

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ ДОКЛАД О ХОДЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ДЕКЛАРАЦИИ о  
ПРИВЕРЖЕННОСТИ ДЕЛУ БОРЬБЫ С ВИЧ/СПИД СПЕЦИАЛЬНОЙ  
СЕССИИ ГЕНЕРАЛЬНОЙ АССАМБЛЕИ ООН**

**Таджикистан, 2007**

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ДОКЛАД ОХОДЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ДЕКЛАРАЦИИ о  
ПРИВЕРЖЕННОСТИ ДЕЛУ БОРЬБЫ С ВИЧ/СПИД СПЕЦИАЛЬНОЙ СЕССИИ  
ГЕНЕРАЛЬНОЙ АССАМБЛЕИ ООН

СТРАНА: Таджикистан

Имя/фамилия ответственного сотрудника национального комитета по СПИДу: Муродали Рузиев,  
Директор Республиканского Центра по профилактике и борьбе со СПИДом, Председатель Технической  
Рабочей Группы по Мониторингу и Оценке (ТРГ по МиО) при Национальном Координационном  
Комитете по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулёзом и малярией.

Подпись: \_\_\_\_\_



Почтовый адрес: 734021, Таджикистан, Душанбе, Алишера Навои, 5/7

Тел: +992372 31-01-38

Факс: +992 372 31-01-38

Е-mail: [aids\\_tj@mail.ru](mailto:aids_tj@mail.ru),

альтернативный адрес: [m.ruziev@mail.ru](mailto:m.ruziev@mail.ru)

Дата представления: 31 января 2008 г.

## Содержание

1	I. Краткий обзор .....	4
2	А) Процесс написания доклада и полнота состава участников.....	4
3	В) Состояние эпидемии.....	5
4	С) Политика и программные ответные меры.....	6
5	II. Обзор эпидемии СПИДа.....	9
6	III. Национальные меры в ответ на эпидемию СПИДа.....	10
7	ПРОФИЛАКТИКА.....	10
8	ЛЕЧЕНИЕ.....	13
9	УХОД И ПОДДЕРЖКА.....	14
10	ИНДИКАТОРЫ СС ГА ООН, ПОКАЗЫВАЮЩИЕ РЕАЛИЗАЦИЮ ВНЕДРЕНИЯ ОТВЕТНЫХ МЕР.....	14
11	ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ И ДЕЙСТВИЯ НАЦИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ.....	14
12	ПОКАЗАТЕЛИ ДЛЯ НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ.....	15
13	ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ЗНАНИЯ И ПОВЕДЕНИЕ.....	18
14	ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ.....	21
15	IV. НАИЛУЧШАЯ ПРАКТИКА.....	22
16	V. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И МЕРЫ ДЛЯ ИХ УСТРАНЕНИЯ.....	25
17	VI. ПОДДЕРЖКА СО СТОРОНЫ ПАРТНЕРОВ ПО ПРОЦЕССУ РАЗВИТИЯ В СТРАНЕ.....	26
18	VII. УСЛОВИЯ ДЛЯ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ.....	27
19	VIII. ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	28
20	X. ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА И ИСТОЧНИКИ ДАННЫХ.....	29
21	IX. ПРИЛОЖЕНИЯ.....	30

## **НАЦИОНАЛЬНЫЙ ДОКЛАД О ХОДЕ РАБОТЫ ДЛЯ ССГАООН Таджикистан**

*Отчетный период: январь 2006 г. – декабрь 2007 г.*

*Дата представления: 31 января 2008г.*

### **I. КРАТКИЙ ОБЗОР**

#### А) Процесс написания доклада и полнота состава участников

Национальный доклад по мониторингу выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом Специальной Сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу (2001) подается Таджикистаном уже в третий раз, включая 2003 и 2005гг.

Непосредственно процесс подготовки данного Национального доклада осуществлялся мультисекторальной Технической Рабочей Группой по мониторингу и оценке ( ТРГ по МиО) при Национальном Координационном Комитете по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией ( НКК).

В состав мультисекторальной ТРГ по МиО входят:

- сотрудники Центра СПИД, отвечающие за проведение дозорного эпиднадзора (ДЭН), мониторинга антиретровирусной терапии (АРВ) и сбор рутинной статистической информации
- Специалисты Министерства Здравоохранения от Республиканского Центра медицинской статистики, управления санэпиднадзора и управления охраны здоровья матери и ребенка
- Ответственные сотрудники за выполнение программ по ВИЧ/СПИДу от Министерства труда и социальной защиты, Министерства образования, Комитета по делам молодежи, спорта и туризма при Правительстве Республики Таджикистан (РТ), министерства финансов РТ, министерства юстиции РТ, министерства обороны РТ
- Представители неправительственных организаций (НПО), работающие с группами населения, подверженных наиболее высокому риску, включая людей живущих с ВИЧ (ЛЖВ)
- Председатель ТРГ по МиО: директор Республиканского Центра по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом

Также в стране существует группа технической поддержки установления системы мониторинга и оценки, включающая представителей ЮНЭЙДС, ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, проекта ПОТЕНЦИАЛ/ЮСАИД, проекта ПРООН по внедрению грантов Глобального Фонда по борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией (ГФСТМ), Регионального Центрально-Азиатского Проекта по Контролю за СПИД Всемирного Банка. Учитывая важность данного отчёта, в соответствии с поручением Правительства РТ от 23.05 2007 за №15 1058 (16.3) было отдано распоряжение НКК и Министерству здравоохранения подготовить, изучить и представить данный отчёт в соответствующие сроки. Непосредственное выполнение подготовки отчёта осуществлялось Секретариатом НКК и РЦ СПИД через ТРГ по МиО при НКК.

Первое ознакомительное совещание ТРГ по МиО с руководящими принципами разработки ключевых показателей и инструкциями, по подготовке отчета было проведено в июне 2007г. при разработке плана по мониторингу и оценке. Также информация о подготовке отчета была включена в повестку заседания НКК, от 10 августа 2007года.

В октябре 2007 г. председателем ТРГ по МиО были проведены отдельные консультации с членами ТРГ и ЮНЭЙДС и группы по технической поддержке.

После проведенной подготовительной работы, 20 ноября 2007 г. было проведено расширенное заседание ТРГ по МиО с участием как членов ТРГ, так и группы технической поддержки, а также представителей других заинтересованных партнеров от государственного сектора, неправительственных организаций и исследовательских центров. На данном заседании были приняты следующие решения:

- Определены индикаторы из списка индикаторов ССГА ООН, по которым страна сможет подать данные за отчетный период
- Определен период, за который эти данные могут представлены в полном объеме в данном докладе:
  - а) Данные, полученные в рамках проведения эпиднадзора будут подаваться по данным за 2006, так как обработка данных за 2007г. не будет еще завершена до 31 января 2008г.
  - б) Обработка данных, полученных в ходе сбора рутинной информации и по финансированию за 2007г. также не будет завершена до 31 января 2007г, поэтому эти данные будут представлены за 2006г. как наиболее полные.
  - в) другие данные будут представлены по результатам последних проведенных исследований
- Были определены ответственные за подготовку данных для отчета по каждому индикатору
- Были назначены два технических координатора для сбора данных по Национальному комбинированному индексу политики (НКИП), проведения анкетирования ключевых респондентов по НКИП, из числа представителей правительства и НПО, и обработки этих данных.
- Был составлен план и график подготовки Национального доклада.
- Были определены нужды для технической поддержки при подготовке отчета от международной группы технической поддержки (ЮНЭЙДС, Тематической группы ООН по ВИЧ/СПИДу, проекта ПРООН по внедрению грантов ГФСТМ, проекта ПОТЕНЦИАЛ ЮСАИД, проекта Всемирного Банка.)

30 ноября 2007 г. вопрос о подготовке Национального доклада был рассмотрен на Партнерском Форуме с участием более 80 ключевых партнеров, включая представителей государственного сектора, неправительственных организаций, международных организаций, исследовательских центров из всех областей РТ.

Комплектование проекта отчета произведено членами ТРГ по МиО с рассылкой проекта отчета членам НКК.

25 января 2007г. состоялось расширенное заседание ТРГ по МиО с участием заинтересованных партнеров от разных секторов, включая ключевых представителей из областей для широкого обсуждения и утверждения основных данных, и для достижение консенсуса по НКИП.

#### В). Состояние эпидемии

В течение последних лет Республика Таджикистан все сильнее ощущает на себе эпидемию ВИЧ инфекции.

На 1 января 2008г. в стране официально зарегистрировано 1049 случаев ВИЧ инфекции, включая 339 новых случая за 2007г (1). Распространенность ВИЧ составляет 15,5 на 100 000 населения. Случаи ВИЧ зарегистрированы в 49 из 58 районов страны. Количество умерших среди ВИЧ инфицированных составило – 85 (9,2%).

97,2% случаев зарегистрированы у людей в возрасте 15-49 лет, и 1,6% у детей в возрасте до 14 лет. 81% случаев зарегистрировано среди мужчин и 19% -среди женщин. Более того в течение последних лет количество вновь зарегистрированных случаев ВИЧ инфекции среди женщин продолжает расти. Так, в 2004г. количество новых случаев среди женщин составило 16,3%, а в 2006г. – уже 25,6%. Также, более чем в 60% случаев ВИЧ инфекции среди женщин установлен половой путь передачи. Первый случай ВИЧ инфекции среди беременных женщин впервые зарегистрирован в Таджикистане в 2005г., а в настоящее время ( на 1января 2008г.) количество ВИЧ инфицированных беременных женщин составляет 28 человек.

