



**Проект ПОТЕНЦИАЛ**  
**Центрально-азиатская программа по борьбе со СПИДом**  
**среди уязвимого населения**

**Потенциал организаций,**  
**созданных людьми, живущими с ВИЧ**  
**в Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане**  
**и Узбекистане**

Отчет об исследовании

Июнь 2009 год



Данный документ разработан при поддержке Агентства США по международному развитию в рамках Договора о сотрудничестве №176-A-00-04-00014-00.

*Отчет подготовлен Геннадием Рощупкиным, координатором CSAT в Восточной Европе и Центральной Азии*

**Искренняя признательность коллегам и друзьям, без помощи и деятельного участия которых провести данную работу было бы невозможно:**

Анне Дерябиной (Проект ПОТЕНЦИАЛ/USAID),

Болатбеку Тургунбаеву («Ассоциация СПИД-сервисных организаций», г. Шымкент),

Евгении Калиниченко (ОФ «Terra Sana»),

Елене Кудусовой (Проект ПОТЕНЦИАЛ/USAID),

Елене Яковлевой (AFEW),

Зарине Мусаевой (Проект ПОТЕНЦИАЛ/USAID),

Икрому Ибрагимову (AFEW),

Камиле Фатыховой (НАННОУз),

Канату Алсеитову (ОФ «Балакай-Шымкент),

Людмиле Аманжоловой (Казахстанский Союз ЛЖВ),

Марине Смелянской (IHRD),

Наталье Шумской (AFEW),

Нурали Аманжолову (Казахстанский Союз ЛЖВ),

Нурлану Саиру (ОФ «Куат»),

Пулоду Джамолову (НО «СПИН+»),

Рахиме Назаровой (Проект ПОТЕНЦИАЛ/USAID),

Рифату Сарбаеву (НАННОУз),

Салтанат Ашимовой (Проект ПОТЕНЦИАЛ/USAID),

Севаре Камилловой (НО «Гули Сурх»),

Сьюзан Прадлоу (Проект CARHAP),

Татьяне Шумиловой (UNAIDS).

## Оглавление

<b>Резюме</b> .....	4
<b>Введение</b> .....	6
<b>Методология</b> .....	6
<b>Результаты</b> .....	7
1. Краткий обзор ситуации .....	7
2. Оценка потребностей ЛЖВ в получении различных психосоциальных и медицинских услуг и их доступность .....	9
2.1 Потребность ЛЖВ в психосоциальной помощи и поддержке .....	9
2.2. Доступность услуг медицинской и немедицинской помощи для ЛЖВ .....	11
3. Оценка потенциала НПО ЛЖВ в регионе .....	14
3.1. Ресурсы и потенциал НПО ЛЖВ для предоставления услуг и поддержки ЛЖВ на местном уровне .....	15
3.2. Удачные примеры взаимодействия между НПО-ЛЖВ и местными государственными учреждениями .....	22
3.3.. Потенциал НПО ЛЖВ для участия в процессах принятия решений на региональном, национальном, местном уровне, .....	23
<b>Выводы и рекомендации</b> .....	26
1. Общие выводы и рекомендации .....	26
2. Рекомендации по приоритетному развитию потенциала НПО-ЛЖВ .....	27
3. Рекомендации о роли Региональной Сети в оказании поддержки местным НПО-ЛЖВ и их лидерам .....	29

## Резюме

В Центральной Азии развивается одна из самых молодых и динамичных эпидемий ВИЧ-инфекции в мире. По оценке UNAIDS, к началу 2008 года в Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане насчитывалось более 40.000 случаев заражения ВИЧ. В основном ВИЧ передается при инъекциях наркотиков и сексуальных контактах без использования презервативов. Также, в середине 2000 годов в регионе были зарегистрированы вспышки внутрибольничного заражения ВИЧ среди детей.

Страны региона относятся к развивающимся, и международное сообщество оказывает им помощь в противодействии эпидемии. Благодаря этому, сегодня многие инфицированные ВИЧ взрослые и дети получили доступ к антиретровирусной терапии, а среди уязвимых сообществ проводятся программы профилактики, построенные на аутрич-работе. Но медицинская помощь все еще малодоступна для инфицированных ВИЧ потребителей наркотиков и их семей, и для ЛЖВ из сельских районов. Социальная и психологическая помощь слабо развита, и оказывается лишь небольшому числу ЛЖВ.

В каждой из упомянутых стран люди, живущие с ВИЧ (ВИЧ-позитивные, их семьи и друзья) стараются принимать участие в оказании помощи себе и другим, кто оказался в схожей ситуации. Сегодня в этих странах работает более 25 общественных организаций, созданных ЛЖВ (НПО-ЛЖВ). Более 130 ЛЖВ работают как в НПО-ЛЖВ, так и в других неправительственных и правительственных организациях. С января 2008 до апреля 2009, до 3000 других ЛЖВ получили от них помощь и поддержку.

В феврале 2009 года инициативная группа НПО-ЛЖВ объявила о создании Сети ЛЖВ Центральной Азии.

Для оценки потенциала НПО-ЛЖВ в апреле-мае 2009 года, по заказу проекта ПОТЕНЦИАЛ, финансируемого из средств USAID, было проведено исследование, результаты которого показали, что

1. НПО-ЛЖВ обеспечивают социальную поддержку наиболее социально уязвимым ВИЧ-инфицированным и их семьям. Они являются *важным потенциальным партнером для правительств и международных организаций в работе по обеспечению универсального доступа к профилактике, лечению, помощи и поддержке в связи с ВИЧ-инфекцией.*

2. НПО-ЛЖВ, как и сообщество ЛЖВ, еще молоды, и только проходят процесс формирования. Практически все они сегодня являются лидер-ориентированными (*leader-driven*), поэтому *поддержка лидеров из числа ЛЖВ является критически важной для обеспечения дальнейшего развития НПО-ЛЖВ, для сплочения сообщества ЛЖВ, и повышения его потенциала.*

3. НПО-ЛЖВ ведут свою деятельность на местном уровне. Но многие важные для ЛЖВ решения принимаются на уровне страны или региона. Для участия в принятии этих решений *НПО-ЛЖВ необходимо создавать сетевые объединения на уровне стран и региона. Это требует прозрачного процесса согласования между НПО-ЛЖВ приоритетов их деятельности, и демократичного процесс делегирования представительских функций.*

4. Сегодня основными партнерами НПО-ЛЖВ являются международные организации и местные государственные учреждения. *НПО-ЛЖВ нужно развивать конструктивное партнерство с правительственными структурами, а так же друг с другом и с НПО, созданными другими сообществами, затронутыми эпидемией ВИЧ-инфекции.*

5. Ресурсы, которые сегодня используют НПО-ЛЖВ, предоставляются международными организациями. В связи с этим, работа НПО-ЛЖВ не устойчива, и, в некоторых случаях, не совпадают с приоритетными интересами ЛЖВ. Для устойчивой работы и более точного учета потребностей сообщества, *НПО-ЛЖВ необходимо использовать ресурсы, имеющиеся внутри самого сообщества, создавая условия для развития взаимопомощи между его членами. Так же важно способствовать широкому и значимому вовлечению ЛЖВ в процессы принятия решений и реализацию программ на местном, национальном и региональном уровне.*

## Введение

Сеть ЛЖВ<sup>1</sup> Центральной Азии (*далее – Сеть*)<sup>2</sup> создана в феврале 2009 года. Сеть планирует охватить 4 страны: Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан и Узбекистан. В дальнейшем Сеть может расширить охват стран региона. Стратегическими направлениями работы Сети являются следующие<sup>3</sup>:

- Укрепление потенциала организаций и сообществ ЛЖВ.
- Обеспечение для ЛЖВ универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ-инфекцией.
- Широкое вовлечение ЛЖВ в процесс принятия решений, касающихся ключевых аспектов противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа и устранения ее последствий на всех уровнях.
- Содействие защите прав человека в контексте ВИЧ/СПИДа.
- Снижение стигмы и борьба с дискриминацией.

Для составления плана работы Сети на 2009-2011 годы было решено провести оценку потенциала организаций, созданных ЛЖВ, и тех, в которых ЛЖВ активно участвуют в процессах принятия решений и реализации работы (НПО-ЛЖВ). То есть организаций, которые могут быть членами Сети.

Для проведения оценки и разработки на ее основе предложений по возможной деятельности Сети был приглашен консультант, который изучил соответствующие документы, и провел в указанных странах встречи:

- с сотрудниками и руководителями НПО-ЛЖВ и другими НПО,
- с инициативными группами и лидерами ЛЖВ,
- с представителями и сотрудниками ключевых партнерских организаций, таких как государственные учреждения, оказывающие ЛЖВ помощь и поддержку, международные экспертные и донорские организации и проекты.

## Методология

Встречи проводились в режиме полу-структурированных интервью без дословной записи. Опросник был разработан на основе технического задания, составленного сотрудниками «Казахстанского союза ЛЖВ» и проекта ПОТЕНЦИАЛ/USAID. Все встречи проводились только в присутствии представителей организаций, инициировавших создание Сети.

---

<sup>1</sup> Термином «люди, живущие с ВИЧ» или ЛЖВ, здесь называются как те, кто сам инфицирован ВИЧ, так и те, кто пострадал от эпидемии ВИЧ-инфекции не будучи инфицирован, в первую очередь это члены семей и близкие друзья инфицированных ВИЧ людей.

<sup>2</sup> «Резолюция рабочей встречи по вопросу создания Сети ЛЖВ Центральной Азии», 26 февраля 2009 года, Алматы, Казахстан.

<sup>3</sup> Там же.

Города для посещения, а также организации и инициативные группы, с которыми были проведены встречи, определялись по согласованию между представителями проекта ПОТЕНЦИАЛ/USAID, НПО-ЛЖВ, входящих в инициативную группу Сети, и экспертом. В результате были выбраны следующие населенные пункты:

- Казахстан: Алматы, Усть-Каменогорск, Шымкент
- Кыргызстан: Бишкек, Ош, Токмок, Дмитровка
- Таджикистан: Душанбе, Ходжент, Курган-Тюбе
- Узбекистан: Ташкент, Навои, Наманган

Всего эксперт встретился с более чем 100 респондентами. Список респондентов приложен к настоящему отчету. **(См. Приложение 1)**

Параллельно со встречами была проведена работа по повышению потенциала местных НПО-ЛЖВ в оценке потребностей ЛЖВ, как основы для эффективного планирования и оценки проводимых проектов и программ. Для этого в каждой стране для сотрудников НПО-ЛЖВ и активистов из числа ЛЖВ были проведены мини-семинары по теме «Оценка нужд», после которых участники выполняли практическое упражнение – сбор данных о нуждах ЛЖВ в их городе/области и существующих услугах для удовлетворения этих нужд.

