

ОТЧЕТ

по результатам оценки деятельности
проекта второго раунда ГФСТМ
в Республике Казахстан

Анна Дерябина,
JSI Research & Training Institute, Inc
Проект ПОТЕНЦИАЛ

Лариса Башмакова
Независимый эксперт
Кыргызская Республика

Алматы, июнь 2009

СОДЕРЖАНИЕ

РЕЗЮМЕ.....	4
ВВЕДЕНИЕ.....	5
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.....	6
I. Содействие в улучшении нормативно-правовой базы и создание социальной среды, благоприятной для проведения профилактических и лечебных мероприятий.....	7
<i>Создание благоприятной нормативной и социально-правовой окружающей среды.....</i>	<i>7</i>
<i>Повышение уровня знаний и осведомленности сотрудников и представителей неправительственных организаций.....</i>	<i>9</i>
<i>Усиление потенциала государственного сектора здравоохранения по проведению мониторинга и оценки программ в области ВИЧ-инфекции.....</i>	<i>10</i>
II. Профилактика ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп.....	11
<i>Распространение индивидуальных средств защиты.....</i>	<i>11</i>
<i>Проведение образовательных бесед, в том числе по принципу равный-равному, и раздача ИОМ.....</i>	<i>13</i>
III. Повышение информированности общего населения, включая молодежь по вопросам ВИЧ.....	15
<i>Включение вопросов профилактики ВИЧ/ИППП и наркомании в основную программу обучения всех образовательных заведений.....</i>	<i>15</i>
<i>Проведение соответствующего обучения и предоставление информации по ВИЧ/СПИД и ИППП для общего населения, включая молодежь.....</i>	<i>16</i>
IV. Обеспечение доступа к качественным услугам по добровольному тестированию и консультированию (ДКТ) и лечению целевых групп населения.....	18
<i>Улучшение доступа и приемлемости услуг по лечению ИППП.....</i>	<i>18</i>
<i>Внедрение и расширение использования заместительной терапии для ПИН.....</i>	<i>19</i>
<i>Доступность и качество услуг по добровольному тестированию и консультированию (ДКТ).....</i>	<i>20</i>
V. Предоставление услуг по лечению, уходу и психосоциальной поддержке для людей с ВИЧ.....	21
<i>Создание благоприятной среды, устранение дискриминации и сегрегации людей, живущих с ВИЧ.....</i>	<i>21</i>
<i>Разработка стандартов клинического ведения людей, живущих с ВИЧ и предоставление АРВТ.....</i>	<i>22</i>
ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ.....	24
РЕКОМЕНДАЦИИ.....	25
ПРИЛОЖЕНИЕ 1 – ТЕХНИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ.....	29
ПРИЛОЖЕНИЕ 2 – СПИСОК РЕСПОНДЕНТОВ.....	30
ПРИЛОЖЕНИЕ 3 – ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА.....	35

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АРВТ	Антиретровирусная терапия
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГФСТМ	Глобальный Фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией
ДВД	Департамент внутренних дел
ДК	Дружественный кабинет
ДКТ	Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ
ДЭН	Дозорный эпидемиологический надзор
ИОМ	Информационно-образовательные материалы
ИППП	Инфекции, передаваемые половым путем
ИФА	Иммуноферментный анализ
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
МВД	Министерство внутренних дел
МиО	Мониторинг и оценка
МСМ	Мужчины, вступающие в сексуальные контакты с мужчинами
НПО	Неправительственная организация
НЦПФЗОЖ	Национальный центр формирования здорового образа жизни
ОЗТМ	Опиоидная заместительная терапия метадонем
ООН	Организация Объединенных Наций
ОФ	Общественный фонд
ОО	Общественное объединение
ПИН	Потребители инъекционных наркотиков
ПРООН	Программа Развития ООН
РС	Работник секса
РЦ СПИД	Республиканский центр профилактики и борьбы со СПИДом
СМИ	Средства массовой информации
СКК	Страновой координационный комитет
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ТБ	Туберкулез
УИС	Уголовно-исполнительная система
ЮКО	Южно-Казахстанская область
ЮНЕСКО	Организация ООН по вопросам образования, науки и культуры
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
ЮНОДК	Управление ООН по наркотикам и преступности
ЮНЭЙДС	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу

РЕЗЮМЕ

С 1 декабря 2003 по 30 ноября 2008 в Казахстане работал первый проект по гранту Глобального Фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ), направленный на поддержку действий государства по усилению мероприятий по борьбе с ВИЧ-инфекцией и укреплению потенциала неправительственных организаций по снижению последствий эпидемии ВИЧ-инфекции. Основным получателем данного гранта являлся Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИД, на которого была возложена ответственность за реализацию проекта в целом и координацию работы всех суб-получателей, включая местные Центры СПИД и неправительственные организации, а также партнеров проекта.

Данный проект полностью соответствовал основным стратегиям Государственной программы по противодействию эпидемии СПИДа и способствовал ее эффективной реализации. Выполнение проекта позволило обеспечить доступ целевых групп к услугам по профилактике ВИЧ, включая услуги по диагностике и лечению ИППП, а также способствовало созданию широкой сети СПИД-сервисных организаций. Очень важными достижениями проекта стали внедрение опиоидной заместительной терапии метадоном и начало антиретровирусной терапии. Кроме этого, проект внес большой вклад в усовершенствование нормативно-правовой базы и способствовал созданию социальной среды, благоприятной для проведения профилактических и лечебных мероприятий.

Проект достиг поставленных целей и создал прочную основу для проведения дальнейшей работы по профилактике ВИЧ-инфекции среди наиболее уязвимых групп и оказания услуг по лечению, уходу и поддержке людей, живущих с ВИЧ.

ВВЕДЕНИЕ

В конце 2008 года в Казахстане закончилось выполнение первого в стране проекта по ВИЧ Глобального Фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ) (№ KAZ 202-G01-H-00). Данный проект исполнялся в период с 1 декабря 2003 года по 30 ноября 2008 года и был нацелен на поддержку действий государства по усилению мероприятий по борьбе с ВИЧ-инфекцией и укреплению потенциала неправительственных организаций по снижению последствий эпидемии ВИЧ-инфекции.

Основными задачами проекта были профилактика ВИЧ-инфекции путем изменения поведения и снижения уязвимости целевых групп, а также предоставление информации и повышение уровня знаний о ВИЧ и СПИДе и пропаганда здорового образа жизни среди молодежи. Кроме этого, в задачи проекта входило развитие услуг по уходу, лечению и психосоциальной поддержке людей, живущих с ВИЧ.

Таким образом, целевыми группами по проекту являлись:

- Потребители инъекционных наркотиков (ПИН);
- Секс – работники (РС);
- Мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ);
- Молодежь;
- Люди, живущие с ВИЧ

Для достижения поставленной цели были проведены следующие мероприятия:

Фаза 1 (1 декабря 2003 – 1 декабря 2005; \$ 6,502,000)

1. Организация профилактики ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп;
2. Проведение кампании, направленной на повышение информированности населения, включая молодежь;
3. Обеспечение доступа к качественным услугам по добровольному тестированию, консультированию (ДКТ) и лечению целевых групп населения.

Фаза 2 (2 декабря 2005 – 30 ноября 2008; \$ 15,583,999)

1. Содействие в улучшении нормативно-правовой базы и создание социальной среды, благоприятной для проведения профилактических и лечебных мероприятий;
2. Организация профилактики ВИЧ среди уязвимых групп, включая молодежь;
3. Обеспечение доступа к качественным услугам по лечению для уязвимых групп;
4. Улучшение мониторинга, оценки, планирования и прогнозирования мероприятий по противодействию эпидемии ВИЧ.

Для получения независимой оценки результатов внедрения проекта, Республиканским центром по профилактике и борьбе со СПИД (РЦ СПИД), являющимся основным получателем грантов ГФСТМ по ВИЧ в Казахстане, было запланировано проведение внешней оценки (см. Техническое задание в приложении 1).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Команда по проведению независимой оценки. Для проведения оценки РЦ СПИД были наняты два консультанта: Анна Дерябина и Лариса Башмакова. Анна Дерябина, работающая заместителем регионального директора проекта ПОТЕНЦИАЛ/ JSI Research & Training Institute, Inc., была назначена лидером группы и отвечала за проведение индивидуальных и групповых интервью с получателями гранта, клиентами и партнерами проекта, а также за составление отчета по результатам оценки на русском и английском языках. Лариса Башмакова, независимый эксперт по ВИЧ, участвовала в проведении индивидуальных и групповых интервью с получателями гранта, клиентами и партнерами проекта, а также в подготовке и ревизии отчета по оценке.

Период проведения оценки: Посещение участков реализации проекта осуществлялось с 14 апреля по 8 мая 2009 года. Оценивалась деятельность проекта ГФСТМ за период с декабря 2003 по ноябрь 2008 года.

Участки сбора данных: Для проведения оценки РЦ СПИД определил следующие участки: г. Алматы, г. Павлодар, г. Караганда, г. Астана, г. Шымкент. В дополнение к городам, выбранным ГРП, консультанты посетили дополнительные участки реализации проекта: г. Аксу, Павлодарская область; г. Темиртау, Карагандинская область; г. Туркестан и г. Сайрам, Южно-Казахстанская область.

Методология сбора и анализа данных. Результаты проекта оценивались на основании: проверки работы на местах и опроса респондентов в выбранных участках реализации проекта (Приложение 2), а также анализа данных отчетной документации, предоставленной Республиканским Центром СПИД и анализа данных исследований и отчетов других организаций (Приложение 3). Опрос респондентов осуществляли методом фокус-групп и углубленных интервью, во время которых всем респондентам задавались открытые вопросы, ответы на которые записывались, по мере возможности, дословно. При проведении углубленных интервью ключевым респондентам задавались вопросы, побуждающие их к продолжительным и обстоятельным рассуждениям на тему основных достижений и недостатков проекта. Большинство респондентов были отобраны ГРП с участием областных центров СПИД. Результаты опроса респондентов были проанализированы и представлены в обобщенном виде, без ссылки на конкретных лиц для соблюдения конфиденциальности. После анализа и обобщения информации, для соблюдения объективности и открытости оценки, результаты опроса были разосланы для комментариев в электронном виде всем ключевым респондентам.