Основными движущими силами эпидемии остаются инъекционное употребление наркотиков, миграция населения и секс- бизнес. По оценочным данным популяция потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в стране составляет 34 000 (2), работников секса (РС) - 8,000 (3) и число трудовых мигрантов ежегодно растет и по официальным данным составляет около 500000 человек в год (4). В 57,9% случаев зарегистрирован путь передачи инфекции при употреблении наркотиков, в 21,5%- через половые контакты, в 1,4%- при переливании крови, вертикальный путь передачи зарегистрирован в 0,8% и в 18,5%- путь передачи не выяснен. Более того, результаты дозорного эпиднадзора (5) показали, что распространенность ВИЧ инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков увеличилась с 16% до 24% , и значительно увеличилась среди работников секса с 0,7% до 3,7%.

### С) Политика и программные ответные меры

Правительство РТ в тесном сотрудничестве с неправительственными организациями проводит внедрение программ, направленных на расширение всеобщего доступа к профилактике ВИЧ инфекции среди групп наиболее высокого риска и общего населения, а также к лечению и уходу всех нуждающихся. Внедрение данных программ проводится при поддержке ГФСТМ и других международных доноров (WB, UN, DFID, USAID, AFEW, OSI, и др.), и по оценочным данным финансовая поддержка этих программ до 2010 г. составит 25,3 млн. долларов США.(17)

Мультисекторальный подход к Национальному ответу на эпидемию и « триединые принципы» признаны на страновом уровне (16). В состав существующего единого органа по координации деятельности по ВИЧ/СПИДу- Национального Координационного Комитета, входят представители различных министерств, НПО и международных организаций. Новая национальная Программа противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД в РТ на период 2007-2010гг. разработана на принципах достижения всеобщего доступа с детальным бюджетом, планом мониторинга и оценки и планом внедрения и утверждена Правительством РТ в марте 2007г. Профилактические программы развернуты среди всех групп населения высокого риска ( ПИН, РС, мужчин, имеющих секс с мужчинами -МСМ) а также среди уязвимых групп (заключенных, мигрантов, детей улицы, военнослужащих и т.д.) С 2005г. начато лечение нуждающихся людей, живущих с ВИЧ ( ЛЖВ) антиретровирусными (АРВ) препаратами.

Однако существует несколько препятствий для расширения действий по достижению всеобщего доступа:

- Несмотря на значительную финансовую поддержку, дефицит бюджета до 2010г. составляет около 16,4 млн. долларов США, и в основном для программ среди групп наиболее высокого риска.

- Охват профилактическими программами групп наиболее высокого риска остается не высоким, в частности среди ПИН и РС.
- Результаты мониторинга и оценки не достаточно используются для регулярного пересмотра проводимых мероприятий.
- Остается высоким риск дублирования деятельности в связи с несоординированными действиями различных партнеров в финансировании и отчетности
- Недостаточность кадрового потенциала, включая провайдеров услуг, как в государственном так и в гражданском секторе.
- Все эти факторы существуют параллельно с низким уровнем знаний населения по вопросам ВИЧ /СПИДа, высоким уровнем распространенности опасного поведения и высоким уровнем распространения стигмы и дискриминации в области ВИЧ/СПИДа в обществе.

(d) Обзорная таблица данных для показателей ССГАООН

ИНДИКАТОРЫ	ДАННЫЕ	Комментарии
Показатели, характеризующие приверженность и действия на национальном уровне		
1. Расходы в связи со СПИДом	Общие расходы, включая государственный сектор и международные инвестиции: 17,715 886 Сомони = 5,2 млн US\$	Приложение №3, детали в описательной части стр. 14
2. Политика правительства в связи с ВИЧ /СПИД	Согласованная анкета по НКИП	Приложение № 2
Показатели для национальных программ		
3. Безопасность крови	97,00%	Данные центров крови
4. Лечение при ВИЧ: антиретровирусная терапия	2006 год-46,30% 2007 год- 62,03%	Данные программного мониторинга
5. Профилактика передачи от матери ребенку	2005 год- 0,74% 2006 год-2,05%	Данные программного мониторинга
6. Ведение больных с туберкулезом и ВИЧ	7,89%	Данные программного мониторинга
7. Тестирование на ВИЧ среди населения в целом	3,45%	Данные по группе 15-24 лет, исследование среди группы 15-49 не проводилось
8. Тестирование на ВИЧ среди групп населения, которым грозит самый высокий риск	ПИН- 24,17% РС- 28,67%	ДЭН, 2006
9. Группы населения, которым грозит самый высокий риск: охват программами профилактики	ПИН- 25,17% РС- 60,00%	ДЭН,2006
10. Поддержка детей, пострадавших в результате ВИЧ и СПИДа	Не релевантен	
11. Просвещение по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков в школах	Нет данных	Программа по жизненным навыкам принята только в 2007г. Внедрение начнется с

		начала учебного года (сентябрь 2008 )
Показатели, характеризующие знания и поведение		
12. Дети-сироты: посещаемость школ	Нет данных	Имеются данные Министерства образования по общей посещаемости школ; исследование по домохозяйствам не проводилось
13. Молодые люди: знания о профилактике ВИЧ	11,00%	Исследование по домохозяйствам, 2006-2007
14. Группы населения, которым грозит самый высокий риск: знания о профилактике ВИЧ	ПИН- 46,00% РС- 41,33%	ДЭН, 2006
15. Секс в возрасте до 15 лет	0,70%	Исследование по домохозяйствам, 2006-2007
16. Секс с повышенным уровнем риска	5,95%	Данные только по возрастной группе 15-24, исследование по домохозяйствам по группе 15-49 не проводилось
17. Использование презервативов во время секса с повышенным уровнем риска	64,7%	Данные только по возрастной группе 15-24, исследование по домохозяйствам по группе 15-49 не проводилось
18. Работники секс-бизнеса: использование презерватива	РС- 74,67%	ДЭН, 2006 ( данные только по РС –женщин)
19. Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами: использование презерватива	Нет данных, собранных в соответствии с руководством. Информация представлена в описательной части доклада	МСМ не являются дозорной группой, имеющиеся данные собирались в рамках программного мониторинга
20. Потребители инъекционных наркотиков: использование презерватива	36,41%	ДЭН, 2006
21. Потребители инъекционных наркотиков: безопасная инъекционная практика	31,79%	ДЭН, 2006
Показатели, характеризующие воздействие		
22. Снижение распространенности ВИЧ	0,21%	ДЭН среди беременных , данные по возрастной группе 15-24
23. Группы населения, которым грозит самый высокий риск: снижение распространенности ВИЧ	ПИН- 23,50% РС- 3,67%	Данные ДЭН, 2006
24. Лечение при ВИЧ: выживание спустя 12 месяцев после начала	56,92%	Данные программного мониторинга

антиретровирусной терапии		
25. Уменьшение уровня передачи инфекции от матери ребенку		Показатель будет смоделирован в штаб-квартире ЮНЭЙДС

## II Обзор эпидемии СПИДа

На 1 января 2008г. в стране с момента начала эпидемии официально зарегистрировано 1049 случаев ВИЧ инфекции, включая 339 новых случая за 2007г. Число зарегистрированных случаев ВИЧ в стране в течение последних пяти лет ежегодно увеличивалось в 1,5-3 раза, что свидетельствует о быстро растущей эпидемии.

Отмечается тенденция увеличения количества регистрации новых случаев ВИЧ-инфекции за 2006 год по сравнению с 2005 годом на 7,9%. За 2007 год по сравнению с 2005 годом на 44,3%, и по сравнению с 2006 годом на 39,8%.

Распространенность ВИЧ составляет 15,5% на 100 000 населения на основании данных официальной регистрации.

Дозорный эпиднадзор (ДЭН) в Республике Таджикистан введен в 2005г. в двух пилотных сайтах: г. Душанбе ( население - 648.131человек) и г. Худжанд ( население- 165.129 человек).

К моменту подачи настоящего отчета официально представлены данные дозорного эпиднадзора за 2005 и 2006 гг. Данные ДЭН за 2007г. находятся в стадии обработки.

Дозорными группами в Таджикистане являются потребители инъекционных наркотиков, работники секса, беременные женщины и лица, находящиеся в местах лишения свободы.

Таблица №1

Распространенность ВИЧ по данным ДЭН в двух пилотных городах среди дозорных групп населения

Дозорная группа	Распространенность ВИЧ в 2005г.	Распространенность ВИЧ в 2006г.
ПИН	16,0%	23,5%
РС	0,7%	3,7%
Лица, находящиеся в местах лишения свободы	6,2%	8,4%
Беременные женщины	0,5%	0,1%

Таким образом, согласно результатам ДЭН, распространенность ВИЧ среди ПИН продолжает расти. С учетом данных специального исследования среди ПИН г. Душанбе (6), где распространенность составляла 12%, то к 2006г. распространенность ВИЧ среди ПИН увеличилась почти в два раза. Значительно увеличилась распространенность ВИЧ инфекции среди РС с 0,7% в 2005г. до 3,7% в 2006г. Также увеличилась распространенность ВИЧ среди лиц, находящихся в местах лишения свободы с 6, 2% в 2005г. до 8,4% в 2006г.

