ИНТЕГРАЦИЯ ГЕНДЕРНЫХ КОНЦЕПЦИЙ В ПРОГРАММЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА РАБОТУ С УЯЗВИМЫМИ ГРУППАМИ

ТЕХНИЧЕСКИЙ ОБЗОР

AIDSTAR-One
AIDS SUPPORT AND TECHNICAL ASSISTANCE RESOURCES

ДЕКАБРЬ 2010

Данная публикация была подготовлена в рамках Проекта по ресурсам поддержки и технической помощи по СПИДу, Сектор 1, Техническое задание 1 (AIDSTAR-One), контракт USAID № GHH-I-00-07-00059-00, финансирование от 31 января 2008 г.

Проект по ресурсам поддержки и технической помощи по СПИДу

Проект по ресурсам поддержки и технической помощи по СПИДу, Сектор 1, Техническое задание 1 (AIDSTAR-One) финансируется Агентством США по международному развитию согласно контракту № GHH-I-00–07–00059–00, финансирование от 31 января 2008 г. Проект AIDSTAR-One реализуется компанией John Snow Inc. в сотрудничестве с такими организациями, как Broad Reach Healthcare, Encompass, LLC, International Center for Research on Women, MAP International, Mothers 2 Mothers, Social and Scientific Systems, Inc., University of Alabama at Birmingham, the White Ribbon Alliance for Safe Motherhood и World Education. Проект оказывает техническую поддержку Департаменту по ВИЧ/СПИДу и территориальным представительствам Правительства США, а также предоставляет технические ресурсы и помощь в стабильном внедрении, стратегическом планировании и реализации программ.

Выражение благодарности:

AIDSTAR-One выражает благодарность членам технической рабочей группы PEPFAR по гендерным вопросам за тщательное редактирование настоящего документа.

Рекомендации по цитированию:

Спратт, Каи. 2010. *Технический обзор: Интеграция гендерных концепций в программы, направленные на работу с уязвимыми группами.* Арлингтон, Вирджиния: USAID, Проект по ресурсам поддержки и технической помощи по СПИДу (AIDSTAR-One), Техническое задание 1.

Мнение автора, содержащееся в настоящей публикации, может не совпадать со взглядами Агентства США по международному развитию и Правительства США.

AIDSTAR-One

John Snow, Inc.
1616 Fort Myer Drive, 11th Floor
Arlington, VA 22209 USA
Phone: 703-528-7474
Fax: 703-528-7480
E-mail: info@aidstar-one.com
Internet:www.aidstar-one.com

ВВЕДЕНИЕ

Гендерное неравенство[1] является одной из основных движущих сил эпидемии ВИЧ-инфекции, поэтому интеграция стратегий, целью которых является преодоление гендерного неравенства и изменение опасных гендерных стереотипов, является исключительно важным компонентом программ борьбы с ВИЧ, реализуемых при поддержке Правительства США в странах с генерализованной эпидемией. Намного меньше внимания уделяется интеграции гендерных стратегий в программы, направленные на работу с наиболее уязвимыми группами населения, к которым относятся мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ), трансгендерные люди (ТГ), потребители инъекционных наркотиков (ПИН), а также женщины, мужчины и ТГ, работающие в сфере коммерческого секса, в странах со смешанной или концентрированной эпидемией.[2] Цель настоящего документа — представить вниманию руководителей программ и лиц, осуществляющих планирование, обзор последней исследовательской литературы по вопросам гендерных ограничений, характерных для наиболее уязвимых групп населения, перспективных подходов к реализации программ, а также гендерных проблем, которые необходимо принимать во внимание при осуществлении программ, направленных на снижение рисков инфицирования ВИЧ среди наиболее уязвимых групп населения.

Хотя для отдельных уязвимых групп населения характерны те или иные уникальные модели поведения, рискованного с точки зрения инфицирования ВИЧ, и факторы уязвимости, появляется все больше доказательств наличия общих для этих групп моделей рискованного поведения. Например, некоторые МСМ и секс-работники могу употреблять инъекционные наркотики, некоторые МСМ и ПИН могут предоставлять секс-услуги, а некоторые МСМ могут быть потребителями услуг мужчин и женщин коммерческого секса (Berry et al. 2009). В настоящем техническом обзоре указанная тенденция принимается во внимание, однако при этом документ структурирован по отдельным наиболее уязвимым группам населения, поскольку в большинстве программ работа строится именно по этому принципу.

Во многих странах модели поведения, повышающие риск инфицирования ВИЧ среди указанных групп населения, подвергаются стигматизации и/или преследованиям по закону. В 69% стран с низкоуровневой или концентрированной эпидемией имеются в наличии законы, нормативные положения или принципы, создающие барьеры на пути доступа уязвимых групп к услугам в связи с ВИЧ (World Health Organization [WHO]/Joint U.N. Programme on HIV/AIDS [UNAIDS] 2008). Это приводит к недооценке численности

---

[1] *Гендерное равенство* должно основываться на принципе, что, поскольку потребности мужчин и женщин различны, распределение ресурсов и программных усилий должно пропорционально соответствовать таким потребностям; должны быть обеспечены равные возможности; также, при необходимости, должны предоставляться различные варианты лечения и поддержки для того, чтобы обеспечить равные результаты и последствия программ, а также компенсировать сложившиеся исторические и социальные условия, неблагоприятные для женщин или мужчин. См. http://www.unfpa.org/gender/index.htm.

[2] В условиях смешанной эпидемии распространенность ВИЧ среди наиболее уязвимых групп и общего населения практически одинакова (Wilson 2006). В условиях концентрированной эпидемии распространенность ВИЧ превышает 5% по крайней мере в одной уязвимой группе, и в то же время составляет менее 1% среди беременных женщин в городской местности (World Health Organization [WHO]/Joint U.N. Programme on HIV/AIDS [UNAIDS] 2009).

наиболее уязвимых групп населения, а также распространенности ВИЧ-инфекции в них (American Foundation for AIDS Research [amfAR] 2006). Несмотря на противоречивые стереотипы, многие представители уязвимых групп вовлечены в долгосрочные близкие отношения с партнерами, которых не принимают во внимание программы, направленные на работу с уязвимыми группами. Например, в недавнем отчете ЮНЭЙДС (2009), посвященном странам Азии, говорилось о том, что передача ВИЧ-инфекции женщинам со стороны их постоянных партнеров-мужчин, которые употребляют инъекционные наркотики, вступают в сексуальные связи с другими мужчинами или со случайными партнерами-женщинами, а также пользуются услугами женщин секс-бизнеса, служит причиной увеличивающейся доли гетеросексуального пути инфицирования ВИЧ среди женщин данного региона.

Национальные меры, направленные на борьбу с эпидемией ВИЧ среди наиболее уязвимых групп населения, остаются слабыми и внедряются недостаточно оперативно. Во многих странах затраты на профилактику ВИЧ-инфекции в уязвимых группах составляют небольшую часть общих затрат на профилактику (WHO/UNAIDS 2008). В таких странах, как Таиланд, Камбоджа и Сенегал, которым успешно удалось преодолеть растущую распространенность ВИЧ-инфекции среди общего населения и среди женщин коммерческого секса, ПИН, МСМ, а также мужчины и ТГ, оказывающие секс-услуги, только недавно были включены в национальные эпидемиологические протоколы (Beyrer 2007). Чуть более половины стран с растущей распространенностью ВИЧ среди наиболее уязвимых групп разработали бюджеты, в которых предусмотрены затраты на антиретровирусную терапию (АРТ) для лиц, нуждающихся в лечении (UNAIDS 2008). За редким исключением, инициатива в реализации программ, направленных на работу с уязвимыми группами, на уровне сообществ исходит от общественных организаций, а не от правительств. Группы населения, подвергающиеся наибольшему риску ВИЧ-инфекции, по-прежнему остаются вне зоны внимания большинства лиц, определяющих национальную политику, осуществляющих планирование и отвечающих за реализацию программ (Sawires et al. 2009).[3]

ПРОГРАММЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА РАБОТУ С НАИБОЛЕЕ УЯЗВИМЫМИ ГРУППАМИ

Потребители инъекционных наркотиков

По оценкам ЮНЭЙДС (2008), от 3 до 4 миллионов ПИН живут с ВИЧ. Во всем мире 10% всех случаев инфицирования ВИЧ происходит по причине инъекционного употребления наркотиков. Данный фактор является движущей силой эпидемии ВИЧ в Восточной Европе, Юго-Восточной Азии, а также в южной части Латинской Америки. В некоторых

[3] В странах с генерализованной эпидемией может также наблюдаться подэпидемия, концентрированная в определенных группах населения. В условиях генерализованной эпидемии редко встречаются программы для наиболее уязвимых групп, поэтому в настоящем техническом обзоре подробно рассмотрены исключительно страны с концентрированной эпидемией. Однако научные данные свидетельствуют о том, что представители уязвимых групп, проживающие в странах с генерализованной эпидемией, таких как Танзания и ЮАР, ощущают на себе такую же стигматизацию, дискриминацию и нарушение прав человека, как и представители этих групп, проживающие в странах с концентрированной эпидемией.

странах указанных регионов распространенность ВИЧ среди ПИН составляет более 20%. Существуют доказательства инъекционного употребления наркотиков в странах Африки и Ближнего Востока, однако, как и в большинстве стран мира, в этих регионах отсутствуют достоверные данные о численности группы ПИН. Для обеспечения надлежащего и эффективного ответа на эпидемию ВИЧ среди ПИН необходимо провести расширенный и более тщательный мониторинг (Aceijas et al. 2004; Inchaurraga 2003; WHO 2008).