Ограничения и факторы, которые могли повлиять на результаты оценки. Существует ряд факторов, которые, по мнению авторов, могли тем или иным образом повлиять на результаты проведенной оценки:

- Области реализации проекта, выбранные РЦ СПИД для посещения консультантов, могут быть не репрезентативными для всей программы.
- Учитывая сжатые сроки проведения оценки, даже в тех областях, которые были выбраны для посещения, у консультантов не было возможности посетить все

участки реализации проекта и провести переговоры со всеми партнерами и исполнителями проекта, работающими с начала его реализации.

- Учитывая, что проект начал работу с 2003 года, часть респондентов во время проведения проверки могли забыть или непреднамеренно исказить информацию, относящуюся к первым годам реализации проекта.

РЕЗУЛЬТАТЫ

I. Содействие в улучшении нормативно-правовой базы и создание социальной среды, благоприятной для проведения профилактических и лечебных мероприятий

Создание благоприятной нормативной и социально-правовой окружающей среды

Одним из важных достижений Проекта ГФСТМ является поддержка мероприятий по совершенствованию национальной политики в области ВИЧ-инфекции. Так, Проектом оказана помощь в пересмотре Закона Республики Казахстан “О профилактике заболевания СПИДом” путем организации работы межсекторальной рабочей группы с

«Основное достижение проекта – это поддержка реализации Национальной программы по ВИЧ в Казахстане.»

Представитель международной организации.

участием представителей сообщества ЛЖВ. В результате проведенной работы в новую версию закона были внесены гарантии государства по оказанию бесплатной медицинской помощи, специфического лечения ВИЧ-инфекции и СПИДа, а также по диспансеризации, социально-правовой защите, недопущению дискриминации ЛЖВ. Кроме этого, из новой версии закона были исключены положения о необходимости

обязательного обследования отдельных категорий лиц на предмет инфицирования ВИЧ. Второй (пересмотренный) Закон Республики Казахстан о профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИДа был принят 7 июля 2006 г. (№ 172-III).

При содействии проекта в соответствии с Законом о профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИДа и в целях реализации Концепции Государственной политики по борьбе с ВИЧ/СПИДом в Республике Казахстан, а также среднесрочных планов социально-экономического развития страны на 2006-2008 и 2007-2009 годы¹, в 2006 году принята третья по счету Государственная Программа по противодействию эпидемии СПИДа на 2006-2010 гг.². Во всех областях Казахстана приняты региональные программы по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции. Выполнение этих программ нацелено на обеспечение универсального доступа ключевых групп населения к

¹ Постановление Правительства Республики Казахстан от 26.08.2005 года № 884 «О среднесрочном плане социально-экономического развития РК на 2006-2008 годы»; Постановление Правительства Республики Казахстан от 25.08.2006 года № 822 «О среднесрочном плане социально-экономического развития РК на 2007-2009 годы».

² Государственная Программа по противодействию эпидемии СПИДа на 2006-2010 гг., утверждена Постановлением Правительства Республики Казахстан от 15.12.2006 г. №1216

медицинскому обслуживанию, уходу и поддержке. Одним из важных разделов новой программы является совершенствование лекарственной политики по обеспечению доступности антиретровирусных препаратов, медикаментов для лечения оппортунистических заболеваний, а также формирование приверженности ЛЖВ к лечению.

Принятие закона и новой государственной программы на 2006-2010 годы способствовало повышению заинтересованности и ответственности органов государственного управления, развитию межсекторального и междведомственного взаимодействия. Во всех областях, в которых проводилась оценка, была отмечена заинтересованность и вовлеченность органов местного управления в мероприятиях по профилактике ВИЧ-инфекции. Вопросы, связанные с ВИЧ, обсуждались не реже одного раза в год на заседаниях координационных советов при акиматах, на которых рассматривалась деятельность не только Центров СПИД и департамента здравоохранения, но и других ведомств (управление образования, ДВД, УИС). Однако отсутствие четко прописанных задач различных ведомств в Законе о профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИДа и Государственной программе не способствует их активному участию в решении этой проблемы. В рамках проекта второго раунда ГФСТМ для повышения потенциала других ведомств сотрудниками Центров СПИД проведены семинары для различных групп специалистов. Целевым назначением средства ГФСТМ на развитие и поддержку ведомственных программ не планировались и не выделялись. С учетом текучести кадров, а также загруженности сотрудников Центров СПИД такая политика не могла способствовать устойчивости ведомственных программ в рамках Государственной программы и полноценному межсекторальному сотрудничеству в рамках Проекта.

Не в полной мере удалось достичь эффективного взаимодействия с правоохранительными органами. Несмотря на установившееся понимание программ снижения вреда на уровне Департаментов внутренних дел (ДВД) и наличие законов, позволяющих эффективно проводить профилактические мероприятия, правоприменительная практика пока еще вступает в противоречие с действующим законодательством. Принятые обязательства о невмешательстве в работу программ снижения вреда не всегда выполнялись личным составом ДВД, особенно на уровне рядового и сержантского состава. Так, например, наличие новых, либо использованных шприцев могло стать основанием для задержания наркопотребителей и даже волонтеров проектов сотрудниками милиции. В результате, наркопотребители боятся обращаться за шприцами в пункты доверия, либо самостоятельно покупать их в аптеках. По этой же причине не осуществляется на должном уровне возврат использованного инструментария. Несмотря на отсутствие статей уголовного и административного кодекса, преследующих добровольные сексуальные отношения между взрослыми людьми, имеют место факты временного задержания секс-работниц и их клиентов. Продолжается практика периодических «субботников»³. Данные действия со стороны правоохранительных органов заставляют секс-работниц часто менять места оказания

³ «Субботник» – это неправомерные действия сотрудников милиции по использованию бесплатных секс-услуг в обмен на возможность продолжать работу на данном участке.

услуг, работать через сутенеров, отказываться от посещения дружественных клиник, что препятствует эффективному проведению профилактической работы.

Несмотря на активную поддержку работы с группой MSM со стороны РЦ СПИД, они до настоящего времени остаются чрезвычайно закрытой группой с крайне ограниченным объемом охвата ее представителей профилактическими мероприятиями. Негативное, а иногда и враждебное отношение к MSM со стороны населения, отдельных представителей медицинских организаций и правоохранительных органов, а также самостигматизация внутри группы не позволяет развить адекватные профилактические вмешательства для представителей этой группы.

Повышение уровня знаний и осведомленности сотрудников и представителей неправительственных организаций

Проект второго раунда Глобального Фонда послужил основанием для организации и значительного увеличения числа СПИД-сервисных организаций в стране. За исключением ограниченного числа НПО, которые были образованы в конце 90-х - начале 2000-х годов с помощью Фонда Сороса, либо проекта ПРООН, для многих НПО грант ГФСТМ стал первым источником финансирования, а получение Республиканским Центром СПИД гранта ГФСТМ явилось стимулом для их создания. В результате появления большого количества новых НПО, безусловно, был расширен охват и доступ к уязвимым группам. Поскольку часть НПО создавались сотрудниками центров СПИД, удалось также добиться построения более доверительных отношений клиентов проекта и центров СПИД.

Для наращивания потенциала сотрудников проекта по работе с уязвимыми группами, РЦ СПИД была организована серия ежегодных тренингов, в том числе с привлечением Национального центра формирования здорового образа жизни (НЦПФЗОЖ.) Однако, систематизированного подхода к наращиванию потенциала исполнителей проекта, в том числе, путем выделения средств суб-получателям на проведение тренингов среди аутрич-работников силами подготовленных представителей НПО, разработано не было. Как результат, многие НПО, начавшие свою работу в рамках гранта ГФСТМ не смогли добиться устойчивости своей деятельности, не нарастили лидерского потенциала своих сотрудников и соответственно не были способны эффективно реализовывать работу среди уязвимых групп. Проведение тренингов среди волонтеров проекта было зачастую возложено на специалистов Центров СПИД, которые в свою очередь сами не получили должной подготовки и не имели соответствующего опыта по организации аутрич работы среди целевых групп, по вопросам формирования команды и принципам снижения вреда. Отсутствовал дифференцированный подход к обучению специалистов, работающих с разными целевыми группами.

«Проект Глобального Фонда дал толчок открытию многих НПО, но не способствовал их дальнейшему развитию»

Руководитель Ассоциации НПО.

В проекте была налажена система обратной связи с суб-реципиентам гранта, и систематически всем получателям рассылалась информация о ходе его исполнения. Кроме этого, ближе к середине проекта был создан отдельный раздел на веб-сайте РЦ

СПИД, где все желающие могли ознакомиться с отчетностью по проекту. На средства проекта ГФСТМ, ассоциацией «Равный-равному» была организована информационная рассылка для всех суб-получателей и партнеров проекта. Кроме этого, проект ГФСТМ поддержал создание и ежегодное проведение Форума НПО, который предоставил возможность открытого диалога между самими СПИД-сервисными НПО, Центрами СПИД, другими государственными структурами и международными партнерами.

Усиление потенциала государственного сектора здравоохранения по проведению мониторинга и оценки программ в области ВИЧ-инфекции

Координация национального ответа по ВИЧ-инфекции осуществляется Национальным координирующим советом здравоохранения, который был создан при Министерстве здравоохранения путем объединения нескольких национальных координирующих механизмов (например Национальный совет по СПИДу, Национальный совет по ТБ) для упрощения структуры управления и ускорения процесса принятия решений.

Для управления грантом Глобального Фонда по борьбе со СПИДом, ТБ и малярией был создан Страновой координационный комитет (СКК), который в 2005 г. в соответствии с триедиными принципами ООН управления ответом на ВИЧ-инфекцию, стал частью Национального координирующего Совета Здравоохранения. В соответствие с требованиями ГФСТМ, положение о СКК, план его работы, процедура выборов и функциональные обязанности членов СКК были разработаны в 2007 году. Однако

«За деньгами должна стоять ответственность исполнителя. С 2004-2006 со стороны донора особого контроля расходования средств не было. Подотчетности исполнителей тоже не было, за результатами работы никто не следил»

*Сотрудник ОЦ СПИД,
руководитель НПО.*

эффективное функционирование СКК было затруднено тем, что грантом ГФСТМ не предусматривались средства на проведение периодических встреч членов СКК и работу секретариата. По этой причине обсуждение решений по проекту осуществлялось СКК в основном по почте и в рабочем порядке.