Распространенность ВИЧ среди беременных женщин, попавших в случайную выборку, варьирующая от 0,5% (2005) до 0,1% (2006) показывает распространенность ВИЧ инфекции в общей популяции репродуктивного возраста.

Серологическое исследование, проведенное среди мигрантов (случайная выборка- 407) выявило, что распространенность ВИЧ среди данной категории лиц составила 2,2% (7).

Необходимо отметить, что большинство беременных ВИЧ инфицированных женщин являются женами мигрантов.

Согласно установленным целям для достижения всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу, и, включенным в Национальную программу противодействия эпидемии, распространенность ВИЧ среди уязвимых групп населения до 2010г. не должна превысить более 20%, а среди общего населения- 1%.

Несмотря на то, что данные ДЭН по двум пилотным сайтам не могут быть экстраполированы на всю страну, в любом случае, они свидетельствуют об ухудшении ситуации и не вызывают сомнения, что эпидемия уже преодолела первоначальную стадию развития и находится на концентрированной стадии.

### III. Национальные меры в ответ на эпидемию СПИДа

Угроза распространения эпидемии ВИЧ признана в Таджикистане как среди гражданского общества, так и на высоком политическом уровне. Республика Таджикистан в числе других стран приняла Декларацию о приверженности делу борьбы со СПИД СС ГА ООН( 2001).

С 2003г. в стране действует « Закон о ВИЧ/СПИДе», новая версия которого разработана и утверждена в 2005г. с учетом основных международных норм.

Мультисекторальный подход к проблемам ВИЧ/СПИДа признан в Республике Таджикистан. С 1997 г. в стране функционирует НКК с участием различных министерств и возглавляемый Вице –премьером РТ. В 2005 г. произведена реструктуризация данного комитета для более широкого вовлечения различных государственных секторов, гражданского общества и международных организаций и улучшения координации между партнерами. В стране признаны и установлены критерии для согласования и гармонизации национальных действий по борьбе со СПИД через «триединые принципы». Существует единый координирующий орган- Национальный Координационный Комитет по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией. Единые рамки действий: принята вторая Национальная Программа по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в РТ на период 2007-2010. Установлена единая система мониторинга и оценки.

Республика Таджикистан одна из первых стран в мире разработала проект Национальной Стратегии развития до 2015г., где вопросы борьбы с ВИЧ/СПИДом нашли свое отражение. Установлены цели для достижения всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке по ВИЧ/СПИДу, на основании которых разработана вышеуказанная Национальная программа. Проведена мобилизация дополнительных ресурсов для осуществления данной программы, в частности подана и одобрена заявка на грант ГФСТМ 6-го раунда на общую сумму 12,1 млн долларов США.

Согласно Национальной Программе в стране осуществляются мероприятия по следующим разделам.

#### ПРОФИЛАКТИКА

1) Профилактика ВИЧ инфекции среди групп населения, подверженных наиболее высокому риску заражения ( ПИН, РС, МСМ) и среди лиц, находящихся в местах лишения свободы (ЛНМЛС).

В настоящее время в стране существует 23 пункта доверия для ПИН. Пакет предоставляемых услуг: консультирование, обмен шприцев и игл, предоставление информации (тренинги, ИОК), презервативов, лечения ИППП. Для РС функционирует 11 дружественных кабинетов. Программы осуществляются как на базе государственных структур так и НПО при поддержке ГФСТМ и проекта DFID. Для МСМ открыт 1

дружественный кабинет при поддержке ГФСТМ (г.Душанбе). Доступ осуществляется - через НПО.

Во всех местах лишения свободы РТ начаты профилактические программы при поддержке ГФСТМ, AFEW, DFID.

В пакет услуг входит предоставление информации, добровольное консультирование и тестирование (ДКТ), предоставление презервативов, дезинфектантов, лечения ИППП, включая обмен шприцев и игл для ПИН. Запланировано проведение экспертизы нормативно-правовых документов для создания условий для предоставления наркозависимым гражданам заместительной терапии, возможностей внедрения программ обмена шприцев и игл в пенитенциарных учреждениях. Запланировано расширить спектр и охват уязвимых групп полным пакетом профилактических услуг, до 2010 г. расширить доступ уязвимых групп к профилактическим программам с охватом не менее 60% представителей групп высокого риска.

2) Профилактика ВИЧ инфекции среди других групп населения, включая молодежь, мигрантов, детей улицы, военнослужащих, женщин.

Предоставление доступа к тестированию и консультированию

В настоящее время в основном ДКТ предоставляется всем желающим в Центрах по профилактике СПИД и их отделениях. Всего существует 82 пунктов для проведения как консультирования так и тестирования.

Разработан проект нормативно-правового акта «Порядок медицинского освидетельствования с целью выявления заражения Вируса Иммунодефицита Человека, учета, медицинского обследования и наблюдения за ВИЧ- инфицированным в Республике Таджикистан», согласно которому ДКТ будет предоставляться всем желающим, а также в стране постепенно будет вводиться проведение рутинного исследования по показаниям и скрининг исследования, в частности для беременных женщин.

По данным официальной регистрации за проведением ДКТ в период с января 2006г. по декабрь 2007г. обратились 185.034 человек. Так, по данным официальной регистрации за 2006г., процент людей в возрасте 15-49 лет, прошедших ДКТ, составил 2,04%. Согласно установленным целям до 2010 г. этот процент должен быть не менее 10% от общего количества проведенных тестов.

Внедрение вопросов здорового образа жизни, включая профилактику ВИЧ/СПИДа в программу средних школ.

Введение навыков здорового образа жизни в программу средних школ началось в 2002г. с подготовки учителей 60 пилотных школ. В Национальном отчете 2003г. указывается, что процент школ, в которых проводилось обучение по вопросам ВИЧ/СПИД в 2003г. составил 0,7% от общего процента школ. Однако школьная программа не была разработана и подготовка учителей не была продолжена.

Министерство образования РТ в рамках Глобального обследования по школам по вопросам формирования жизненных навыков, поддержанного ВОЗ/ЮНИСЕФ/ЮНФПА, провело обследование по 100 школам Таджикистана в 2005г. Данное обследование выявило целый ряд проблем, включая проблемы, связанные с ВИЧ/СПИДом, и послужило основой для разработки плана конкретных действий по внедрению вопросов здорового образа жизни в программу обучения школьников (11). За отчетный период Министерство образования РТ при поддержке международных доноров предприняло целый комплекс мероприятий по внедрению вопросов здорового образа жизни, включая профилактику ВИЧ/СПИДа в программу среднего образования. Только в 2007 г. утверждена программа для средних школ и определено количество часов по вопросам здорового образа жизни для каждого класса. Разработан проект руководства для подготовки учителей средних школ, разработан план подготовки учителей, параллельно проводится работа среди учащихся на основе равного обучения через НПО. Однако внедрение подготовки учителей

начато с 2008г., и следовательно внедрение утвержденной программы по здоровому образу жизни начнется только с нового учебного года в сентябре 2008.

В настоящее время в стране действуют специальные программы для профилактики ВИЧ/СПИДа среди мигрантов. Открыто 30 дружественных клиник для предоставления информации, консультирования, презервативов и лечения инфекций. Передающихся половым путем (ИППП) мигрантам и членам их семей, проводятся специальные Информационно- Образовательные- Коммуникационные (ИОК) кампании через средства массовой информации. Согласно отчетам по проектам ГФСТМ охват мигрантов всеми профилактическими программами составляет 553 603 трудовых мигрантов и членов их семей (4). Однако профилактические мероприятия должны проводиться и в стране пребывания, так как именно там высок риск проявления опасного поведения.

Существующие специальные программы среди военнослужащих обеспечивают предоставление ИОК материалов, развития равного обучения, консультирования, презервативов и лечения ИППП и охватывают не только военнослужащих Министерства обороны, но и других силовых структур. Охват составляет- 1500 военнослужащих за 2007 год. Вопросы профилактики ВИЧ/СПИДа внедрены в учебную программу Военного института Министерства Обороны РТ. Особое значение в развитии профилактических программ среди военнослужащих имеет выработка единой политики по вопросам тестирования, основанной на принципах предотвращения дискриминации на основании ВИЧ статуса.

Специальные программы среди уличных детей представляют ИОК и консультирование для данной категории лиц по вопросам ВИЧ/СПИД, а также способствуют их вовлечению в программы по снижению спроса на наркотики, развитию трудовых навыков, малого бизнеса, и т.д. Охват составляет 4683 уличных детей , через неправительственные организаций (НПО), работающие с данной целевой группой.

Также для предоставления информации и других услуг для всех групп населения запланировано:

- Разработать Программу профилактики ВИЧ на рабочих местах
- Расширить вовлечение в национальный ответ религиозных лидеров, представителей общин, женских организаций, частного сектора, НПО
- Разработать информационно-коммуникационную стратегию (ИОК) по профилактике ВИЧ/СПИДа с акцентом на СМИ и усилением проведения ИОК кампаний.
- Расширить предоставление консультирования, тестирования, лечения ИППП, профилактических товаров через систему услуг, доброжелательных к молодежи (УДМ), путем широкого интегрирования последних в существующие на базе общественного здравоохранения структуры.
- Способствовать проведению социального маркетинга презервативов в Таджикистане (16)

### 3. Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку

- В последнее время ДКТ стало предлагаться всем беременным женщинам. Скрининг всех беременных на ВИЧ включен в нормативный акт по тестированию, однако его введение будет проводиться постепенно и зависит от обеспеченностью тестами, включая и экспресс- тесты, и подготовки кадров. При выявлении у беременных ВИЧ инфекции, они обеспечиваются профилактическим лечением, согласно Национальному Протоколу, на основе рекомендаций ВОЗ. Новорожденные также обеспечиваются АРВ препаратами, однако вопрос об их альтернативном вскармливании не решен.

