

МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА В ОБЛАСТИ ВИЧ/СПИД

Методическое пособие

Под общей редакцией
доктора медицинских наук, профессора,
Национального координатора проекта
«Профилактика и лечение ВИЧ/СПИД
в Республике Беларусь»

М.И. Римжи

Минск
«ТЕСЕЙ»
2006

УДК 616.98:578.828.6-084

ББК 55.148

М77

Авторский коллектив:

С.И. Бруцкая — рук. проекта «Профилактика и лечение ВИЧ/СПИД в Республике Беларусь»;

О.М. Ждановская — специалист по мониторингу и оценке проекта «Профилактика и лечение ВИЧ/СПИД в Республике Беларусь»;

Е.А. Кечина — канд. социол. наук, доц. каф. социологии БГУ;

Н.А. Елсукова — ст. преподаватель каф. социальной коммуникации БГУ;

Л.А. Мелешко — зав. отделом профилактики СПИД ГУ «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья»;

Н.А. Коржаева — социолог

Рецензенты:

д-р социол. наук, проф. **Д.Г. Ротман**;

канд. мед. наук, доц. **И.Н. Мороз**

М77 **Мониторинг** и оценка в области ВИЧ/СПИД : метод. пособие / С.И. Бруцкая, [и др.]; под общ. ред. М.И. Римжи. — Минск : Тесей, 2006. — 176 с.: илл.

ISBN 985-463-223-7.

В методическом пособии представлены основные подходы к проведению мониторинга и оценки в области ВИЧ/СПИД на основе социологических и эпидемиологических методов исследований.

Предназначено для специалистов, работающих в области ВИЧ/СПИД и осуществляющих анализ и оценку программ профилактики и воздействия.

УДК 616.98:578.828.6-084
ББК 55.148

Пособие подготовлено и издано

при поддержке проекта ПРООН «Профилактика и лечение ВИЧ/СПИД в Республике Беларусь», осуществляемого в сотрудничестве с Министерством здравоохранения Республики Беларусь. Проект финансируется Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией

ISBN 985-463-223-7

© Коллектив авторов, 2006

© Тесей, 2006

ПРЕДИСЛОВИЕ

ВИЧ-инфекция в современном обществе стала одной из важных социально-экономических проблем. Все страны мира столкнулись с угрозой эпидемии ВИЧ-инфекции, Беларусь в этом кругу — не исключение. Интенсивное распространение инфекции в республике началось в 1996 г., что связано с вовлечением в эпидемический процесс группы наркопотребителей. В настоящий момент реальную угрозу для общества представляет распространение инфекции среди благополучных по риску инфицирования групп населения, о чем свидетельствует увеличение случаев гетеросексуальной передачи ВИЧ и рождение детей ВИЧ-инфицированными женщинами.

В первые годы развития эпидемии ВИЧ/СПИД не было достаточной информации о мероприятиях, которые могли бы способствовать снижению распространения инфекции, а также методик измерения эффективности мер в области профилактики. Оценка ситуации осуществлялась на основе данных эпидемиологического надзора, который был направлен на регистрацию случаев ВИЧ-инфекции и СПИДа. Более того, бытовало мнение, что такие поведенческие аспекты, как сексуальные отношения и потребление наркотиков, которые, как известно, способствуют распространению вируса, вообще невозможно достоверно измерить.

В течение последнего десятилетия эти представления изменились. Появилось больше информации о распространении ВИЧ среди населения и о том, что необходимо изменить, чтобы замедлить распространение инфекции. Люди стали более откровенно отвечать на вопросы о своей сексуальной жизни, и их ответы дают достаточно достоверное представление об изменении тенденций в поведении за определенный период времени.

По мере повышения уровня знаний о ВИЧ-инфекции возрастает и интерес к мониторингу и оценке эффективности программ, разработанных с целью снижения темпов распространения инфекции.

С помощью систем мониторинга и оценки отслеживаются конкретные мероприятия и выясняется, приводит ли деятельность программ к желаемым изменениям. Системы мониторинга и оценки позволяют руководителям программ определять приоритетные направления деятельности и распределять ресурсы таким образом, чтобы достичь наилучших результатов.

Эпидемия ВИЧ-инфекции отличается от многих других социальных проблем, поскольку является относительно новым явлением, и никто не знает точно, как она может развиваться. Постоянно предлагаются новые виды вмешательств, и каждый из них должен получить подтверждение эффективности для включения в мероприятия по противодействию эпидемии на национальном или международном уровне.

Развитие эпидемии постоянно ставит перед мировой общественностью новые вопросы. В течение многих лет внимание всех было сосредоточено на профилактике. В настоящий момент первостепенное значение приобретает лечение, уход и социальная поддер-

жка людей, живущих с ВИЧ/СПИД. Такие программы зачастую трудны для осуществления и потенциально дорогостоящи, поэтому мониторинг за процессом их осуществления и оценка их воздействия будут иметь большое значение для обеспечения того, чтобы предоставлялись наиболее эффективные услуги.