В соответствии с требованиями гранта ГФСТМ в проекте был разработан план МиО с указанием индикаторов, целей и перечислением методов сбора и источников информации. Кроме этого, с целью наращивания потенциала государственного сектора здравоохранения по мониторингу и оценке программ в области ВИЧ-инфекции, при поддержке проекта ГФСТМ были проведены серии региональных семинаров для сотрудников Центров СПИД. Основным фокусом данных семинаров было обсуждение форм отчетности по индикаторам качества выполнения Государственной программы, но методики проведения анализа и контроля качества данных на них не обсуждались. В дополнение к этому, в проекте не было предусмотрено механизма по систематическому обмену информацией между Центрами СПИД и суб-получателями из числа НПО, а также единой кодировки клиентов, что нередко становилось причиной двойного учета клиентов и неравномерного территориального распределения работы проекта. Отсутствие эффективной координации деятельности суб-получателей проекта ГФСТМ на местах и отсутствие информации о деятельности НПО в Центрах СПИД не позволяло последним в полной мере учитывать всю работу, проводимую на местном уровне. Все это приводило к

несогласованности действий между государственным и негосударственным секторами и мешало внедрению «Триединых Принципов»⁴ на областном уровне.

II. Профилактика ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп⁵

Работа проекта по профилактике ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп состояла из 2-х основных компонентов⁶:

1. Бесплатная раздача средств индивидуальной защиты (презервативы, шприцы, смазки, дезинфектанты) через пункты доверия, в том числе мобильные, дружественные клиники и волонтеров.
2. Проведение образовательных бесед, в том числе, по принципу равный-равному, и раздача ИОМ.

Распространение индивидуальных средств защиты

По мнению абсолютного большинства респондентов предоставление большого количества шприцев и презервативов в течение длительного периода времени является одним из основных достижений проекта. Для большинства Центров СПИД именно бесплатная раздача презервативов и шприцев является наиболее действенным методом привлечения РС и ПИН в пункты доверия и дружественные кабинеты для получения информации, прохождения тестирования на ВИЧ и обследования на ИППП. Кроме этого, именно раздача средств индивидуальной защиты, полученных в рамках проекта, стала основой деятельности большинства СПИД-сервисных НПО, что позволило расширить доступ в целевые группы и построить доверительные отношения.

«Раньше они (ПИН) один шприц водой промывали и по кругу пользовались, а теперь есть возможность колоться своим шприцем. Уже люди не хотят делиться, только все со своими шприцами ходят»

Женщина, волонтер по работе среди ПИН, созависимая.

По данным дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН), за период внедрения проекта, наметилась тенденция к снижению показателей использования общих шприцев среди ПИН, и росту использования презервативов среди РС (рисунок 1 и 2). Так, число ПИН, использовавших общий шприц уменьшилось за период с 2003 по 2008 гг. с 11% до 7% (рис. 1), а число РС, указывающих на пользование презерватива при последнем половом коммерческом контакте увеличилось за этот же период с 86% до 93% (рис.2).

4 Триединые принципы – руководящие принципы осуществления мер против СПИДа на страновом уровне. Каждая страна должна иметь ЕДИНУЮ национальную стратегию по СПИДу, объединяющую работу всех партнеров под национальным руководством в режиме национального исполнения; ЕДИНЬИ национальный координирующий орган, руководящий процессом реализации этой стратегии во всех секторах; и ЕДИНУЮ систему мониторинга и оценки на страновом уровне для измерения и определения того, что работает.

5 Для данного отчета – потребители инъекционных наркотиков, работники секс бизнеса и мужчины, имеющие секс с мужчинами.

6 Услуги по диагностике и лечению ИППП и ДКТ, оказываемые на базе дружественных клиник, а также заместительная терапия имеют большое профилактическое значение для ВИЧ-инфекции, но в данном отчете описаны в разделе IV.

Рисунок 1. Процент ПИН, использовавших общих шприц при последней инъекции и распространенность ВИЧ среди ПИН^{7,8}

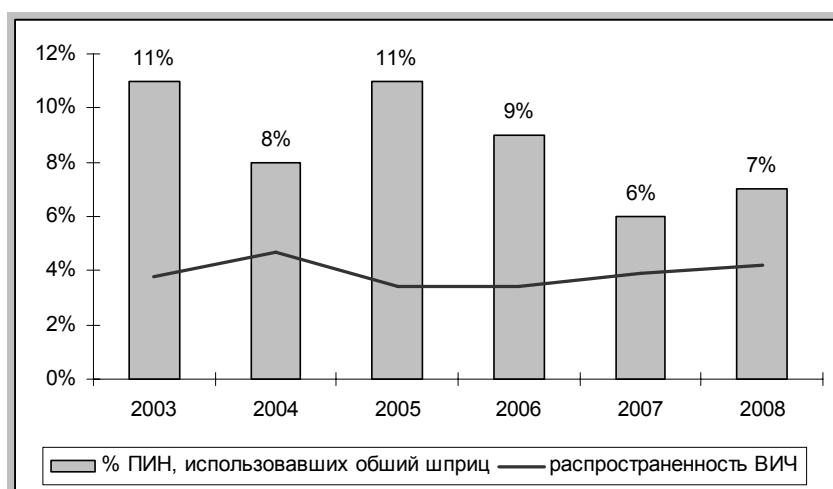


Рисунок 2. Процент РС, использовавших презервативы при последнем половом контакте с клиентом^{9,10}



Однако, несмотря на значительные достижения по обеспечению доступа к бесплатным индивидуальным средствам защиты, их закуп не всегда согласовывался с представителями целевых групп, а их ассортимент и качество периодически не

7 Бапенова Б.И. Результаты дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков, Казахстан, 2003-2005года. Алматы 2006.

8 Бунина Л., Бапенова Б. Анализ ситуации по ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков по данным дозорного эпидемиологического надзора в Республике Казахстан за 2008 год. Материалы конференции «Результаты эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в РК за 2008 год», Алматы 27-28 апреля 2009.

9 Айтуганова Г., Бабина Н. Результаты дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ инфекцией среди РС, Казахстан, 2003-2005 годы. Алматы 2006.

10 Сахнова Н, Бабина Н. Анализ ситуации по ВИЧ-инфекции среди работниц секса по данным дозорного эпидемиологического надзора в Республике Казахстан за 2008 год. Материалы конференции «Результаты эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в РК за 2008 год», Алматы 27-28 апреля 2009.

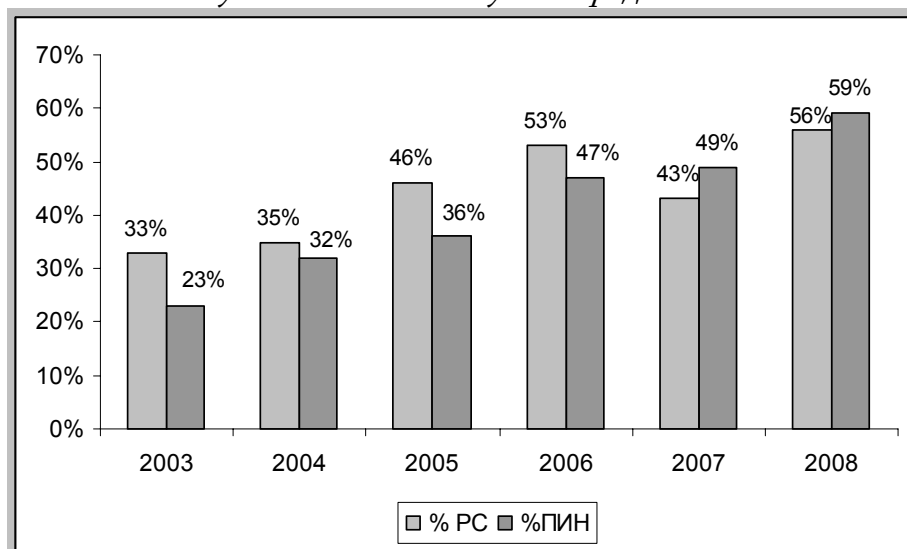
удовлетворяли потребности клиентов, особенно в начале проекта. Несмотря на включение МСМ в число целевых групп, презервативов, полностью отвечающих требованиям этой группы, поставлено не было. В 2007 году были закуплены смазки, однако их количество не отвечало реальным потребностям МСМ и РС. В 2005 году раздача шприцев и презервативов низкого качества, а также несвоевременная поставка материалов вызвали определенную демотивацию к проведению работы со стороны волонтеров проекта и способствовали снижению привлекательности проекта для клиентов.

Выезд в места сбора целевых групп и раздача шприцев и презервативов через волонтеров и мобильные пункты доверия являлись наиболее приемлемыми и эффективными формами работы по этому направлению, особенно среди ПИН и МСМ. В то время как РС были хоть как-то заинтересованы и мотивированы в посещении стационарных дружественных кабинетов (ДК) за счет услуг гинеколога и кож. венеролога, представители группы ПИН и МСМ старались избегать посещения медицинских учреждений из-за боязни быть замеченными знакомыми или милицией, неудобства расположения, либо часов работы пунктов и кабинетов, а также из-за отсутствия привлекательных для них услуг. Услуги стационарных пунктов доверия были мало привлекательными для большинства представителей уязвимых групп.

Проведение образовательных бесед, в том числе по принципу равный-равному, и раздача ИОМ

Повышение информированности уязвимых групп по данным ДЭН (рисунок 3) также можно связать с той работой, которая велась Центрами СПИД и НПО в рамках проекта ГФ. Так, за время исполнения проекта, знания РС о путях передачи увеличились на 23% (правильные ответы получены от 33% РС, участвующих в исследовании в 2003 г., и от 56% РС – в 2008 г.), а знания ПИН увеличились более чем в два раза (с 23% до 59% соответственно).

Рисунок 3. Знания о путях передачи ВИЧ



Для проведения аутрич-работы, за счет средств гранта, были наняты волонтеры из числа медицинских работников, представителей сообществ и созависимых лиц. Изначально в проекте не была предусмотрена оплата труда волонтеров, однако в первый год реализации проекта по решению СКК было принято решение выплачивать небольшое вознаграждение за проделанную работу. Учитывая необоснованно высокую нагрузку по охвату на каждого волонтера (до 120 человек), крайне низкую оплату труда волонтеров (менее трети от размера минимальной заработной платы), не всегда адекватную компенсацию транспортных расходов, работа волонтеров в основном сводилась к распространению индивидуальных средств защиты. Низкая мотивация способствовала частой ротации кадров, что в свою очередь, затрудняло процесс обучения самих волонтеров, повышало затраты на привлечение и обучение новых сотрудников и снижало устойчивость и эффективность программ. В дополнение к этому, в рамках проекта было запланировано малое количество семинаров для волонтеров и не выделялись дополнительные средства для проведения мотивационных тренингов для представителей целевых групп. Не были разработаны механизмы, пособия, либо руководства по проведению информационных бесед среди уязвимых групп для волонтеров, медицинских и социальных работников. Таким образом, из-за особенностей целевых групп, недостаточной подготовленности волонтеров и низкой оплаты, не использовались в полной мере преимущества обучения по принципу «равный-равному».