4. Профилактика ВИЧ инфекции через обеспечение безопасности медицинских процедур, в том числе при переливании крови.

В стране существует широкая сеть центров и лабораторий по переливанию крови. Материально-техническая база центров крови остается не достаточно укрепленной. Не созданы условия для переработки и хранения крови с целью ее отсроченного переливания. Случаи заражения ВИЧ при переливании крови составляют 1,4% из официально зарегистрированных случаев (1). По данным Центров крови (2005, 2006) 3% от всей заготовленной крови все еще не было протестировано на ВИЧ. Также кровь и ее компоненты переливают неоправданно часто, что создает высокий риск передачи ВИЧ в больничных условиях. При всём этом, широко практикуется платное донорство, в которое нередко вовлекаются лица с высоким риском заражения ВИЧ, в том числе ПИН. Медицинские учреждения не достаточно обеспечены защитными средствами, одноразовыми инструментами, расходными материалами и оборудованием для стерилизации. Посконтактная антиретровирусная профилактика в медицинских организациях до сих пор недоступна. До 2010 г. запланировано, что тестирование всей переливаемой крови должно составить 100% (16). Также запланирован пересмотр нормативных актов по обеспечению безопасности крови, профилактике внутрибольничной передачи ВИЧ и универсальным мерам предосторожности.

## ЛЕЧЕНИЕ

Предоставление антиретровирусного лечения ЛЖВ нуждающимся в АРВ терапии

Утвержден Национальный Протокол по предоставлению помощи и лечения при ВИЧ/СПИДе в Республике Таджикистан, подготовлено определенное количество врачей по ведению пациентов с ВИЧ/СПИДом, произведены закупки необходимых АРВ препаратов и оборудования для диагностики ВИЧ инфекции. В настоящее время лечение получают 89 пациентов, что составляет 55,97% от числа официально зарегистрированных ВИЧ инфицированных лиц, прошедших диагностику на определение СД4, и нуждающихся в лечении.

До 2010г. запланировано:

- пересмотреть и уточнить протокол АРТ
- рассмотреть возможность обеспечения доступа к заместительной поддерживающей терапии ЛЖВ, получающих АРТ
- обеспечить доступ ЛЖВ к современным лабораторным методам диагностики ВИЧ-инфекции( тесты на СД4), с предоставлением АРТ в полном объеме
- разработать стратегии закупок АРВ в необходимом ассортименте и создать механизм устойчивости закупок
- обеспечить устойчивое обучение врачей методам АРТ;
- развивать приверженность ЛЖВ к АРТ.

Обеспечение профилактики оппортунистических заболеваний у ЛЖВ, в том числе туберкулеза

По данным ВОЗ, Таджикистан относится к странам с наиболее высоким уровнем распространенности туберкулеза в данном регионе. Ежегодно регистрируется около 5000 новых и повторных случаев туберкулеза. Смертность от туберкулеза остается очень высокой и в 2005 г. составила 6,8 на 100 000 населения. Тяжелая ситуация в отношении туберкулеза сложилась в тюрьмах, где заболеваемость в 35 раз выше, чем в гражданском секторе.

Несмотря на высокий уровень заболеваемости туберкулезом, частота обнаружения сочетанного течения ВИЧ и ТБ остается низкой, что возможно связано с отсутствием широкого внедрения подходов к диагностике и ведению пациентов с сочетанным течением ВИЧ и ТБ. В то же время из 85 случаев летальных исходов ЛЖВ в 29 - причиной

смерти послужил туберкулез. В настоящее время начали предприниматься активные действия, по оказанию услуг пациентам с сочетанной инфекцией, в частности ДКТ на ВИЧ стало предлагаться больным туберкулезом, улучшилось интегрированное ведение больных с сочетанной инфекцией, но многие вопросы профилактики туберкулеза среди ЛЖВ остаются открытыми. Запланировано, что к 2010 г. химиопрофилактикой туберкулеза должны быть охвачены 100% ЛЖВ, из числа зарегистрированных, бывших в контакте с больными туберкулезом, в том числе в местах лишения свободы (16).

## УХОД И ПОДДЕРЖКА

Предоставление лечения оппортунистических заболеваний и других услуг ЛЖВ, нуждающихся в паллиативной помощи и уходе.

Активные действия по внедрению программ по уходу и поддержке ЛЖВ еще не начаты в стране и предпринимаются только незначительные попытки ухода в каждом конкретном случае СПИДа. Как показало специальное исследование по выявлению типов стигмы и дискриминации ЛЖВ в Таджикистане (2007) уровень стигматизации ЛЖВ в обществе очень высокий.

Для гарантирования социальной поддержки ЛЖВ, членам их семей и близким запланировано в кратчайшие сроки разработать подзаконные нормативно-правовые акты, способствующие полноценному внедрению закона РТ «О противодействии ВИЧ/СПИДа» и обеспечивающие механизм предоставления социальных льгот ЛЖВ(15).

## ИНДИКАТОРЫ ССГАООН, ПОКАЗЫВАЮЩИЕ РЕАЛИЗАЦИЮ ВНЕДРЕНИЯ ОТВЕТНЫХ МЕР

### ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ И ДЕЙСТВИЯ НАЦИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

#### **1. Расходы в связи со СПИДом**

Расходы на программы по ВИЧ/СПИДу произведены на полный 2006 календарный год, включают расходы от государственного сектора и международных организаций и составлены по оценке бюджетных данных, мнений экспертов и данных выполнения рабочих планов международных организаций. Всего расходы за 2006г. составили 17.715.886.4 Сомони, что составляет по курсу 5.210.555 \$ долларов США. Расходы по государственному сектору составили – 297.754 \$ (6,06 %), включая расходы на Национальном и областных уровнях; по сектору международных организаций- 4, 912,800 долларов США на национальном уровне.

*Детали в приложении №3.*

#### **2. Политика Правительства в связи с ВИЧ и СПИДом. Национальный комбинированный индекс политики.**

На расширенном заседании ТРГ (20 ноября 2007г) были назначены два технических координатора для сбора данных по Национальному комбинированному индексу политики (НКИП), проведения анкетирования ключевых респондентов по НКИП, из числа представителей правительства и НПО, и обработки этих данных. Всего было опрошено респондентов -23, включая представителей от государственных структур - 12, ответивших на часть А анкеты, и представителей от НПО и международных организаций 11, ответивших на часть В. На Расширенном заседании ТРГ по МиО 25 января с участием более 37 ключевых партнеров, включая представителей министерств, НПО и международных организаций был достигнут консенсус по ответам на вопросы анкеты для определения Национального Комбинированного индекса политики (НКИП). Согласованный вариант ответов на анкету прилагается (приложение № 2)

## ПОКАЗАТЕЛИ ДЛЯ НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ

### **3. Процент единиц донорской крови, проверенной на ВИЧ с обеспечением качества.**

По данным Республиканского Научного Центра крови РТ процент единиц донорской крови, проверенной на ВИЧ с обеспечением качества, составляет 97%.

### **4. Процент взрослых и детей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию.**

Процент взрослых и детей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию составил в 2006-46,3%, в 2007 г. -62%.(1,8).

Данные для этого показателя собирались по результатам программного мониторинга за проведением АРВ терапии. Расчет числителя проводился на основании количества выживших взрослых и детей, продолжающих непрерывный курс АРВ терапии в настоящее время. Расчет оценочного числа для знаменателя проводился согласно Национального плана по мониторингу и оценке на основании официальной регистрации ЛЖВ и количества прошедших из них тест на СД4. За 2006г. из 506 официально зарегистрированных ЛЖВ, 300- прошли тест на СД4, из них нуждались в АРВ терапии- 80, терапия была назначена 37. За 2007 г. первичный тест на СД4 поставлен 250 ЛЖВ, нуждающихся- 79, назначено лечение- 49. Остальным нуждающимся терапия не была назначена в связи с их отказом, отсутствием их приверженности, которая, в частности, не могла быть обеспечена в связи с отсутствием предоставления заместительной терапии ПИН, нуждающимся в АРВ терапии.

В динамике за этот период отмечено улучшение в показателях охвата АРВ терапией ( с 46,3% до 62%) в связи с некоторым расширением ДКТ, улучшением обеспечения лабораторным диагностическим оборудованием, и своевременным выявлением нуждающихся в терапии. Согласно установленным целям всеобщего доступа до 2010г. данный показатель не должен быть ниже 50%(17).

### **5.Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку. Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получивших антиретровирусные препараты для снижения риска передачи от матери ребенку.**

Расчет числителя для данного индикатора произведен на основании данных программного мониторинга. Согласно Национальному плану по МиО расчет оценочного числа производился на основании данных ДЭН, проведенного среди беременных в 2005г. (для оценочного числа ВИЧ-инфицированных беременных 2006) и в 2006г. (для оценочного числа ВИЧ-инфицированных беременных 2007 года) в двух пилотных городах (случайная выборка- 850 ежегодно).