Для ПИН характерно наличие большого количества проблем со здоровьем, таких как высокая распространенность гепатита B и C, инфекций, передающихся половым путем (ИППП), различных хронических и острых заболеваний, а также симптомов депрессии, проявляющихся более чем в два раза чаще, чем среди общего населения, что может привести к рискованному сексуальному поведению (Williams and Latkin 2005). Хотя основной причиной передачи ВИЧ-инфекции среди ПИН является совместное использование нестерильного инъекционного инструментария, исследования, проведенные в Соединенных Штатах Америки и в других странах, говорят о том, что среди потребителей наркотиков также распространен сексуальный путь передачи ВИЧ. Секс-услуги намного чаще оказывают женщины-ПИН, что существенно повышает их уязвимость к ВИЧ-инфекции (Australian Agency for International Development [AusAID] 2008; Cleland et al. 2007; Kumar et al. 2008). Было доказано, что снижения рискованного сексуального поведения среди ПИН достичь намного сложнее, чем обеспечить использование безопасных инъекционных практик (Semaan, Des Jarlais, and Malow 2006; Williams and Latkin 2005). Несмотря на все новые доказательства фактов сексуальной передачи ВИЧ среди ПИН и их партнеров одного или противоположного пола, существует мало программ, направленных на работу с сексуальными партнерами, которые могут также употреблять наркотики вместе с ПИН или же вступать с ними в незащищенные сексуальные контакты.

Гендерные различия между мужчинами и женщинами, употребляющими инъекционные наркотики

Большинство данных о гендерных различиях в моделях рискованного поведения среди ПИН были получены в результате проведения исследований в США и Европе, при этом отсутствует достаточное понимание того, насколько соответствуют выявленные различия ситуации в странах с ограниченными ресурсами (Cleland et al. 2007). Однако имеющаяся информация четко указывает на то, что большое значение имеет преодоление различных факторов уязвимости, характерных для данных групп (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC] 2004).

По данным исследований, приобщение женщин к приему наркотиков определяется многочисленными социальными факторами, в числе которых употребление наркотиков в семье, влияние ближайшего окружения и сексуальные связи с мужчинами, употребляющими инъекционные наркотики (Stocker 1998; Sarin and Selhore 2008). Кроме того, исследования, проведенные в ряде стран, свидетельствуют о том, что во многих случаях женщины, которые начали употреблять наркотики по инициативе своих мужей или сексуальных партнеров, являющихся потребителями наркотиков, с большей

вероятностью пользуются шприцами и другим инъекционным оборудованием, которым до них воспользовался кто-то другой (Cleland et al. 2007), а также испытывают на себе сильное влияние общепринятых социальных моделей и моделей сексуальных отношений (Cleland et al. 2007; Rieham et al. 2004). Программы, направленные на расширение доступа женщин-ПИН к программам профилактики ВИЧ, должны также побуждать женщин, употребляющих наркотики, обговаривать невозможность совместного использования инъекционного инструментария, а также безопасные инъекционные практики со своими сексуальными партнерами, а также с участниками своих социальных сетей.

Для большинства женщин-ПИН характерны культурные и гендерные роли матери, сестры, партнера и дочери (Andrade and Estrada 2003). Часто задачи финансового обеспечения и заботы о партнерах-ПИН, которые могут иметь как позитивный, так и негативный ВИЧ-статус, непропорционально ложится на плечи женщин и девушек (AusAID 2008). Мужчины, употребляющие наркотики, часто предпочитают отношения с женщинами, не употребляющими наркотики, а женщины, партнеры которых являются ПИН, часто соответствуют традиционным гендерным ожиданиям, и берут на себя традиционные гендерные роли по отношению к потреблению наркотиков, т.е. стараются либо ограничить потребление наркотиков обоими партнерами, либо увеличить собственную дозу, чтобы «соответствовать» партнеру (UNODC 2004).

Гендерные нормы влияют как на инъекционное поведение мужчин, так и на его сексуальное поведение с точки зрения риска. Результаты исследований, проведенных в США, показали, что стереотипы, касающиеся доминирования мужчины, могут сдерживать его желание настаивать на защищенном сексе или на безопасном употреблении инъекционных наркотиков (Knight et al. 2002). Для мужчин в большей мере, чем для женщин, характерно употребление инъекционных наркотиков с друзьями или незнакомыми людьми в местах концентрации ПИН (Cruz et al. 2007; Davey-Rothwell and Latkin 2007). Среди мужчин часто практикуется совместное использование игл, что усиливает стереотипы маскулинности и делает небезопасные инъекционные практики более приемлемыми. Готовность совместно использовать шприцы, несмотря на осознание потенциальных рисков инфицирования ВИЧ, может восприниматься как бесстрашность, щедрость, верность и солидарность с товарищами (Choi, Cheung, and Chen 2006). Поскольку в различных странах гендерные нормы отличаются, в определенных условиях мужчины могут делать инъекции первыми, поскольку ожидается, что женщина должна уступать мужчине; в других случаях мужчины делают инъекции после своих партнерш, поскольку от мужчины ожидается большая готовность к риску (Jackson et al. 2003). В США, Восточной Европе и Азии мужчины чаще, чем женщины, имеют опыт пребывания в местах лишения свободы, где инъекционное оборудование в основном используется совместно, и, кроме того, они реже обращаются за помощью в медицинские учреждения (Population Services International [PSI] and Salud CENSIDA 2008).

Недостаток социальной поддержки представляет собой главный барьер на пути долгосрочной реабилитации мужчин и женщин, употребляющих инъекционные наркотики.

Существует острая потребность в предоставлении психологической помощи в медицинских центрах. Отдельной проблемой для женщин-ПИН является нехватка условий для временного проживания с детьми. При отсутствии таких условий женщины вынуждены возвращаться к своему окружению и к своим семьям, чтобы заботиться о детях. Также существует потребность в услугах детских центров, которые работали бы в дневное время, для женщин, которые проходят лечение. Такие услуги должны предоставляться в дополнение к услугам стационарных учреждений и должны включать услуги детоксикации на базе сообществ и женские общественные центры (Hankins 2007; UNODC 2004).

Опыт внедрения программ

Только в немногих странах Восточной Европы, Латинской Америки и Азии обеспечен охват существенного количества ПИН программами ухода и профилактики ВИЧ на базе сообществ (Needle et al. 2005). Аутрич-программы и услуги на базе общественных центров имели успех среди мужчин, употребляющих инъекционные наркотики (Des Jarlais and Semaan 2005). Данные более чем 40 опубликованных исследований свидетельствуют о том, что когда ПИН участвуют в аутрич-программах на базе сообществ и получают доступ к услугам снижения вреда, это приводит к снижению поведения, рискованного с точки зрения инфицирования ВИЧ, в данной группе (Needle et al. 2005). Несмотря на такие данные, разница между числом ПИН, которые хотели бы иметь доступ к аутрич-услугам или могли бы получить пользу от этих услуг, и числом ПИН, фактически получающих такие услуги, остается значительной. Это в особенности касается женщин, употребляющих инъекционные наркотики. Существует потребность в повышении осведомленности среди лиц, оказывающих услуги, правительственных организаций и доноров с целью расстановки приоритетов и выработки стратегий программ, направленных на растущее число женщин-ПИН (Hankins 2007; Tran et al. 2005; UNODC 2004). Беременные ПИН, которые также могут быть инфицированы ВИЧ, формируют дополнительную подгруппу женщин-ПИН с особыми потребностями, которые на данный момент не удовлетворены (UNODC 2004). Беременным женщинам, употребляющим наркотики, могут грозить уголовные обвинения за причинение вреда своим еще не рожденным детям, поэтому они могут избегать участия в программах профилактики и лечения.

Выводы, полученные в ходе реализации двух программ в Индии, подчеркивают особые виды помощи, в которой нуждаются женщины, употребляющие инъекционные наркотики, практически во всех странах. Реабилитационный центр «Sahara Centre for Residential Care & Rehabilitation» (Sahara) и родственная организация «Society for Service to Urban Poverty» (SHARAN), расположенные в Нью-Дели (Индия), работают над реабилитацией женщин, употребляющих наркотики, в том числе оказывают услуги ПИН. Начиная с 1995 года, в этих двух организациях многопрофильные услуги получили более чем 3 700 женщин. Более 1 000 женщин были предоставлены услуги стационарного обслуживания, в том числе услуги детоксикации, медицинской помощи, уроки грамотности, профессионального обучения и помощь в трудоустройстве. Еще 2 400 женщин воспользовались услугами общественных центров, а также получили бесплатные обеды, направления в

специализированные учреждения для получения медицинской, психологической, юридической помощи, а также временного жилья. Хотя не проводилась отдельная оценка программ для женщин, оценка эффективности программы SHARAN за 1999-2002 годы, проведенная в 2005 году, продемонстрировала, что, помимо улучшения отношения к потребителям наркотиков со стороны лиц, оказывающих услуги, клиенты программы отмечали существенное снижение рискованного поведения и значительное улучшение качества жизни (Priya et al. 2005).

В рамках снижения вреда и с осознанием того, что женщины нуждаются в отдельном безопасном пространстве, в Сан-Франциско, штат Калифорния (США), реализуется программа «Женский вечер» (Ladies' Night), направленная на работу с маргинализованными бездомными женщинами-ПИН и трансгендерными женщинами, которые столкнулись с насилием или другими травмами физического или сексуального характера. Данная программа реализуется в «Mission Neighborhood Resource Center», общественном центре для бездомных, а также для мужчин и женщин, имеющих проблемы с жильем. Женские вечера, которые в центре организуют раз в неделю, помогают женщинам почувствовать себя в безопасности и уйти от насилия, беспорядочного употребления наркотиков, дискриминации, а также семейных проблем и проблем со здоровьем. Женщины могут принимать участие в различных направлениях деятельности, отвечающих их потребностям: творческих мастерских, играх, обсуждениях на такие темы, как безопасный секс, профилактика передозировок, получение медицинских услуг и тестирование на ВИЧ. Чтобы получить доступ к услугам, женщины не должны в обязательном порядке воздерживаться от употребления психоактивных веществ, посещать группы самопомощи или встречаться с координатором программы. Благодаря созданию условий безопасности, социальной поддержки и расширения прав и возможностей, клиентки программы говорят о том, что они ощущают меньшую стигматизацию, а также устанавливают доверительные и уважительные отношения с другими участницами и персоналом программ. Для женщин, принимающих участие в этой программе, которые прошли через значительные испытания, ощущение безопасности является чрезвычайно важным фактором в процессе излечения и достижения позитивных изменений (Magee and Huriaux 2008).