В рамках проекта основная нагрузка по проведению информационных бесед легла на сотрудников Центров СПИД, специалистов пунктов доверия и дружественных клиник. Однако вследствие их чрезвычайной занятости, отсутствия должной подготовки по консультированию целевых групп, а также низкой посещаемости медицинских учреждений представителями уязвимых групп они не смогли добиться должного охвата ключевого населения индивидуальными беседами.

Для поддержки реализации Государственной программы по СПИДу почти во всех регионах местными центрами занятости населения были выделены ставки волонтеров для Центров СПИД. Это позволило снизить план охвата на одного волонтера и разгрузить сотрудников Центров, хотя вопрос подготовки таких волонтеров, соответствия их требованиям для работы по принципу равный-равному, а также устойчивости не были решены. В результате, работа по повышению информированности групп о способах передачи ВИЧ и методах профилактики через индивидуальное консультирование в основном сводилась к предоставлению нерегулярной, очень базовой и однотипной информации для ограниченного контингента целевых групп.

Во второй фазе проекта, некоторым НПО удалось исправить сложившуюся ситуацию по непосредственной работе волонтеров с представителями уязвимых групп за счет объединения нескольких проектов и привлечения ресурсов других доноров. Именно за счет проекта ГФСТМ многие организации смогли обеспечить набор волонтеров, наладить контакт с группой, снабдить волонтеров достаточным количеством презервативов и

«В рамках проекта шла простая раздача шприцев и презервативов, это плохо. Не учитывался опыт программ снижения вреда, проводимых до этого. Устанавливались абсолютно нереальные ставки охвата для волонтеров»

Руководитель Ассоциации НПО.

шприцов, а затем получить дополнительное финансирование на обучение волонтеров и расширение деятельности.

Кроме непосредственных бесед с представителями уязвимых групп, для повышения их информированности в рамках проекта были разработаны и распространялись различные информационно-образовательные материалы (ИОМ). Централизованная разработка и тиражирование ИОМ в основном устраивала суб-реципиентов. Представители суб-грантеров г. Алматы были вовлечены в процесс согласования формата и содержания брошюр на стадии их разработки, однако, учитывая особенности регионов, НПО из других областей также хотели бы быть более вовлеченным и иметь возможность обсуждения макетов ИОМ с целевой группой. В целом, содержание и формат брошюр удовлетворяли потребности уязвимых групп в информации, однако, часть из них была перегружена текстом, иллюстрации в брошюрах были малоинформативными и в недостаточном количестве, что ограничивало восприятие текста, особенно среди малограмотных клиентов.

III. Повышение информированности общего населения, включая молодежь по вопросам ВИЧ

Включение вопросов профилактики ВИЧ/ИППП и наркомании в основную программу обучения всех образовательных заведений

«Уровень информированности детей о ВИЧ гораздо больше, чем у учителей, и тем более, чем у родителей».

Учитель биологии старших классов.

В настоящее время практически во всех образовательных учреждениях страны учащимся форме предоставляется информация о ВИЧ. Чаще всего вопросы ВИЧ-инфекции и СПИДа обсуждаются в рамках уроков валеологии, биологии, либо во время специально организованных мероприятий, проводимых в рамках Дня борьбы со СПИДом. С целью улучшения качества преподавания вопросов, касающихся ВИЧ-инфекции, при поддержке Кластерного бюро ЮНЕСКО, ЮНИСЕФ и гранта 2 раунда ГФСТМ были разработаны и распространялись по всем школам учебно-методические и информационные материалы для учителей школ и педагогов колледжей. Кроме этого, в трех областях при поддержке ЮНИСЕФ, был введен экспериментальный курс «Здоровье и жизненные навыки», в рамках которого рассматриваются вопросы профилактики ВИЧ-инфекции.

По общему мнению респондентов, уровень информированности организованной молодежи о вопросах ВИЧ в городской местности, гораздо выше, чем среди общего населения. Доказательством этого можно считать тенденцию к уменьшению доли регистрации случаев ВИЧ среди возрастных групп 15-19 лет и 20-29 лет (15-19 лет: 9% -

2002, 2% - 2008; 20-29 лет: 52% - 2002, 41% - 2008) ¹¹, а также динамика «старения» популяции ПИН и увеличение стажа наркопотребления в 2005 -2008 год¹².

Несмотря на значительный прогресс, вопросы профилактики ВИЧ и наркомании пока не включены в основной стандарт обучения и, соответственно, систематизированной работы по формированию более безопасного поведения среди молодежи не проводится. Часы валеологии, курс «Здоровье и жизненные навыки», а также другие внеклассные мероприятия являются вариативными, и их проведение зависит от желания и возможностей каждого отдельного образовательного учреждения. Организация семинаров, различных образовательно-развлекательных мероприятий, обсуждение вопросов профилактики ВИЧ во время классных часов направлены в большей степени на информирование учащихся о проблеме ВИЧ, и в меньшей степени на формирование правильного отношения и навыков безопасного поведения.

Кроме этого, в силу особенностей менталитета, а также недостаточной подготовленности по вопросам проведения бесед о профилактике ВИЧ и наркомании среди различных возрастных групп детей и молодежи, многие педагоги ограничивают беседы о ВИЧ предоставлением данных об эпидемиологической ситуации и путях распространения, не касаясь оценки индивидуального риска и методов профилактики. В программе переподготовки педагогических кадров в настоящее время включено лишь незначительное число часов по вопросам профилактики ВИЧ и наркомании.

«В настоящее время это лозунговый план. Следует учитывать человеческий фактор, ведь не все могут правильно донести информацию о ВИЧ и преподавать курс о здоровом образе жизни. Эта тема не может идти в нагрузку к преподаванию других предметов. Ее может преподавать лишь специально обученный отдельный преподаватель»

Представитель института усовершенствования учителей

Отрицательным фактором являлось и то, что вся ответственность за проведение мероприятий по внедрению вопросов профилактики ВИЧ и наркомании в школьную программу, равно как и выполнение этого компонента по проекту была возложена на центры СПИД. Управлениям образования, отдельно взятым школам, институтам переподготовки педагогических кадров средства из гранта ГФСТМ не выделялись, соответственно меры по институционализации вопросов профилактики ВИЧ в общеобразовательную программу не были предусмотрены и не осуществлялись.

Проведение соответствующего обучения и предоставление информации по ВИЧ/СПИД и ИППП для общего населения, включая молодежь

В рамках проекта Глобального Фонда наряду со специальными программами для ключевого населения, была проделана значительная работа по информированию

11 Ганина Л. Анализ эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан. Материалы конференции «Результаты эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в РК за 2008 год», Алматы 27-28 апреля 2009.

12 Бунина Л., Бапенова Б. Анализ ситуации по ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков по данным дозорного эпидемиологического надзора в Республике Казахстан за 2008 год. Материалы конференции «Результаты эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в РК за 2008 год», Алматы 27-28 апреля 2009.

населения в целом. Эта деятельность осуществлялась по нескольким ключевым направлениям:

- Создание наружной рекламы;
- Работа со СМИ;
- Разработка и распространение информационных материалов (плакаты, брошюры);
- Проведение акций и информационных кампаний.

В рамках проекта ГФСТМ были разработаны билборды, содержащие информацию по ВИЧ-инфекции. Данные билборды были размещены в основных городах реализации проекта за счет средств местного бюджета, что позволило охватить большое число населения наглядной информацией о ВИЧ.

Проектом ГФСТМ были также разработаны и размещены на национальном и местных каналах телевидения видеоролики. По согласованию с Министерством культуры и информации, ротация этих роликов была обеспечена бесплатно на государственных каналах, либо с предоставлением значительных скидок на коммерческих каналах.

Специального исследования, позволяющего оценить эффективность размещения билбордов и трансляции видеороликов, проведено не было, поэтому оценить реальный вклад данного мероприятия в улучшение информированности населения не представляется возможным. Но можно предположить, что такой вид информации способен донести лишь базовые понятия о ВИЧ, и не способствует получению стойких знаний о методах профилактики и формированию более безопасного поведения. Доказательством является тот факт, что в Казахстане в 2006 году, 98,7% женщин в возрасте 15-49 лет слышали о ВИЧ/СПИДе, но только 30,2% могли правильно назвать три основных способа профилактики полового пути заражения ВИЧ, и лишь 22,3% могли правильно назвать пути передачи ВИЧ и основные заблуждения¹³.

В течение 2004-2006 годов, Национальным центром формирования здорового образа жизни (НЦФЗОЖ) при поддержке проекта были организованы семинары для преподавателей учебных заведений, представителей департаментов образований, СМИ и НПО.

Также при поддержке проекта во всех регионах страны в течение последних 5 лет проводились массовые акции, посвященные Дню памяти жертв СПИДа и Всемирному дню борьбы со СПИДом. Проведение этих акций, безусловно, имело значение в создании спроса на информацию о вопросах ВИЧ, особенно среди молодежи. Кроме этого, проведение совместных широкомасштабных акций способствовало построению более тесных взаимоотношений между НПО, работающими на одной территории, государственными организациями и представителями бизнес структур, вовлеченных в проведение данных мероприятий.

¹³ Детский Фонд ООН (ЮНИСЕФ), Агентство Республики Казахстан по статистике. Мульти-индикаторное кластерное обследование 2006. Астана 2007.

IV. Обеспечение доступа к качественным услугам по добровольному тестированию и консультированию (ДКТ) и лечению целевых групп населения

Улучшение доступа и приемлемости услуг по лечению ИППП

Открытие дружественных кабинетов анонимного лечения вне дермато-венерологической службы, их оснащение, внедрение синдромного подхода и

«Я когда заболела, то пошла обследоваться к частному врачу, мне там такого наговорили, толком ничего не объяснили и денег много «сняли», а когда я в клинику Центра СПИД пришла, мне нормально помогли и бесплатно. Я часто туда хожу обследоваться, даже если ничего не болит».

Молодая женщина, РС.