Количество обнаруженных случаев ВИЧ инфекции среди беременных составило в 2005 г. - 4, в 2006 -2 случая. Число зарегистрированных родов по данным Государственного Комитета Статистики ( Госкомстат) составило за 2005 год -114391 и за 2006год – 186463. Следовательно, оценочное число ВИЧ- инфицированных беременных женщин за 2006 год составило 538, а для 2007 года составило 438. Таким образом, процент ВИЧ инфицированных беременных женщин, получивших антиретровирусные препараты для снижения риска передачи от матери ребенку, в 2005г. составил- 0,74% в 2006г.-2,05% .

### **6.Ведение больных с туберкулезом и ВИЧ. Процент оценочного числа ВИЧ-инфицированных больных ТБ, получающих лечение в связи с ТБ и ВИЧ.**

По имеющимся данным, представленным в базе данных ВОЗ, оценочное число больных с ВИЧ и ТБ в Таджикистане составило на конец 2005г. -76 ( без разбивки по полу) , лечение было начато только в 2006г. и его получили 6 человек. Эксперты ВОЗ подтвердили правомочность использования оценочного числа за 2005 для показателя охвата совместным лечением за 2006г. Таким образом, процент оценочного числа ВИЧ-инфицированных больных ТБ, получающих лечение в связи с ТБ и ВИЧ составил 7,89% .

**7.Тестирование на ВИЧ среди населения в целом. Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты.**

В РТ до настоящего времени национальное исследование среди населения в возрасте 15-49 по вопросам ВИЧ/СПИДа не проводилось. При проведении других демографических и специальных исследований, включая MICS, проведенное при поддержке ЮНИСЕФ в 2006г., не все соответствующие вопросы могли быть включены, либо исследование проводилось только в определенных группах населения. Поэтому предоставить полную информацию по определенным индикаторам для данной возрастной группы населения не представляется возможным. Однако в 2006-2007 г. проводилось национальное исследование по домохозяйствам среди молодежи в возрасте 15-24 лет по вопросам ВИЧ/СПИДа. В данное исследование были включены вопросы по охвату тестированием, построенные на основании Руководящих принципов разработки ключевых индикаторов ССГА ООН. В связи с этим, информация по данному индикатору в данном национальном докладе представлена только частично по возрастной группе 15-24 лет. Процент людей в возрасте 15-24 лет, которые прошли тестирование за последние 12 месяцев и знают свои результаты составляет 3,45%, (причем среди женщин 2,49 % и мужчин 4,40% ) (13).

**8.Тестирование на ВИЧ среди групп населения, которым грозит самый высокий риск. Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты**

Данные для этого показателя собирались на основании ДЭН в двух пилотных городах. Ниже приводятся сравнительные данные за 2005 и 2006 гг. по охвату тестированием группы потребителей инъекционных наркотиков ( ПИН) и работников секса ( РС). Причем необходимо учитывать, что в Таджикистане ДЭН проводился только среди РС –женщин.

Группы населения, которым грозит самый высокий риск	ДЭН, 2005	ДЭН, 2006	Цели Универсального доступа (УД) до 2010г.
8а. Процент ПИН, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты	ПИН- 25,4%	ПИН- 24,17%	не менее 60%
8б. Процент РС, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты	РС- 16%	РС-28,67%	Не менее 70%

МСМ не является в Таджикистане дозорной группой. Некоторые данные по этой группе были поданы в Национальный отчет 2005г., однако, выборка предыдущего исследования была очень незначительной и эти данные не являются репрезентативными. Планируется проведение поведенческого исследования среди МСМ в начале 2008 года .

### **9. Группы населения, которым грозит самый высокий риск: Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики ВИЧ.**

Данные для этого показателя собирались на основании ДЭН в двух пилотных городах. Ниже приводятся сравнительные данные за 2005 и 2006 гг. по охвату профилактическими программами потребителей инъекционных наркотиков ( ПИН) и работников секса-женщин (РС), работники секса- мужчины, не являются дозорной группой в Таджикистане.

Группы населения, которым грозит самый высокий риск	ДЭН, 2005	ДЭН, 2006	Цели УД до 2010г.
9.а Процент ПИН, которые охвачены программами профилактики ВИЧ	40%	25,17%	не менее 60%
9.б. Процент РС, которые охвачены программами профилактики ВИЧ	16%	60,0 %	Не менее 70%

Обнаруженное в динамике снижение процента охвата ПИН объясняется более методологически правильным подходом к проведению ДЭН среди ПИН в 2006г. Как указали национальные эксперты по проведению ДЭН, в 2005г. дозорным эпиднадзором были охвачены в основном ПИН, посещающие пункты доверия. В 2006г. произошло расширение участников ДЭН в основном за счет вовлечения аутич-работниками в данное исследование ПИН, как посещающих, так и не посещающих пункты доверия.

### **10. Поддержка детей, пострадавших в результате ВИЧ и СПИДа: Процент сирот и уязвимых детей в возрасте 0-17 лет, чьи домохозяйства получают бесплатную базовую внешнюю помощь по уходу за ребенком.**

При обсуждении с партнерами данный показатель был признан в настоящее время не релевантным для Таджикистана по следующим причинам:

Согласно законодательству в РТ помощь как материальная, так и социальная, оказывается всем сиротам, потерявшим обоих родителей (до достижения совершеннолетия ребенок находится на дотации государства: детские дома , интернаты; после совершеннолетия и до достижения 18 лет – ежемесячная стипендия).

Оказывается материальная помощь семьям с одним родителем, воспитывающим детей ( матерям –одиночкам, ежемесячное пособие семьям, потерявшим кормильца). Поэтому показатель оказания помощи без учета именно семей, где имеются ВИЧ -инфицированные дети, мог бы оказаться очень высоким.

Также до настоящего времени общий медицинский уход в первичной медицинской сети и среднее образование в Таджикистане предоставляются бесплатно любым категориям лиц. Одновременно в рамках отдельных проектов оказывается помощь малоимущим семьям, однако исследования в этом аспекте по домохозяйствам не проводилось.

Данный показатель более характерен для стран с высоким уровнем распространенности ВИЧ.

**11. Просвещение по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков: Процент школ, которые проводили просвещение по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков в течение последнего учебного года.**

Как указывалось выше, за отчетный период Министерство образования РТ предприняло целый комплекс мероприятий по внедрению жизненных навыков, включая профилактику ВИЧ/СПИДа, в программу среднего образования. Однако программа для средних школ и определенное количество часов по внедрению жизненных навыков для каждого класса были утверждены только в 2007г. Подготовка учителей по новой программе начнется в 2008г., и следовательно, внедрение утвержденной программы по жизненным навыкам начнется только с нового учебного года в сентябре 2008.

В связи с этим, Министерство Образования не посчитало целесообразным подачу данных по этому индикатору в этом отчетном году. Исследование по данному индикатору планируется провести через год с момента начала внедрения школьной программы, т.е в 2009 г. На настоящий момент по индикатору № 11 ССГАООН в соответствии с существующими рекомендациями Руководящих принципов разработки ключевых индикаторов, данных нет.

**ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ЗНАНИЯ И ПОВЕДЕНИЕ**

**12. Дети- сироты: посещаемость школ. Текущее посещение школы детьми-сиротами и детьми, имеющими родителей; возраст 10–14 лет**

Индикатором внедрения Национальной Стратегии Развития, как стратегии, разработанной для внедрения Целей Развития Тысячелетия ( ЦРТ) в Таджикистане, в области образования является общая посещаемость средних школ. Процент общей посещаемости средних школ детьми по данным группы мониторинга и оценки за индикаторами ЦРТ в 2004г. составил 88%. В стране существует информация о зарегистрированных детях – сиротах, получающих пособия, которые также зарегистрированы как посещающие школу или специализированные интернаты. Подворные исследования в данном аспекте не проводились, на данный момент получить информацию о не посещении школ детьми – сиротами не представилось возможным.

**13. Молодые люди: знания о профилактике ВИЧ. Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ**

Впервые Национальное исследование знаний, отношения, поведения и практики молодежи в возрасте 15-24 лет в области ВИЧ/СПИДа с репрезентативной выборкой на основе обследования домохозяйств было проведено в Таджикистане в 2006-2007гг.

Результаты проведенного исследования показывают, что уровень информированности о проблемах ВИЧ/СПИД среди молодежи относительно высокий. Под информированностью подразумевалось, что респонденты что либо слышали о ВИЧ/СПИДе и имеют общие представления о путях передачи и способах профилактики ВИЧ инфекции. Из общего количества респондентов 76,7% отметили, что они слышали о ВИЧ/СПИД, из них 74,9% мужчин и 78,4% женщин, что указывает на отсутствие большой разницы в гендерном аспекте(13) Существенная разница в уровне информированности о ВИЧ/СПИД наблюдается среди городской ( 82,5%) и сельской молодежи (67,6%). Также отмечена разница в информированности в различных возрастных группах (13).

Однако при опросе респондентов, конкретно по пяти вопросам для расчета ключевого индикатора №13 ССГА ООН « Молодые люди: знания о профилактике ВИЧ» было получено, что всего 10,95% всех респондентов правильно ответили на все пять вопросов о на способы профилактики передачи ВИЧ половым путем, и в то же время отвергали основные неверные представления о передаче ВИЧ. Разница в ответах мужчин и женщин была незначительной, более низкий уровень знаний наблюдался у сельской молодежи, чем у городской(13).