Система мониторинга и оценки ситуации по ВИЧ/СПИД создавалась на основе существующих принципов эпидемиологического надзора, который был дополнен социальным, финансовым и программным мониторингом. В течение последних лет в Беларуси проводились исследования, которые затрагивали разнообразные аспекты проблемы ВИЧ/СПИД. Несмотря на большое количество данных, полученных в ходе исследований, их информационная ценность была невелика в силу следующих причин:

- исследования проводились по различным методикам, ввиду чего получаемые индикаторы практически не сопоставимы во времени, по территориям и различным группам населения;
- итоговые данные исследований не собирались в едином информационном центре, поэтому их совместный анализ не проводился. Многие результаты не были опубликованы и доступны для широкой публики;
- часть исследований дублировали друг друга. Наблюдалась избыточность информации по одним аспектам и ее явный недостаток по другим;
- отсутствовали общие индикаторы эффективности программ воздействия, что не давало возможности проведения сравнительного анализа различных профилактических вмешательств и выбора наиболее оптимальных.

Таким образом, внедрение системы мониторинга и оценки, базирующейся на единых принципах сбора, обработки и анализа полученной информации, позволит устранить имеющиеся проблемы.

Представляемое методическое пособие предназначено для специалистов различных профессий: медицинских работников, социологов, психологов, социальных работников, осуществляющих свою деятельность в области ВИЧ/СПИД. Пособие освещает широкий круг вопросов, связанных с общими принципами функционирования системы мониторинга и оценки и конкретными аспектами ее воплощения на практике.

Методики, представленные в данном пособии, апробированы при проведении биомедицинских и поведенческих исследований, результаты которых были положены в основу информационной базы национальной системы мониторинга и оценки.

Настоящее пособие подготовлено при технической и финансовой поддержке проекта «Профилактика и лечение ВИЧ/СПИД в Республике Беларусь» и является первым по указанной тематике в нашей стране.

Выражение признательности

Подготовка методического пособия явилась результатом усилий большого числа специалистов и организаций, предоставивших необходимый материал и оказавших помощь в проведении исследований авторскому коллективу. Авторы выражают искреннюю благодарность и признательность за содействие и поддержку при подготовке пособия:

Министерству здравоохранения Республики Беларусь,

**отделам профилактики СПИД ГУ «Республиканского центра гигиены,
эпидемиологии и общественного здоровья» и областных центров гигиены,
эпидемиологии и общественного здоровья,**

Министерству образования Республики Беларусь,

**Департаменту исполнения наказаний Министерства внутренних дел
Республики Беларусь,**

Министерству обороны Республики Беларусь,

Программе развития ООН,

Представительству ЮНЭЙДС в Республике Беларусь.

СОКРАЩЕНИЯ

АЗТ	Азидотимидин
АРВ-терапия	Антиретровирусная терапия
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВУЗ	Высшее учебное заведение
ЖСБ	Женщины секс-бизнеса
ИППП	Инфекции, передаваемые половым путем
ИС	Информированное согласие
ИФА	Иммуноферментный анализ
КИЗ	Кабинет инфекционных заболеваний
КЭ	Комитет по этике
ЛЖВС	Люди, живущие с ВИЧ/СПИД
ЛПО	Лечебно-профилактическая организация
МВД	Министерство внутренних дел
МЛС	Места лишения свободы
МСМ	Мужчины, имеющие сексуальные отношения с мужчинами
НПО	Неправительственные организации
ООН	Организация Объединенных Наций
ПИН	Потребители инъекционных наркотиков
ПРООН	Программа развития ООН
ПУЭЗ	Профессионально-техническое учебное заведение
РМВС	Республиканский межведомственный совет по профилактике ВИЧ-инфекции и венерических болезней
РЦГЭиОЗ	Республиканский Центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья
СМИ	Средства массовой информации
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ССУЗ	Средне-специальное учебное заведение
ЦГЭиОЗ	Центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья
ЮНИСЕФ	Детский Фонд ООН
ЮНИФЕМ	Фонд ООН для развития в интересах женщин
ЮНФПА	Фонд ООН в области народонаселения
ЮНЭЙДС	Объединенная Программа ООН по ВИЧ/СПИД

ВВЕДЕНИЕ

Эпидемия ВИЧ/СПИД — особое явление в истории человечества, уникальность которого связана со стремительной скоростью распространения, масштабами и тяжестью последствий. Начиная с 1981 г., когда был диагностирован первый случай ВИЧ-инфекции, мировое сообщество прилагает огромные усилия, чтобы преломить ход развития пандемии и изучить ее истинные размеры.

В ходе специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИД, состоявшейся в июне 2001 г., правительства 189 стран взяли на себя обязательства по реализации комплексной программы действий на международном и национальном уровнях в целях борьбы с пандемией, приняв Декларацию о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД. Декларация содержит конкретные цели и задачи, направленные на снижение уровня инфицирования ВИЧ среди детей и молодых людей, а также шаги по улучшению качества деятельности по профилактике, уходу и лечению больных ВИЧ/СПИД. Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД призывает проводить тщательный мониторинг хода выполнения принятых обязательств и достигнутых результатов, обязывает Генерального секретаря ООН ежегодно представлять доклады о ходе работы.

В целях содействия выполнению взятых правительствами обязательств ЮНЭЙДС и ее партнеры разработали ряд ключевых показателей, которые позволяют осуществлять мониторинг измеримых аспектов различных международных и национальных действий, результатов реализации национальных программ, предусмотренных Декларацией о приверженности.

