla M, Stringer KL, Durojaiye M, McCormick L, et al. Adaptation and Implementation of an Intervention to Reduce HIV-Related Stigma Among Healthcare Workers in the United States: Piloting of the FRESH Workshop. *AIDS Patient Care STDS.* 2016;30(11):519–27.
20. Geibel S, Hossain SMI, Pulerwitz J, Sultana N, Hossain T, Roy S, et al. Stigma reduction training improves healthcare provider attitudes toward, and experiences of, young marginalized people in Bangladesh. *J Adolesc Health.* 2017;60(2S2):S35–44.

Приложение 5 Меры по снижению стигмы и дискриминации в отношении ВИЧ в сфере правосудия

Справочные данные	Страна	Исследуемая группа населения	Мера	Продолжительность	Результаты
Argento et al., 2011 (1)	Индия	Секс-работники Лесбиянки, бисексуалы, геи и трансгендеры Полиция Основное население	Структурирование на уровне сообщества	4 года на момент оценки	Снижение уровня насилия со стороны полицейских по отношению к секс-работникам
Gurnani et al., 2011 (2)	Индия ¹	Секс-работницы Правительственные чиновники Полиция Журналисты Медицинские работники	Развитие навыков, консультационная поддержка, контактирование, структурирование	4 года	Уполномоченные секс-работницы Улучшение взаимодействия со службами здравоохранения и реакция политиков Увеличение количества нестигматизирующих материалов в СМИ Снижение стигмы со стороны сотрудников полиции
Beletsky et al., 2012 (3)	Кыргызстан	Полиция	Информирование, развитие навыков, структурирование (политика на национальном уровне)	Около 2 лет на момент оценки	Улучшенные знания и отношение к снижению вреда и политике в отношении секс-работников
Beletsky et al., 2012 (3)	Кыргызстан	Полиция	Информирование, развитие навыков, структурирование	46 часов занятий	Улучшение знаний о политике в отношении секс-работников и вероятности направления в службы по снижению вреда Снижение намерений конфискации шприцев
Gruskin et al., 2013 (5)	Кения	Люди, живущие с ВИЧ Пережившие гендерное насилие Поставщики услуг	Информирование, развитие навыков, контактирование, структурирование (улучшенный доступ к юридическим услугам) ²		Повышение правовой грамотности, способности общаться с поставщиками медицинских услуг, а также доступа к медицинскому обслуживанию и правосудию для людей, живущих с ВИЧ. Повышение осведомленности медицинских работников о дискриминационной практике и нарушениях прав человека

¹ Оценка предусматривает предварительное и послетестовое тестирование.

² В рамках этой оценки были оценены три принятые юридические меры, имеющие различную продолжительность.

1. Argento E, Reza-Paul S, Lorway R, Jain J, Bhagya M, Fathima M, et al. Confronting structural violence in sex work: lessons from a community-led HIV prevention project in Mysore, India. *AIDS Care*. 2011;23(1):69–74.
2. Gurnani V, Beattie TS, Bhattacharjee P, Mohan H, Maddur S, Washington R, et al. An integrated structural intervention to reduce vulnerability to HIV and sexually transmitted infections among female sex workers in Karnataka state, south India. *BMC Publ Health*. 2011;11:755.
3. Beletsky L, Thomas R, Smelyanskaya M, Artamonova I, Shumskaya N, Dooronbekova A, et al. Policy reform to shift the health and human rights environment for vulnerable groups: the case of Kyrgyzstan's instruction 417. *Health Hum Rights*. 2012;14(2):34–8.
4. Beletsky L, Thomas R, Shumskaya N, Artamonova I, Smelyanskaya M. Police education as a component of national HIV response: lessons from Kyrgyzstan. *Drug Alcohol Depend*. 2013;132(Suppl. 1):S48–52.
5. Gruskin S, Safreed-Harmon K, Ezer T, Gathumbi A, Cohen J, Kameri-Mbote P. Access to justice: evaluating law, health and human rights programmes in Kenya. *J Int AIDS Soc*. 2013;16(3S2):18 726.

Авторское право © 2020
Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС)
Все права защищены.

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. ЮНЭЙДС не гарантирует полноту и правильность содержащейся в данной публикации информации, и не несет ответственности за ущерб, связанный с ее использованием.

ЮНЭЙДС/JC2990R

Документ, разработанный под руководством ЮНЭЙДС, рассмотрен членами Глобального партнерства для искоренения всех форм стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ и командой Сообществ, прав и гендера Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Рабочая группа соорганизаторов Глобального партнерства:



Члены технической рабочей группы Глобального партнерства, которые предоставили свое время и опыт во время рецензирования документа:



ЮНЭЙДС
Объединенная Программа ООН
по ВИЧ/СПИДУ

20 Avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland

+41 22 791 3666

unaids.org