## **Результаты**

### **1. Краткий обзор ситуации**

Единичные случаи ВИЧ-инфекции в Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане были официально зарегистрированы еще в конце 80-х годов прошлого века. Все они были связаны с сексуальными контактами в гомо- и гетеросексуальных парах.

В начале 2000 годов ситуация начала динамично меняться и во всех странах ежегодно стали регистрировать десятки и сотни новых случаев заражения ВИЧ у мужчин и женщин, употребляющих наркотики инъекционным способом (ПИН). Эта тенденция сохраняется до сих пор, и инъекционный путь заражения ВИЧ является ведущим в развитии эпидемии ВИЧ-инфекции в странах. В середине 2000 годов в регионе были также зарегистрированы несколько вспышек внутрибольничного заражения ВИЧ среди детей. Кроме этого, анализ регистрации новых случаев ВИЧ-инфекции в последние годы указывает на рост полового пути передачи ВИЧ, особенно среди половых партнеров ПИН, что создает предпосылки для трансформации эпидемии из концентрированной в генерализованную форму.

Сегодня, по оценкам UNAIDS<sup>4</sup>, в этих четырех странах насчитывается более 40 тысяч случаев заражения ВИЧ. Самый быстрый эпидемический процесс идет в

---

<sup>4</sup> «2008 Report on the global AIDS epidemic», UNAIDS, 2008,

Узбекистане. Там число случаев заражения с 2001 по 2008 год выросло в 8 раз, тогда как в остальных трех странах рост был в 4 раза.

В каждой из стран есть национальные программы противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции и ее негативным социально-экономическим последствиям. Во всех странах АРВТ доступна для значительной части нуждающихся в ней ЛЖВ. Проблемы с доступностью АРВТ до сих пор остаются у ЛЖВ употребляющих наркотики, или живущих в отдаленных сельских районах. В странах ведется работа по профилактике распространения ВИЧ-инфекции среди наиболее уязвимых групп населения – ПИН, секс-работниц, заключенных, трудовых мигрантов и других. Среди уязвимых групп, наименее охваченных профилактическими программами можно назвать МСМ и население сельских районов. При высокой доступности тестирования, консультирование до и после теста остается слабо развитым.

Отдельные проекты по оказанию уязвимым группам населения и ЛЖВ информационной и психологической поддержки и социальной помощи были начаты еще в конце 90-х годов прошлого века. Значительное расширение данных услуг началось в 2004-2005 годах, после получения странами грантов от Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (далее – ГФ). Сегодня эти услуги в основном направлены на семьи, в которых живут инфицированные ВИЧ дети, и, от части, на ПИН и секс-работниц. В рамках социальной помощи ЛЖВ могут получить продуктовые наборы, помощь в восстановлении утраченных документов и в получении государственных пособий (перечисленное выше обычно называется «социальным сопровождением»). В рамках информационной и психологической поддержки для ЛЖВ проводятся модерлируемые сотрудниками организаций информационные мероприятия с интерактивными элементами, которые респонденты часто называли «группами самопомощи»<sup>5</sup>. Также в некоторых городах доступны консультации психолога и юриста.

Страны, в которых Сеть планирует начать свою работу, относятся к разным категориям по уровню дохода. Так Казахстан относится к странам с уровнем дохода «выше среднего», а остальные 3 страны – к тем, у кого доход «низкий».<sup>6</sup>

Для реализации программ противодействия распространению и негативным последствиям ВИЧ-инфекции каждая страна получает финансовую и методическую поддержку от международных и иностранных организаций и агентств. По оценкам

---

<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/default.asp>

<sup>5</sup> Есть и другие примеры необычного употребления тех или иных терминов. Так аутрич-работников и социальных работников часто называли «волонтерами». Во всех странах Основного получателя средств ГФ называют «Глобальным фондом», и если собеседник говорит о «решении, принятом Глобальным фондом», то стоит уточнить, кем именно было принято это решение? Никто из респондентов не дал удовлетворительного объяснения, зачем искажается смысл терминов. Важно отметить, что, некорректное использование терминов затрудняет понимание ситуации и оценку эффективности проводимой работы.

6

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATASTATISTICS/0,,contentMDK:20420458~menuPK:64133156~pagePK:64133150~piPK:64133175~theSitePK:239419,00.html>

респондентов, донорские финансы в указанных программах составляют от 50-60 (Казахстан) до 85-90 (Киргизстан и Таджикистан) процентов. Работа и развитие НПО-ЛЖВ, за редким исключением, полностью финансируется из средств, предоставляемых международными или иностранными донорами. Вероятнее всего, в перспективе 3-5 лет ситуация с источниками финансирования, в том числе финансирования для НПО-ЛЖВ, не изменится<sup>7</sup>.

Самым большим финансовым донором является ГФ, который в рамках 8-ми раундов грантов предоставил указанным странам около 190 миллионов долларов США<sup>8</sup> для противодействия распространению ВИЧ-инфекции и негативным последствиям эпидемии (включая уже переданные деньги, и обязательства).

Значительная финансовая помощь оказывается правительственными агентствами международного развития (USAID, DFID, GTZ, MATRA, программы Европейского Союза) в рамках региональных или национальных проектов (например, проекты СААР, CARHAP, ПОТЕНЦИАЛ/USAID), и неправительственными донорами (OSI, Aga Khan Foundation, Tides Foundation, amfAR).

Методическая помощь, содействие в привлечении финансов и управлении программами предоставляют агентства и программы ООН, международные неправительственные организации, такие как JSI, AFEW, GRM International, World Vision, International HIV/AIDS Alliance, PSI International, Christian Aid.

## **2. Оценка потребностей ЛЖВ в получении различных психосоциальных и медицинских услуг и их доступность**

### **2.1 Потребность ЛЖВ в психосоциальной помощи и поддержке**

В исследованиях потребностей ЛЖВ, проведенных в указанных странах в 2004-2008 годах<sup>9</sup>, одной из главных потребностей ЛЖВ названо обеспечение продуктами питания, жильем, и работой. В рамках встреч, проведенных экспертом в апреле-мае 2009 года, респонденты в Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане сообщили, что приоритетом для ЛЖВ являются все те же потребности. Только в Казахстане

---

<sup>7</sup> «Региональная стратегия по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции в Центральной Азии» (вариант для обсуждения), ЕВРАЗЭС, февраль 2009.

<sup>8</sup> <http://www.theglobalfund.org/en/>

<sup>9</sup>

- «Нужды людей, живущих с ВИЧ в Республике Казахстан», ПРООН, Алматы, 2005
- «Отчет по результатам социологического опроса людей, живущих с ВИЧ/СПИДом», Общественное объединение по защите интересов людей, живущих с ВИЧ/СПИД «Коз караш», Бишкек, 2006;
- «Отчет по результатам оценки среди ЛЖВ», AFEW, Бишкек, 2008;
- «Качественный анализ для оценки социальных последствий ВИЧ/СПИДа и определение приоритетов адвокации в Узбекистане», UNDP, Ташкент, 2008

обеспечение продуктами питания не было на первом месте: как и в 2007 году<sup>10</sup>, первыми в списке там стоят вопросы стигмы и дискриминации, доступность медицинской помощи, и трудоустройство. Но даже в Казахстане лишь 15% от ЛЖВ можно отнести к социально адаптированным, и способным полностью обеспечивать себя (то есть имеющих образование не ниже среднего, стабильное жилье, и работу)<sup>11</sup>.

Причин того, что ситуация не изменилась или изменилась не значительно может быть несколько:

1. Программы помощи и поддержки для ЛЖВ развиваются медленнее, чем растет число новых случаев заражения.
2. Отсутствие соответствующих услуг или их низкая эффективность.
3. Статичность и ограниченность в представлении о возможных позитивных поведенческих практиках ЛЖВ и в содержании проектов и услуг. (Один из респондентов назвал эту ситуацию «интеллектуальным дефицитом»).

Учитывая относительную «молодость» активного эпидемического процесса, низкий уровень доходов жителей стран, и то, что значительное число ЛЖВ относятся к маргинализированным группам населения, наиболее вероятными могут быть первые две причины. Хотя третья тоже должна быть принята во внимание.

Наибольшее число ВИЧ-позитивных респондентов, опрошенных AFEW в Казахстане и Кыргызстане в 2007-2008<sup>12</sup> годах нуждались в лечении таких сопутствующих ВИЧ инфекций, как туберкулез (10% от выборки в Казахстане, и 8 % в Кыргызстане) и гепатит С (почти половина от выборки в Кыргызстане). Лечение туберкулеза предоставляется в рамках государственных программ и проектов, финансируемых из грантов ГФ. Лечение гепатита С доступно лишь единицам.

В рамках встреч в апреле-мае 2009 года, респонденты называли примерно те же медицинские потребности, отмечая, что приверженность к лечению является значительной проблемой. Кроме этого, респонденты почти единогласно добавляли к лечению ВИЧ и туберкулеза потребность в наркологической помощи. Врач Центра семейной медицины в г. Токмок, Кыргызстан, так охарактеризовала ситуацию: *«Умирают-то в основном от наркотиков»*.

Многие из ЛЖВ, как ПИН, так и не употребляющие наркотики, с которыми прошли встречи, говорили о переживаемых ими стрессах, длительных депрессивных состояниях, и других расстройствах, которые можно определить как неврозы. В

---

<sup>10</sup> «Усиление потенциала организаций на базе сообщества и социальная интеграция людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), в Казахстане», AFEW, Алматы, 2008;

<sup>11</sup> «Усиление потенциала организаций на базе сообщества и социальная интеграция людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), в Казахстане», AFEW, Алматы, 2008.

<sup>12</sup> «Усиление потенциала организаций на базе сообщества и социальная интеграция людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), в Казахстане», AFEW, Алматы, 2008; «Отчет по результатам оценки среди ЛЖВ», AFEW, Бишкек, 2008

отчете AFEW<sup>13</sup> так же есть описание этого: «... жизнь после определения их ВИЧ-статуса изменилась. Многие переживают эмоциональный кризис осмысления своего статуса и отношения к жизни. ... Пребывание в вечном страхе ... – типичное состояние для многих респондентов». Но в апреле-мае 2009 года никто из респондентов из числа врачей или сотрудников международных организаций не сообщил о развитии в странах услуг в области психического здоровья ЛЖВ.