В апреле 2004 г. на встрече в Вашингтоне, проходившей под председательством ЮНЭЙДС, представители ряда стран и крупнейших донорских организаций приняли три принципа, которые являются общими рамками для улучшения координации процесса реализации национальных программ по СПИДу и других мер в ответ на эпидемию и включают:

- ☉ **Единые** согласованные **рамки действий** против СПИДа, обеспечивающие основу для координации работы всех партнеров.
- ☉ **Единый** национальный **координационный орган** по СПИДу с широкими межсекторными полномочиями.
- ☉ **Единую** согласованную **систему мониторинга и оценки** на уровне страны.

Мониторинг и оценка эффективности принимаемых в стране мер противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД начали осуществляться с момента создания в стране служб профилактики СПИДа. С начала реализации Государственной программы профилактики ВИЧ-инфекции на 1997–2000 годы (и далее — на 2001–2005 гг.) проводился мониторинг ее внедрения и оценка ее результативности как на региональном, так и на национальном уровнях. Однако работа специалистов, курирующих вопросы ВИЧ/СПИД, в большинстве случаев сводилась к управлению системами сероэпидемиологического надзора. В основном мониторинг и оценка осуществлялись в отношении деятельности медицинских организаций, вовлеченных в решение проблемы ВИЧ/СПИД.

Очевидно, что в нынешних условиях для проведения более эффективной работы в области ВИЧ/СПИД большое значение придается функционированию согласованной системы мониторинга и оценки, которая позволяет обеспечить единый механизм учета финансирования программ по ВИЧ/СПИД, отслеживания их эффективности и получения стратегической информации, необходимой для корректировки деятельности.

Признавая важную роль мониторинга и оценки мер противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД на международном и национальном уровнях, в 2003 г. Республиканским межведомственным советом по профилактике ВИЧ-инфекции и венерических болезней было принято решение о разработке национальной системы мониторинга и оценки. Наряду с учреждениями здравоохранения, традиционно осуществляющими надзор за инфекционными заболеваниями, в данную систему были вовлечены большое количество участников от государственного сектора, неправительственных организаций, агентства ООН.

Целью национальной системы мониторинга и оценки является систематический сбор, анализ и распространение информации о национальных мероприятиях в ответ на эпидемию ВИЧ/СПИД.

Задачи национальной системы мониторинга и оценки:

1. Создание системы показателей мониторинга, разработка методов сбора информации и анализа полученных данных.
2. Создание информационной базы, характеризующей социально-медицинские аспекты эпидемии ВИЧ/СПИД в Беларуси в статике и динамике по административным территориям и среди различных групп населения.
3. Сравнительный анализ уровня распространенности ВИЧ-инфекции в разных регионах страны и картирование результатов по совокупности показателей.
4. Характеристика состояния и сравнительный анализ программ воздействия (профилактика, социальная поддержка, лечение) по стране в целом и ее регионам, а также среди различных групп населения.
5. Оценка эффективности программ воздействия в различных группах населения на основе поведенческих индикаторов и распространенности ВИЧ.

Глава 1. ВВЕДЕНИЕ В МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКУ

1.1. Понятие о мониторинге и оценке

Основные принципы и концепция мониторинга и оценки разработаны на основе материалов и рекомендаций Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС), а также таких организаций как Всемирная организация здравоохранения и «Фэмили Хелс Интернешнл».

Основные понятия (термины), применяемые в системах мониторинга и оценки

Мониторинг — постоянное отслеживание наиболее важной информации о реализуемой программе и ее результатах для сравнения текущего состояния дел с планом. Мониторинг предполагает отслеживание затрат и результатов на основе специально разработанной системы сбора и изучения данных.

Оценка — совокупность видов деятельности, разработанных для эпизодического определения ценности или достоинств отдельной программы, вмешательства или проекта, т.е. определение причинно-следственной связи между полученными итогами и конкретными вмешательствами по истечении определенного количества времени.

Надзор — регулярное слежение за заболеваемостью или характеристиками рискованного поведения с использованием аналогичной мониторингу системы сбора данных за определенный период времени. Надзор позволяет описать эпидемию и определить тенденции ее развития в будущем, а также разработать и скорректировать программы профилактики.

Программа — совокупность мероприятий по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции на национальном или региональном уровне.

Вмешательство — конкретный вид деятельности, разработанный для достижения целей в одной из программных областей.

Проект — совокупность различных вмешательств, которые направлены на определенные группы населения по географическому, социальному или иному признаку.

Целевая группа — группа людей, на которых направлены меры вмешательства и для которой характерны идентичные модели поведения.

Координация — создание благоприятной среды для взаимодополнения подходов, которые осуществляются различными участниками реализации программ, проектов. Благоприятная среда также предполагает создание фундамента для обмена усвоенными уроками и опытом.

Между мониторингом и оценкой существует различие. Мониторинг — это стандартная повседневная оценка текущей деятельности и хода исполнения программы или проекта. В отличие от мониторинга оценка представляет собой единовременную оценку общих достижений. В ходе оценки в числе других используются данные мониторинга. Мониторинг отвечает на вопрос «Правильно ли проект реализуется?». Оценка должна ответить на вопрос «Правильный ли проект реализуется?».

При мониторинге анализируется то, что делается, в то время как при проведении оценки анализируется, что было достигнуто и каковы последствия, т.е. определяется влияние вмешательств на получаемые результаты. Оценка предлагает более глубокий (по сравне-

нию с мониторингом) анализ деятельности. По итогам оценки делаются выводы об эффективности программы или проекта и формулируются рекомендации на будущее.

В целом оценка является более сложным процессом ввиду более строгого методического подхода. Оценка также требует больших финансовых затрат, особенно это касается оценок эффективности программ профилактики ВИЧ/СПИД, которые базируются на проведении специальных обследований среди населения.