симптоматическое лечение ИППП увеличило доступ наиболее уязвимых слоев населения, особенно РС и молодежи, к услугам по лечению ИППП. Кроме этого, открытие дружественных кабинетов на базе Центров СПИД позволило наладить более доверительные и открытые отношения сотрудников Центров и целевого населения и увеличить охват тестированием на ВИЧ. Была проведена серия ежегодных семинаров для персонала ДК по вопросам организации работы пунктов доверия, синдромному лечению ИППП и работе с уязвимыми группами населения.

По заключению ВОЗ¹⁴ при гонорее и хламидиозе специфичность синдромального подхода по оценке вагинальных выделений низкая, и при наличии у женщин вагинальных выделений необходимо на местах определять микроорганизмы (этиологию), вызывающие конкретный синдром (заболевание), и соответствующим образом адаптировать схемы лечения. Во всех ДК, осуществлялся забор мазков, однако, в большинстве случаев их микроскопия проводилась в общей неспециализированной лаборатории. Это занимало слишком много времени, в результате чего клиенты не соглашались ждать результатов, и лечение назначалось без учета результатов микроскопии. Большой эффект можно было бы получить, если бы микроскопия мазков проводилась сотрудниками ДК, прошедшими специальную подготовку на базе лабораторий КВД. Это подтверждено примером работы ДК, работающего на базе Павлодарского Центра СПИД.

Кроме этого, врачей не всегда устраивал ассортимент препаратов, который закупался для лечения ИППП в ДК. В ограниченном ассортименте предоставлялись препараты для местного применения, не были закуплены средства для санации половых путей в ситуациях, когда порвался презерватив, либо был контакт без презерватива, наблюдались перебои с поставками препаратов. Достаточно большое количество клиентов ДК перенаправлялись для более полноценного обследования и лечения в дерматовенерологические диспансеры, однако, в рамках проекта не был разработан механизм обмена информацией, и не всегда врач ДК мог отследить результаты обследования и/или лечения в диспансерах. Кроме этого, не было предусмотрено проведение совместных семинаров и разработка совместных планов работы для

¹⁴ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/ru/index.html>

сотрудников ДК и дерматовенерологических диспансеров на местах, что не способствовало дружескому отношению сотрудников диспансера к направляемым клиентам проекта, и нередко приводило к потере доверия клиентов к самим ДК.

Внедрение и расширение использования заместительной терапии для ПИН

В рамках проекта, на государственном уровне была проделана огромная работа по продвижению опиодной заместительной терапией метадон (ОЗТМ). Постановлением Правительства Республики Казахстан «О нормах потребности Республики Казахстан в наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах на 2008 год» от 17 октября 2007 года за № 960 утверждена государственная квота на ввоз метадона. Вопрос о ввозе препарата согласован с Комитетом по борьбе с наркоманией и наркобизнесом Министерства внутренних дел Республики Казахстан. Получено разрешение Комитета фармации Министерства Здравоохранения Республики Казахстан на разовый ввоз метадона. В результате предпринятых проектом усилий, в октябре 2008 года в двух областях¹⁵ 50 ПИН получили возможность участвовать в программе ОЗТМ, начало которой можно считать большим успехом проекта и важным дополнением к общим усилиям, как по профилактике ВИЧ среди ПИН, так и по обеспечению приверженности к АРВТ.

С момента начала программы ОЗТМ в Казахстане прошло менее одного года, говорить об ее эффективности еще рано. Вместе с тем, учитывая положительные отзывы участников программы и врачей наркологических диспансеров и СПИД Центров, а также руководителей областных департаментов здравоохранения и внутренних дел, можно считать начало внедрения программы ОЗТМ многообещающим.

«Принимаю метадон уже пол года и еще ни разу не укололся. Раньше просыпался, и надо было бежать искать деньги на наркотики, воровать. Теперь этот криминал «отпал», в семье отношения наладились».

Мужчина, ПИН/ЛЖВ.

Учитывая, что до начала проекта в Казахстане отсутствовал опыт проведения ОЗТМ, РЦ СПИД было преднамеренно принято решение не проводить активную информационную кампанию до получения промежуточных результатов программы. Именно этим можно объяснить, что на данный момент, среди ПИН, не участвующих в программе, созависимых, медицинских работников и общества в целом

отношение к заместительной терапии все еще остается противоречивым. Сами ПИН зачастую используют термин «метадон» для определения некачественного наркотика, который не вызывает нужной эйфории в обычных для них дозах, и часто приводит к передозировкам, а соответственно воспринимается группой крайне негативно. Кроме этого, у многих людей отсутствует вера в возможность дальнейшего продолжения программы ОЗТМ, а большинство представителей местных акиматов и управлений здравоохранения сомневаются в возможности финансирования закупки метадона из средств местных бюджетов.

¹⁵ г. Темиртау, Карагандинская область – 25 человек, г. Павлодар, Павлодарская область – 25 человек.

До начала внедрения программы ОЗТМ для руководителей пилотных наркологических диспансеров проектом была организована обучающая поездка в Кыргызскую Республику. Однако не было уделено достаточно внимания подготовке сотрудников Центров СПИД, которые активно сотрудничают с наркологическими диспансерами по набору участников и ведению пациентов на АРВТ + метадон, а значит должны владеть полной информацией о программе. Исходя из результатов обсуждения, складывается впечатление, что программа ОЗТМ в большей степени рассматривается всеми участниками, как альтернативный метод лечения наркозависимости, и лишь во второй степени, как метод профилактики ВИЧ среди ПИН. Именно этим можно объяснить активное стремление наркологов к скорому снижению доз, а также отсутствие систематизированной работы с участниками программы по вопросам снижения вреда и профилактики ВИЧ¹⁶.

Доступность и качество услуг по добровольному тестированию и консультированию (ДКТ)

«Раньше мы активно предлагали ПИН сдать тест на ВИЧ, сам никто не шел. Теперь некоторые из них сами нас просят дать направление на тест».

Женщина, волонтер по работе с ПИН.

«РС сами знают, в какой среде работают, и часто ходят обследоваться, в том числе и на ВИЧ»

Врач дружественной клиники.

В течение последних 5 лет тестирование наиболее уязвимых групп возросло почти в 10 раз (с 32703 тестов в 2003 году до 229209 тестов в 2008 году¹⁷) и это в первую очередь заслуга Республиканского и Областных центров СПИД, а также проекта ГФСТМ.

Проект по ВИЧ 2 раунда ГФСТМ способствовал повышению информированности о возможных рисках, важности прохождения тестирования на ВИЧ и улучшению доступа к ДКТ. Забор крови для тестирования на ВИЧ проводился в дружественных кабинетах, мобильных и стационарных пунктах доверия. В некоторых пунктах доверия, прохождение теста на ВИЧ являлось обязательным условием получения услуг на долгосрочной основе. В большинстве областей

тестирование на ВИЧ проводилось как с применением стандартных ИФА методов, так и с помощью экспресс тестов, закупленных на средства региональных бюджетов, что увеличило количество желающих пройти тест особенно среди ПИН. Наиболее активно на тестирование соглашались клиенты проекта из числа РС и ПИН, а МСМ в силу низкой настороженности и закрытости группы проходили тестирование в малом объеме. В условиях работы мобильных пунктов доверия консультирование предоставлялось по укороченной схеме, и чаще было направлено не на оценку риска, а не на мотивирование к тестированию.

¹⁶ Результаты данной оценки также совпадают с результатами оценки программы ОЗТМ, проведенной ранее консультантом из Украины (Дворяк, 2009).

¹⁷ Данные, предоставленные Республиканским Центром СПИД на основе формы №4 2003 и 2008 годов. Учитывалось только количество людей, прошедших тестирование по следующим кодам: 101.2 - контактные по совместному употреблению наркотиков с ЛЖВ-ПИН; 102 - ПИН; 114 - анонимное обследование.

Осознание значимости тестирования существенно для своевременного выявления ВИЧ-инфекции и предупреждения ее передачи, а также назначения профилактического или иного лечения. Опрос клиентов проекта показал, что регулярное прохождение тестирования рассматривалось ими как метод предупреждения ВИЧ-инфекции. Все из опрошенных проходили тестирование на ВИЧ в среднем 1 раз в 3 месяца, и при этом указывали на наличие опасных ситуаций, которые дают им повод проходить тестирование на ВИЧ с такой периодичностью. Это означает, что даже при значительном увеличении объемов тестирования, эффективность консультирования при тестировании на ВИЧ остается невысокой, и рискованное поведение часто отмечается даже среди постоянных клиентов программы.

V. Предоставление услуг по лечению, уходу и психосоциальной поддержке для людей с ВИЧ

Создание благоприятной среды, устранение дискриминации и сегрегации людей, живущих с ВИЧ

Как уже указывалось ранее, дискриминационные законы по отношению к людям, живущими с ВИЧ, в Казахстане практически отсутствуют. С принятием последнего закона Республики Казахстан “О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД” нормативно-правовая база страны стала соответствовать международным стандартам и позволяет создать систему, способную обеспечить полное соблюдение прав людей, живущих с ВИЧ, их семей, а также других групп населения, наиболее подверженных риску заражения ВИЧ. Однако для обеспечения соблюдения норм имеющихся законов и соблюдения всех прав любого гражданина, а тем более, людей, живущих с ВИЧ, требуется изменение общественного сознания. Критически важную роль при этом должно играть гражданское общество, включая общественные организации, включая организации людей, живущих с ВИЧ, и, конечно, ключевые органы государственной власти, такие как учреждения МВД, Министерства юстиции и Министерства здравоохранения.

Как показал опрос респондентов, наибольшую роль в снижении уровня стигматизации и дискриминации ЛЖВ со стороны населения играет эпидемиологическая ситуация. Например, более раннее начало эпидемии ВИЧ-инфекции в Карагандинской области и вспышка ВИЧ-инфекции среди детей в Южно-Казахстанской области и последующая информационная кампания, проводимая на средства ГФСТМ и других доноров, привели к более толерантному отношению медицинских работников и населения к ЛЖВ в этих регионах.

«Ни дети, ни их родители не готовы к тому, что в школу может прийти ребенок с ВИЧ. Более половины родителей сказали, что если в класс придет ВИЧ-инфицированный ребенок, они заберут из этого класса своего ребенка».

Учитель валеологии. Астана

Однако в целом по стране, по данным опроса общественного мнения в 2008¹⁸, более 44% респондентов считают, что людей, живущих с ВИЧ, необходимо изолировать. При этом данный показатель в течение последних 5 лет снизился незначительно, а другие показатели стигматизирующих и дискриминирующих мнений в обществе вообще не изменились.