В 2008 году при финансовой поддержке Международной программы снижения вреда Института «Открытое общество» (OSI), а также при содействии Канадского агентства международного развития было реализовано шесть гендерно-чувствительных программ для ПИН в различных регионах Украины, в том числе в Киеве, Днепропетровске, Полтаве, Никополе и Николаеве. В рамках этих программ более 4 500 женщин-ПИН, большинство из которых имели детей, были охвачены услугами, включая обмен игл и шприцев, заместительную терапию, услуги в сфере сексуального и репродуктивного здоровья, медицинскую помощь во время беременности, а также юридические консультации. В указанных программах был использован комплексный подход. При этом работа проводилась как с самими женщинами и членами их семей, так и на структурном уровне, с целью укрепления взаимосвязи и координации между медицинскими учреждениями и

социальными службами, что было необходимо для преодоления барьеров на пути доступа таких женщин и членов их семей к системе социальных услуг. Медицинские работники, которые работают в программах либо в клиниках и больницах, куда направляют пациентов программ, проходят обучение по вопросам потребностей женщин, употребляющих наркотики, соблюдения прав человека, недопущения насилия и дискриминации по отношению к женщинам, а также по вопросам заместительной терапии. Целью такого обучения является снижение стигмы и дискриминации по отношению к женщинам, употребляющим наркотики, а также развитие навыков предоставления необходимых услуг. В рамках программ также предусматривается проведение разъяснительной работы среди местного населения с целью развития толерантного отношения и понимания проблем наркотической зависимости среди общего населения (Pinkham and Shapoval 2010).

ИЗУЧЕНИЕ ГЕНДЕРНЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ В ИНДОНЕЗИИ: STIGMA FOUNDATION

STIGMA Foundation (SF), неправительственная организация (НПО), которая осуществляет деятельность силами и в интересах ПИН в Джакарте (Индонезия), применяла дальновидную стратегию в обеспечении охвата женщин-ПИН. В 2009 году, после пяти лет реализации аутрич-программы и программы обмена шприцев (ПОШ), организации удалось охватить 3 000 ПИН, из которых только 200 были женщинами, при этом не все из них регулярно пользовались услугами программ. Сотрудники SF по своему собственному опыту знали, что культурные нормы ограничивают женщин домашним хозяйством, и ожидается, что женщины должны сосредоточиться на выполнении своих функций жены и матери. Они обнаружили, что в Индонезии было проведено чрезвычайно мало исследований по вопросам женщин-ПИН. Например, не было в наличии достаточных данных об ограничениях, влияющих на доступ женщин к ПОШ, метадоновой заместительной терапии, а также услугам реабилитации от наркотической зависимости. Кроме того, отсутствовала информация для женщин-ПИН на национальном языке (бахаса индонесиа) о последствиях антиретровирусной терапии (АРТ) в контексте сексуальных и физиологических изменений, происходящих в ходе лечения, а также о возможностях женщин-ПИН оплатить стоимость дополнительных услуг АРТ. Для решения этой проблемы SF начала выпускать информационный бюллетень под названием «Ангелы», посвященный проблемам женщин-ПИН. Кроме того, организация издает небольшие брошюры по отдельным вопросам, таким как влияние АРТ на женщин, процедуры задержания представителями правоохранительных органов, а также «подсказки» для женщин, которые сталкиваются с проблемой гендерного насилия (ГН).

Мужчины, имеющие секс с мужчинами

МСМ[4] вписываются в социальные и культурные контексты, в которых мужественность приравнивается к рискованному поведению, доминированию, сексуальным победам, т.е. моделям поведения, которые негативно влияют на снижение риска и стремление к

[4] Термин *«мужчины, имеющие секс с мужчинами»* относится к мужчинам, которые практикуют сексуальные контакты исключительно с мужчинами, с мужчинами и женщинами, а также к мужчинам, предоставляющим секс-услуги клиентам-мужчинам.

получению медицинской помощи (Peacock et al. 2009). При проведении исследования среди латиноамериканских МСМ в Нью-Йорке в 2009 году исследователи отметили их представления о том, что использование презерватива со случайными сексуальными партнерами является признаком слабости, и предположили, что стремление создать впечатление мужественности может способствовать как незащищенному проникающему анальному сексу, так и чрезмерному употреблению алкоголя в барах и клубах (Flores et al. 2009; Peralta and Ross 2009). Хотя авторы не предлагают программ, способных изменить стереотипы о мужественности среди МСМ, преодоление существующих гендерных стереотипов при разработке программ профилактики, лечения, ухода и поддержки, направленных на работу с МСМ, является важной, однако недостаточно используемой стратегией.

Передача ВИЧ-инфекции среди МСМ остается одной из ключевых движущих сил эпидемии ВИЧ во многих странах. В странах с низким и средним уровнем доходов данные о распространенности ВИЧ среди МСМ недостаточны; кроме того, их качество оставляет желать лучшего (Pan American Health Organization [PAHO] 2008; WHO 2008). Во многих африканских странах, которые характеризуются генерализованной эпидемией, МСМ представляют собой скрытую группу по причине стигматизации и преследований, вызванных культурными, религиозными и политическими мотивами и нежеланием признать существование однополых отношений в африканском обществе (Smith et al. 2009). Все это затрудняет аутрич-работу с населением этих стран. Во всем мире вероятность инфицирования МСМ ВИЧ в 19 раз превосходит аналогичный показатель для общего населения (amfAR 2008). По оценкам ЮНЭЙДС, по состоянию на 2005 год меньше чем 1 из 20 МСМ имел доступ к соответствующим услугам профилактики и ухода в связи с ВИЧ (Beyrer et al. 2005; WHO/Europe 2008). Индивидуальные риски инфицирования ВИЧ среди МСМ (такие как незащищенный анальный секс; большое количество сексуальных партнеров; употребление алкоголя, инъекционных и неинъекционных наркотиков, подавляющих инстинкт самозащиты; наличие ИППП) одинаковы в странах как с высоким, так и с низким уровнем доходов (Beyrer 2007; Ramachandran 2008). Кроме того, программы, направленные на работу с МСМ, редко принимают во внимание факторы, увеличивающие риск передачи ВИЧ, такие как злоупотребление психоактивными веществами, насилие, а также психологические проблемы, с которыми сталкиваются многие МСМ.

Такие понятия, как *«гомосексуальный»* и *«гетеросексуальный»* не всегда достаточно точно отражают динамично изменяющийся характер сексуального самовыражения в различные времена и в различных культурах (Duch et al. 2009; Silenzio 2003). Например, в Индии сексуальные отношения между мужчинами часто практикуются без какого-либо определения или признания идентичности, которая в свою очередь базируется на кастовой, классовой и религиозной принадлежности (International Center for Research on Women [ICRW] 2002). По данным исследования, проведенного в России и Венгрии, 97% мужчин из общего числа выборки заявили об опыте однополых отношений в течение предыдущего года: при этом 75% участников из Венгрии, и только 34% участников из

России идентифицировали себя исключительно как гомосексуалы (Amirkhanian et al. 2009). В рамках исследования, проведенного среди мужского городского населения Мексики, 42% мужчин, идентифицировавших себя как МСМ, заявили об опыте сексуальных контактов с женщинами (Strathdee and Magis-Rodriguez 2008). Во Вьетнаме, как и в других странах региона, существует множество подгрупп МСМ: открытые геи, бисексуалы, ТГ и гетеросексуалы. В странах, столь же разнообразных, как, например, Таиланд и Гватемала, гомосексуальное поведение не обязательно приводит к идентификации себя как представителя МСМ-сообщества или к нарушению гендерных норм (International HIV/AIDS Alliance [IHAA] 2007a). Общественная стигматизация гомосексуальных отношений может заставлять некоторых мужчин отказаться от открытого признания своей сексуальной ориентации, что приводит к тому, что они отрицают наличие рисков или же считают, что их риск инфицирования ВИЧ существенно ниже, чем риски гетеросексуальных мужчин, которые вступают в сексуальные контакты с женщинами (Saewyc et al. 2006). Еще одной группой, которая не принимается во внимание при разработке программ профилактики ВИЧ, направленных на работу с МСМ, являются мужчины, работающие в сфере секс-бизнеса, и их клиенты мужского пола (amfAR 2006). Кроме того, программы, направленные на работу с МСМ и ПИН, часто не уделяют внимания мужчинам, работающим в сфере секс-бизнеса, которые также употребляют инъекционные наркотики.

Гендерное насилие

В центре исследований и программ, направленных на снижение ГН, за редким исключением, находились женщины и девушки. Несмотря на это, ГН по отношению к МСМ широко распространено, и может начинаться в раннем возрасте как сексуальное насилие над детьми (СНД) либо же может проявляться позднее в виде наказаний за отклонение от гендерных сексуальных норм (ICRW 2002). Как отметили в своей работе Перальта и Росс (2009, p. 95):

> Большее количество исследований посвящено изучению отдельных групп женщин, чем мужчин… Определение женщин как жертв НСП [насилия над сексуальным партнером], а мужчин — как правонарушителей скрывает за собой разнообразие форм насилия и способствует сохранению мифов и стереотипов… Напротив, сбор данных, основанных на проявлениях гендерного и сексуального разнообразия, позволяет глубже понять явление НСП как в пределах социальных групп, так и между ними.