Вероятно, одной из причин депрессивных состояний и неврозов может быть низкое качество или отсутствие консультирования до и после теста на ВИЧ. В упомянутых выше исследованиях AFEW говорится, что лишь около половины ВИЧ-позитивных получили консультирование до теста, и не более 75 процентов – консультирование после теста, которое сводилось к общим рекомендациям по здоровому образ жизни, и информированию об ответственности за умышленное заражение.

В рамках встреч в апреле-мае 2009 года, респонденты в Кыргызстане, например, рассказывали, что некоторым женщинам из сельских районов, чьи дети были инфицированы, врачи сказали, что ничем помочь нельзя, и нужно просто ждать, пока ребенок умрет. Другой женщине, так же из села в Кыргызстане, при получении положительного результата теста врач сказал, что ей не о чем беспокоиться, так как вирус, найденный у нее, сам пройдет года через три.

Эти случаи единичны, но они активно обсуждаются другими ЛЖВ, становясь основой для страхов и мифов.

## **2.2. Доступность услуг медицинской и немедицинской помощи для ЛЖВ**

### ***Медицинская помощь и уход***

АРВТ является главной частью медицинской помощи для ЛЖВ. Сейчас эти лекарства покупаются за счет грантов ГФ, поэтому их доступность на среднесрочную перспективу стабильна, но в долгосрочной перспективе жестко обусловлена продолжением финансирования со стороны ГФ или других доноров. Но доступность АРВТ зависит не только от наличия финансов.

ПИН являются самой крупной группой ЛЖВ. Сексуальные контакты без презервативов с ПИН/ЛЖВ стали причиной значительного роста новых случаев ВИЧ среди женщин в последние годы.

Кроме того, что более 70% зарегистрированных сегодня случаев заражения ВИЧ в регионе связано с инъекциями наркотиков, эта практика продолжается и после получения человеком диагноза «ВИЧ-инфекция»: по оценкам респондентов, от 70 до 85 процентов тех, кто заразился при инъекциях наркотиков, продолжают употреблять наркотики тем же способом. Учитывая, что многие ПИН в недавнем

---

<sup>13</sup> «Усиление потенциала организаций на базе сообщества и социальная интеграция людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), в Казахстане», AFEW, Алматы, 2008.

прошлом отбывали наказание в местах лишения свободы, где наблюдается значительное распространение туберкулеза, в том числе и мультирезистентного, или находятся там на данный момент, можно предположить, что уровень распространения туберкулеза среди них может быть высок<sup>14</sup>, <sup>15</sup>.

Часть врачей, с которыми проводились встречи в апреле-мае 2009 г., считают, что из-за низкой приверженности ПИН к лечению назначать им АРВТ нет смысла, и что лечение туберкулеза они прерывают сразу, как только со стороны врача снижается контроль за приемом лекарств. Другие врачи готовы назначать АРВТ ПИН, но тоже считают, что эффективность этого мала в связи с отсутствием приверженности к лечению у ПИН.

Заместительная терапия опиоидной зависимости (ЗТ) является ключевым компонентом обеспечения приверженности ПИН к лечению. В Казахстане ЗТ внедрена в виде пилотных проектов в 2-х городах (Темиртау и Павлодар); в Кыргызстане метадон доступен в трех областях (Чуй, Бишкек, Ош), но только в крупных населенных пунктах; в Узбекистане заместительную терапию в ограниченном объеме проводят бупренорфином. В Таджикистане, несмотря на планы начать ЗТ в 2009 году, соответствующий приказ Минздрава еще не был подписан. Во всех странах финансирование ЗТ ведется из грантов ГФ.

По мнению респондентов, существующие программы ЗТ имеют низкое качество: они ограничиваются только выдачей метадона или бупренорфина, и не включают необходимого объема работы по социализации клиентов. Это приводит к восприятию ЗТ частью клиентов и специалистов как бесполезной, или даже еще более вредной, чем употребление нелегальных наркотиков. Респонденты сообщали о случаях, когда клиенты ЗТ параллельно с приемом метадона или бупренорфина принимают другие психоактивные вещества, не рекомендованные им врачом (от димедрола до героина).

*Таким образом, доступность для ПИН АРВТ и профилактики и лечения туберкулеза является одной из потребностей, которая сегодня не удовлетворяется в должном объеме.*

Программы лечения наркозависимости, основанные на отказе от употребления наркотиков (детоксикация с последующей психологической и социальной адаптацией и реабилитацией), есть во всех странах, но либо их пропускная способность мала, либо качество низкое или не подтверждено.

Другой проблемой, снижающей доступность и эффективность АРВТ, является ограниченный доступ ЛЖВ к качественной и своевременной диагностике. В первую

---

<sup>14</sup> По данным NIDA, потребители наркотиков, использующие инъекции как способ употребления, рискуют заразиться туберкулезом в 2-6 раз больше, чем те, кто наркотики не употребляет ([http://www.drugabuse.gov/Nida\\_Notes/NNV0114N2/tearoff.html](http://www.drugabuse.gov/Nida_Notes/NNV0114N2/tearoff.html)).

<sup>15</sup> “Collaborative TB and HIV Services for Drug Users”, Christian Gunneberg, WHO, IHRA Conference, Bangkok, 2009

очередь это касается мониторинга вирусной нагрузки. Даже в Казахстане, где данный тест доступен, около половины ВИЧ-позитивных не проходили его в течение последнего года<sup>16</sup>. Доступность диагностики и лечения оппортунистических и сопутствующих заболеваний так же низка. Сорок три процента ВИЧ-позитивных в Казахстане считают, что не получают необходимую им медицинскую помощь, и еще 28% считают, что получают ее не всегда, когда она нужна<sup>17</sup>.

У этой проблемы есть несколько причин. Первая – ограниченная доступность диагностики для ЛЖВ, живущих за пределами столичных городов. Вторая – низкая приверженность ЛЖВ к диспансеризации (что является частью приверженности к лечению). Значительная часть ВИЧ-позитивных после получения диагноза не посещают врача вплоть до того момента, пока их состояние здоровья не ухудшится ощутимо. И третья – стигма по отношению к ЛЖВ со стороны части медицинских специалистов.

*Важно отметить, что отношения между специалистом и пациентом/клиентом, кроме технических и юридических аспектов, имеют еще и очень сильную эмоциональную составляющую. Многие специалисты считают ВИЧ-позитивных «виновными» и «плохими», и почти все находятся в состоянии эмоционального выгорания. А ЛЖВ, не имея необходимых знаний о лечении ВИЧ-инфекции и сопутствующих заболеваний, и не получая должной психологической поддержки, переживают длительные депрессии, переходящие, со временем, в неврозы. С такими исходными эффективное взаимодействие выглядит маловероятным.*

Паллиативная помощь ни в одном, ни во втором варианте<sup>18</sup> не доступна ни в одной из стран.

### **Немедицинская помощь и поддержка**

ВИЧ-инфекция не передается воздушно-капельным или фекально-оральным путем, поэтому нет необходимости изолировать ВИЧ-инфицированного от окружающих. ВИЧ-инфекция является медленно текущим заболеванием, с момента заражения ВИЧ до развития серьезных нарушений работы иммунной системы проходит в среднем от 7 до 8 лет. Существующие лекарства (АРВТ) обеспечивают возможность восстановления функционирования иммунной системы, и, как следствие – хорошего самочувствия и способности к самообеспечению для инфицированного ВИЧ

---

<sup>16</sup> По результатам анкетирования, проведенного местными НПО в апреле-мае 2009 г. Всего в каждой из 4-х стран было опрошено не менее 30 ВИЧ-позитивных людей.

<sup>17</sup> «Усиление потенциала организаций на базе сообщества и социальная интеграция людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), в Казахстане», AFEW, Алматы, 2008

<sup>18</sup> Есть две трактовки того, что такое паллиативная помощь. *Первая* – традиционная. Она предполагает помощь, уход и поддержку для умирающих пациентов. *Вторая*, предложенная в 1990 году Всемирной Организацией Здравоохранения, говорит, что «Паллиативная помощь является подходом, улучшающим качество жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с опасной для жизни болезнью, путем облегчения боли и управления другими симптомами, причиняющими страдания и подрывающими силы. Паллиативную помощь надлежит оказывать с момента постановки диагноза опасной для жизни болезни и на всем протяжении болезни». (<http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np31/ru/index.html>)

человека на срок, сравнимый со средней длительностью жизни человека, не инфицированного ВИЧ. То есть, значительную часть времени после заражения ВИЧ, человек живет вместе с другими людьми, вне медицинских учреждений. Те же лекарства позволяют ВИЧ-позитивным людям рожать здоровых детей.

Учитывая, что инфицированный ВИЧ человек продолжает жить в обществе, риски для его здоровья и его эмоциональные состояния затрагивают тех людей, которые входят в его ближнее окружение. Они могут переживать сильный дистресс из-за наличия у их близкого опасной болезни, а в случае экономической или социальной зависимости, могут серьезно пострадать, если их близкий подвергнется дискриминации, утратит работоспособность, или умрет. Все это делает немедицинский услуги для ЛЖВ очень важной частью комплекса противодействия негативным последствиям эпидемии ВИЧ-инфекции.

*Немедицинская помощь и поддержка являются слабо развитой частью комплекса услуг для ЛЖВ в Центральной Азии.* На сегодня для ЛЖВ доступна только гуманитарная помощь, минимальная информационная поддержка (базовая информация о ВИЧ-инфекции и АРВТ). Консультации психолога доступны лишь незначительному числу ЛЖВ. В странах нет психологов, специализирующихся на работе с ЛЖВ, и, насколько можно судить по сообщениям респондентов, психологическая помощь сегодня сосредоточена только на снижении интенсивности дистресса. В силу отсутствия продуманных и обеспеченных ресурсами волонтерских программ взаимопомощи между ЛЖВ, существуют лишь единичные группы взаимопомощи. Нет программ, направленных на помощь и поддержку семье в целом, как тем, где есть ВИЧ-инфицированные члены, так и тем, чьи близкие умерли в связи с осложнениями, вызванными ВИЧ-инфекцией.

Помощь в виде продуктов питания, одежды, денег, или билетов для проезда до места лечения и обратно, поступает от международных организаций, таких как Продовольственная программа ООН, AFEW, и проектов, финансируемых ГФ. НПО-ЛЖВ имеют хороший опыт в организации прозрачного процесса распределения гуманитарной помощи (например, «Гули Сурх», Таджикистан, «Крик журавля», Кыргызстан, Инициативная группа ЛЖВ г. Навои, Узбекистан).