Правильность полученных данных подтверждается и другими исследованиями. Все эти пять вопросов индикатора были внесены в анкеты, используемые и при других исследованиях, приведенных ниже.

При исследовании по гендерным аспектам среди женщин и девочек (10) в возрасте 15-17 лет, только 5,5 % , а в возрасте 18-24 лет только 9,6% респондентов правильно ответили на все пять вопросов.

При проведении глобального исследования среди школьников (11) только 3,7% респондентов, учащихся 7-9 классов, правильно ответили на все пять вопросов.

При исследовании проведенном среди уличных детей (12) правильно ответили на все пять вопросов только 1% респондентов.

При исследовании, проведенном среди мигрантов (7) при репрезентативной выборке 407 человек, данный показатель составил менее 10 % (7).

**14. Группы населения, которым грозит самый высокий риск: знания о профилактике ВИЧ. Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ.**

Данные для этого показателя собирались на основании ДЭН в двух пилотных городах. Ниже приводятся сравнительные данные за 2005 и 2006 гг. по уровню знаний о профилактике и передаче ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков ( ПИН) и работников секса ( РС).

Группы населения, которым грозит самый высокий риск	2005	2006	Цели УД до 2010г.
ПИН	42%	46%	Не менее 70%
РС	10,7%	41,3%	Не менее 70%

**15. Секс в возрасте до 15 лет.** Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, у которых были половые контакты в возрасте до 15 лет

Данные по индикатору представлены на основании проведенного исследования по домохозяйствам среди молодежи в возрасте 15-24лет по ВИЧ/СПИДу ( 2006- 2007). Результаты данного исследования показали, что около 32 % молодежи в возрасте 15-24 лет до настоящего времени имели половые связи, при этом у мужчин этот показатель выше на 8%. В основном половая активность молодежи в Таджикистане начинается с 17-20 летнего возраста, на что указало 70% респондентов имевших половые связи до настоящего времени.

В целом процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет у которых были половые связи в возрасте до 15 лет составил 0,7% (13). Согласно установленным целям по достижению всеобщего доступа данный показатель не должен превысить 5% до 2010г.

**16. Секс с повышенным уровнем риска: Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев.**

Как указывалось выше, национальное исследование среди домохозяйств по вопросам ВИЧ/СПИДа среди населения в возрасте 15-49 лет до настоящего времени в Таджикистане не проводилось и его проведение запланировано в 2008г. Поэтому данные по этому индикатору представлены не полностью, а только для группы молодежи в возрасте 15-24 лет на основании проведенного исследования по домохозяйствам по вопросам ВИЧ/СПИД (2006-2007).

Из общего количества опрошенных, которые до настоящего времени имели половые связи, 28% отметили, что они за последние 12 месяцев имели половые связи с нерегулярными партнерами, в основном на это указали респонденты-мужчины -94%.

Среднее количество нерегулярных партнеров за последний год составляет 3,7. В целом, процент женщин и мужчин по группе в возрасте 15–24 лет, у которых были половые контакты, более чем с одним партнером за последние 12 месяцев составил 5,95% (13).

**17. Использование презервативов по время секса с повышенным уровнем риска: Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев и которые указали на использование презерватива во время последнего полового контакта.**

Данные по этому индикатору также представляются только по возрастной группе 15-24 лет. Из общего количества молодежи этой возрастной группы, которая указала на наличие более одного сексуального партнёра за последние 12 месяцев (119 человек), 64,7% указали, что они использовали презерватив при последнем половом контакте с нерегулярными партнерами. Данный показатель согласуется с процентом правильных ответов на вопрос об уменьшении риска заражения ВИЧ/СПИД если всегда пользоваться презервативом ( 64,6%). Также более 66% молодежи указали, что знают, где в случае необходимости приобрести презерватив(13).

**18. Работники секс –бизнеса: использование презервативов: Процент женщин и мужчин среди работников секс-бизнеса, указавших на использование презерватива во время контакта со своим последним клиентом**

Данные по этому индикатору представлены на основании ДЭН ( 2005, 2006), проведенного среди РС в двух пилотных городах. В Таджикистане при проведении ДЭН среди РС в дозорную группу включаются только РС- женщины.

	2005	2006	
Работники секс-бизнеса: использование презерватива	58,72%	74,67%	Не менее 60%

Данные ДЭН по поведенческому индикатору - использование презерватива при последнем половом контакте, достаточно высоки 74,67%, что вызывает большое сомнение, т.к. в данной группе распространенность ВИЧ увеличилась почти в 5 раз. По мнению национальных экспертов по проведению ДЭН, такой высокий процент обусловлен не совсем четко сформулированными вопросами в анкете и следовательно, полученными ответами. Данный высокий процент использования презерватива основан на ответах о регулярном применении презервативов только с коммерческим половым партнером. Процент использования презерватива с постоянным и не постоянным партнерами

достаточно низкий. Необходимо проведение тщательного анализа вопросов анкет при проведении следующего ДЭН.

**19. Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами: использование презерватива. Процент мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной**

В Таджикистане MSM не является дозорной группой, поэтому данные по этому индикатору не собираются согласно руководящим принципам разработки ключевых показателей, как это требуется для сбора данных по индикатору ССГА ООН. В связи с этим, данный показатель не включен в отчетные формы.

**20. Потребители инъекционных наркотиков: использование презерватива. Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на использование презерватива во время последнего полового контакта**

Данные по этому индикатору представлены на основании ДЭН ( 2005, 2006) , проведенного среди ПИН в двух пилотных городах.

	2005	2006	Цели УД до 2010г.
% ПИН, указавших на использование презерватива во время последнего полового контакта	28,6%	36,41%	Не менее 50%

**21. Потребители инъекционных наркотиков : безопасная инъекционная практика. Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на пользование стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков**

	2005	2006	Цели до 2010г.
% ПИН, указавших на пользование стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков	42,5%	31,79%	Не менее 50%

Обнаруженное в динамике снижение данного показателя объясняется более методологически правильным подходом к проведению ДЭН среди ПИН в 2006г. Как указали национальные эксперты по проведению ДЭН, в 2005г. дозорным эпиднадзором были охвачены в основном ПИН, посещающие пункты доверия. В 2006г. произошло расширение участников ДЭН в основном за счет вовлечения аутрич-работниками в данное исследование ПИН, как посещающих, так и не посещающих пункты доверия.

**ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ**

**22. Снижение распространенности ВИЧ. Процент молодых людей в возрасте 15–24 лет, инфицированных ВИЧ**

Данный показатель рассчитывался на основании результатов ДЭН среди беременных женщин в возрасте 15-24 лет, посещающих родовые клиники по двум пилотным городам Душанбе и Ходжент. За 2006г.- составляет 0,1%

	2005	2006
Беременные женщины	0,5%	0,1%

**23. Группы населения, которым грозит самый высокий риск: снижение распространенности ВИЧ. Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск и которые инфицированы ВИЧ**

Данный показатель рассчитывался на основании результатов ДЭН среди ПИН и РС по двум пилотным городам Душанбе и Ходжент.

Группа высокого риска	Распространенность ВИЧ в 2005г.	Распространенность ВИЧ в 2006г.
ПИН	16,0%	23,5%
РС	0,7%	3,7%

**24. Лечение при ВИЧ: выживание спустя 12 месяцев после начала АРВ терапии. Процент ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые спустя 12 месяцев после начала антиретровирусного лечения продолжают жить.**

Данный показатель приведен за период с 22 февраля 2006г. по 22 февраля 2007 г. и составляет 57%.

**25.Процент инфицированных детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями**  
Показатель будет смоделирован в штаб-квартире ЮНЭЙДС.

**IV. НАИЛУЧШАЯ ПРАКТИКА.**

При обсуждении проекта Национального доклада на Партнерском Форуме наиболее успешным достижением за отчетный период признано Внедрение « триединых принципов» на страновом уровне.

**1) Существование единых согласованных рамок действий**

В 2007г. Правительством РТ утверждена Программа противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан на период 2007-2010гг. Программа разработана на основании решения национальных консультаций по всеобщему доступу и цели для достижения всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке включены в данную Программу. Решение задач настоящей программы мероприятий будет интегрировано с реализацией Национальной Стратегии Развития Республики Таджикистан на 2006 -2015 гг., направленной на достижение ЦРТ, и Стратегией Снижения бедности на 2007-2009 гг. Впервые в Таджикистане утверждена Программа по противодействию ВИЧ/СПИДу с детально разработанным бюджетом.

На основании широкого обсуждения в ТРГ составлен подробный план внедрения данной Программы по годам, с определением ответственных министерств и сроков выполнения.

Данная Программа была согласована со всеми международными партнерами, и является основным документом для определения деятельности доноров.

## 2)Существование единого межсекторального координационного органа

В 2005 г. утверждена новая структура Национального Координационного Комитета (НКК) по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией.