Многие исследователи отмечали высокие уровни сексуального насилия над детьми по отношению к МСМ и связь между СНД и рискованным сексуальным поведением (Brennan et al. 2007; Jay et al. 2001). Все в большем числе публикаций изучается проблема ГН по отношению к МСМ и его отрицательные последствия для здоровья, в том числе ВИЧ-инфекция, психические расстройства, барьеры на пути получения медицинских услуг и злоупотребление психоактивными веществами (Human Rights Watch 2004; PAHO 2008; Rodríguez-Madera and Toro-Alfonso 2005; Stall 2007; Stall et al. 2003). По данным недавних исследований, 68% молодых МСМ заявили о случаях угроз или насилия со стороны

членов семьи или партнеров, а 25% — заявили о случаях угроз или насилия со стороны *как* членов семьи, *так и* партнеров. Распространенность незащищенного анального секса и употребления наркотиков была в значительной мере связана со случаями угроз или насилия со стороны членов семьи и партнеров либо со случаями сексуального насилия в прошлом (amfAR 2006; Bennet and Messeri 2007; Koblin et al. 2006; Saewyc et al. 2006). Несмотря на то, что большая часть этих исследований была проведена в США, принимая во внимание насилие, с которым сталкиваются МСМ в более развитых странах (Bingswanger 2005), связь между насилием, поведением, рискованным с точки зрения инфицирования ВИЧ, и негативными последствиями для здоровья МСМ можно также отследить в странах с более ограниченными ресурсами (Bingswanger 2005; РАНО 2008).

Широко изучается взаимосвязь между ГН и доступом МСМ к программам профилактики ВИЧ-инфекции. Публикации, посвященные проблемам стигмы и дискриминации, одним из крайних проявлений которых является ГН, в основном сосредоточены на МСМ (и представителях других наиболее уязвимых групп), которые уже живут с ВИЧ. Вместе с тем, в них также приводится ряд доказательств того, что стигма и дискриминация становятся барьером для прохождения МСМ тестирования на ВИЧ и получения консультирования, а также ограничивают эффективность услуг профилактики и ухода (Genberg et al. 2009).

Трансгендерные люди

Трансгендерные женщины представляют собой уникальную подгруппу, которой часто уделяется недостаточное внимание программами профилактики ВИЧ. Кроме того, представители этой подгруппы часто становятся жертвами стигмы и дискриминации, причем не только со стороны гетеросексуального большинства, но и со стороны представителей других уязвимых групп. Для ТГ характерны различные модели поведения, рискованного с точки зрения инфицирования ВИЧ: незащищенный анальный секс, секс-работа (в которую вовлечены многие, хотя и не все ТГ), а также гендерные нормы, связанные с женской идентичностью. У многих ТГ могут возникать трудности в согласовании использования презерватива со своими сексуальными партнерами или, если они занимаются секс-работой, со своими клиентами. Поскольку ТГ следуют традиционным гендерным ролям (согласно которым женщины подчиняются своим партнерам-мужчинам) для укрепления своей гендерной идентичности, они могут избегать разговоров об использовании презервативов или безопасных сексуальных практик с клиентами либо об использовании презерватива и прохождении теста на ВИЧ с сексуальными партнерами (Rodríguez-Madera and Toro-Alfonso 2005). Во всех программах, направленных на работу с ТГ, должен рассматриваться вопрос о том, каким образом формируются гендерные роли ТГ. Как отметили в своей работе Родригес-Мадера и Торо-Альфонсо (2005, p. 12):

> [ТГ] участники данного исследования заявили о том, что они в большей мере заботятся о своей защите с клиентами и со случайными партнерами, чем со своими основными партнерами, что является следствием их «женской» гендерной роли.

Женщины часто строят свои отношения с партнером на основе преданности, любви и доверия. Следуя данным ценностям, многие «биологические женщины» придерживаются взглядов, что если ты доверяешь своему партнеру, то тебе не нужно защищать себя. Тот же подход может применяться и ТГ, и это чрезвычайно важно учитывать при разработке программ профилактики ВИЧ-инфекции для ТГ.

Согласно некоторым данным, мужчины, вступающие в сексуальные отношения с ТГ, чаще идентифицируют себя с партнером ТГ, чем с МСМ. ТГ, напротив, с большей вероятностью готовы рассматривать себя как часть единого сообщества, и потому они легче становятся целевой аудиторией профилактических программ (Bockting et al. 2005). Программы профилактики ВИЧ, направленные на работу с ТГ, должны ставить своей целью развитие такого же самоуважения и навыков согласования использования презервативов, как и в рамках обучения, предоставляемого работницам сферы секс-услуг, не являющимся ТГ, и женщинам, которые не идентифицируют себя как работницы секс-бизнеса, но в то же время практикуют коммерческий секс. Хотя научная основа перспективных подходов к разработке программ с использованием обучения пар навыкам профилактики ВИЧ и сексуального здоровья еще недостаточно развита, указанные стратегии могут оказаться эффективными в снижении риска передачи ВИЧ среди ТГ и их сексуальных партнеров. Однако требуется проведение дополнительных исследований для того, чтобы понять, каким образом существующие подходы к консультированию пар по вопросам ВИЧ могут быть адаптированы с учетом гендерных и межличностных особенностей отношений между ТГ и их партнерами-мужчинами (El-Bassel et al. 2003; Farquhar et al. 2004).

ОРГАНИЗАЦИЯ «SISTERS», ПАТТАЙЯ (ТАИЛАНД)

Организация была основана в 2005 году «ТГ и для ТГ». Ее целью было обеспечение поддержки и помощи, а также услуг профилактики и ухода в связи с ВИЧ трансгендерным женщинам. «Sisters» осуществляет аутрич-работу и проводит обучение с ТГ работниками секс-бизнеса в городе Паттайа — крупном центре секс-туризма. Организация открыла свой общественный центр, проводит обучающие мероприятия на пляжах и в молодежных барах, распространяет информационные материалы, направленные на изменение поведения, презервативы и лубриканты, а также предоставляет консультирование по вопросам тестирования на ВИЧ на местах. Кроме того, ее сотрудники выдают направления на получение услуг в связи с ИППП и АРТ. Также в организации действует программа помощи на дому, в рамках которой сотрудники или волонтеры посещают ТГ, живущих с ВИЧ, у них дома с целью предоставления социально-психологической помощи, а также поддержки для соблюдения приверженности лечению.

Опыт внедрения программ

Наблюдается явная нехватка программ, направленных на работу с МСМ и ТГ. Практически не существует программ, которые учитывали бы, каким образом гендерные нормы увеличивают риск инфицирования ВИЧ и обеспечивали бы обучение МСМ и ТГ жизненно важным навыкам, которые касались бы ГН, профилактики ВИЧ-инфекции и борьбы с насилием.

Абсолютное большинство программ профилактики ВИЧ направлены на снижение рискованного сексуального поведения. Однако в условиях структурного насилия, стигмы и дискриминации, а также социального отчуждения программы профилактики ВИЧ были бы более эффективны, если бы они включали в себя стратегии, направленные на преодоление социальных, экономических, политических, юридических и медицинских факторов, которые являются катализаторами рискованного поведения (Stall 2007).

Одним из примеров усилий, направленных на сбор данных о ГН по отношению к МСМ является проект ЮСЭЙД Health Policy Initiative Project, в рамках которого при сотрудничестве с НПО Таиланда и Мексики был апробирован инструмент тестирования, который бы помог медицинским работникам оценить наличие опыта ГН по отношению к МСМ. Опыт данного пилотного проекта показал, что для того, чтобы решить проблему ГН по отношению к МСМ в медицинских учреждениях, прежде всего, необходимо обеспечить соблюдение гендерного равенства и снижение стигмы и дискриминации в рамках системы здравоохранения (Egremy, Betron, and Eckman 2009). Данный инструмент был апробирован в трех учреждениях Мексики в 2009 году, и медицинские работники могут получить доступ к руководству по его применению.

Все большее число публикаций свидетельствуют о том, что наиболее перспективные способы снижения стигмы и дискриминации — а именно сочетание расширения прав и возможностей уязвимых групп и интерактивного обучения на уровне сообществ, благодаря которому люди начинают задумываться о своих взглядах и поступках — являются наиболее эффективными в обеспечении снижения уровня стигмы (Kidd and Clay 2003). Было разработано несколько программ и инструментов, направленных на снижение стигмы и дискриминации по отношению к людям, живущим с ВИЧ, среди медицинских работников. Однако эти инструменты часто не уделяют внимания таким вопросам, как гендер, работа с уязвимыми группами в целом и с МСМ и ТГ в частности.

Примерами программ, направленных на преодоление гомофобии, могут служить кампании в средствах массовой информации, организованные в 2002-2005 годах в Колумбии, Аргентине, Мексике и Бразилии. Эти кампании отошли от традиционных призывов к изменению поведения отдельных людей, и вместо этого ставили вопросы о том, каким образом политические, культурные и социально-экономические факторы повышают уязвимость людей к вирусу. Кампании агитировали за открытый диалог и открытое обсуждение вопросов гомофобии в обществе, в попытке изменить социальные нормы, общественный порядок и даже культурные взгляды. Однако при этом удалось провести очень ограниченную оценку процесса реализации и влияния этих кампаний, причиной чего стала нехватка стандартных методов проведения таких кампаний и обоснованных показателей, позволяющих измерить изменений отношений в обществе. Одним из выводов организаторов кампании стало то, что хотя средства массовой информации могут быть эффективным инструментом снижения гомофобии, «Подлинные и устойчивые изменения могут быть достигнуты только посредством комбинации профилактических подходов. В этом отношении лучше оценивать не

влияние отдельных программ, а влияние сочетания программ, в которых такие кампании… являются только одним из компонентов» (PAHO 2008, p. 39).