По оценкам респондентов, программы гуманитарной помощи регулярно или эпизодически охватывают до 5-7% от зарегистрированных в странах ЛЖВ. Основную массу ее получателей составляют семьи, где есть ВИЧ-инфицированные дети. Другие группы ЛЖВ имеют очень ограниченный доступ к такой помощи.

В результате, *ЛЖВ остаются социально изолированными, неуспешными, подтверждая этим распространенные в обществе мнения о них, как о людях, чья жизнь не стоит внимания, укрепляя, таким образом, существующую стигму.*

### **3. Оценка потенциала НПО ЛЖВ в регионе**

### **3.1. Ресурсы и потенциал НПО ЛЖВ для предоставления услуг и поддержки ЛЖВ на местном уровне**

Число НПО-ЛЖВ в странах, где проводилась оценка, пока мало. Так в Казахстане и Кыргызстане таких организаций около 10 в каждой стране, в Таджикистане – до 5, а в Узбекистане – 1. В данный момент наблюдается активный процесс создания новых НПО-ЛЖВ (несколько инициативных групп в Казахстане; по 1-2 в Кыргызстане и Таджикистане; 6-7 инициативных групп в Узбекистане, которые хотят зарегистрироваться как сетевая НПО). Такая ситуация, в принципе, соответствует тому, как протекают эпидемические процессы в странах.

В каждой стране есть НПО-ЛЖВ, существующие 3 и более года и обладающие опытом предоставления ЛЖВ социальной поддержки, и помощи в доступе к необходимым медицинским услугам («Виктория», «Шапагат», «Казахстанский союз ЛЖВ» в Казахстане; «СПИН+» и «Гули Сурх» в Таджикистане; «Ишонч ва Хаёт» в Узбекистане; «Ранар», «Матрица 2005» в Кыргызстане»). Большинство же НПО-ЛЖВ появились совсем недавно. По сообщению респондентов, практически все НПО-ЛЖВ были созданы при косвенной или прямой поддержке международных структур, и на данный момент живут почти исключительно за счет ресурсов, предоставляемых международными организациями и структурами. Исключение составляет только Казахстан, где сегодня НПО-ЛЖВ, наравне с другими неправительственными некоммерческими организациями, имеют доступ к муниципальным грантам. Хотя размеры этих грантов очень скромные, и процедура их получения не всегда прозрачна.

*Связи и сотрудничество с местными и национальными государственными медицинскими и немедицинскими учреждениями являются одним из ключевых ресурсов НПО-ЛЖВ, позволяющим им оказывать помощь и поддержку ЛЖВ на местном уровне.* Государственные учреждения (центры СПИД, больницы, наркологические диспансеры и прочие) относятся к НПО-ЛЖВ позитивно или нейтрально, и сотрудничают с ними в той или иной мере. Практически все НПО-ЛЖВ, с которыми проводились встречи, имеют партнерские отношения или координируют свою работу с государственными медицинскими учреждениями.

Отношение правительственных структур к НПО-ЛЖВ в разных странах различное. В Казахстане начался процесс интеграции НПО-ЛЖВ в национальные программы через вовлечение их в процессы принятия решений («Казахстанский союз ЛЖВ», ОФ «Шапагат», ОФ «Защита детей от СПИДа») и муниципальные гранты (ОО «Куат», «Ассоциация СПИД-сервисных организаций»). В Кыргызстане и Таджикистане правительственные структуры скорее мирятся с существованием НПО-ЛЖВ, стараясь, по возможности, не обращать на них внимания. В Узбекистане ситуация менее однозначная: с одной стороны правительство старается как можно более полно контролировать деятельность любых негосударственных объединений, с другой стороны, наблюдается попытка найти компромисс путем создания координирующего зонтичного НПО, как например НАННОУз.

Во всех странах НПО-ЛЖВ вовлечены в реализацию национальных программ противодействия распространению ВИЧ-инфекции в той их части, где речь идет об оказании ЛЖВ социальной помощи и поддержки. Чаще всего они играют роль конечного сервис-провайдера, выполняя созданные государственными структурами и/или международными организациями программы, и в лишь малой степени влияют на решения, принимаемые на национальном уровне по поводу распределения средств, имеющихся для предоставления помощи и поддержки ЛЖВ.

*Отношения НПО-ЛЖВ друг с другом – один из наиболее сложных и существенных моментов, который влияет на их потенциал в оказании помощи и поддержки для ЛЖВ.* В Казахстане отношения можно охарактеризовать как мягкое соперничество. Более половины из существующих там НПО-ЛЖВ созданы при активной поддержке «Казахстанского союза ЛЖВ», и объединены в национальную сеть вместе с давно существующими НПО-ЛЖВ, такими как «Шапагат» или «Виктория». Между организациями есть соперничество, но нет конфликта, что позволяет скоординировано строить отношения с донорами и правительством, и обеспечивать всем участникам национальной сети ресурсы для работы. В Таджикистане, в связи с тем, что организаций мало и они не пересекаются географически или по целевым группам, открытого конфликта нет, хотя нет и активного сотрудничества.

В Киргизстане ситуация совершенно иная, и отношения между частью организаций можно охарактеризовать как открытый и активный конфликт, что существенно снижает их потенциал в привлечении ресурсов и развитии услуг. Насколько удалось выяснить, конфликты между организациями больше связаны не с разницей во взглядах на потребности ЛЖВ или методы работы, а с личными конфликтами между лидерами НПО-ЛЖВ.

Вопрос конструктивного и устойчивого лидерства играет важную роль, учитывая, что практически все существующие на данный момент НПО-ЛЖВ являются «лидер-ориентированными» (*leader-driven*), то есть их существование и деятельность является результатом инициативы одного-двух людей, а не устойчивым механизмом сообщества. Кроме этого, между лидерами ЛЖВ отсутствует взаимная поддержка в виде *системы согласования общих приоритетов и взаимной поддержки*, когда разные НПО-ЛЖВ и лидеры помогают друг другу в выполнении взятых обязательств перед донорами, правительством и сообществом. Данная ситуация отчасти может объясняться тем, что большинство ЛЖВ-НПО в странах были созданы недавно и для создания сильного сообщества ЛЖВ должно еще пройти некоторое время.

Кроме уже упомянутых конфликтов между лидерами НПО-ЛЖВ, еще одним существенным фактом, влияющим на работу НПО-ЛЖВ, является то, что часть социально активных ЛЖВ являются наркозависимыми.

Как показывает опыт разных стран (Украины, Великобритании, Голландии, США и других), сама зависимость у лидеров сообщества является решаемой проблемой, если наркологическая помощь в стране доступна. Более серьезной проблемой является отсутствие стратегической поддержки для лидеров ЛЖВ со стороны

правительственных структур и международных организаций, включая их обучение, и помощь в профилактике эмоционального выгорания.

На сегодня НПО-ЛЖВ оказывают ЛЖВ следующую помощь и поддержку:

- Распределение гуманитарной помощи (продуктовых наборов и одежды),
- Информирование о ВИЧ-инфекции и АРВТ, и о туберкулезе и его лечении,
- Консультации «равный-равному» и группы взаимопомощи,
- Помощь в получении или восстановлении утраченных документов (паспортов),
- Помощь в получении необходимых медицинских услуг, включая лечение наркотической зависимости (детоксикация и последующая психо-социальная реабилитация),
- Помощь в получении консультации психолога,
- Социальная поддержка ЛЖВ друг друга в рамках волонтерских программ.

Почти все НПО-ЛЖВ используют для информирования ЛЖВ о ВИЧ, туберкулезе и их лечении информационные материалы, предоставленные им другими организациями (проект ПОТЕНЦИАЛ, AFEW, центрами СПИД). Часть НПО-ЛЖВ издают свои материалы, копируя наиболее интересные с их точки зрения примеры (продукцию International HIV/AIDS Alliance – Ukraine, Украинской сети ЛЖВ, European AIDS Treatment Group (EATG, проект STEP)).

НПО-ЛЖВ испытывают потребность в информационных материалах на национальных языках, но таких материалов мало, и можно предположить, что их качество не высокое в силу отсутствия развитого и устоявшегося набора терминов в узбекском, кыргызском, таджикском, казахском и русском языках. Влияет почти полное отсутствие знания английского языка, являющегося основным в международном общении по поводу ВИЧ-инфекции, и «поставляющим» большинство терминов.

Кроме распространения информационных материалов, все НПО-ЛЖВ проводят групповые занятия (называемые, в зависимости от требований донора, то «семинарами», то «группами самопомощи»). Часто эти занятия ведут специалисты из центров СПИД или других медицинских учреждений. Участниками чаще всего являются ЛЖВ, относящиеся к ПИН, к заключенным, или к женщинам, в семьях которых есть дети, инфицированные ВИЧ.

Некоторые НПО-ЛЖВ имеют успешный опыт организации групп поддержки (например, «Жан Жолдас», «Куат», «Защита детей от СПИДа», Казахстан; «Матрица 2005» и «Крик журавля», Кыргызстан; Инициативные группы ЛЖВ городах Навои и Ташкент, «Ишонч ва Хаёт», Узбекистан), и групп взаимопомощи («СПИН+», Таджикистан). Этот опыт получен ими в рамках работы в проектах снижения вреда и реабилитационных программах для наркозависимых, основанных на принципе «*терапевтического сообщества*» («СПИН+» и «Матрица 2005»). Организации, не работавшие в программах снижения вреда, смогли успешно использовать существующие *традиционные локальные социальные сети* («Крик журавля» и

«Защита детей от СПИДа»). Общественный фонд «Куат» проводит группы поддержки в больнице, где ЛЖВ получают медицинскую помощь. Ведущими групп поддержки являются в основном медицинские специалисты и психологи.

Консультации, основанные на принципе «равный-равному», проводятся всеми НПО-ЛЖВ, и являются одной из их ключевых услуг. В рамках этой работы клиенты ЛЖВ получают не столько информацию, сколько эмоциональную поддержку, что в ситуации высокого уровня стигматизации в отношении ЛЖВ, особенно относящихся к ПИН и МСМ, является важным.

Однако у НПО-ЛЖВ нет ясного понимания того, что такое равное консультирование<sup>19</sup>, и, как следствие, не существует системы подготовки равных консультантов и не проводится профилактики эмоционального выгорания среди консультантов.