1.2. Уровни мониторинга и оценки

Существующие в настоящее время руководящие принципы по мониторингу и оценке в области ВИЧ/СПИД были разработаны в результате сотрудничества различных партнерских организаций, таких как ЮНЭЙДС, ВОЗ, ЮНИСЕФ, различных неправительственных организаций и глобальных программ по борьбе против различных заболеваний (инициатива «3 к 5» по ВИЧ/СПИД, «Остановить ТБ» и др.).

За последние несколько лет сформировались следующие уровни проведения мониторинга и оценки:

вклад — процесс — результат — итог — воздействие.

Для того чтобы программа или проект достигли своих целей, необходимо, чтобы **вклад** (*входные факторы*), например в виде денег и затраченного рабочего времени, дал благодаря **процессу** реализации мероприятий **результаты** (*выходные факторы*), например в виде запасов и системы закупки лекарственных препаратов, новых услуг, подготовленного персонала, информационных материалов и т.д.

Если такие результаты хорошо спланированы и используются для групп населения, на которые они были рассчитаны, то программа или проект скорее всего будет иметь положительный **краткосрочный эффект** или **итог**, например расширение практики пользования презервативами при контактах со случайными партнерами, соблюдение режима лечения при ВИЧ/СПИД или более позднее начало половой жизни молодыми людьми. Такие положительные краткосрочные итоги должны обеспечивать более долгосрочное **воздействие** программ, представленных в виде снижения случаев ВИЧ/СПИД, улучшение качества и увеличение продолжительности жизни ВИЧ-инфицированных людей.

Выделяют четыре вида оценок программ или проектов:

1. **Формативная оценка.** Проводится на стадии планирования лечебно-профилактических программ. В ходе ее исследуется необходимость вмешательства, обеспечивается сбор информации, требуемой для определения реально достижимых целей и задач, планирования эффективных и выполнимых стратегий вмешательства.
2. **Процессуальная оценка** (мониторинг исходных ресурсов и конечных результатов, оценка качества исполнения). В ходе такой оценки должно определяться, насколько правильно в соответствии с графиком и бюджетом проводятся мероприятия программы.
3. **Оценка эффективности** (определение результатов и воздействия). Данный вид оценки должен определить, в какой степени выполнены цели программы, какие результаты получены, что означают результаты, привела ли программа к изменениям. Результаты могут быть как краткосрочными (промежуточными), так и долгосрочными (воздействие программы).

4. **Стоимостная оценка.** Нацелена на измерение и оценку эффективности финансовых затрат при реализации программы.

Время проведения оценки определенного вида зависит от статуса реализации программы или проекта.

Эффективная система мониторинга и оценки основана на четком логическом и последовательном пути получения результатов, при котором получение результатов на одном уровне приводит к получению результатов на следующем уровне, что в итоге обеспечивает достижение общей цели. Цикл получения результатов, приведенный на рис. 1.1, может быть представлен в виде пирамиды.



Рис. 1.1. Пирамида мониторинга и оценки

Все участники реализации программ по ВИЧ/СПИД должны собрать полные входные данные (*показатели вклада*). Большинство должно иметь выходные данные (*показатели процесса*). Число организаций, которые будут заниматься оценкой конечных результатов, будет намного меньше. Еще меньше будет число организаций и исследований, которые будут заниматься оценкой воздействия.

Для определения воздействия требуются значительные вложения в саму оценку. Однако часто очень трудно определить, в какой степени отдельные программы или компоненты программ способствуют достижению определенного воздействия (общему уменьшению числа случаев, увеличению показателя выживаемости и т.д.). Для того чтобы определить причинно-следственную связь между отдельными вмешательствами и воздействием, могут понадобиться исследования с использованием специальных методов, которые позволят продемонстрировать такое воздействие. В то же время показатели, характеризующие результаты и итоги, можно использовать в некоторой степени для определения взаимосвязи между вмешательствами и воздействием. Они могут служить общим индикатором хода реализации программ с учетом целей или задач.

По этой причине особое внимание уделяется показателям, характеризующим результаты и итоги, которые часто легче собрать по сравнению с показателями, характеризующими воздействие, и которые применяют в краткосрочном и среднесрочном плане для проведения оценки эффективности программ.

Следует отметить, что некоторые показатели, характеризующие итоги, фактически представляют собой традиционные показатели, характеризующие воздействие. Точно так же некоторые показатели, которые традиционно рассматриваются как результаты, были внесены в итоги. Например, знания часто рассматривают как результат, в других случаях включают в перечень итогов. Это связано с жизненным циклом программ, когда существующие показатели можно поместить в различные разделы рамок по мониторинга и оценки для того, чтобы обнаружить изменения за короткий промежуток времени. В процессе развития программ показатели следует указывать на самом высоком уровне. Например, представленные в программе показатели, характеризующие результаты и итоги, часто касаются охвата, который имеет смысл измерять не ранее чем через два года после начала программного цикла. По мере развития программы при оценке воздействия может быть использована информация, которая была собрана в течение программного цикла и/или проведения специальных оценочных исследований.

1.3. Характеристики системы мониторинга и оценки

Деятельность системы мониторинга и оценки зависит от правильного решения программных и организационных вопросов. Важнейшими из них в соответствии с рекомендациями ЮНЭЙДС являются:

1. Организационная структура мониторинга и оценки.