Секс-работники

Во время первой волны эпидемии ВИЧ-инфекции женщины секс-бизнеса были названы одной из групп, подвергающихся повышенному риску инфицирования ВИЧ. С тех пор прошло почти три десятилетия, а секс-работники все еще остаются одной из наиболее уязвимых групп. Хотя некоторые страны, например Камбоджа, могут заявить о существенном снижении распространенности ВИЧ среди секс-работников публичных домов — с 43% в 1998 году до 13% в 2006 году (National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STD [NCHADS] 2007a) — все же показатель распространенности ВИЧ в данной группе остается на неприемлемо высоком уровне. Данная группа чрезвычайно многообразна. В рамках одного из исследований, проведенных в Индии, было обнаружено как минимум девять категорий секс-работников (Buzdugan, Halli, and Cowan 2009). Однако программы зачастую недостаточно разнообразны, чтобы охватить все эти подгруппы. Мужчинам секс-бизнеса в исследованиях практически не уделяется внимание, а программы, направленные на профилактику ВИЧ или поддержание сексуального здоровья среди секс-работников, редко предусматривают работу с мужчинами или ТГ, задействованными в сфере секс-бизнеса. Это очень важный недочет, который требует немедленного устранения.

Секс-работа сопряжена со множеством рисков, таких как незащищенный секс по принуждению, эксплуатация, возможность инфицирования и нанесения физических травм, попытки самоубийства, принуждение к каким-либо действиям, вовлечение в преступную деятельность, а также злоупотребление алкоголем и наркотиками. При проведении долгосрочного исследования в Ванкувере (Канада) было обнаружено, что на протяжении полуторагодичного периода наблюдения 49% секс-работников испытали на себе физическое насилие, 30% — насилие со стороны клиентов, а 25% — сексуальное насилие. Такие формы насилия широко распространены во всем мире, и исследователи пришли к выводу, что структурное экономическое неравноправие, криминализация и гендерное неравенство являются причинами как ГН, так и повышенного риска инфицирования ВИЧ (Shannon et al. 2008).

Не так давно к моделям рискованного поведения среди секс-работников были отнесены: распространенная практика совместного использования игл и шприцев, а также употребление неинъекционных наркотиков. К алкоголю и наркотикам представители данной группы прибегают с целью преодоления физического и психологического стресса секс-работы, что в свою очередь повышает уязвимость секс-работников, ограничивая их способность защитить себя во время секса (Panchanadeswaran et al. 2008; Shahmanesh et al. 2009). Мотивом вовлечения в секс-работу может стать необходимость в финансовых средствах для поддержания алкогольной или наркотической зависимости. Широкая распространенность употребления метамфетаминов среди секс-работников и молодых женщин Таиланда,

Камбоджи и Мексики, а также других стран говорит о растущей взаимосвязи между секс-работой и употреблением наркотиков (Thomson et al. 2009).

Клиенты секс-работников

Необходимо проводить намного более активную работу с клиентами секс-работников, чтобы понимать, каким образом повлиять на мужские стереотипы, которые являются предпосылками коммерческого секса, на индивидуальном и групповом уровне. Имеется растущее число исследований, посвященных влиянию глобализации и модернизации на сексуальное поведение обеспеченных бизнесменов, а также правительственных чиновников в городах Китая (Uretsky 2008), а также клиентов секс-работников во Вьетнаме (Family Health International [FHI] 2006) и в Камбодже (PSI and FHI 2007). В таких публикациях подчеркивается, что совместное посещение ресторанов, распитие спиртных напитков и совместные визиты к работникам секс-бизнеса используются для «укрепления социальных сетей, которые основаны на культурно обусловленных традициях совместного времяпрепровождения среди мужчин» (Uretsky 2008, p. 809) или для демонстрации друзьям и коллегам своей «мужественности» (FHI 2006; PSI and FHI 2007). Результаты качественного исследования, недавно проведенного среди 48 городских жителей мужского пола Камбоджи организацией PSI, говорят о том, что многие мужчины сталкивались с сильным давлением со стороны своего окружения, которое мешало им отказаться от услуг коммерческого секса (Dianna et al. 2008). Регулярно посещая увеселительные заведения, мужчины демонстрируют принадлежность к своей социальной группе и получают за это награды в виде самоутверждения, чувства принадлежности и удовлетворения.

Опыт внедрения программ

Первоначальные меры в ответ на эпидемию были построены на призывах использовать презерватив с каждым клиентом, однако неспособность некоторых секс-работников договориться с клиентами об использовании презерватива привела к возникновению новых стратегий, направленных на расширение знаний о ВИЧ-инфекции и развитие навыков согласования использования презервативов, а также таких структурных факторов, влияющих на использование презервативов, как внедрение программ 100-процентного использования презервативов (ПИП), согласно которым часть ответственности за использование презервативов возлагалась на владельцев публичных домов. ПИП доказали свою эффективность благодаря обеспечению существенного снижения распространенности ВИЧ в таких странах, как Камбоджа (NCHADS 2007b) и Таиланд (Rojanapithayakorn and Hanenberg 1996), а также благодаря расширению практики систематического использования презервативов среди секс-работников Доминиканской Республики (Kerrigan et al. 2003) и Гватемалы (Sabido et al. 2009). В Индии программы Sonagachi в Колкате и Sangram в Сангли определяют ВИЧ-инфекцию как профессиональное заболевание и расширяют права и возможности секс-работников путем реализации многосторонних и многоуровневых программ на уровне сообществ (снижение стигмы и дискриминации, расширение доступа к социальным гарантиям, лоббирование интересов данной уязвимой группы на высоком уровне), на групповом уровне (построение доверия между секс-работниками с целью изменения социальных

отношений и обеспечения коллективных действий в ответ на эксплуатацию или проявления насилия) и на индивидуальном уровне (развитие навыков согласования использования презервативов). Компоненты проекта, такие как расширение прав и возможностей, обучение навыкам самозащиты и поддержка со стороны равных, могут применяться в условиях как Индии, так и других стран (Jana et al. 2004). Однако большая часть этих программ была направлена на работу с женщинами секс-бизнеса в публичных домах. Намного меньше историй успеха можно найти о снижении риска среди секс-работников, предоставляющих услуги в «неспециализированных» увеселительных заведениях, работающих на улицах, а также мужчин и ТГ, предоставляющих секс-услуги.

Экономическое положение секс-работников существенно варьируется, и хотя они не всегда бедны, они все же остаются одной из наиболее социально маргинализированных групп. Принимая во внимание то, что начать и продолжать оказание секс-услуг многих побуждают экономические затруднения и долги, программы микрофинансирования/микрокредитования, способные предложить секс-работникам альтернативные источники доходов — это одна из стратегий профилактики, которая, к сожалению, недостаточно используется. Осознавая то, что секс-работники имеют мало шансов получить традиционный микрокредит, проект Всемирного банка в Бангладеше под названием «Финансовые услуги для самых бедных слоев населения» (2003–2007 годы) был призван находить модели устойчивых программ для самых бедных слоев населения посредством предоставления микрокредитов и других финансовых услуг. Одной из целевых групп данного проекта стали именно секс-работники. Благодаря исследовательскому проекту, направленному на секс-работников в Ченнаи (Индия), в рамках которого предоставлялось обучение производству и продаже холщовых сумок, удалось снизить риски женщин, связанные с их сексуальным поведением, путем сокращения числа их клиентов и улучшения их экономической ситуации. В рамках проекта был организован постоянно действующий фонд, который продает продукцию, произведенную секс-работниками, во всем мире (Sherman et al. 2010). В рамках другого проекта, реализованного в Кении под названием "Проект по усилению контроля над ИППП/СПИДом" клиентам, в том числе секс-работникам, предоставлялись небольшие кредиты (средняя сумма которых составила 133 долл. США). После одного года реализации проекта 17% секс-работников оставили сферу секс-бизнеса, а те, кто продолжал предоставлять секс-услуги, смогли уменьшить число своих клиентов в среднем на две третьих, заболеваемость ИППП снизилась на 50%, а средний доход от секс-работы уменьшился на половину — это произошло благодаря тому, что теперь женщины получали дополнительный доход от своей предпринимательской деятельности (Hanck, West, and Tsui 2007).

Секс-работники уже долгое время предпринимают активные действия, направленные на преодоление проблем насилия и стигматизации, с которыми они сталкиваются. В отчете IHAA (2007b) хотя отдельно и не говорится о гендерных стратегиях, направленных на снижение риска инфицирования ВИЧ, но в то же время отмечается, что секс-работники и

сотрудники проектов профилактики ВИЧ совместно разрабатывали стратегии снижения ГН. Разработанные ими кампании боролись с насилием и стигматизацией путем:

- Отрицания вины секс-работников за инфицирование ВИЧ. Секс-работники провели множество кампаний, повышая осведомленность или инициируя диалог с клиентами и общественными лидерами на национальном и даже на международном уровне, например, в рамках Международного дня борьбы с насилием против секс-работников.
- Способствования диалогу между секс-работниками и религиозными лидерами в Мали с целью изменения представлений о секс-работниках, которые религиозные лидеры распространяют в обществе.
- Предоставления помощи секс-работникам Киргизстана и Мадагаскара в установлении отношений с журналистами и привлечении их для проведения обучения среди последних с целью подачи более сбалансированной информации о секс-работе в СМИ.
- Предоставления объединениям секс-работников возможности принимать участие в событиях, освещаемых средствами массовой информации, чтобы изменить представления о том, что секс-работники считают насилие неотъемлемой частью своей работы.

НАПРАВЛЕНИЯ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ ПРОГРАММ

В рамках программ профилактики ВИЧ, направленных на работу с уязвимыми группами, должен проводиться гендерный анализ имеющихся программ профилактики, лечения, ухода и поддержки с целью определения, каким образом гендерные стратегии, направленные на преодоление неравенства, а также снижение риска передачи ВИЧ-инфекции, могут быть интегрированы во все программы, направленные на работу с МСМ, ТГ, секс-работниками и ПИН. Ниже перечислены основные направления работы таких программ.

Увеличение гендерного равенства в рамках программ и услуг, направленных на профилактику ВИЧ-инфекции:

- Признание отличий в потребностях мужчин и женщин — это первый шаг к адаптации программ к таким потребностям. Привлечение МСМ, ТГ, женщин-ПИН, а также мужчин и женщин секс-бизнеса к разработке, реализации и оценке программ поможет не только улучшить результаты программ, но и повысить самооценку представителей уязвимых групп и снизить стигматизацию через демонстрацию ценности жизненного опыта представителей уязвимых групп (Pinkham and Malinowska-Sempruch 2007).
- Внедрение гендерно-чувствительных услуг требует, чтобы весь персонал программ проходил постоянное, а не разовое обучение гендерным аспектам потребностей каждой из уязвимых групп.