Сохраняется статья 116 уголовного кодекса (УК) Республики Казахстан предусматривающая ответственность за угрозу заражения ВИЧ. По мнению одного из лидеров сообщества ЛЖВ данная статья представляет собой «узаконенную стигму», для искоренения которой, предлагается не снимать уголовную ответственность, а предусматривать ее в соответствии со статьей 115 УК «Нанесение вреда здоровью».

Для формирования толерантного отношения к ЛЖВ в рамках проекта была проведена информационная кампания в средствах массовой информации, в ходе которой, были созданы 5 видео роликов, которые транслировались бесплатно по местным телевизионным каналам в 22 городах страны. Кроме этого, в 2006 году с целью снижения последствий вспышки ВИЧ-инфекции в Южно-казахстанской области, проектом ГФСТМ была своевременно внедрена комплексная модель оказания психосоциальной, юридической и медицинской помощи детям с ВИЧ-инфекцией и их окружению, на базе социального бюро «Балакай». Помимо оказания различных социальных и медицинских услуг, одним из наиболее важных направлений деятельности «Балакай» являлась поддержка групп взаимопомощи, в результате которой, в г. Шымкент и на уровне районов ЮКО начали функционировать пять групп. В результате исследования, проведенного в рамках работы социального бюро, были определены основные факторы, влияющие на стигматизацию ЛЖВ в обществе. Результаты проведенного исследования стали основой для разработки еще одной успешной акции по повышению информированности населения по вопросам ВИЧ «Неверная информация, хуже ВИЧ», проведенный с целью снижения стигматизации и дискриминации ЛЖВ в г. Шымкент. Данный суб-проект включал в себя проведение серии адресных мероприятий для различных групп населения: журналистов, преподавателей учебных заведений, директоров, воспитателей и медработников дошкольных учреждений, врачей разных специальностей, родителей, а также издание наглядных материалов и проведение тематической дискотеки.

Разработка стандартов клинического ведения людей, живущих с ВИЧ и предоставление АРВТ

Именно за счет средств проекта второго раунда ГФСТМ, в Казахстане впервые было начато широкое внедрение антиретровирусной терапии (АРВТ). Для запуска АРВТ в стране были разработаны и внедрены клинические протоколы лечения ВИЧ. В рамках проекта было проведено обучение врачей и медицинских сестер на специально организованных курсах на национальном уровне и в г. Санкт-Петербург по вопросам

18 Центр Изучения Общественного Мнения (ЦИОМ). Отчет по результатам пятого исследования среди взрослого населения, посвященного вопросам СПИД. Алматы, 2008.

проведения и обеспечения приверженности к АРВТ. Большая часть врачей, работающих в настоящее время в диспансерных отделах Центров СПИД, была обучена и не испытывает сложностей в назначении и контроле АРВТ.

Однако существуют проблемы своевременной диагностики и лечения оппортунистических заболеваний, включая туберкулез. Так, обучение врачей по вопросам сочетанной инфекции (ВИЧ+ТБ) было проведено за счет средств проекта ПОТЕНЦИАЛ и проекта ХОУП только для Алматы. Кроме этого, в рамках проекта «Доступ» СПИД-Фондом Восток-Запад (AFEW) была проведена работа по повышению потенциала медицинских сестер по ведению больных с двойной инфекцией ВИЧ+ТБ.

В 2008 году был проведен семинар по планированию, прогнозированию закупок и менеджменту АРВ препаратов для заведующих отделениями диспансерных отделов Центров СПИД. Однако потребность в таком семинаре была с самого начала внедрения АРВТ, и отсутствие специальной подготовки и методологии планирования вызывало проблемы с запасом некоторых препаратов на местах. Данная ситуация не отразилась на качестве проводимого лечения в силу хорошей взаимосвязи, координации и взаимовыручки Областных и Республиканского Центров СПИД.

В рамках проекта ГФСТМ были сделаны первые шаги по разработке базы данных мониторинга АРВТ и движения АРВ препаратов. Внедрение автоматизированной базы данных для учета диспансерного наблюдений больных, а также контроля приверженности, упростило бы мониторинг и анализ эффективности программы по АРВТ. Кроме этого, в настоящий момент до 70% рабочего времени медицинского персонала диспансерных отделов Центров СПИД уходит на заполнение бумажных форм, многие из которых дублируют одну и ту же информацию. В результате такой чрезмерной загруженности, у врачей не остается времени на проведение качественного консультирования клиентов по вопросам приверженности и построению доверительных отношений с пациентом. Внедрение автоматизированной базы данных также позволило бы значительно снизить объем «бумажной» работы для врачей и среднего мед. персонала и улучшить качество работы с клиентами.

В стране существуют проблемы с приверженностью к АРВТ, которая в среднем по Республике составляет около 60%. И даже такие относительно низкие показатели достигаются в большей степени за счет активной позиции сотрудников Центров СПИД по диспансеризации ЛЖВ. При этом наблюдается применение и неправовых мер, например, приглашение ЛЖВ для диспансерного наблюдения при помощи ДВД. Естественно, такой подход не всегда способствует установлению необходимого контакта ЛЖВ с центрами СПИД, а также к формированию у этих людей приверженности к диспансеризации и проведению АРВТ.

Низкий уровень информированности и большой процент заблуждений по поводу АРВТ является одним из препятствий для формирования лучшей приверженности¹⁹, что также

19 Waning B., et al. Qualitative assessment of barriers to uptake and adherence of antiretroviral therapy in Temirtau, Kazakhstan. CAPACITY Project. May, 2007.

свидетельствует о слабости психо-социального консультирования и информационной поддержки клиентов. В рамках проекта были проведены тренинги для медицинских сотрудников и представителей НПО по вопросам формирования приверженности. Однако мультидисциплинарные команды (МДК), состоящие из медицинских работников и представителей ЛЖВ, либо специально обученных социальных работников, работают лишь в некоторых городах и только в последние годы работы по проекту. При этом следует заметить, что в целом по стране имеется слабый потенциал НПО, эффективно работающих с ЛЖВ, что не позволяет расширить число МДК, а также практически отсутствуют специально обученные социальные работники, функции которых зачастую возложены на представителей НПО, либо психологов Центров СПИД.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Проект по ВИЧ второго раунда грантового цикла Глобального Фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ) (№ KAZ 202-G01-N-00), выполняемый в

«Хорошо, что существуют гранты ГФСТМ. На моих глазах жизнь многих людей повернулась вспять. Есть возможность подняться и даже гордиться своей жизнью, распрямиться и сказать: «Я изменил свою жизнь». Сами, без внешней поддержки мы бы ничего не добились. Мы меняемся благодаря сотрудничеству».

Руководитель НПО.

Республике Казахстан в период с 1 декабря 2003 г. по 30 ноября 2008 г., внес существенный вклад в реализацию Государственной Программы по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции. Первые широкомасштабные шаги по профилактике ВИЧ-инфекции, а также правильный выбор целевых групп и стратегий данного проекта позволили Казахстану в течение последних 5 лет удерживать уровень эпидемии на концентрированной стадии.

Основными и наиболее важными достижениями проекта можно считать внедрение АРВТ, обеспечение доступа целевых групп к бесплатным презервативам и шприцам, а также внедрение опиоидной заместительной терапии метадонном. Кроме этого, первый в стране проект ГФСТМ позволил в несколько раз увеличить количество СПИД-сервисных НПО и укрепить материально-техническую базу Центров СПИД. При условии дальнейшего финансирования, активного наращивания потенциала организаций и их сотрудников, именно эти достижения проекта должны стать залогом и основой для проведения более комплексной работы по профилактике ВИЧ-инфекции и оказанию услуг по профилактике, лечению, уходу и поддержке, связанных с ВИЧ, в стране.

Таблица 1. Основные достижения и недостатки проекта

Достижения	Недостатки
Поддержка реализации Национальной Программы	Отсутствие финансирования регулярных встреч СКК и работы секретариата
Создание большого количества	Ограниченный объем мероприятий по

СПИД-сервисных НПО	наращиванию организационного и программного потенциала суб-получателей
Увеличение доступа Центров СПИД и НПО к целевым группам	Низкая мотивация аутрич-работников проекта, в том числе низкая оплата труда, завышенные планы охвата, отсутствие обучения и стимуляции результативности работы
Длительное и массовое распространение бесплатных средств индивидуальной защиты	Отсутствие комплексного подхода к программе профилактики ВИЧ
Улучшение доступа целевых групп к услугам тестирования на ВИЧ и лечения ИППП	Унификация мероприятий проекта, адаптации к особенностям определенных групп, областей
Увеличение информированности целевых групп и общего населения о ВИЧ, способах передачи и методах профилактики	Слабая координация между суб-получателями, работающими в одном городе/области; слабая подотчетность НПО координационным советам по ВИЧ при местных акиматах
Внедрение АРВТ, в том числе обучение медицинского персонала	Отсутствие электронной базы по планированию АРВ препаратов и мониторингу АРВТ
Внедрение заместительной терапии метадонном	

РЕКОМЕНДАЦИИ

Содействие в улучшении нормативно-правовой базы и создание социальной среды, благоприятной для проведения профилактических и лечебных мероприятий

1. Учитывая межсекторальный характер работы по ВИЧ-инфекции, эффективное функционирование СКК, отвечающего всем требованиям ГФСТМ, может стать залогом более качественной реализации проектов в будущем. При этом в самих проектах ГФСТМ необходимо предусмотреть финансирование организации периодических встреч СКК и работы его секретариата. Последний будет ответственным за организацию работы СКК, в том числе, за подготовку протоколов, организацию встреч, разработку проектов положений и решений, ведение переписки, а также за мониторинг исполнения решений и организацию мониторинга исполнения гранта ГФСТМ. Все это сделает процесс управления грантом и мониторинг его выполнения более устойчивым, объективным и прозрачным.