- ☉ Наличие подразделения по мониторингу и оценке, имеющее подготовленный персонал.
- ☉ Бюджет на мониторинг и оценку составляет от 3 до 10% от общего национального бюджета, выделяемого из всех источников на борьбу с ВИЧ/СПИД.
- ☉ Формализованная связь с соответствующими отраслевыми министерствами, НПО и донорами, а также национальными научно-исследовательскими учреждениями с целью усиления научно-исследовательских функций.
- ☉ Наличие межведомственной группы для обеспечения консенсуса при выборе показателей и реализации мониторинга и оценки.
- ☉ Наличие системы контроля качества сбора, обработки и распространения данных, получаемых в рамках мониторинга и оценки (эпидемиологическая, статистическая и социологическая экспертиза).

2. Программа мониторинга и оценки.

- ☉ Наличие национальной программы с четкими целями, задачами и рабочими планами. Национальные планы по мониторингу и оценке следует пересматривать каждые 3–5 лет, а рабочие планы – ежегодно.
- ☉ Регулярный анализ/оценка хода выполнения национальной программы и рабочих планов.
- ☉ Наличие руководящих принципов и рекомендаций для регионов по мониторингу и оценке.
- ☉ Координация национальных потребностей в мониторинге и оценке и потребностей доноров.

3. Показатели мониторинга и оценки.

- ☉ Перечень ключевых и дополнительных показателей на различных уровнях мониторинга и оценки.
- ☉ Показатели, сопоставимые во времени.
- ☉ Ряд ключевых показателей, которые можно сравнивать с показателями в других странах.

4. Сбор и анализ данных мониторинга и оценки.

- ☉ Национальный план сбора и анализа данных, включая план обеспечения качества данных.
- ☉ План периодического анализа показателей и соответствующих совокупностей данных на различных уровнях мониторинга и оценки.
- ☉ Система эпиднадзора второго поколения, где поведенческие данные связаны с данными биологического надзора за ВИЧ/СПИД.

5. Распространение данных мониторинга и оценки.

- ☉ Общий национальный план распространения данных.
- ☉ Информационный годовой отчет подразделения по мониторингу и оценке, доступный для общественности.
- ☉ Ежегодные обсуждения результатов мониторинга и оценки и научно-исследовательских работ с участием представителей министерств, организаций и учреждений, работающих в области ВИЧ/СПИД.
- ☉ Централизованная база данных, содержащая всю информацию, касающуюся проблемы ВИЧ/СПИД, включая данные исследований, деятельности программ и проектов, финансовый мониторинг.
- ☉ Координация национального плана распространения результатов мониторинга и оценки с потребностями доноров.

Для функционирования системы мониторинга и оценки необходима как внутренняя самооценка, так и внешняя проверка, когда организации-исполнители собирают свои внутренние данные, а внешняя организация проверяет полноту и достоверность таких данных. Посещения с надзорной целью должны проводиться, исходя из анализа данных внутренней самооценки и внешней проверки первичной информации.

Система мониторинга и оценки должна быть максимально простой. Чем сложнее система, тем выше вероятность того, что она неэффективна. Система мониторинга и оценки должна иметь стандартизованную основу, что даст возможность эффективного анализа

и обобщения данных. Это не исключает возможности сбора отдельными организациями дополнительной информации в зависимости от конкретных обстоятельств.

Значительная часть информации, получаемой в рамках мониторинга и оценки, базируется на количественных методиках получения данных. В то же время для дополнения и лучшего понимания количественных данных важным является использование информации, полученной в ходе применения качественных методов исследований. Для сбора качественных данных используют различные социологические методики, в том числе наблюдение, интервью с ключевыми лицами, которые могут предоставить важную информацию, фокус-группы.

1.4. Компоненты мониторинга и оценки

Система мониторинга и оценки включает в себя следующие компоненты

1. Общая система

Включает единую программу мониторинга и оценки, схему управления системой мониторинга и оценки и базу данных. Программа должна содержать четкие рекомендации по процедурам сбора, обработки и распространения данных.

2. Эпидемиологический надзор

В отношении ВИЧ/СПИД следует использовать, в первую очередь, эпиднадзор второго поколения, который позволяет объединить данные исследования поведения и биологического надзора для того, чтобы связать динамику развития эпидемии ВИЧ/СПИД с определенными изменениями в поведении различных групп населения. Все эти компоненты надзора хорошо разработаны и широко используются во всем мире (в том числе и в Беларуси).

3. Исследования

Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией следует дополнять проведением исследований в смежных областях, таких как надзор за ИППП, парентеральными гепатитами, состоянием репродуктивного здоровья населения, исследованиями социального воздействия эпидемии. Данные, полученные при таких исследованиях, дают важную стратегическую информацию руководству национальной программы и другим участникам ее реализации, а также донорским организациям.

4. Мониторинг использования финансовых средств

Являясь важным компонентом мониторинга и оценки, мониторинг использования финансовых средств очень сложен для осуществления на национальном уровне, что связано с большим количеством и разнообразием участников реализации программ по ВИЧ/СПИД. Поскольку целевое финансирование мероприятий по ВИЧ/СПИД в большинстве министерств, задействованных в исполнении Государственной программы профилактики ВИЧ-инфекции, отсутствует, такой мониторинг не осуществляется. Общественные организации отчитываются об использовании средств, как правило, только перед донорами, не представляя информацию государственным структурам. Для данного вида мониторинга и оценки рекомендуется привлекать независимых экспертов.