- Услуги должны становиться более гендерно-чувствительными, чего можно добиться при помощи установления гибкого графика работы, внедрения открытых и мобильных услуг, а также предоставления услуг в вечернее время и на выходных, применения минимальных правил пользования услугами, предоставления ухода за детьми, а также определения мест и времени, где и когда услуги предоставляются исключительно женщинам, ТГ или мужчинам.
- Необходимо преодолеть барьеры на пути широкого распространения женских презервативов и лубрикантов, связанных с финансовыми факторами, вопросами закупок и доставки, для того, чтобы дать возможность МСМ, а также мужчинам, ТГ и женщинам секс-бизнеса обеспечивать больший контроль над профилактикой ВИЧ-инфекции с партнерами, которые отказываются пользоваться мужскими презервативами.

Уменьшение случаев насилия и принуждения к тем или иным действиям:

- В рамках программ необходимо прилагать усилия, направленные на выявление случаев сексуального насилия над детьми и ГН, а также на разработку стратегий и услуг, направленных на решение психологических проблем представителей уязвимых групп.
- Программы, направленные на работу с уязвимыми группами, должны включать компоненты снижения и уменьшения последствий насилия, а также социальной поддержки. Кроме того, должны быть разработаны программы разрешения конфликтов в сообществах с целью уменьшения случаев насилия по отношению к отдельным ПИН, секс-работникам, ТГ и МСМ.

Повышение правовой защиты представителей уязвимых групп:

- Существует безотлагательная потребность в обеспечении стратегических изменений и продвижении научно обоснованных подходов к разработке программ профилактики, лечения, ухода и поддержки, направленных на работу с уязвимыми группами. Странам необходимо принять законодательные нормы, отменяющие криминальную ответственность за однополые сексуальные отношения по обоюдному согласию, а также за владение презервативами и инъекционным инструментарием.
- Также существует срочная потребность в принятии стратегических изменений, предусматривающих услуги добровольной и научно обоснованной реабилитации для секс-работников и ПИН, вместо лишения их свободы.
- Налаживание партнерства между правоохранительными органами, органами государственной безопасности и программами профилактики ВИЧ среди уязвимых групп с целью достижения согласия по применению приемлемых для всех сторон стратегий снижения вреда играет исключительно важную роль в создании условий для уменьшения рисков (Rhodes et al. 2006).

Расширение доступа уязвимых групп к источникам дохода и производственным ресурсам:

- Программы, целевой аудиторией которых являются секс-работники, должны взаимодействовать с программами обучения для взрослых, и направлять своих клиентов для прохождения такого обучения.
- Программы, целевой аудиторией которых являются секс-работники, должны предоставлять своим клиентам доступ к микрофинансированию и помогать им находить дополнительные источники дохода, сочетая в себе систему кредитования или финансовой мотивации с развитием навыков, грамотности и профессиональным обучением, благодаря чему клиенты могли бы получать такой же доход, как от секс-работы, либо сравнимый доход.

Формирование гендерных норм и моделей поведения:

- Программы профилактики должны делать акцент на сексуальных отношениях, которые выступают в качестве контекста для рискованного инъекционного поведения, и подчеркивать необходимость исключения совместного использования шприцев или других рискованных моделей поведения с сексуальными партнерами.
- Работа с партнерами-мужчинами и сутенерами, а также использование командного подхода к аутрич-работе может помочь задействовать большее число женщин и ТГ в аутрич-программах.
- Наряду с работой, направленной на представителей наиболее уязвимых групп населения, необходимо внедрять программы для членов их семей и сексуальных партнеров.
- Необходимо проводить более активную работу с мужчинами с целью изменения их отношения к коммерческому сексу.
- Что касается работы с клиентами секс-работников, исключительно информационных кампаний недостаточно для изменения норм, формирующихся под влиянием окружения, а также обусловленных политическими факторами. Программы должны проводить комплексную работу, начиная от информационных кампаний в СМИ и заканчивая работой с мужчинами в сообществах, в группах и на рабочих местах.

Гендерные нормы и модели рискованного поведения варьируются как между различными культурами, так и в пределах одной культуры в зависимости от классовой, этнической принадлежности или принадлежности к меньшинствам, а также экономического статуса. Имеющиеся публикации явно говорят о том, что наблюдается нехватка информации об изменяющемся сексуальном поведении, общественных ожиданиях и гендерных ролях, оказывающих влияние на рискованное поведение среди представителей уязвимых групп и их сексуальных партнеров (Andrade and Estrada 2003).

Благоприятным фактором является то, что по данным исследований, проведенных как в развитых странах, так и в странах с ограниченными ресурсами, представители уязвимых групп способны изменить свое поведение с целью недопущения инфицирования ВИЧ либо, в случае наличия ВИЧ-позитивного статуса, недопущения инфицирования своих сексуальных партнеров (Colon et al. 2009; Des Jarlais and Semaan 2005). Поскольку на модели рискованного поведения в большей мере влияют не индивидуальные

особенности, а социальные и структурные факторы, которые могут изменяться на протяжении нескольких лет или даже десятилетий, будущие программы, направленные на работу с уязвимыми группами, должны вовлекать правительственные органы, учреждения правовой системы, неправительственные организации и объединения по защите прав уязвимых групп в рамках долгосрочной комплексной стратегии, направленной на преодоление социальных норм и барьеров в обществе.

ПРОБЛЕМЫ

1. *Международное сообщество испытывает нехватку инструментов и ресурсов, способных разрешить эпидемическую ситуацию в странах с концентрированной эпидемией*. Существует острая потребность в выявлении и преодолении особых характеристик передачи ВИЧ-инфекции в пересекающихся сетях ПИН, секс-работников, их партнеров, клиентов и МСМ, связанных с сексуальными связями и употреблением инъекционных наркотиков (AIDS Projects Management Group 2005).
2. *Наблюдается нехватка международных и национальных инициатив и адвокационных усилий, направленных на защиту интересов уязвимых групп.* Поддержка долгосрочных адвокационных кампаний со стороны доноров и правительств остается слабой, а финансирование работы, направленной на развитие потенциала общественных организаций на местах, способных лоббировать интересы уязвимых групп — недостаточным.
3. *Правительственные меры, направленные на борьбу с эпидемией ВИЧ среди уязвимых групп, остаются неэффективными.* Немногие правительства и доноры включают программы профилактики, лечения, ухода и поддержки для представителей уязвимых групп в список своих приоритетов.
4. *Существует мало эффективных профилактических программ, направленных на работу с женщинам-ПИН*. Вовлечение женщин-ПИН в аутрич-программы может быть осложнено по причине гендерных ограничений: посещение парков, мест скопления ПИН, темных улиц и переулков может быть опасным для женщин. Женщины могут иметь меньше возможностей выступать в качестве аутрич-работников по причине меньшей самостоятельности (из-за домашних обязанностей, стигматизации, страха раскрытия информации об употреблении наркотиков или же из-за контроля со стороны своих партнеров-мужчин или сутенеров) (Birgin 2009).
5. *Проведено чрезвычайно мало исследований по проблемам гендера и уязвимости к ВИЧ-инфекции в странах с ограниченными ресурсами*. Поскольку большая часть исследований по вопросам гендера, уязвимости и ВИЧ-инфекции проводилась в развитых странах, важно проводить такие исследования в различных национальных и культурных контекстах с целью разработки программ, которые могли бы применяться для работы с уязвимыми группами в странах с ограниченными ресурсами.
6. *Профилактические программы, направленные на работу с уязвимыми группами, не предусматривают распространение женских презервативов (и лубрикантов)*. В 2009 году PEPFAR было распространено 25 миллиардов мужских и 2,5 *миллиона*

женских презервативов. Секс-работники, МСМ и ТГ не имеют доступа к эффективным профилактическим средствам, использование которых они могли бы контролировать.

РЕСУРСЫ

Bill & Melinda Gates Foundation AVAHAN Project: www.gatesfoundation.org/avahan/Pages/overview.aspx

Understanding and Challenging HIV/AIDS Stigma: A Toolkit for Action. Available at www.icrw.org/publications/understanding-and-challenging-hiv-stigma-toolkit-action

WHO, UNODC, and UNAIDS. 2009. *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment, and Care for Injecting Drug Users.* Geneva: Switzerland. Available at www.unodc.org/documents/hiv-aids/WHO%20UNODC%20UNAIDS%20%20IDU%20Universal%20Access%20Target%20Setting%20Guide%20-%20FINAL%20-%20Feb%2009.pdf

The Global Forum on MSM & HIV: www.msmgf.org

amfAR's MSM Initiative: www.amfar.org/msm/

Egremy, G., M. Betron, and A. Eckman. 2009. *Identifying Violence against Most-at-Risk Populations: A Focus on MSM and Transgenders. Training Manual for Health Providers.*Washington, DC: Futures Group, Health Policy Initiative, Task Order 1. Available at www.healthpolicyinitiative.com/index.cfm?id=publications&get=pubID&pubID=1097

UNAIDS. Men who Have Sex With Men: Key Operational Guidelines of the UNAIDS Programme. Available at www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/PolicyGuidance/OperationGuidelines/men_men_sex_operational_guidelines.asp

WHO. 2004. *Rapid Assessment and Response Guide: Adaptation Guide on HIV and Men who Have Sex With Men.* Available at www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/msmrar.pdf

IHAA's Frontiers Prevention Project. At the XVII International AIDS Conference, 2008, the Frontiers Prevention Project reported on a model program and successful HIV prevention campaign for sex workers and MSM in Andhra Pradesh, India. Available at www.aidsalliance.org/publicationsdetails.aspx?id=79

Naz Foundation International provides technical assistance and support to MSM groups and organizations in Asia. Available at www.nfi.net/index.htm

Women's Harm Reduction International Network (WHRIN). WHRIN is a global platform to reduce the harms associated with drug use by women and to develop an enabling environment for the implementation and expansion of harm reduction resources for women. Available at www.talkingdrugs.org/womens-harm-reduction-group

ССЫЛКИ

Aceijas, C., G. V. Stimson, M. Hickman, et al. 2004. Global Overview of Injecting Drug Use and HIV Infection Among Injecting Drug Users. *AIDS* 18:2295–303.