2. Учитывая, что на местах правоприменительные практики в отношении целевых групп населения со стороны правоохранительных органов являются препятствием к проведению эффективной профилактической работы, необходимо предусмотреть более интенсивную работу с личным составом отделов ДВД. При этом важно разработать и закрепить Приказом (или даже Постановлением Правительства РК) политику МВД по этому вопросу. При этом финансирование мероприятий по совместной работе с органами внутренних дел должно осуществляться напрямую органам МВД. При этом ответственность за проведение регулярной работы по организации и проведению семинаров, мониторингу выполнения обязательств по невмешательству в профилактические программы, должна быть возложена на МВД, а не на Центры СПИД. Роль Центров СПИД должна заключаться в оказании консультативной и методической помощи при разработке и обучающих материалов и программ.
3. Необходимо повышение уровня специальной подготовки людей, привлекаемых к выполнению профилактических программ и проектов. Учитывая частую смену кадров, постоянное наращивание кадрового и организационного потенциала НПО по проведению работы с целевыми группами должно стать обязательным компонентом всех суб-проектов. Это могут быть регулярные семинары, поездки в другие области как для обмена опытом, так и с целью оказания технической поддержки, а также другие обучающие технологии. Такой же подход к повышению уровня специальной подготовки должен применяться и к сотрудникам Центров СПИД, так как одно только наличие высшего медицинского образования и опыт работы в Центрах СПИД не гарантирует наличия навыков проведения работы с целевых групп, а также обязательных знаний по стандартам и лучшим международным практикам проведения профилактических работ.

Профилактика ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп

4. Раздача бесплатных шприцев и презервативов была важным шагом для налаживания контактов с целевыми группами и инициации профилактической деятельности. Для формирования безопасного поведения и приверженности к нему необходимо развивать предоставление комплексных услуг, включающих раздачу бесплатных средств индивидуальной защиты, проведение качественных образовательных бесед по принципу равный-равному, предоставление услуг психосоциальной и медицинской помощи, а также активная работа с местным населением и различными службами является наиболее эффективным методом работы среди ПИН²⁰ и РС. При этом очень важно адаптировать программы и раздаточные материалы к нуждам представителей конкретных целевых групп.
5. Учитывая, что аутрич-работа является одним из важнейших компонентов профилактических программ среди наиболее уязвимых групп, важно

20 UNAIDS. Preventing HIV infection among injecting drug users in high risk countries: assessment of evidence. The national Academies Press, Washington D.C., 2006.

поддерживать мотивацию аутрич работников на высоком уровне и постоянно осуществлять мониторинг за их работой. Для этого, необходимо привести требования по объему их работы в соответствие с реальными возможностями и согласовать установленные нормы с суб-получателями (рекомендуемая норма охвата на 1 аутрич-работника – 30 человек в месяц, при обязательных контактах с каждым клиентом не менее одного раза в неделю). Для повышения мотивации сотрудников необходимо пересмотреть уровень оплаты их труда и довести его до уровня минимальной заработной платы в стране. Кроме этого, необходимо разработать и довести до каждого сотрудника детальные функциональные обязанности и инструкции по проведению аутрич-работы среди разных категорий клиентов. С целью обеспечения контроля за работой аутрич команды, в каждом суб-проекте должны функционировать в полном объеме, предусмотренные проектом освобожденные ставки координаторов по аутрич-работе, которые также должны пройти соответствующее обучение.

6. Работа пунктов доверия, расположенных в медицинских учреждениях, по разным причинам не отвечает потребностям группы и является наименее эффективной формой работы с клиентами. Рекомендуется рассмотреть возможность открытия альтернативных пунктов доверия вне медицинских учреждений с более удобным для клиентов графиком работы, а также расширить применение передвижных пунктов доверия. При этом формат работы, маршруты и график передвижных пунктов доверия необходимо адаптировать отдельно к группе ПИН и РС, а также выделить ставки для сотрудников передвижных пунктов доверия.

Повышение информированности общего населения, включая молодежь по вопросам ВИЧ

7. Учитывая важную роль системы образования в проведении профилактической работы с молодежью, необходимо укрепить межсекторальное сотрудничество и способствовать развитию ведомственных программ по ВИЧ в сфере образования. При этом основная ответственность на выполнение всех мероприятий по включению вопросов ВИЧ в стандарты обучения, а также проведение информационно-образовательных мероприятий в учебных заведениях должна быть возложена на сектор образования, а не на Центры СПИД. Центры СПИД должны оказывать консультативно-методическую помощь органам образования по всем направлениям профилактики ВИЧ.

Обеспечение доступа к качественным услугам по лечению для уязвимых групп

8. Для дальнейшего расширения программы по заместительной терапии метадонном необходимо распространить положительные результаты внедрения ОЗМТ в двух областях и провести большую подготовительную работу через средства массовой информации, а также с общественными организациями и медицинскими сотрудниками. Кроме этого, необходимо проводить совместные семинары по ОЗМТ + АРВТ для наркологов и врачей диспансерных отделов Центров СПИД, а

также обеспечить выпуск справочной литературы и ИОМ по ОЗМТ для сотрудников и клиентов программы.

9. Для врачей диспансерных отделов Центров СПИД, необходимо провести обучение по вопросам диагностики и ведения оппортунистических инфекций, включая сочетанную инфекцию ВИЧ+ТБ.
10. Рекомендуется внедрить электронную базу данных мониторинга АРВТ.

Мониторинг и оценка проекта

11. Для исключения двойного учета клиентов, задействованных в программе, необходимо разработать единую базу данных проекта и единую систему регистрации клиентов, желательно с использованием уникальной кодировки. Описание базы данных, распределение обязанностей по ее заполнению и периодичность внесения данных должны быть также детально описаны в руководстве по МиО и обсуждены с суб-получателями.
12. Создание и внедрение прозрачного механизма периодической оценки деятельности суб-получателей с использованием практики перекрестного мониторинга и широкого распространения результатов оценки будет способствовать укреплению рабочих отношений между суб-грантерами проекта.
13. Учитывая, что проект по гранту ГФТСМ является самым большим и значимым проектом в стране, очень важно, чтобы индикаторы по проекту были в полной мере отражены в отчетах о ходе реализации Государственной программы и УНГАСС. Учитывая, что ответственность за сбор информации о деятельности по ВИЧ на областном уровне возложена на местные Центры СПИД, очень важно наладить эффективный обмен информацией между государственными и негосударственными организациями, на местном уровне.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1 – ТЕХНИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ

Введение: В 2003 году Республика Казахстан получила подтверждение о выделении Глобальным фондом по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией гранта на реализацию программы «Содействие и поддержка выбора более безопасного поведения среди уязвимых групп населения (потребителей инъекционных наркотиков, работников коммерческого секса, молодежи); оказание помощи и поддержки людям с ВИЧ/СПИДом» сроком на 5 лет. Основным получателем гранта является Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД.

Для анализа эффективности проекта ГФ проводится заключительная внешняя оценка независимыми международными экспертами.

Цель: Провести независимый анализ эффективности реализации проекта ГФСТМ в Казахстане.

Задачи:

1. Дать оценку влияния проекта ГФСТМ на дальнейшее развитие государственной политики, многосекторального подхода и партнерства государственных, международных организаций, гражданского и частного сектора, а также открытости реализации программ по СПИДу.
2. Определить динамику изменения медицинской и иной помощи ключевому населению: СР, МСМ, ПИН, а также ЛЖВ (доступ к ДКТ, ППМР, АРВ, лечению ИППП, ТБ и др.), а также определить ее доступность и дружелюбность.
3. Оценить изменение уровня знаний, рискованного поведения и распространенности ВИЧ среди целевых групп проекта;
4. Оценить эффективность программ по адвокации, расширению участия и наращиванию потенциала местных организаций для работы в области ВИЧ-инфекции;
5. Оценить выполнение рабочих планов проекта, достижение индикаторов, рациональность и эффективность использования средств гранта, а также его влияние на изменение показателей заболеваемости, смертности, изменение качества жизни ключевого населения.
6. Оценить организационную структуру, нормативную базу по управлению всеми аспектами проекта, а также действенность системы МиО проекта ГФ.

Ожидаемые результаты

По окончании работы будет предоставлен аналитический отчет на русском и английском языках, составленный на основе данных 5 регионов Казахстана (г. Алматы, г. Астана, Карагандинская, Павлодарская, Южно-Казахстанская области).

ПРИЛОЖЕНИЕ 2 – СПИСОК РЕСПОНДЕНТОВ

Организация	ФИО	Должность
Республиканский Центр по борьбе и профилактике СПИД	Хасанова Марьям Аулиехановна Суртаева Салтанат Махаббат Еспенова	Генеральный Директор Координатор проекта ГФСТМ Координатор по МиО проекта ГФСТМ
г. Алматы, 14-17 апреля 2009 г.		
PSI	Кушенова Лейла Сауранбаева Мира	Региональный директор Заместитель директора
Казахстанский Союз ЛЖВ	Аманджолов Нурали	Президент
Центр по профилактике и борьбе со СПИД г. Алматы	Сулейменова Гульсара Рахметуллаевна Каримова Гульжахан Ашикбаевна Ахметова Гульжахан Мажитовна	Главный врач Заместитель главного врача Заведующая диспансерным отделом
ОФ «Факел»	Аушева Светлана Иванов Павел Винник Оксана Кириллова Альфира Сапрыкина Анна	Директор Сотрудник Сотрудник Сотрудник Сотрудник
ОФ «Адали»	Скакунов Сергей Ширбаев Рустам Сазонова Ольга Виноградов Виталий	Президент Сотрудник Сотрудник Консультант
ГУВД г. Алматы,	Идрисов Асхат Булатович	Начальник ОБОБ
ОФ «Правовая инициатива»	Андреев Андрей	Член СКК
Департамент здравоохранения г. Алматы	Курмангалиева Эльнара Амангельдиновна	Заместитель начальника управления
AFEW	Дудник Роман Ахмедзянова Линара	Региональный директор Представитель в РК
Пункт доверия при поликлинике ВОВ	Умирзакова Кульбейнет	Медицинская сестра
Г. Павлодар и Павлодарская обл., 19-22 апреля 2009 г.		
Областной Центр по профилактике и борьбе со СПИД	Сорокина Марина Евгеньевна Жанахметова Бахыт Каткеновна	Заведующая диспансерным отделом Заведующая орг. метод. отделом
Департамент здравоохранения Павлодарской области	Аубанова Гульфаз Кенжетаетовна Сулейменов Мурат Куснулович	Начальник департамента Первый зам. начальника департамента
Акимат Павлодарской области	Жумабекова Рыспы Маговьяновна	Заместитель акима по социальным вопросам