5. Мониторинг программной деятельности

Представляет собой наиболее сложную задачу для системы мониторинга и оценки. Он предусматривает регулярную оценку ключевых элементов (затрат, деятельности, результатов) как отдельных проектов и вмешательств, так и национальных программ профилактики ВИЧ-инфекции в целом на предмет соответствия объемов и качества услуг,

предоставляемых различными организациями. Целью данного вида мониторинга является слежение за ходом исполнения программ профилактики и лечения, выявление приоритетов и внедрение отвечающих требованиям ситуации мер воздействия.

6. Оценка программы

Для большинства стран является еще более сложной задачей, чем программный мониторинг. Представляет собой эффект всех программных результатов (деятельность, услуги, развитие потенциала и т.д.) и их воздействия (изменение поведения, изменение уровня заболеваемости). Как правило, сложность представляет как учет всех эффектов от деятельности, так и определение прямой или опосредованной связи между деятельностью программы/проекта и поведением или уровнем распространения ВИЧ/ИППП.

1.5. Принципы отбора показателей для мониторинга и оценки

Выбор показателей (индикаторов) является одним из важнейших шагов при планировании и осуществлении мониторинга и оценки, требующих тщательного учета и анализа как теоретических, так и практических аспектов.

Показатели могут измерить то, что было вложено в программу (денежные средства, лекарства для лечения ИППП, ВИЧ/СПИД, тест-системы, презервативы, шприцы и т.д.) — это *показатели затрат*.

Показатели результатов — это то, что получили с помощью реализуемых программ (количество подготовленных специалистов, молодых людей, получивших необходимый объем знаний по профилактике ВИЧ/СПИД, и др.).

К *показателям итогов* деятельности программ относятся более высокий уровень знаний, изменение отношения, более безопасное сексуальное поведение и т.д. Как правило, итоги оказывают воздействие на передачу ВИЧ/ИППП, снижая уровень распространенности или стабилизируя ситуацию, т.е. на *показатели воздействия*.

Показатели дают возможность определить масштабы и направления изменения ситуации по ВИЧ/СПИД. Отслеживание изменений в показателях во времени дает возможность определить, насколько программы по ВИЧ/СПИД отвечают своим целям.

ЮНЭЙДС использует следующие критерии для выбора показателей системы мониторинга и оценки ситуации в области ВИЧ/СПИД:

достоверность: показатели должны измерять объект или явление, для которых они предназначены;

надежность: показатели должны давать одинаковые результаты при их повторном использовании для измерения того же объекта;

специфичность: показатели должны измерять исключительно объект или явление, для которых они предназначены;

оперативность: показатели должны быть измеряемыми при помощи разработанных и испытанных определений и стандартов;

умеренная стоимость: стоимость измерений не должна выходить за пределы разумного;

выполнимость: сбор данных должен быть осуществимым.

(Значение показателей нелегко изменить посторонними факторами, ими нельзя манипулировать для отражения несуществующих достижений.)

1.6. Инструменты и методы измерения

Основными инструментами измерения, которые необходимы для получения требуемых данных, являются:

- выборочные обследования населения и отдельных его групп в национальном масштабе;
- обследования, проводимые в школах, учреждениях здравоохранения, среди работодателей;
- специальные целевые обследования, проводимые среди уязвимых групп и людей, живущих с ВИЧ/СПИД.

Основная часть данных, необходимых для расчета показателей, может быть получена из уже существующих источников (медицинская статистика, данные Министерства статистики и анализа, а также результаты специальных исследований).

Подробное описание методов расчета и конкретных требований к данным приводится по каждому показателю (см. гл. 7). Расчет некоторых показателей включает исходный расчет числителя и знаменателя для определения процентного значения. В таком случае приводятся четкие определения как числителя, так и знаменателя. В большинстве случаев информацию необходимо готовить с разбивкой по полу, возрасту и месту проживания (городская и сельская местность) и т.д., чтобы выполнить сравнение значений показателя для различных подгрупп населения.

Данные, получаемые из указанных источников, должны регистрироваться ежегодно. Точно так же данные за определенные промежутки времени должны представляться со ссылкой на одну и ту же дату.

Частота измерения и предоставления отчетных данных зависит от того, какое место эти показатели занимают в концептуальных рамках мониторинга и оценки — с учетом времени, необходимого для того, чтобы произошло ожидаемое изменение и был обеспечен программный потенциал для мониторинга и оценки. В табл. 1.1 предлагаются возможные графики предоставления отчетных результатов.

Таблица 1.1

Частота измерения показателя в зависимости от его типа

Тип показателя	Рекомендуемая частота измерений
Вклад	Постоянно
Процесс	Раз в месяц, квартал, полугодие или год
Результат	Раз в квартал, полугодие или год
Итог	Раз в 1–3 года
Воздействие	Раз в 2–5 лет

Глава 2. МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОВЕДЕНИЯ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ

Значительную часть информационной базы мониторинга и оценки представляют собой данные, полученные в ходе социологических исследований. Это результаты поведенческих исследований в различных группах населения, исследований о знаниях в области ВИЧ/СПИД, о профилактике ВИЧ/СПИД на рабочих местах и в учреждениях образования и др. (см. гл. 7). Получение социологической информации в ходе мониторинга и оценки базируется на ряде рекомендаций, основанных на методологических принципах проведения социологических исследований. В данном разделе они приведены в обобщенном виде.