AIDS Projects Management Group. 2005. *Is There Anyone Left in the General Population? A Scan of Information Available on the Context of HIV Transmission and Risk for Vulnerable Groups in Seventeen Countries with Concentrated Epidemics.* Sydney, Australia: AIDS Projects Management Group.

American Foundation for AIDS Research (amfAR). 2006. *HIV Prevention for Men Who Have Sex With Men*. Issue Brief No. 4. Washington, DC: amfAR.

American Foundation for AIDS Research (amfAR). 2008. *The MSM Initiative Year One.* Available at www.amfar.org/uploadedfiles/community/MSM.pdf (accessed November 2010)

Amirkhanian, Y. A., J. A. Kelly, J. Takacs, et al. 2009. HIV/STD Prevalence, Risk Behavior, Predictors in Russian and Hungarian Sociocentric Social Networks of Men Who Have Sex with Men. *AIDS Education and Prevention* 21(3):266–79.

Andrade, R., and A. L. Estrada. 2003. Are Hispana IDUs Tecatas?: Reconsidering Gender and Culture in Hispana Injection Drug Use*. Substance Use & Misuse* 38(8):1133–58.

Australian Agency for International Development (AusAID). 2008. *HIV/AIDS Asia Regional Program (HAARP): Gender Integration Strategy.* Available at www.haarp-online.org/LinkClick.aspx?fileticket=Us_k4jMTM_o%3D&tabid=2171 (accessed November 2010)

Bennet, B., and P. Messeri. 2007. *IPV and Health Outcomes*. CHAIN Report 2006. New York, NY: Columbia University Mailman School of Public Health in collaboration with Medical and Health Research Association of New York, the NYC Department of Health and Mental Hygiene, the Westchester Department of Health, and the NY Health & Human Services HIV Planning Council.

Berry, S., D. Burrows, L. McCallum, et al. 2009. Incorporating Gender into MARP Interventions in Asia and the Pacific. Available at http://hivinasia.blogspot.com/2009/12/incorporating-gender-in-to-marps.html (accessed September 2010)

Beyrer, C. 2007. Global HIV Epidemiology Update and Transmission Factors: Risks and Risk Contexts—16th International AIDS Conference. Epidemiology Plenary.*Clinical Infectious Diseases* 44:981–7.

Beyrer, C., T. Sripaipana, S. Tovanabutra, et al. 2005. High HIV, Hepatitis C and Sexual Risks Among Drug-using Men who Have Sex With Men in Northern Thailand. *AIDS* 19:1535–40.

Bingswanger, H. 2005. "Policy Note for the Netherlands Ministry of Foreign Affairs: Combating the Epidemics of Violence and AIDS Among Men Having Sex With Men in the Developing World." Available at www.freewebs.com/pinkandblackmagazine/MINBUZApolicynote.pdf (accessed November 2010)

Birgin, R. 2009. Key informant interview. July 22.

Bockting, W. O., B. E. Robinson, J. Forberg, et al. 2005. Evaluation of a Sexual Health Approach to Reducing HIV/STD Risk in the Transgender Community.*AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV* 17(3):289–303.

Brennan, D. J., W. L. Hellerstedt, M. W. Ross, et al. 2007. History of Childhood Sexual Abuse and HIV Risk Behaviors in Homosexual and Bisexual Men.*American Journal of Public Health* 97(6):1107–112.

Buzdugan, R., S. S. Halli, and M. F. Cowan. 2009. The Female Sex Work Typology in India in the Context of HIV/AIDS. *Tropical Medicine and International Health* 14(6):673–87.

Choi, S. Y. P., Y. W. Cheung, and K. Chen. 2006. Gender and HIV Risk Behavior Among Intravenous Drug Users in Sichuan Province, China. *Social Science & Medicine* 62:1672–84.

Cleland, C. M., D. C. Des Jarlais, T. E. Perlis, et al. 2007. HIV Risk Behaviors Among Female IDUs in Developing and Transitional Countries. *BMC Public Health* 7(271). Available at www.biomedcentral.com/1471-2458/7/271 (accessed January 2009)

Colon, H. M., H. A. Finlinson, J. Negron, et al. 2009. Pilot Trial of an Intervention Aimed at Modifying Drug Preparation Practices Among Injection Drug Users in Puerto Rico. *AIDS Behavior* 13:523–31.

Cruz, M. F., A. Mantsios, R. Ramos, et al. 2007. A Qualitative Exploration of Gender in the Context of Injection Drug Use in Two US–Mexico Border Cities.*AIDS Behavior* 11:253–62.

Davey-Rothwell, M. A., and C. A. Latkin. 2007. Gender Differences in Social Network Influence among Injection Drug Users: Perceived Norms and Sharing. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 84(5): 691–703.

Des Jarlais, D. C., and S. Semaan. 2005. Interventions to Reduce the Sexual Risk Behaviour of Injecting Drug Users. *International Journal of Drug Policy* 16S:S58–S66.

Dianna, L., H. Panhavy, L. Vandy, et al. 2008. Social Pressure and Sexual Decision-making Among Clients of Female Entertainment Workers in Phnom Penh, Cambodia. Abstract WEPE0322. International AIDS Conference, Mexico City, Mexico, August 3-8, 2008.

Duch, A. N., M. R. Ross, P. Ha, et al. 2009. Male Homosexual Identities, Relationships, and Practices Among Young Men who Have Sex With Men in Viet Nam: Implications for HIV Prevention. *AIDS Education and Prevention* 21(3):251–65.

Egremy, M. G. A., M. Betron, and A. Eckman. 2009. *Identifying Violence against Most-at-Risk Populations: A Focus on MSM and Transgenders. Training Manual for Health Providers*. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Initiative, Task Order 1.

El-Bassell, N., S. S. Witte, L. Gilbert, et al. 2003. The Efficacy of a Relationship-based HIV/STD Prevention Program for Heterosexual Couples. *American Journal of Public Health* 93(6):963–9.

Family Health International (FHI). 2006. *Behind the Pleasure: Sexual Decision-Making Among High-Risk Men in Urban Vietnam*. Working Papers on HIV Prevention, Care, and Treatment in Vietnam.Arlington, VA: FHI.

Farquhar, C., J. N. Kiarie, B. A. Richardson, et al. 2004. Antenatal Couple Counseling Increases Uptake of Interventions to Prevent HIV-1 Transmission. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 37(5):1620–6.

Flores, S. A., S. Mansergh, G. Marks, et al. 2009. Gay Identity-Related Factors and Sexual Risk Among Men Who Have Sex with Men in San Francisco. *AIDS Education and Prevention* 21(2):91–103.

Genberg, B. L., Z. Hlavka, K. A. Konda, et al. 2009. A Comparison of HIV/AIDS-related Stigma in Four Countries: Negative Attitudes and Perceived Acts of Discrimination Towards People Living with HIV/AIDS. *Social Science & Medicine* 68:2279–87.

Hanck, S., B. West, and S. Tsui. 2007. *Can Microfinance Programs Reduce HIV Risk in Developing Countries?* New Haven, CT: Project Parivartan and the Law, Policy & Ethics Core Center for Interdisciplinary Research on AIDS Yale University.

Hankins, C. 2007. Sex, Drugs, and Gender?High Time for Lived Experience to Inform Action.*International Journal of Drug Policy* 19:95–6.

Human Rights Watch. 2004. *Hated to Death: Homophobia, Violence and Jamaica's HIV/AIDS Epidemic*. Washington, DC: Human Rights Watch.

IHAA.2007b. *Sex Work, Violence and HIV.A Guide for Programmes with Sex Workers*.Frontiers Project. Brighton, UK: IHAA.

Inchaurraga, S. 2003. Drug Use, Harm Reduction, and Health Policies in Argentina: Obstacles and New Perspectives. *Clinical Infectious Diseases* 37(Suppl. 5):S366–71.

International Center for Research on Women (ICRW). 2002. Masculinity and Violence in the Domestic Domain: An Exploratory Study Among the MSM Community. *Men, Masculinity and Domestic Violence in India*. Washington, DC: ICRW.

International HIV/AIDS Alliance (IHAA). 2007a. *Research for Action: A Study of the Behaviour of Gay Men and Other Men who Have Sex with Men in Ecuador*. Case Study Series. Brighton, UK: IHAA.

Jackson, L. A., D. Bailey, D. Babineau, et al. 2003. "What has Gender Got to Do With It? An Exploration of Gender Differences in the Sharing of Drug Paraphernalia."Abstract #67287.American Journal of Public Health Meeting, November 15–19.

Jana, S., I. Basu, M. J. Rotheram-Borus, et al. 2004. The Sonagachi Project: A Sustainable Community Intervention Program. *AIDS Education and Prevention* 16(5):405–14.

Jay, J. P., J. Catania, L. Pollack, et al. 2001. Understanding Childhood Sexual Abuse as a Predictor of Sexual Risk-taking Among Men who Have Sex With Men: The Urban Men's Health Study. *Child Abuse & Neglect* 25(4):557–84.

Kerrigan, D., J. M. Ellen, L. Moreno, et al. 2003. Environmental-Structural Factors Significantly Associated with Consistent Condom Use Among Female Sex Workers in the Dominican Republic. *AIDS* 1:415–23.

Kidd, R., and S. Clay. 2003. *Understanding and Challenging Stigma: A Toolkit for Action: Trainers Guide*. Washington, DC: The CHANGE Project.