Институт повышения квалификации педагогических кадров	Шакрова Нагима Шаймуратовна Сафронова Светлана Ивановна	Заместитель директора Специалист
ГУВД Павлодарской области	Ишмуратов Максат Канатович	Зам. начальника
ОФ «Виктория»	Мосаковская Ирина Ступак Татьяна Ксюнин Антон Галиева Дина Абдуганиев Айдос Лехонцев Дмитрий Полущенко Алла	Директор Сотрудник Сотрудник Сотрудник Сотрудник Сотрудник Сотрудник
ОФ «Жардем»	Айдарханова Анар Жибек Айнагуль Саша Оксана Настя Жибек Булат Денис Айгуль Саша Саша Влад	Директор Сотрудник Сотрудник Сотрудник Сотрудник Сотрудник Сотрудник Сотрудник Сотрудник Сотрудник Клиент Клиент Клиент
Пункт доверия при ОЦ СПИД	Асем Игорь	Медицинская сестра Клиент
Дружественный кабинет	Османова Лейла Костонаевна Виолетта	Врач Медицинская сестра
ОФ «Туран»	Фисенко Федор Федорович Гордеев Олег	Директор Сотрудник
ОФ «Герлита»	Хасенова Галия Джумабековна Валерий Иванович Алия Елена Зарема Миша Саша	Директор ОФ «Герлита» Сотрудник Сотрудник Сотрудник Сотрудник Сотрудник Сотрудник
ОФ «Анти-СПИД»	Салтанат Ардабаева Саша Максим Леша Курманбек Витя Ержан Дима	Директор Сотрудник Сотрудник Сотрудник Сотрудник Сотрудник Сотрудник Сотрудник

Г. Астана, 22-26 апреля 2009 г.		
Центр по профилактике и борьбе со СПИД г. Астана	Лебедев Александр Сергеевич Айтуганова Гульнара Елеусизовна Есенбаева Салтанат Барсукова Вера Пантелеевна Мурзагалиева Гульнар Калымтаевна Аймагомбетова Инжу Бекетовна Кузембаева Карлыгаш Ибрагимовна Баяндинова Жанна Муратовна Сенсембаева Ляззат Абилова Людмила Закировна	Главный врач Заместитель главного врача Заведующая эпид. отделом Заведующая орг.метод отделом Заведующая диспансерным отделом Заведующая отделом МиО Эпидемиолог Эпидемиолог Эпидемиолог Врач
Дружественный кабинет	Зимулькина Татьяна Федоровна Балгазарова Татьяна Антоновна Кабылдина Лимзия	Врач дермато-венеролог Врач гинеколог Медицинская сестра
Поликлиника МВД	Даутов Даурек Шамшутдинович Цуманец Галина Васильевна	Начальник поликлиники Зав. эпид. отделом
ОФ «Сактан»	Азмухатова Алия Котбаева Балсия Мукушевна Орловская Ольга Вячеславовна Ищанова Гульсун Малевская Лида	Директор Консультант Психолог Сотрудник Сотрудник
ОФ «Гендер-Квир»	Олег	Директор
Департамент здравоохранения г. Астана	Жандаев Серик Жекенович	Начальник управления
Департамент образования г. Астана	Кулушбаева Жанна Ашмухановна 11 учителей биологии/валеологии	Методист
Г. Караганды и Карагандинская область, 26-29 апреля 2009 г.		
Областной Центр по профилактике и борьбе со СПИД	Кузнецов Николай Павлович Васильева Алла Юрьевна Бектемирова Раиса Жастаубаевна Нуржанова Амина Махмутовна Сердюк Любовь Ивановна Мустафина Жанна Агазизовна Резникова Людмила Алексеевна Коля	Главный врач Заведующая. орг. метод отделом Эпидемиолог Эпидемиолог, куратор ПИН Эпидемиолог, куратор РС и МСМ Зав. лечебным отд. Помощник эпидемиолога Волонтер
Дружественный кабинет	Ниденс Елена Юрьевна	Врач ДК
Департамент здравоохранения Карагандинской области	Садыков Тулеген Мергенович	Первый заместитель начальника
Акимат Карагандинской области	Рафия Мухамеджановна	Куратор по вопросам здравоохранения
Филиал ОЦ СПИД в г. Темиртау	Момынбаев Еркинбек Токтарович Круковская Светлана Алексеевна	Заведующий эпид. отделом Заведующая диспансерным отделом
Наркологический	Орумбекова Алмагуль	Директор КНД

Диспансер г. Темиртау	Куанышбековна Садыкова Асия Валера Константин Игорь Саша	Менеджер программы ОЗТМ Клиент Клиент Клиент Клиент
ОФ «Сау Урпак»	Носырева Елена Анатольевна	Директор
ОФ «Гала»	Андрей Игорь	Директор Сотрудник
ОО «Умит»	Смаилова Гульмира Кинзябаева Разима Карибаев Каиржан Тургамбаева Назгуль	Директор Сотрудник Сотрудник Сотрудник
Г. Шымкент и Южно-Казахстанская область, 3-8 мая 2009 г.		
Областной Центр по профилактике и борьбе со СПИД	Абдразаков Артур Утетлеуович Маширов Кожамет Намасбаевич Есиркепов Ербол Жанысбаевич Ирсимбетова Нуржамал Абдуохановна Алтынбекова Акбулпи Мадияровна Ибраимова Гульбарам Асановна Билибаева Шарипа Джумагуловна	Главный врач Заместитель главного врача Заведующий эпид. отделом Эпидемиолог Заведующая. орг. метод отделом Заведующая диспансерным отделом Педагог
Дружественный кабинет	Сейткалиева Гульмарал	Врач дерматовенеролог
Пункт доверия при ОЦ СПИД	Елемесова Гульнара Мырзабаевна Жора Валера Света Эльвира Зана Жазира Сабина Халтай Мадина	Медицинская сестра Волонтер (ПИН) Волонтер (ПИН) Волонтер (ПИН) Волонтер (ПИН) Волонтер (РС) Волонтер (РС) Волонтер (РС) Волонтер (РС) Волонтер (РС) Волонтер (РС)
Департамент образования	Жанабаева Марина Сейдуалиевна	Специалист
Центр по внедрению новых технологий в образование Института повышения квалификации и переподготовки педагогических кадров	Эргешбаева Шынар Налходжаевна Раимкулова Жанат Абдыкалыковна	Заместитель директора Преподаватель кафедры биологии
Сауны Кашкараты	11 РС и 3 сутенера	
ОО «Ай-ана»	Эльтенбаев Дуйсенбек	Директор
ОО «Жан-жолдас»	Тургунбаев Болатбек	Представители НПО

и Ассоциация «Жолдас»: ОО «Назым-Шымкент» ОО «Куат Шымкент», ОО «Бота-Туркестан»	Нейман Оксана Борисов Сергей Мухачев Артем Отжанова Индира Бобылева Е. Насибов Р. Доскиева З. Хасанова Ф. Нарбаев Д. Ауезова Джамиля Шкорупа Андрей Ширяев Сергей Муслимова Ж. Шаймарданов Э. Кенжебаев Таукель Мадина Султан	
ОО «Трек»	Джумагулов Келесбай	Директор
ОФ «Надежная опора»	Скрябина Валентина Ивановна Тамара Оксана Дима Бахтияр Эльвира Валера Лена Игорь	Директор Сотрудник Сотрудник Клиент Клиент Клиент Клиент Клиент Клиент
НПО «Сеним»	Родина Татьяна Александровна	Директор

ПРИЛОЖЕНИЕ 3 – ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Айтуганова Г., Бабина Н. Результаты дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ инфекцией среди РС, Казахстан, 2003-2005 годы. Алматы 2006.
2. Бапенова Б.И. Результаты дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков, Казахстан, 2003-2005 года. Алматы 2006.
3. Бунина Л., Бапенова Б. Анализ ситуации по ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков по данным дозорного эпидемиологического надзора в Республике Казахстан за 2008 год. Материалы конференции «Результаты эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в РК за 2008 год», Алматы 27-28 апреля 2009.
4. Ганина Л. Анализ эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан. Материалы конференции «Результаты эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в РК за 2008 год», Алматы 27-28 апреля 2009.
5. Государственная Программа по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2006-2010 гг., утверждена Постановлением Правительства Республики Казахстан от 15.12.2006 г. №1216.
6. Дворяк С., Отчет о проведении клинического консультирования по вопросам терапии побочных эффектов и осложнений у пациентов пилотного проекта ОЗТ. Республиканский Центр по борьбе и профилактике СПИД, Алматы 2009.
7. Детский Фонд ООН (ЮНИСЕФ), Агентство Республики Казахстан по статистике. Мульти-индикаторное кластерное обследование 2006. Астана 2007.
8. Закон о профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИДа (Астана, Акорда, 7 июля 2006 года № 172-III ЗРК)
9. Кисельгоф И.Ю., Эстебесова Б.А., Калинич Н.Ф., Ганина Л.Ю. Отчет по результатам миссии по промежуточному мониторингу процесса исполнения гранта ГФСТМ суб-получателями гранта, 2007 г.
10. Национальный доклад “О ходе работы для ССГАООН (Республика Казахстан)”. Отчетный период: январь 2006 года - декабрь 2007 года. Дата представления: 28 января 2008 года.
11. Постановление Правительства Республики Казахстан от 25.08.2006 года № 822 «О среднесрочном плане социально-экономического развития РК на 2007-2009 годы».
12. Постановление Правительства Республики Казахстан от 26.08.2005 года № 884 «О среднесрочном плане социально-экономического развития РК на 2006-2008 годы».
13. Республиканский Центр по борьбе и профилактике СПИД. Отчеты по форме №4 за 2003 и 2008 год.
14. Сахнова Н, Бабина Н. Анализ ситуации по ВИЧ-инфекции среди работниц секса по данным дозорного эпидемиологического надзора в Республике Казахстан за 2008 год. Материалы конференции «Результаты

- эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в РК за 2008 год», Алматы 27-28 апреля 2009.
15. Центр Изучения Общественного Мнения (ЦИОМ). Отчет по результатам пятого исследования среди взрослого населения, посвященного вопросам СПИД. Алматы, 2008.
 16. Эпидемия ВИЧ в Центральной Азии и в соседних странах: подходы к эпидемиологическому надзору, проблемы контроля и профилактики. Материалы международной конференции, Бишкек, 11-13 марта, 2008 г.
 17. Grant Performance Report Kazakhstan (KAZ-202-G01-H-00) dated 02 July 2008.
 18. Grant Proposal of the Republic of Kazakhstan (KAZ-202-G01-H-00).
 19. UNAIDS. Preventing HIV infection among injecting drug users in high risk countries: assessment of evidence. The national Academies Press, Washington D.C., 2006.
 20. Waning B., et al. Qualitative assessment of barriers to uptake and adherence of antiretroviral therapy in Temirtau, Kazakhstan. CAPACITY Project. 2007.