Несмотря на то, что все НПО-ЛЖВ ведут информационные мероприятия, уровень информированности их собственных сотрудников остается низким. Специалисты государственных учреждений часто говорили, что знания у некоторых равных консультантов и лидеров из числа ЛЖВ ограничены, что затрудняет сотрудничество. По их оценке, многие равные консультанты и лидеры не могут грамотно объяснить, зачем нужно проходить диспансеризацию не реже 2 раз в году, или какие побочные эффекты и как часто могут наблюдаться при приеме АРВ препаратов.

Все НПО-ЛЖВ помогают своим клиентам получить доступ к различным медицинским услугам, консультации психолога, и многие помогают в восстановлении документов. Система направления для получения медицинских услуг основана на договоренностях о сотрудничестве между НПО-ЛЖВ и государственными медицинскими учреждениями. Группы ЛЖВ, которые чаще всего являются пользователями данных услуг НПО-ЛЖВ, это активные ПИН и ЛЖВ, живущие далеко от места расположения государственных учреждений (бедные жители сельских районов). У других ЛЖВ, в принципе, нет сложностей с обращением за помощью напрямую в те учреждения, где есть необходимые им услуги. То есть, фактически, «помощь в получении медицинских услуг» в реальности является аутрич-работой для привлечения труднодоступных групп – ПИН и жителей отдаленных районов – к прохождению тестирования и диспансеризации.

---

<sup>19</sup> Существует два варианта организации консультирования «равный-равному». *Первый*, и, вероятно, более продуктивный – это ведущаяся специалистом по социальной работе или психологом волонтерская программа, которая является частью социальной адаптации ЛЖВ. Получая обучение, выступая в роли консультанта, и получая поддержку по ходу своей деятельности как консультант, ВИЧ-позитивный человек приобретает знания, навыки и опыт, которые позволяют ему через некоторое время стать более уверенным в себе, более способным заботиться о себе и своих близких. Получив все это, человек выходит из программы, освобождая место для следующего. *Второй* – когда на роль консультанта *учат/ищут кого-то из ЛЖВ, чтобы он стал постоянным сотрудником организации*, ответственным за консультирование, имеющим профессиональные навыки и знания, необходимые консультанту, и знающим на собственном опыте, что такое жизнь с ВИЧ.

## *Социальная поддержка ЛЖВ друг друга в рамках волонтерских программ*

*Это самая важная деятельность НПО-ЛЖВ, так как она помогает сплочению сообщества и преодолению последствий стигмы и дискриминации в ежедневной жизни ЛЖВ. Пока, к сожалению, она ведется эпизодически, неструктурированно, и в малых объемах (например в «Крике журавля» и «Матрице 2005», Кыргызстан; «Жан Жолдас», Казахстан; «Гули Сурх», Таджикистан; Инициативных группах ЛЖВ в г. Навои и Ташкент, Узбекистан). Наиболее распространенной деятельностью в рамках это взаимной поддержки является помощь по дому и в заботе о детях, визиты друг к другу, если кто-то заболел и лежит дома или в больнице, а так же общение друг с другом для обсуждения текущих событий в жизни друг друга. Объединение людей для решения ежедневных нужд и забот критически важно для создания вокруг ЛЖВ и членов их семей поддерживающего социального окружения, защищающего их от последствий стигмы, и позволяющего справляться с психологическими проблемами, возникающими в связи с ВИЧ-статусом.*

Как видно, пока варианты взаимной поддержки, которую ЛЖВ готовы давать друг для друга, ограничены. Возможно, дефицит идей по этому поводу связан именно с отсутствием внимания НПО-ЛЖВ к развитию волонтерских программ для развития взаимной поддержки между ЛЖВ: обычно, чем больше и интенсивнее опыт, тем больше рождается новых идей и открывается новых возможностей.

Очень интересно, что чаще всего эта взаимная поддержка идет вне рамок каких-либо проектов и грантов. Как только НПО-ЛЖВ начинает активно участвовать в каких-либо программах, активность взаимной поддержки между ЛЖВ, участвующими в НПО-ЛЖВ в качестве сотрудников или добровольцев, снижается. Специальных программ, помогающих ЛЖВ создавать такие социальные мини-сети (социальные центры), не проводится ни в одной из стран.

### **Материальная база НПО-ЛЖВ**

В своем большинстве НПО-ЛЖВ не обладают необходимой материальной базой. Например, у многих НПО-ЛЖВ есть 1-2 технически устаревших компьютера, принтер, телефонный и факсовый аппарат. Некоторые вновь образованные организации вообще не имеют компьютеров. Офисные помещения есть почти у всех организаций, включая некоторые инициативные группы (в Узбекистане, например). Но лишь у единиц эти помещения позволяют предоставлять ЛЖВ качественные услуги – проводить групповые встречи и семинары в достаточной по размеру комнате, выделить отдельную комнату психологу или врачу, консультирующему клиентов, организовать сам офис отдельно от помещений, где идет работа в клиентами («СПИН+», Таджикистан; «Крик журавля» и «Матрица 2005», Кыргызстан; «Ассоциация СПИД-сервисных организаций» и «Защита детей от СПИДа», Казахстан). К тому же, офисы арендуются, то есть будут потеряны, как только закончится финансирование организации из внешних источников.

### ***Кадровый состав НПО-ЛЖВ***

Состав сотрудников НПО-ЛЖВ смешанный – в них работают как сами ЛЖВ, так и специалисты, напрямую не затронутые ВИЧ-инфекцией, и являющиеся сотрудниками государственных учреждений (центров СПИД, научно-исследовательских институтов и прочих). По мнению некоторых респондентов, участие в работе НПО сотрудников государственных учреждений может быть фактором, обеспечивающим стабильность существования организации, так как эти сотрудники имеют доход от основного места работы, а значит, могут поддерживать деятельность даже в отсутствии финансирования работы НПО-ЛЖВ. Кроме того, они могут способствовать выстраиванию партнерских отношений с государственными учреждениями и правительственными структурами, используя свои связи и статус специалистов.

ЛЖВ, чаще всего, выступают в роли руководителей НПО-ЛЖВ (лидеры), или ведут работу, не требующую долгосрочной специальной подготовки – аутрич-работников или «социальных работников». Во многих НПО-ЛЖВ есть очень опытные и профессиональные аутрич-работники и социальные работники из числа ЛЖВ.

### ***Связь НПО-ЛЖВ с сообществом ЛЖВ***

Основываясь на оценках респондентов, на данный момент во всех 4 странах число ЛЖВ, участвующих в работе НПО-ЛЖВ, других НПО, и государственных учреждений как оплачиваемые сотрудники, может быть более 130: около 40 в Казахстане, и столько же в Кыргызстане и в Узбекистане, и около 15 в Таджикистане. За неполные полтора года (с января 2008 по апрель 2009 года) они, в сумме, могли оказать ту или иную помощь и поддержку не менее чем 2500-3000 ЛЖВ в этих странах: до 1500 ЛЖВ в Казахстане, до 1000 ЛЖВ – в Узбекистане, до 300 – в Кыргызстане, и около 200 ЛЖВ в Таджикистане.

### ***Качество управления организацией и реализуемыми проектами,***

Как отмечалось выше, практически все НПО-ЛЖВ являются «лидер-ориентированными», поэтому их работа зависит в первую очередь от того, какими знаниями и навыками обладают лидеры этих организаций, и как они видят текущую ситуацию и перспективу.

Одна из респонденток в Таджикистане высказала мнение, что в бедных странах с низким уровнем доходов многие жители, в том числе и сотрудники НПО-ЛЖВ, не видят себя в перспективе 12 месяцев (12 месяцев – наиболее распространенный срок планирования проектов). Люди постоянно находятся в поиске средств к существованию, что требует от них быть гибкими и быстро реагировать на любую возможность заработать. Поэтому они просто не строят конкретных планов и не формулируют конкретные ожидаемые результаты дольше, чем на 3-4 месяца. Это делает работу НПО-ЛЖВ неустойчивой, ориентированной на планы доноров, и безответственной по отношению к клиентам («нет денег – нет работы»). Конечно, быстро изменить стиль и временные рамки планирования сотен сотрудников НПО-

ЛЖВ в регионе невозможно. Но, оказывая поддержку местным лидерам ЛЖВ, помогая им в приобретении необходимых знаний и навыков, вовлекая в совместные длительные проекты на национальном уровне, можно обеспечить должный уровень устойчивости и ответственности НПО-ЛЖВ, можно усилить «скелет сообщества».

По оценке респондентов из международных организаций, основными областями, где требуется улучшение навыков НПО-ЛЖВ, являются анализ ситуации, включая оценку потребностей, мониторинг и оценка проводимой работы, и навыки подготовки заявок на финансирование и отчетов о проведенной работе.

По мнению респондентов из числа сотрудников государственных учреждений, главными проблемными НПО-ЛЖВ являются плохое знание ими специфики работы государственных учреждений и правительственных организаций, а так же не эффективный обмен информацией, а точнее – не информирование ключевых партнеров (правительства и государственных учреждений) о проводимой НПО-ЛЖВ работе, ее результатах, и планах на будущее.

По оценке самих менеджеров НПО-ЛЖВ, главной проблемной областью, где им нужна поддержка, является привлечение финансирования и обучение сотрудников.

На основе полученных в ходе исследования данных можно заключить, что опыт управления НПО-ЛЖВ основан на управлении проектами, длительность которых не превышала 1 года, и может быть оценен как скромный:

- за исключением «Казахстанского союза ЛЖВ», ни одна из НПО-ЛЖВ не имеет опыта управления суб-грантовыми программами,
- ни одна из НПО-ЛЖВ не имеет опыт управления долгосрочными программами, длящимися 2 и более года, и включающими в себя несколько взаимосвязанных, параллельно идущих проектов,
- ни одна из НПО-ЛЖВ не имеет собственной системы мониторинга и оценки, ориентированной на работу всей организации, а не отдельно взятого гранта, и основанной на потребностях сотрудников организации, а не требованиях доноров,
- лишь единицы из НПО-ЛЖВ проводили стратегическое планирование, и имеют принятый стратегический план,
- лишь единицы имеют политики в области внутреннего управления, а также координации и партнерства с другими организациями,
- ни одна из НПО-ЛЖВ не имеет программы повышения потенциала сотрудников и волонтеров, включая профилактику эмоционального выгорания,
- ни одна из НПО-ЛЖВ не имеет политики в отношении привлечения ЛЖВ к участию в работе в качестве сотрудников или волонтеров, включающую создание для ЛЖВ условий работы, учитывающих их потребности в связи с положительным ВИЧ-статусом.