Knight, K. R., C. Dawson-Rose, S. B. Shade, et al. 2002. HIV+ Male Injection Drug Users Feel Pressured to Have Sex: Implications for Prevention. Abstract. International AIDS Conference, July 7–12, San Francisco, CA.

Koblin, B., L. Torian, G. Xu, et al. 2006. Violence and HIV-related Risk Among Young Men who Have Sex With Men. *AIDS Care* 18(8):961–7.

Kumar, S. M., H. K. Virk, A. Chaudhuri, et al. 2008. A Rapid Situation and Response Assessment of the Female Regular Sex Partners of Male Drug Users in South Asia: Factors Associated with Condom Use During the Last Sexual Intercourse. *International Journal of Drug Policy* 19:148–58.

Magee, C., and E. Huriaux. 2008. Ladies' Night: Evaluating a Drop-in Programme for Homeless and Marginally Housed Women in San Francisco's Mission District. *International Journal of Drug Policy* 19:113–21.

National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STD (NCHADS).2007a. Presentation on Behavioral Sentinel Surveillance. Available at www.aidsportal.org/Article_Details.aspx?ID=8236 (accessed July 2008)

NCHADS.2007b. "Report of a Consensus Workshop HIV Estimates and Projections for Cambodia 2006–2012."NCHADS Surveillance Unit, Phnom Penh, June 25–29. Available at http://data.unaids.org/pub/Report/2008/cambodia_hiv_estimation_report_2006_en.pdf (accessed April 2009)

Needle, R. H., D. Burrows, S. R. Friedman, et al. 2005. Effectiveness of Community-based Outreach in Preventing HIV/AIDS Among Injecting Drug Users. *International Journal of Drug Policy* 16(Suppl 1):45–57.

Pan American Health Organization (PAHO). 2008. *Campaigns Against Homophobia in Argentina, Brazil, Colombia, and Mexico*. Washington, DC: PAHO.

Panchanadeswaran, S., S. C. Johnson, S. Sivaram, et al. 2008. Intimate Partner Violence is as Important as Client Violence in Increasing Street-based Female Sex Workers' Vulnerability to HIV in India. *International Journal of Drug Policy* 19:106–112.

Peacock, D., L. Stemple, S. Sawires, et al. 2009.Men, HIV/AIDS, and Human Rights.*Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 51:S119–S125.

Peralta, R. L., and J. Ross. 2009. Understanding the Complexity of Alcohol-Related Intimate Partner Violence in the Lives of Hispanic Men Who Have Sex with Men: Methodological Issues and Considerations. *Gender Issues* 26:85–104.

Pinkham, S., and A. Shapoval. 2010. *A Making Harm Reduction Work for Women: The Ukrainian Experience*. New York, NY: International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute.

Pinkham, S., and K. Malinowska-Sempruch. 2007. *Women, Harm Reduction, and HIV*. New York, NY: International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute.

Population Services International (PSI) and FHI. 2007. *Let's Go For a Walk: Sexual Decision-making Among Clients of Female Entertainment Service Workers in Phnom Penh, Cambodia*. Washington, DC: PSI.

Priya, K. R., S. Singh, J. Dorabjee, et al. 2005. How Effective are Harm Reduction Programmes for Drug Users? Some Insights from an Evaluation of the Programme at Sharan in Delhi.*Journal of Health Management* 7(2):219–36.

PSI and Salud CENSIDA. 2008. "Gender, IDU and HIV along the US-Mexican Border: The case of Mexicali and San Luis Río Colorado." PowerPoint presentation, May, 2008.

Ramachandran, S. 2008. "Intimate Partner Violence and HIV Syndemic Among MSM: Gaining a Better Understanding of Disease Overlap." Masters Thesis.University of Pittsburgh.

Rhodes, T., L. Platt, A. Sarang, et al. 2006. Street Policing, Injecting Drug Use and Harm Reduction in a Russian City: A Qualitative Study of Police Perspectives. *Journal of Urban Health* 83(5):911–25.

Riehman, K. S., A. H. Kral, R. Anderson, et al. 2004. Sexual Relationships, Secondary Syringe Exchange, and Gender Differences in HIV Risk Among Drug Injectors. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 81(2):249–59.

Rodríguez-Madera, S., and J. Toro-Alfonso. 2005. Gender as an Obstacle in HIV/AIDS Prevention: Considerations for the Development of HIV/AIDS Prevention Efforts for Male-to-Female Transgenders. Available at www.informaworld.com/smpp/content~db=all~content=a903878988~frm=titlelink (accessed November 2010)

Rojanapithayakorn, W., and R. Hanenberg. 1996. The 100% Condom Program in Thailand. *AIDS* 10:1–7.

Sabido, M., F. Giardina, G. Hernandez, et al. 2009. The UALE Project: Decline in the Incidence of HIV and Sexually Transmitted Infections and Increase in the Use of Condoms Among Sex Workers in Guatemala. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 51(Suppl. 1):S35–S41.

Saewyc, E., C. Skay, K. Richens, et al. 2006. Sexual Orientation, Sexual Abuse, and HIV-risk Behaviors Among Adolescents in the Pacific Northwest. *American Journal of Public Health* 96(6):1104–10.

Sarin, E., and E. Selhore. 2008. Serving Women who use Drugs in Delhi, India: Challenges and Achievements. *International Journal of Drug Policy* 19:176–8.

Sawires, S., N. Birnbaum, L. Abu-Raddad, et al. 2009. Twenty-five Years of HIV: Lessons for Low Prevalence Scenarios. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 51(Suppl 3):S75–S82.

Semaan, S., D. C. Des Jarlais, and R. Malow. 2006. Behavior Change and Health-Related Interventions for Heterosexual Risk Reduction Among Drug Users. *Substance Use Misuse* 41(10–12):1349–1378.

Shahmanesh, M., S. Wayal, F. Cowan, et al. 2009. Suicidal Behavior Among Female Sex Workers in Goa, India: The Silent Epidemic. *American Journal of Public Health* 99(7):1239–46.

Shannon, K., J. Shoveller, S. Strathdee, et al. 2008. Intersections of Gender-based Violence and HIV Infection Risk Among Women Selling Sex on the streets of Vancouver, Canada. Abstract TUPE0619. International AIDS Conference, Mexico City, Mexico, August 3–8.

Sherman, S. G., A. K. Srikrishnan, K. A. Rivett, S. H. Liu, S. Solomon, and D. D. Celentano. 2010. Acceptibility of a Microenterprise Intervention Among Female Sex Workers in Chennai, India. *AIDS Behav* 14(3):649–57.

Silenzio, V. M. B. 2003. Anthropological Assessment for Culturally Appropriate Interventions Targeting Men Who Have Sex with Men.*American Journal of Public Health* 93(6):867–71.

Smith, A. D., P. Tapsoba, N. Peshu, et al. 2009. Men who Have Sex With Men and HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa. *Lancet* 374(9687):416–22.

Stall, R. 2007. Opportunities to Improve AIDS Prevention Practice Among Men Who Have Sex with Men. *Journal of Preventive Medicine* 32(4S):S29–S30.

Stall, R., T. C. Mills, J. Williamson, et al. 2003. Association of Co-Occurring Psychosocial Health Problems and Increased Vulnerability to HIV/AIDS Among Urban Men Who Have Sex With Men. *American Journal of Public Health* 93(6):939–42.

Stocker, S. 1998. Men and Women in Drug Abuse Treatment Relapse at Different Rates and for Different Reasons.*NIDA Notes, Research Findings* 13(4). Available at http://archives.drugabuse.gov/NIDA_Notes/NNVol13N4/Relapse.html (accessed January 2009)

Strathdee, S. A., and C. Magis-Rodriguez. 2008. Mexico's Evolving HIV Epidemic. *Journal of the American Medical Association* 300(5):571–2.

Thomson, N., C. G. Sutcliffe, B. Sirirojn, et al. 2009. Correlates of Incarceration Among Young Methamphetamine Users in Chiang Mai, Thailand. *American Journal of Public Health* 99(7):1232–8.

Tran, T. N., R. Detels, L. T. Hoang, et al. 2005. Drug Use Among Female Sex Workers in Hanoi, Vietnam. *Addiction* 100(5):619–25.

UNAIDS. 2008. *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic.* Geneva, Switzerland: UNAIDS. Available at www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008 (accessed March 2009)

UNAIDS. 2009. *HIV Transmission in Intimate Partner Relationships in Asia.* Geneva, Switzerland: UNAIDS.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). 2004. *Substance Abuse Treatment and Care for Women: Case Studies and Lessons Learned*. Vienna: Austria. Available at www.unodc.org/pdf/report_2004-08-30_1.pdf (accessed November 2010)

Uretsky, E. 2008. "Mobile Men with Money": The Socio-cultural and Politico-economic Context of "High-risk" Behaviour Among Wealthy Businessmen and Government Officials in Urban China. *Culture, Health & Sexuality* 10(8):801–14.

World Health Organization (WHO). 2008. *Towards Universal Access: Scaling up Priority HIV/AIDS Interventions in the Health Sector. Progress Report*. Geneva, Switzerland: WHO.

WHO/Europe. 2008. *HIV and Other STIs Among MSM in the European Region: Report on a Consultation. Bled, 26–27 May 2008*.Copenhagen, Denmark: WHO.

WHO/UNAIDS. 2008. *Report on the Global AIDS Epidemic*. Geneva, Switzerland: WHO.

WHO/UNAIDS. 2009. *Estimating National Adult Prevalence of HIV-1 in Concentrated Epidemics: Draft Manual EPP Version Q*. Geneva, Switzerland: WHO.

Williams, C. T., and C. A. Latkin. 2005. The Role of Depressive Symptoms in Predicting Sex With Multiple and High-Risk Partners. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 38:69–73.

Wilson, D. 2006. *HIV Epidemiology: A Review of Recent Trends and Lessons. The World Bank.Global HIV/AIDS Program*. Washington, DC: World Bank. Available at http://data.unaids.org/pub/ExternalDocument/2007/20060913wilson_en.pdf (accessed September 2010)