Процесс получения необходимой социологической информации для осуществления мониторинга и оценки складывается из нескольких взаимосвязанных этапов:

- ☉ планирование (программирование) мониторинга и оценки;
- ☉ сбор данных;
- ☉ обработка и анализ полученных данных мониторинга для определения показателей оценки.

2.1. Планирование мониторинга и оценки

Процедура планирования (программирования) оценки является начальным этапом проведения исследования. На этом этапе решается ряд предварительных задач, которые впоследствии будут оказывать решающее влияние на весь ход оценки, а также на итоговые результаты.

Задачи планирования оценки условно подразделяются на пять исследовательских и пять организационных.

К исследовательским задачам относятся:

1. Определение предпосылок для проведения оценки с описанием текущей ситуации по ВИЧ/СПИД в конкретном регионе.
2. Формулирование целей и задач оценки.
3. Выбор и описание объекта оценки.
4. Определение метода или методов сбора информации.
5. В соответствии с методом сбора данных осуществление выборки респондентов.

К организационным задачам относятся:

6. Определение группы участников оценки с указанием круга ответственности каждого.
7. Определение сроков проведения оценки.
8. Определение суммы средств, необходимой для проведения оценки.
9. Определение государственных институтов, контакт с которыми будет необходим.
10. Определение общественных организаций, помощь которых потребуется.

Этапы планирования (программирования) оценки

Выполнение исследовательских и организационных задач на этапе планирования исследования осуществляется не последовательно, а параллельно друг другу.

Исследовательские задачи

1. Описание текущей ситуации. Для обоснования необходимости проведения оценки, определения основных направлений исследовательской деятельности необходимо описать сложившуюся ситуацию по ВИЧ/СПИД и предпосылки для проведения оценки. Описание должно содержать:

- статистические данные по ВИЧ/СПИД;
- основные тенденции развития ситуации;
- описание групп населения, которые в большей степени вовлечены в эпидемический процесс, а также причины распространения ВИЧ в данных группах;
- определение недостающих данных для более полного анализа ситуации и возможных методов их получения.

2. Объект оценки. При выборе объекта оценки необходимо определить, где возможно получить интересующие данные, т.е. кто (или что) является носителем информации по интересующему вопросу. Источник данных и будет объектом оценки. Определив объект, следует конкретизировать или описать его характеристики по трем признакам:

- территориальный (*страна, регион, город, учреждение и т.д.*);
- деятельностный (*учащаяся молодежь, военнослужащие и т.д.*);
- социально-демографический (*пол, возраст, образование, социальное и семейное положение*).

Например.

Если необходимо изучить уровень информированности по проблеме ВИЧ/СПИД и поведенческий риск среди молодежи Гомеля, то объектом оценки станет молодежь Гомеля. К группе «молодежь» будут относиться лица, соответствующие следующим характеристикам: 1) территориальный — жители Гомеля; 2) деятельностный — учащиеся школ, училищ, техникумов, ВУЗов, работающие и временно неработающие; 3) социально-демографический — юноши и девушки в возрасте от 14 до 29 лет независимо от социального и семейного положения.

3. Цели и задачи оценки

Цель — это общая направленность оценки на поиск необходимой информации, ожидаемый конечный результат оценки.

Задачи — это конкретные шаги по достижению поставленной цели.

Например.

Цель: определить степень уязвимости молодежи к ВИЧ-инфекции.

Задачи: определить уровень информированности молодежи по проблеме ВИЧ/СПИД, присутствие в молодежной среде поведенческих факторов риска инфицирования ВИЧ (сексуальный риск, употребление наркотиков), а также использование мер профилактики заражения.

4. Методы сбора информации. Выбор методов сбора информации определяется в соответствии со следующими исходными позициями:

- целями и задачами оценки;
- объемом исходной информации по изучаемому вопросу;
- особенностями выбранного для исследования объекта (т.е. насколько трудно организовать доступ к объекту);
- организационными и финансовыми ресурсами.

(Обоснование выборочной совокупности. В зависимости от выбранного метода, как количественного, так и качественного, необходимо построить выборочную совокупность респондентов, которые будут непосредственно изучаться. Для этого необходимо определить:

- сколько человек достаточно исследовать для реализации целей и задач;
- каким методом будет строиться выборочная совокупность;
- каким образом будет осуществляться доступ к отобранным респондентам).

Организационные задачи

1. Определение состава исследовательской группы. Четкое определение состава исследовательской группы необходимо для того, чтобы еще на предварительном этапе распределить функции для каждого исполнителя. Группа по проведению мониторинга и оценки должна состоять из следующих лиц:

- специалиста по программированию исследования и анализу полученной информации (аналитик);
- специалиста по компьютерной обработке и статистическому анализу данных (статистик);
- специалиста, ответственного за сбор первичной информации — «полевой» этап работ (руководитель опросной сети);
- специально обученного персонала, осуществляющего сбор первичных данных (интервьюеры);
- специально обученного персонала, осуществляющего ввод данных в компьютерные программы (операторы ЭВМ).

Приведенный список специалистов включает максимально полный состав исследовательского коллектива. В реальных условиях обязанности могут совмещаться и варьироваться. Так, например, интервьюеры могут впоследствии вводить информацию в компьютер, а аналитик может выполнять обязанности статистика.