В силу отсутствия стратегического видения целей и перспектив деятельности, довольно часто положительный опыт, приобретенный ЛЖВ в ходе работы, может быть проигнорирован, забыт, а собранная информация – утрачена.

Сотрудник центра СПИД, так же работающий в проекте поддержки ПИН в одной из стран, в ответ на вопрос о том, как используется информация, которую аутрич-работники могут собирать в ходе своей работы, сказал, что эта информация «*никак не используется, она никому из специалистов не нужна*». Не используется эта информация и НПО-ЛЖВ.

### **3.2. Удачные примеры взаимодействия между НПО-ЛЖВ и местными государственными учреждениями**

Важно отметить, что за исключением совсем недавно созданных, все НПО-ЛЖВ участвуют в реализации проектов, финансируемых из грантов ГФ или агентств международного развития, и что в значительной степени это произошло благодаря условиям доноров и поддержке агентств и программ ООН. Именно участие в этих проектах создало возможность для НПО-ЛЖВ начать сотрудничать с государственными учреждениями.

В силу того, что большая часть НПО-ЛЖВ созданы не так давно, схема их сотрудничества с государственными учреждениями примерно одинакова. Во всех случаях сотрудничество основано на следующем распределении обязанностей между НПО-ЛЖВ и государственными учреждениями:

- государственные учреждения оказывают медицинскую помощь и предоставляют консультации специалистов,
- НПО-ЛЖВ занимаются привлечением представителей наиболее труднодоступных групп населения к тестированию и диспансеризации, оказывают психологическую поддержку, помогают распределять гуманитарную помощь, оказывают поддержку для сохранения приверженности к лечению, помогают с восстановлением документов, и с оформлением документов для получения ЛЖВ пенсий и пособий от государственных служб социальной защиты.

Таким образом, НПО-ЛЖВ создают поддерживающую среду для обеспечения эффективности медицинской помощи, оказываемой государственными учреждениями.

Ниже приведены два наиболее интересных примера сотрудничества НПО-ЛЖВ и государственных учреждений:

#### **1. ОО «Куат», Казахстан**

Усть-Каменогорск расположен в Восточно-Казахстанской области, где темпы прироста новых случаев ВИЧ-инфекции одни из самых высоких в Казахстане. Но, пока число ВИЧ-позитивных в самом городе невелико, и в силу значительной стигмы по отношению к ним в обществе, привлечь ЛЖВ на групповые встречи и

индивидуальные консультации в офис НПО сложно. Наиболее реалистично организовывать консультационные и информационно-обучающие мероприятия в то время, когда ЛЖВ получают лечение в стационаре. Но, администрация больницы опасалась, что равные консультанты из числа ЛЖВ могут быть причиной нарушения режима в больнице.

ОФ «Куат» принял на работу врача инфекциониста, задачей которого является организация и проведение регулярных посещений ЛЖВ, находящихся в больнице. Такой вариант полностью устроил администрацию больницы, и в результате уже около года там проводятся регулярные семинары и консультации для ЛЖВ. Также ЛЖВ получают информацию об ОФ «Куат».

## *2. ОФ «Матрица 2005», Кыргызстан*

Некоторые антиретровирусные лекарства (эфавиренц и невирапин, например) влияют на метаболизм метадона и вызывают симптомы, схожие с синдромом отмены. Если пациенту одновременно предписан прием одного из этих препаратов и метадона, то дозу метадона необходимо увеличивать и/или разбивать дозу метадона на 2 приема.

Выдача метадона в г. Бишкек осуществляется на базе наркологического диспансера, и проводится один раз в день. Одной из пациенток ЗТ, для предотвращения симптоматики синдрома отмены требовалось разбить ежедневную дозу метадона на 2 приема, но сотрудники наркодиспансера не хотели оставаться на работе несколько лишних часов, чтобы ждать прихода всего одной пациентки.

По инициативе ОФ «Матрица 2005», выдача метадона для этой пациентки была организована на базе этого НПО-ЛЖВ. Медицинская сестра, работающая в «Матрице 2005» получает в наркологическом диспансере двухдневную дозу метадона для данной пациентки, и выдает ей метадон в помещении «Матрицы 2005». Для хранения метадона в организации выделен сейф, ведется журнал учета, аналогичный подобному журналу в наркодиспансере. Процедура получения и выдачи метадона согласована с центром СПИД и наркологическим диспансером.

### **3.3. Потенциал НПО ЛЖВ для участия в процессах принятия решений на региональном, национальном, местном уровне,**

В основном работа НПО-ЛЖВ сконцентрирована на местном уровне. Поэтому подавляющее большинство НПО-ЛЖВ имеют опыт участия в процессах принятия решений только на уровне города или области. Но, *учитывая специфику финансирования*, когда подавляющая часть средств приходит из международных организаций или национального бюджета, *и большое количество этических вопросов, возникающих при организации и реализации программ профилактики и лечения, что сильно политизирует всю работу, связанную с ВИЧ-инфекцией*, на местном уровне принимается лишь очень незначительная часть решений. *Почти все решения принимаются на национальном и международном уровне, и только их*

*исполнение зависит от местных медицинских и социальных учреждений, административных и законодательных органов государства.*

На данный момент лишь единицы из существующих НПО-ЛЖВ целенаправленно (осознанно) участвуют в процессах принятия решений на национальном и региональном уровне. К ним относятся:

- «Казахстанский союз ЛЖВ», Казахстан,
- «СПИН+», Таджикистан,
- «Гули Сурх», Таджикистан,
- «Ишонч ва Хаёт»<sup>20</sup>, Узбекистан,
- «Защита детей от СПИДа»<sup>21</sup>, Казахстан.

### ***Потенциал развития партнерства и участия в принятии решений***

Потенциал в участии в принятии решений состоит из:

- доступа к лицам, принимающим решения и лидерам общественного мнения,
- возможности предоставлять информацию, которая важна для принятия качественных решений, и анализировать ее,
- возможности способствовать реализации принятых решений.

#### ***Доступ к лицам, принимающим решения***

На сегодня НПО-ЛЖВ имеют много возможностей для широкого и регулярного доступа к людям, принимающим решения, как в государственных структурах, так и в международных организациях. Практически все НПО-ЛЖВ имеют взаимодействие с местными или национальными государственными учреждениями, оказывающими ЛЖВ помощь и поддержку. Представители ЛЖВ есть в страновых координационных комитетах (за исключением Узбекистана, где СКК был недавно реструктурирован, и представители ЛЖВ там *пока* нет). В каждой стране НПО-ЛЖВ или активисты из числа ЛЖВ регулярно приглашаются для участия во встречах, организуемых агентствами и программами ООН или международными организациями и проектами.

Все координационные структуры, международные и региональные сетевые объединения имеют веб-сайты и электронные рассылки, в рамках которых можно не только получать информацию, но и распространять свою информацию, инициировать дискуссии.

Следующие координационные структуры и сетевые объединения, работающие в Центральной Азии, имеют активные электронные рассылки:

- страновые координационные комитеты;
- тематические группы ООН по ВИЧ/СПИД;
- национальные сети СПИД-сервисных НПО (есть в Казахстане и Кыргызстане);

---

<sup>20</sup> Недавно руководство организацией сменилось. Новые руководители такого опыта не имеют.

<sup>21</sup> Недавно руководство организацией сменилось. Новые руководители такого опыта не имеют.

- национальные сети НПО, работающих в области снижения вреда от употребления наркотиков (есть в Казахстане и Кыргызстане);
- национальные сети ЛЖВ (есть в Казахстане и Кыргызстане);
- «Восточноевропейское и Центральноеазиатское объединение ЛЖВ» (ВЦО ЛЖВ);
- Евразийская сеть снижения вреда (EHRN);
- International Treatment Preparedness Coalition (индивидуальное членство).

Веб-сайты есть у каждой международной организации и проекта, работающего в Центральной Азии.

Представители НПО-ЛЖВ или их партнерских организаций входят в организационные и тематические комитеты международных конференций (например, Камила Фатыхова, НАННОУз, Узбекистан, входит в Комитет «Лидерство» международной конференции по СПИДу, Вена, 2010 г.), что дает возможность влиять на выбор тем и спикеров этих конференций.

*Возможности предоставлять информацию, которая важна для принятия качественных решений, и анализировать ее*

Такая возможность у НПО-ЛЖВ есть. Они могут:

- собирать данные о поведении (включая рискованное в плане передачи ВИЧ) и потребностях наименее доступных для государственных учреждений и международных организации групп ЛЖВ – ПИН, МСМ, ЛЖВ проживающих в сельских районах,
- помогать в планировании и обеспечении качества исследований, затрагивающих интересы ЛЖВ (например, создавая этические комитеты исследований),
- помогать в оценке планируемых, текущих и завершенных программ помощи и поддержки для ЛЖВ (*client driven evaluation*), включая анализ причин недостаточной приверженности ЛЖВ к лечению.

За редким исключением, все НПО-ЛЖВ уже имеют опыт сотрудничества с государственными учреждениями и международными организациями в планировании и проведении исследований, включая дозорный эпиднадзор. Так же некоторые из НПО-ЛЖВ выступали в роли инициаторов исследований.

*Возможности способствовать реализации принятых решений.*

НПО-ЛЖВ имеют хорошие связи с разными группами ЛЖВ, и опыт сотрудничества с местными учреждениями, и могут выступать как в роли непосредственных исполнителей принятых решений, так и в роли адвокатов этих решений на местном уровне.

Кроме того, имея опыт поиска финансирования и привлечения волонтеров, НПО-ЛЖВ могут способствовать привлечению дополнительных ресурсов для реализации принятых решений:

- привлекать к работе ЛЖВ и их близких/друзей в качестве волонтеров,
- привлекать внимание и поддержку со стороны международного сообщества через международные сетевые объединения, в которых они участвуют, и мероприятия, такие как международные конференции, например,
- проводить активный фандрайзинг среди международных фондов и агентств, а иногда и среди местного бизнеса (примеры получения поддержки от коммерческих организаций для мероприятий и программ, направленных на поддержку ЛЖВ, существуют в Казахстане – «Казахстанский союз ЛЖВ», ОФ «Защитим детей от СПИДа», в Кыргызстане – ОФ «Крик журавля», и в Узбекистане – НАННОУз).