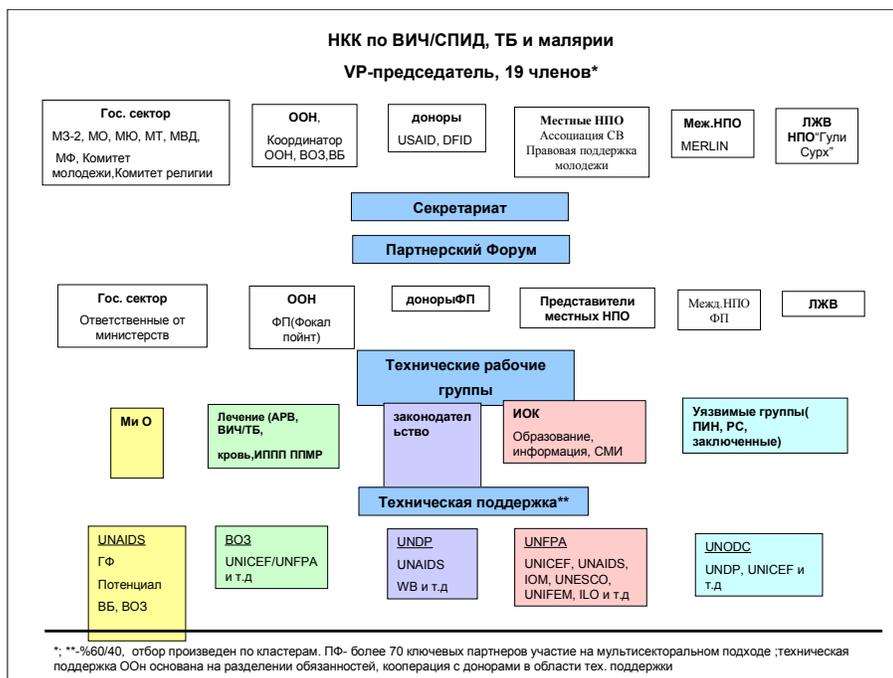
Данный орган был реструктуризирован на основе межсекторального подхода с участием государственного сектора, организаций ООН, донорских организаций, местных и международных неправительственных организаций, включая ЛЖВ. Соотношение членов НКК от государственного сектора и не государственного сектора 60% и 40% соответственно.

Межсекторальный подход обеспечивается участием членов НКК из 8 министерств, включая министерства здравоохранения, образования, юстиции, финансов, МВД, труда и социальной защиты, Комитета по делам молодежи при Правительстве РТ, Комитета по делам религии при Правительстве РТ. Выбор представителей НКК производился на кластерной основе при широком обсуждении на отдельных встречах по секторам с учетом последующей ротации.

Высокий политический уровень НКК обеспечивается участием в его составе министра здравоохранения РТ, заместителей министров от других министерств и председательством Зам. Премьер Министра РТ. НКК утвержден постановлением Правительства РТ и имеет функциональные обязанности, регулярный график заседаний и рабочий план действий.

Рабочим органом НКК является освобожденный Секретариат с определенными полномочиями, должностными обязанностями. Поддержка Секретариата НКК до настоящего времени осуществляется ГФСТМ, Региональным проектом по контролю за СПИД Всемирного Банка и проектом ПОТЕНЦИАЛ/USAID.

В рамках действия НКК установлен Партнерский Форум, объединяющий всех заинтересованных партнеров с утвержденными функциями и регулярным графиком встреч. Для улучшения координации в деятельности Партнерского Форума создано и функционирует 5 тематических технических рабочих групп (ТРГ) с определенным составом и утвержденными функциональными обязанностями.: по мониторингу и оценке, по лечению, по работе с уязвимыми группами, по законодательству, и Информационно-Образовательная ТРГ. В состав этих групп также входят представители от всех вышеуказанных кластеров в зависимости от области их деятельности. В каждой группе есть представители международных организаций, оказывающие техническую поддержку.



### *Структура НKK по профилактике ВИЧ/СПИД, ТБ и малярии в Таджикистане*

#### Инструменты для координации деятельности НKK

- Регулярность партнерских встреч для обмена информации
- Обмен информации между партнерами через электронные средства связи
- Успешное функционирование Интернет - сайта НKK
- Регулярные заседания ТРГ
- Имеющиеся и разрабатываемые базы данных по проектной деятельности, НПО, донорской помощи, подготовке кадров и т.д.
- Обсуждение ключевых решений и проблем на Партнерском Форуме

#### Проблемы:

- Вопросы устойчивости данной модели на долгосрочный период
- Создание устойчивого механизма для поддержки Секретариата
- Координация деятельности на областных и районных уровнях

#### 3) Единая согласованная система мониторинга и оценки.

Межсекторальная ТРГ по мониторингу и оценке утверждена Председателем НKK в 2006г с определенным кругом функциональных обязанностей, регулярным графиком встреч и ежегодными рабочими планами. В ее состав входят представители 6-ти министерств: здравоохранения, образования, труда и социальной защиты, финансов, Комитета по делам молодежи, обороны, неправительственных организаций, работающих с уязвимыми группами и ЛЖВ, техническим органом по выполнению мониторинга за Программой является республиканский Центр СПИД.

Впервые в РТ разработан Национальный план по мониторингу и оценке по Программе противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД и определен бюджет этого плана. Определен набор индикаторов, который включает как индикаторы ССГАООН, так и дополнительные национальные индикаторы, введение единых индикаторов согласовано со всеми заинтересованными партнерами.

#### V. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И МЕРЫ ДЛЯ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Меры для устранения проблем для обеспечения согласованных целевых показателей ССГАООН.

Несмотря на определение проблем на Национальных консультациях в 2006 г. и разработки «дорожной карты» для их преодоления в настоящее время существуют основные проблемы по следующим областям:

- Недостаточное финансирование Программы и осуществление поиска средств и мобилизации как внутренних так и внешних ресурсов
- Недостаточное использование данных мониторинга и оценки для планирования и корректировки внедрения программ. Необходимо лучшее знание эпидемии для целенаправленного использования имеющихся ресурсов и планирования будущих проектов и обеспечение технической помощи для внедрения системы мониторинга, действующей на регулярной основе.
- Продолжающееся дублирование деятельности и необходимость более четкого обмена информации между партнерами, что требует усиления координации.
- Недостаточный охват уязвимых групп и общего населения профилактическими программами. Увеличение охвата возможно при увеличении информированности населения о существующих программах, расширению доступа к системам коммуникации, проведением адресных мероприятий, разработки политики профилактики ВИЧ/СПИД на рабочем месте и ИОК стратегии с акцентом на СМИ.
- Вопрос о предоставлении заместительной терапии ПИН, нуждающихся в АРВ терапии, остается не решенным.
- Недостаточно опыта и взаимодействия между службами, осуществляющими интегрированное ведение больных. Необходимо расширение интеграции услуг по профилактике и лечению ВИЧ инфекции в широкую сеть общественного здравоохранения.
- Кадровый потенциал провайдеров услуг как в государственном так и в негосударственном секторе в области ВИЧ/СПИДа не достаточен как в количественном отношении, так и по уровню квалификации. Преодоление препятствия возможно при повышении доли расходов на здравоохранение в государственном бюджете и ВВП с учетом расходов на укрепление кадрового потенциала и разработки долгосрочных планов подготовки кадров.
- Программы по развитию приверженности только начинаются, подготовка специалистов в данной области должна быть усилена.
- Поддержка необходима и в подготовке менеджеров программ как среди сотрудников государственного сектора так и неправительственных организаций, способных управлять программами.
- Высокий уровень стигматизации ЛЖВ, в том числе и медицинскими работниками

## VI. ПОДДЕРЖКА СО СТОРОНЫ ПАРТНЕРОВ ПО ПРОЦЕССУ РАЗВИТИЯ В СТРАНЕ

В настоящее время деятельность международных доноров по поддержке программ по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Таджикистане заключается в целом комплексе мероприятий, из которых можно выделить следующее:

- Адвокация
- Предоставление финансовой помощи
- Участие в мобилизации ресурсов
- Оказание технической поддержки
- Участие в непосредственном внедрении программ

В 2006 году началось непосредственное внедрение новых проектов (в основном региональных) - ВБ, SARHAP/DFID, AFEW, UNODC/OPEC. Продолжена деятельность

уже по существующим проектам ГФСТМ, СДС, USAID, OSI, а также совместного проекта ООН по адвокации.

По общим оценкам, в настоящее время в стране имеются фонды международных доноров приблизительно на сумму более 5 млн. долларов США, с учетом гранта Глобального Фонда, донорских вложений на страновом уровне и части выделяемой для Таджикистана от региональных проектов.

Несмотря на то, казалось бы значительные имеющиеся фонды для успешного внедрения Стратегического плана до 2010 года по оценке экспертов необходимо около 44 млн. долларов США и с учетом ожидаемых ресурсов со стороны государства и доноров, дефицит бюджета до 2010 года составляет около 17 млн. долларов США.(17)

Анализ разработанного плана внедрения Программы показал следующее:

- Самый большой дефицит определяется по профилактике ВИЧ среди уязвимых групп населения. Международные партнеры имеют значительные ресурсы, направленные именно на эти группы. Однако поддержку в предоставлении сервисных услуг осуществляют только некоторые из них, и в основном, это проекты ГФСТМ.
- Нет обновленных данных по оценке размеров уязвимых групп в масштабах страны
- Потребность бюджета профилактических программ, направленных на повышение информированности общего населения составляет 4,8 млн. долларов США, однако инвестиции в эту область от международных организаций до 2010г. могут примерно вдвое превысить потребности, хотя уровень конкретных знаний по профилактике ВИЧ достаточно низкий. Следовательно имеется как дублирование деятельности, так и ее низкая эффективность. Необходимо совместно пересмотреть подходы к данной задаче, заменив их на регулярное проведение эффективных информационных кампаний и программ.
- По задачам, связанным с сектором здравоохранения (АРВ терапия, ВИЧ иТБ, профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку, ИППП и безопасность крови) отмечается как определенный дефицит средств, так и их полное отсутствие для начала программ по уходу и поддержке, поэтому необходимость мобилизации дополнительных ресурсов для данного сектора очевидна.