### ***Препятствия для реализации имеющегося потенциала***

Основными препятствия для реализации имеющегося потенциала НПО-ЛЖВ для участия в принятии решений и выстраивания партнерств на национальном и региональном уровне являются:

- отсутствие скоординированной и ясной позиции по поводу стратегических приоритетов и эффективных подходов в развитии помощи и поддержки ЛЖВ,
- слабый механизм легитимного представительства интересов местных НПО-ЛЖВ на национальном, региональном и международной уровне (такой механизм есть только в Казахстане в виде «Казахстанского союза ЛЖВ»),
- слабая коммуникация между собой и с партнерами, в том числе в отношении решения конфликтов,
- недостаток опыта в организации устойчивых волонтерских программ для вовлечения ЛЖВ,
- отсутствие устойчивой и эффективной внешней поддержки для местных лидеров из сообщества ЛЖВ.

## **Выводы и рекомендации**

### **1. Общие выводы и рекомендации**

1. НПО-ЛЖВ обеспечивают социальную поддержку наиболее социально уязвимым ВИЧ-инфицированным и их семьям. Тем самым, они являются *важным потенциальным партнером для правительств и международных организаций в повышении качества мер, нацеленных на обеспечение универсального доступа к профилактике, лечению, помощи и поддержке в связи с ВИЧ-инфекцией.*

2. НПО-ЛЖВ, как и сообщество ЛЖВ, еще молоды, и только проходят процесс формирования. Все они сегодня являются лидер-ориентированными (*leader-driven*), поэтому *поддержка лидеров из числа ЛЖВ является критически важной для обеспечения дальнейшего развития НПО-ЛЖВ, и для сплочения сообщества ЛЖВ.*

3. В основном, НПО-ЛЖВ ведут свою деятельность на местном уровне. Но многие важные для ЛЖВ решения принимаются на уровне страны или региона. Для участия

в принятии этих решений *НПО-ЛЖВ нужно развивать партнерство друг с другом, создавать сетевые объединения на уровне стран и региона, что требует прозрачного процесса согласования между НПО-ЛЖВ приоритетов деятельности, и демократического процесса делегирования представительских функций.*

4. Сегодня основными партнерами НПО-ЛЖВ являются международные организации и местные государственные учреждения. Для дальнейшего развития НПО-ЛЖВ и их эффективного и конструктивного участия в процессах принятия решений на национальном и региональном уровне, *НПО-ЛЖВ нужно развивать конструктивное партнерство с правительственными структурами, а так же с НПО, созданными другими сообществами, затронутыми эпидемией ВИЧ-инфекции.*

5. Ресурсы, которые сегодня используют НПО-ЛЖВ, предоставляются международными организациями. В связи с этим, предоставляемая ими помощь и поддержка не устойчивы, и, в некоторых случаях, не совпадают с приоритетными интересами ЛЖВ. Для устойчивой работы и более точного учета потребностей сообщества, *НПО-ЛЖВ необходимо использовать ресурсы, имеющиеся внутри самого сообщества, создавая условия для развития взаимопомощи между членами сообщества. Так же важно способствовать широкому и значимому вовлечению ЛЖВ в процессы принятия решений и реализацию программ на местном, национальном и региональном уровне.*

## **2. Рекомендации по приоритетному развитию потенциала НПО-ЛЖВ**

**1. НПО-ЛЖВ важно укреплять и расширять их связь с местными сообществами.** При этом роль НПО должна заключаться в выявлении проблем членов местного сообщества, мобилизации внутренних ресурсов сообществ для решения этих проблем, и построении эффективного партнерства с органами власти, другими НПО, и международными организациями. При невозможности НПО ЛЖВ наладить устойчивую связь с сообществом и выполнять вышеперечисленные функции, есть риск, что сегодняшние НПО-ЛЖВ прекратят свое существование или превратятся в НПО «широкого спектра», не представляющими интересы какого-либо конкретного уязвимого сообщества. Тем самым они утратят свою уникальность, и перестанут быть важными партнерами для государственных институтов и учреждений, и международных организаций.

В связи с этим, *первой задачей в развитии потенциала НПО-ЛЖВ является внедрение компонентов взаимопомощи между членами сообществ как способа их вовлечения в работу организации во все проекты и программы НПО-ЛЖВ и их объединений.*

НПО-ЛЖВ должны включить в свои рабочие планы мероприятия по организации взаимопомощи между представителями уязвимых сообществ, и включить в свои органограммы структуры и инструменты, позволяющие участвовать в их работе

широкому кругу представителей сообщества. Наиболее простыми из таких инструментов и структур могут быть наблюдательные советы сообщества и регулярные опросы клиентов о качестве и актуальности предоставляемой НПО-ЛЖВ помощи и поддержки.

Государственные институты и международные организации могут способствовать развитию НПО ЛЖВ, включив участие представителей сообществ в работе НПО-ЛЖВ в список условий для участия в грантовых конкурсах и проектах, поддержанных ГФАТМ, и предоставив техническую поддержку для обучения лидеров и сотрудников НПО-ЛЖВ созданию и поддержке волонтерских программ взаимопомощи. Как показывает опыт разных стран, наиболее эффективной является взаимопомощь в виде консультирования «равный-равному»<sup>22</sup>, группы взаимопомощи<sup>23, 24</sup>, и волонтерские программы социального сопровождения, построенные по принципу *buddy-care*<sup>25, 26, 27</sup>.

**2. НПО-ЛЖВ должны уделять адекватное внимание профессиональному и личностному развитию своих сотрудников и волонтеров, в том числе профилактике эмоционального выгорания.** Для выполнения этой задачи НПО-ЛЖВ необходимо регулярно (как минимум ежегодно) проводить оценку потенциала своих сотрудников и волонтеров, и планировать их обучение и другую поддержку. Принимая во внимание, что значительная часть лидеров и сотрудников НПО-ЛЖВ сами относятся к уязвимым группам, такая работа будет иметь двойной положительный результат – оказание поддержке представителям уязвимых групп, и развитие потенциала организации. Учитывая, что многие лидеры и активисты НПО-ЛЖВ имеют химические зависимости, важно выстроить хорошие партнерские отношения с наркологическими и психиатрическими службами, чтобы люди, в первую очередь активисты и лидеры НПО-ЛЖВ, имеющие проблемы, связанные с зависимостями, могли вовремя обращаться за профессиональной помощью и получать эту помощь.

Государственные институты и международные организации могут способствовать этому, позволив (а лучше – рекомендовав!) направлять до 10%<sup>28</sup> от получаемых в рамках грантов и тендеров средств на мероприятия по повышению потенциала сотрудников и волонтеров организации.

**3. Местным НПО-ЛЖВ необходимо разработать согласованную друг с другом и простую в использовании систему мониторинга и оценки качества своей**

---

<sup>22</sup> По поводу консультирования «равный равному» см. примечание 18 выше.

<sup>23</sup> Terry Carlton T., Beck R., Allen H., «Self-support groups for HIV seropositive people», *American Rehabilitation*, Autumn 1993.

<sup>24</sup> Недзельский Н., «Поддержка людей, живущих с ВИЧ», ИНФО+, 2003

<sup>25</sup> Velentgas P., Vynum C., Zierler S., «The Buddy Volunteer Commitment in AIDS Care», *Am J Public Health* 1990; 80:1378-1380

<sup>26</sup> Zuyderduin JR, «The buddy system of care and support for and by women living with HIV or AIDS in Botswana», *Int Conf AIDS*. 2004 Jul 11-16; 15: abstract no. MoPeD3752

<sup>27</sup> Burrage J., Demi A., «Buddy Programs for People Infected With HIV», *Journal of the Association of Nurses in AIDS care*, 2003, Volume 14, Issue 1, Pages 52-62

<sup>28</sup> Питер Друкер «Задачи менеджмента в 21 веке», «Вильямс», Москва, 2007 г.

**деятельности.** Не получая сами для себя и не предоставляя окружающим ясных и достоверных данных о результатах своей работы, НПО-ЛЖВ не смогут привлечь представителей сообщества к поддержке работы организации, проводить долгосрочное планирование, и строить взаимодействие с ключевыми партнерами из числа правительственных учреждений и институтов и международных организаций.

Важно, чтобы индикаторы для мониторинга и оценки отражали в первую очередь потребности самой организации и представляемого ею сообщества. Для этого НПО-ЛЖВ нужно переходить от ситуационного проектного планирования в ответ на грантовые программы и тендеры к программному (долгосрочному, на 2-3 года) планированию, когда цели и мероприятия определяются исходя из потребностей местных сообществ.

Для выполнения этой задачи, НПО-ЛЖВ должны расширить спектр ресурсов, которые они могут использовать для реализации своей деятельности. В первую очередь за счет внутренних ресурсов сообществ, представители которых создали организацию (например, время волонтеров, связи и материальные ресурсы, имеющиеся у представителей сообществ).

Государственные и международные партнеры НПО-ЛЖВ могут способствовать этому меняя принципы поддержки работы НПО-ЛЖВ, постепенно уменьшая финансирование отдельных краткосрочных проектов, и расширяя долгосрочные партнерские программы с НПО-ЛЖВ, основанные на согласовании и совместном достижении долгосрочных целей.

### **3. Рекомендации о роли Региональной Сети в оказании поддержки местным НПО-ЛЖВ и их лидерам**

*Роль Сети в оказании поддержки местным НПО-ЛЖВ заключается в создании условий для обмена информацией и координации между ними, и представления интересов и мнения местных НПО-ЛЖВ в процессах принятия решений на национальном и региональном уровне.*

В первую очередь это обобщение и анализ потребностей и интересов сообществ и местных НПО-ЛЖВ, и помощь им в выработке общей согласованной позиции, которая может быть представлена правительствам и региональным партнерам (адвокация и представление интересов).

Для обеспечения обмена между местными НПО-ЛЖВ информацией и опытом, а так же для согласования общей позиции в диалоге с правительствами и региональными партнерами, Сеть должна способствовать выработке согласованных стандартов качества работы НПО-ЛЖВ, и единой профессиональной терминологии.

Кроме того, Сеть может стать инициатором региональных программ, в реализацию которых могут быть вовлечены многие местные НПО-ЛЖВ. Тематами для таких программ могут служить как общие потребности самих организаций, например в

обучении и поддержке сотрудников и волонтеров, так и интересы сообществ, например мигрантов и их семей, или национальных меньшинств и населения приграничных районов.

## Приложение 1 - Список встреч, проведенных экспертом

№	Число	Имя	Организация и должность	Примечания
<b>КАЗАХСТАН</b>				
	13.04	Семинар по оценке нужд, г. Алматы		10 участников
1		Елена Кудусова	Проект CAPACITY, Директор проекта по Казахстану, Алматы	
2	14.04	Нурлан Саир	Руководитель, ОО «Общественное объединение в поддержку людей, живущих с ВИЧ «Куат», г. Усть-Каменогорск	
3		Елена Растокина	Руководитель ОО «Answer», г. Усть-Каменогорск	
4	15.04	Серик Женисулы Женисов	И.о. Начальника отдела по работе с молодежью и НПО, Управления внутренней политики Востоно-Казахстанской области, г. Усть-Каменогорск,	
5		Петр Николаевич Коллар	Главный врач, Областной Центр СПИД, г. Усть-Каменогорск	
6	16.04	Булат Турганбаев	Руководитель Ассоциации СПИД сервисных организаций, г. Шымкент	
7		Жанетта Жозепоева	Президент, ОФ «Защита детей от СПИДа», г. Шымкент	На встрече присутствовали еще 5 сотрудников Фонда
8		Сералы Жакыпулы Жаксылыков	Заместитель директора Департамента социальной защиты, труда и занятости Южно-Казахстанской области, г. Шымкент	
9		Индира Отжанова	Руководитель ОО «Жан Жолдас», г. Шымкент	На встрече присутствовало 5 женщин, посещающих группу поддержки, среди них ЛЖВ и матери ВИЧ-позитивных детей
10	17.04	1 психолог и 3 врача	Сотрудники центра «Мать и дитя», г. Шымкент	
11		Наргиза Валерьевна Нартаева	Менеджер по оргметод вопросам областного Центра СПИД, г. Шымкент	
12		7 ЛЖВ, частники группы взаимопомощи	ОО «Жан Жолдас», г. Шымкент	
13		Канат Алсеитов	Руководитель ОФ «Балакай-Шымкент», г. Шымкент	
14	18.04	Нурали Аманжолов	Руководитель Казахстанского Союза ЛЖВ, Алматы	
<b>КЫРГЫЗСТАН</b>				
15	19.04	Салтанат Ашимова	Проект CAPACITY, Директор в Кыргызстане, Бишкек	
	20.04	Семинар по оценке нужд, г. Бишкек		9 участников
16	21.04	Элмира Балтабаевна Нарматова	Главный врач, Ошский Центр СПИД, г. Ош	
17		Убайдылда Нышанбаевич Токторалиев	Заместитель главного врача, Ошский Центр СПИД, г. Ош	
18		Фатима Кошокова	Председатель Правления ОФ «Рейнбоу», г. Ош	
19		Иса Нурматов	Руководитель ОФ «Мусаада», г. Ош	
20		Мамасобир Бурханов	Руководитель ОФ «Родители против наркотиков», Ош, Кыргызстан	
21	22.04	Азиза Курбанова	Руководитель ОФ «Крик журавля», г. Ош	На встрече присутствовали 3 волонтера организации
22		Эркин Токтосунович Тостоков	Врач диспансерного отделения РЦ СПИД, Бишкек	
23		Анара Бекишевна Султанова	Заведующая отделом диспансерного наблюдения РЦ СПИД, Бишкек	

24		Мартин Доусон (Martin Dawson)	Руководитель представительства DFID в Кыргызстане, Бишкек	
25	23.04	Салия Каримбаева	Координатор по ВИЧ/СПИД, офис ВОЗ в Кыргызстане, Бишкек	
26		2 врача инфекциониста	Городской Центр СПИД, Бишкек	
27		Айнура Кадыралиева	Национальный координатор проекта СААР в Кыргызстане, Бишкек, Кыргызстан	
28		Асель Джайлоева	Координатор проекта по защите детей, представительство UNICEF в Кыргызстане, Бишкек	
29	24.04	Эльмира Джорбаева	Врач диспансерного отделения Центра семейной медицины, Токмок, Кыргызстан Руководитель ОО «Ишенин Нуру»	
30		Людмила Трофимовна Больных	Руководитель Группы семейных врачей, село Дмитровка, Кыргызстан	На встрече присутствовали еще 3 сотрудника Группы.
31		Валерий Чернявский	Портфолио-менеджер Глобального Фонда для борьбы со СПИД, туберкулезом и малярией	
32		Владимир Ермолов и Светлана Ковалицкая	Руководитель и заместитель руководителя ОФ «Матрица 2005», Бишкек, Кыргызстан	На встрече присутствовали 8 сотрудников и волонтеров «Матрицы»
33		Сергей Цахариас	Руководитель ОФ «Цитадель 2009», Бишкек, Кыргызстан	
<b>ТАЖИКИСТАН</b>				
34	25.04	12 отрудников НПО, работающих с ЛЖВ	ОО «Гули Сурх», ОО «Vita», ОО «Волонтер», ОО «СПИН+»	Встреча проходила в офисе ОО «СПИН+», Душанбе
35		Махмуд Маджидов,	Руководитель ОО «Марворид», Душанбе	
36		Муртазакул Хадиров	Руководитель ОО «РАН», Душанбе	
	27.04	Семинар по оценке нужд, г. Душанбе		12 участников
37	28.04	Мансур Джурабекович Додарбеков	Руководитель диспансерного отделения РЦ СПИД, Бушанбе	
38		Махмадрузи Набиевич Малахов	Директор Республиканского центра наркологии, Душанбе	
39		Кобилджон Махмудович Бухориев	Директор Городского центра СПИД, Душанбе	
40		Турахон Махмудович Шарипов	Заведующий отделением для ВИЧ-инфицированных, Городская инфекционная больница, Душанбе	
41	29.04	Абдуджалол Шарипович Джабаров	Главный врач Согдийского областного Центра СПИД, г. Ходжент	
42		1. Фуркат Пулатов 2. Саидхаджа Саидов 3. Алиджон Шарипов	Сотрудники ОО «Дина», г. Ходжент 1. Руководитель центра доступных услуг 2. Руководитель ПОШ 3. аутрич-работник	
43		Орифхаджа Арипов	Руководитель ОО «Анти-СПИД», г. Ходжент	
44		Дмитрий Сон	Менеджер проектов ОО «Молодое поколение Таджикистана», г. Ходжонт	
45		1. Дилором Гафарова 2. Василий Гисбрехт	Республиканская общественная организация «Сафои Сугд», г. Ходжонт 1. Исполнительный директор 2. Консультант по работе с ЛЖВ	
46	30.04	Мария Болтаева	Координатор UNAIDS в Таджикистане, г. Душанбе	
47		Нисо Касымова	Координатор программ по ВИЧ/СПИД, офис UNICEF в Таджикистане, Душанбе	
48		Азиза Хамидова	Координатор проектов по ВИЧ/СПИД, офис UNDP в Таджикистане, Душанбе	
49		1. Нигора Абиджанова 2. Зурмат Максудова	OSI-Таджикистан, Душанбе 1. Директор программ общественного здравоохранения	

			2. Координатор проектов по общественному здравоохранению	
50		1. Икром Ибрагимов 2. Дилшод Пулатов	AFEW, Душанбе 1. Представитель в Таджикистане 2. Менеджер проектов	
51		Наиля Беришева	ACT Central Asia, Менеджер программ по ВИЧ/СПИД, Душанбе	
52		Сьюзан Прадлоу	Проект CARHAP, Менеджер проекта, Душанбе	
53	02.05	Даврон Кунгуратов	Главный врач Холтонского областного центра СПИД, г. Курган-Тюбе	
54		Рустам Самадович Бахриддинов	Руководитель НПО «Фидакор», г. Курган-Тюбе	
55		Азиза Пирова	ОО «Правовая поддержка», г. Душанбе	
56		Севара Камилова	Руководитель НО «Гули Сурх», г. Душанбе	
57		1. Икром Ибрагимов 2. Дилшод Пулатов	AFEW, Душанбе 1. Представитель в Таджикистане 2. Менеджер проектов	
<b>КАЗАХСТАН</b>				
58	04.05	1. Закир Кадыров 2. Чинара Сейталиева	Координаторы компонентов Проекта СААР, Алматы	
<b>УЗБЕКИСТАН</b>				
59	17.05	1. Рахима Назарова 2. Рифат Сарбаев 3. Камила Фатыхова	1. Директор Проекта CAPACITY в Узбекистане, 2. Директор НАННОУз, г. Ташкент 3. Координатор НАННОУз, г. Ташкент	
	18.05	Семинар по оценке нужд, г. Ташкент		11 участников
60		Татьяна Васильевна Шумилина	Координатор UNAIDS в Узбекистане, г. Ташкент	
61	19.05	Специалисты, оказывающие ЛЖВ помощь и поддержку, и ЛЖВ	Общество Красного Полумесяца, г. Наманган	Всего 12 человек, из которых 3 специалиста.
62		Тулганой Хаджаева	Координатор программ по ВИЧ, Общество Красного Полумесяца, г. Наманган	
63	20.05	Борис Сергеевич Шелепов	Врач-психиатр, Ассистент пункта доверия для ПИН, Республиканский центр СПИД, г. Ташкент	
64		Камилджон Ахмедов	Советник по вопросам ВИЧ/СПИД, представительство UNICEF в Узбекистане, г. Ташкент	
65		Татьяна Никитина	Директор ННО «Интелиш», г. Ташкент	
66		Надира Каримова	Директор ННО «Истикболли Аблуд», г. Ташкент	Присутствовали еще 2 сотрудника организации
67		Грегоар Оду (Gregoire Odou)	Атташе по науке Посольства Франции в Узбекистане, г. Ташкент	
68	21.05	Ханс Бедерски	Директор World Vision Uzbekistan, Ташкент	
69		Елена Яковлева	AFEW, Представитель в Узбекистане, г. Ташкент	
70		Андрей Власов	Директор коммерческой организации	
71	22.05	Сергей Учаев	Член Инициативной группы ЛЖВ, г. Ташкент	
72		Мамджуда Худжаева	ННО «Ишонч ва Хаёт», Председатель Правления	Присутствовали еще 5 членов Правления организации
73		Специалисты, оказывающие помощь и поддержку ЛЖВ, и ЛЖВ	Детский Центр «Калдыргоч»	Присутствовали 7 человек, из них 2 ЛЖВ.
74		Рахима Назарова	Проект CAPACITY, Директор в Узбекистане	
75	23.05	Наталья Феденева	Социальное бюро для ЛЖВ «Хаёт», Руководитель; Член инициативной группы ЛЖВ, г. Навои	
76		ЛЖВ, клиенты Социального бюро «Хаёт»	Г. Навои	Присутствовали 3 человека