Основные области необходимой технической поддержки

- Определение нужд для технической поддержки (ТП) в стране и разработки плана технической помощи в ключевых областях
- Ревизия и разработка законодательства, нормативных документов и стандартов по оказанию услуг
- Укреплении системы МиО, включая обновление данных по размерам популяций уязвимых групп, стандартизации подачи данных и внедрения нового набора индикаторов на местах, расширения ДЭН
- План подготовки кадров для внедрения программ, включая подготовку менеджеров программ
- Предоставлении руководств и протоколов и их внедрение
- Составление Плана мобилизации ресурсов, включая поддержку в разработке заявки в 8 раунд ГФСТМ

## VII. УСЛОВИЯ ДЛЯ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ

Национальный план мониторинга и оценки в Таджикистане впервые разработан в 2007г. на период 2007-2010гг. в соответствии с Программой противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан на период 2007-2010гг. Данный план был составлен межсекторальной Технической рабочей группой по Мониторингу и Оценке (ТРГ МиО), при технической поддержке UNAIDS, ВОЗ, проекта ПОТЕНЦИАЛ/ЮСАИД и

проекта ПРООН по внедрению грантов ГФСТМ. План широко обсужден с ключевыми партнерами, включая представителей гражданского общества и ЛЖВ, и утвержден НКК. Данный план включает 67 национальных индикаторов, из которых 26 являются ключевыми индикаторами ССГА ООН и остальные являются дополнительными индикаторами, необходимыми для полной оценки реализации Программы(17).

Большинство партнеров согласовало свои требования в отношении МиО с Национальным планом, в том числе и с индикаторами, и в настоящее время процесс согласования продолжается.

Национальный план по мониторингу и оценке включает стратегию по сбору данных, показатели эпиднадзора за поведением и распространением ВИЧ, четкий набор индикаторов. Руководящие принципы по использованию инструментов для сбора данных, стратегия для оценки качества и точности данных и стратегия распространения и использования данных включены в национальное руководство по МиО. Однако, так как в новом плане мониторинга и оценки пересмотрен и расширен набор индикаторов, то данное руководство также должно быть пересмотрено.

К национальному плану МиО разработан детальный бюджет и рассмотрены возможности обеспечения его финансирования, а также составлен график проведения необходимых исследований.

Основную роль в выполнении мониторинга и оценки выполняет Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИД и его подразделения в областях. Однако специального отдела по МиО и даже отдельной штатной единицы как специалиста по МиО не существует.

При НКК существует межсекторальная ТРГ по МиО с утвержденным составом, функциональными обязанностями, рабочим планом и графиком заседаний.

Центральная национальная база данных не разработана, и в основном имеются данные об официальной регистрации случаев ВИЧ.

Система КРИС была установлена на республиканском и областных уровнях в Центрах СПИД, однако до настоящего времени база данных этой системы не заполняется.

Дозорный эпиднадзор введен в стране в 2005 г. в двух пилотных городах г. Душанбе и г. Ходженте. Дозорными группами в Таджикистане являются ПИН,РС, заключенные и беременные женщины. Дозорный надзор проводится один раз в год, и после его проведения результаты докладываются на ежегодных Национальных конференциях и публикуются на веб-сайте НКК. Однако результаты ДЭН в виде публикаций не издавались.

Информация по МиО недостаточно широко и часто используется в планировании и реализации программ и их корректировке, нет проявлений быстрого реагирования на результаты МиО в текущих программах. Данные ДЭН были использованы очень широко при оценке предыдущего Стратегического плана и подготовке новой Программы противодействия до2010г.

Обучение по вопросам МиО проводилось достаточно широко в 2005г и 2006г. на национальных и региональных семинарах. Также проводится регулярное обучение и подготовка специалистов по проведению ДЭН и оценке его результатов. За 2007г. было обучено несколько специалистов специфическим вопросам МиО на региональном уровне ( MAP, подготовка национального отчета, NASA).

### **VIII Рекомендации и заключение**

На расширенном заседании ТРГ по МиО от 25 января 2008г. с участием представителей ключевых министерств и ведомств, международных организаций, НПО, включая ЛЖВ, а также представителей из областей, ответственных за внедрение программ по ВИЧ/СПИДу, были сделаны следующие рекомендации:

1. Наиболее широко предоставить результаты Национального отчета по мониторингу за внедрением Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД всем

партнерам, используя электронные средства связи и освещение на Интернет-странице НКК.

2. Использовать результаты Национального отчета для проведения среднесрочного обзора Национальной программы, включая цели для достижения всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке.
3. Более широко использовать результаты мониторинга в процессе планирования, корректировки программ и мобилизации ресурсов.
4. Мобилизовать ресурсы для расширения ДЭН с целью получения возможностей экстраполяции данных ДЭН на национальном уровне.
5. Полностью согласовать вопросы анкеты ДЭН с инструкциями для получения индикаторов ССГА ООН
6. Получить базовые данные по показателям, которые не были включены в данный отчет
7. Направить усилия на преодоление основных существующих препятствий для достижения всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке до 2010г.
8. Постоянно отслеживать ход внедрения Национальной программы на основании Национального плана по МиО и ускорить создание и использование национальной базы данных.
9. Провести оценку нужд в финансовой и технической помощи для укрепления системы МиО в стране. Разработать план технической поддержки системы МиО. Мобилизовать ресурсы и потенциал технической помощи для укрепления системы МиО в стране.
10. Пересмотреть отчетные формы для сбора рутинной информации, включая вопросы необходимые для получения индикаторов ССГА ООН.
11. Обновить данные для подачи в базу ВОЗ для определения некоторых оценочных показателей
12. Провести оценку расходов на программы по ВИЧ/СПИДу на национальном уровне
13. Рассмотреть возможность увеличения государственного финансирования программ по ВИЧ/СПИДу с выделением отдельных статей расходов в бюджетах ключевых министерств и ведомств вне рамок бюджета здравоохранения.

В заключении хотелось бы отметить, что в настоящее время у Таджикистана есть шанс снизить распространенность ВИЧ инфекции и достичь целей всеобщего доступа до 2010г. в связи с приверженностью делу борьбы с ВИЧ на высоком политическом уровне, и выполнении немедленных акций по мобилизации ресурсов, расширению профилактических и лечебных программ путем их интеграции в сеть общественного здравоохранения, использовании данных мониторинга и оценки для регулярного пересмотра и коррекции проводимых действий, значительного усиления действий по снижению стигмы и дискриминации.

#### ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА И ИСТОЧНИКИ ДАННЫХ:

1. Данные МЗ РЦ СПИД 2007 год
2. Региональный отчет по потреблению наркотиков в странах Центральной Азии, UNODC, 2002
3. Оценочные данные эксперта UNAIDS для подготовки заявки ГФСТМ, 2003
4. Данные, приведенные миграционной службой МВД, 2007
5. Результаты дозорного эпиднадзора среди ПИН, РС, заключенных и беременных женщин. (2005-2006).
6. Исследование по ВИЧ/СПИД среди потребителей инъекционных наркотиков, Университет Джона Хопкинса, США, 2004
7. Поведенческое исследование среди мигрантов Таджикистана по вопросам ВИЧ и ИППП (МЗ/МОМ/ПРООН/ГФСТМ, 2006).
8. Данные Республиканского Центра по профилактике и борьбе со СПИД
9. Данные программного мониторинга проектов ГФСТМ за январь-сентябрь 2007г.
10. Гендерные аспекты ВИЧ/СПИДа в Таджикистане», ОО «Панорама»/ЮНИФЕМ, 2005
11. Глобальное исследование по изучению статуса здоровья школьников, Министерство образования РТ при поддержке /ЮНИСЕФ/ВОЗ/ЮНФПА, 2006
12. Комплексное исследование по ситуации с уличными детьми в г. Куляб, Курган-Тюбе, Ходжент и Душанбе. Центр Стратегических Исследований при Президенте РТ/отдел ПРООН по внедрению грантов ГФСТМ, 2006
13. «Исследование поведения молодежи в возрасте 15-24 лет в области ВИЧ/СПИД в Таджикистане» Центр Стратегических Исследований при Президенте РТ/ПРООН, 2006
14. Программный мониторинг Мин.Обороны/ГФСТМ
15. Закон Республики Таджикистан о противодействии вирусу иммунодефицита человека и синдрому приобретенного иммунодефицита, 2005
16. Программа противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан на

период 2007 -2010 гг.

17. Национальный план мониторинга и оценки Программы противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан на период 2007 -2010 гг.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1: Консультационный процесс/подготовка национального доклада о ходе работы по мониторингу выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом

ПРИЛОЖЕНИЕ 2: Национальный комбинированный индекс политики (НКИП), 2007

ПРИЛОЖЕНИЕ 3: Матрица национального финансирования