2. Сроки проведения оценки. Определение точных сроков проведения оценки — немаловажный фактор успеха оценки в целом, так как она является многоступенчатым и продолжительным во времени процессом. Поэтому на этапе программирования исследований определяются точные сроки выполнения каждого этапа и составляется календарный план-график проведения оценки (табл. 2.1).

Таблица 2.1

Примерный вид календарного плана-графика

Вид работ	Начало работы	Завершение работы	Исполнители
1 этап. Планирование оценки (01.02.–22. 02.)			
1.1. Анализ имеющейся (вторичной) информации	1 февраля	10 февраля	Аналитик
1.2. Программирование мониторинга и оценки	10 февраля	20 февраля	Аналитик
1.3. Тиражирование инструментария оценки	20 февраля	22 февраля	Технические работники
2 этап. Сбор данных (23.02.–25.03)			
2.1. Сбор первичных данных	23 февраля	15 марта	Руководитель опросной сети, интервьюеры

2.2. Компьютерная обработка и анализ данных	15 марта	25 марта	Статистик, технические работники
3 этап. Анализ данных и подготовка отчета (25.03.–31.03.)			
3.1. Анализ полученной информации, подготовка отчета	25 марта	31 марта	Аналитик

* Если используются несколько методов сбора данных, сроки указываются для каждого метода отдельно.

3. Средства на проведение оценки. Проведение мониторинга и оценки требует определенных материальных затрат. Поэтому на этапе планирования необходимо определить стоимость проведения исследований по отдельным статьям затрат.

4. Определение партнеров по проведению оценки. Основная информация по ВИЧ/СПИД аккумулируется на государственном уровне, кроме того, ряд общественных организаций занимаются профилактической деятельностью в области ВИЧ/СПИД, особенно среди групп повышенной уязвимости. Доступ к определенным группам населения (заключенные, военнослужащие, школьники, пациенты стационаров и т.д.) может быть обеспечен только по разрешению тех учреждений и госструктур, которые занимаются данными вопросами. Поэтому при планировании исследований следует определить перечень организаций, располагающих необходимой информацией по изучаемому вопросу, а также выработать формы взаимодействия и сотрудничества с ними. В дальнейшем можно привлекать сотрудников этих организаций (государственных, общественных) в качестве интервьюеров (анкетеров) или рекрутеров.

2.2. Качественные и количественные методики получения данных

Использование различных методов сбора данных или нескольких источников данных в целях мониторинга и оценки ситуации по ВИЧ/СПИД положительно влияет на весь ход проведения исследования, поскольку позволяет сделать наиболее точные окончательные выводы по различным аспектам изучаемой проблемы.

Все данные, получаемые в ходе социологического исследования, подразделяются на два основных типа — первичные и вторичные данные.

Вторичные данные можно определить как уже существующие, т.е. данные проводимых ранее исследований, данные официальной статистики, данные отчетов различных государственных и негосударственных институтов, материалы СМИ.

Обращение к существующей информации должно быть первым этапом в сборе данных при проведении оценки, а затем продолжаться в течение всей процедуры исследования.

Существующая информация (вторичные данные) позволяет исследователю:

- ☉ уточнить представления об изучаемой проблеме и объекте исследования;
- ☉ помочь в разработке инструментария других методов сбора информации;
- ☉ получить информацию, которую иначе невозможно собрать из-за нехватки материальных или временных ресурсов.

Первичные данные определяются как данные, характеризующие текущую ситуацию, получение которых возможно только при проведении специализированного исследования объектов, являющихся носителями искомой информации.

Все методы получения первичных данных подразделяются на количественные и качественные.

К **количественным методам** сбора данных относятся различные виды опроса:

- ☉ анкетный опрос;
- ☉ опрос в виде структурированного или полуструктурированного интервью.

К **качественным методам** сбора данных относятся:

- ☉ глубинное неструктурированное интервью;
- ☉ фокус-группа;
- ☉ наблюдение.

Основу количественных методик получения данных составляет предположение, что массовые явления имеют статистический характер, т.е. если изучить достаточно большое количество проявлений исследуемого явления, то само явление будет познано. Объекты взаимозаменяемы и их индивидуальные особенности как таковые не представляют для исследователя особого интереса. В этом случае достаточно иметь репрезентативную выборку, которая позволяет результаты, полученные по выборке, распространить на всю генеральную совокупность.

Количественные методы применяются, как правило, для того, чтобы получить ответы на вопросы «**Кто?**» и «**Сколько?**». Поэтому такой подход применяется в том случае, когда оцениваемая ситуация достаточно структурирована и в основных своих проявлениях известна. Тогда исследователи составляют списки характеристик явления или процесса, которые хотят оценить, переводят их в измеримые индикаторы, а далее в ходе опроса оценивают их в соответствии с полученными данными.

Основными чертами количественных методик являются:

1. **Применение статистического измерения.**
2. **Выборочный метод как основа применения математического аппарата.**
3. **Возможность классификации полученных данных.**
4. **Жесткая структура, позволяющая проводить сравнительные исследования.**

Количественные методики наиболее эффективны тогда, когда необходима информация:

- ☉ о социально-демографических характеристиках изучаемой социальной группы;
- ☉ об уровне знаний по интересующей исследователя проблеме;
- ☉ о всевозможных классификациях объекта исследования по образу жизни, мнению, намерениям, мотивации, поведению.

Основу качественного подхода изучения проблемы составляет предположение, что с помощью жестко формализованных методов опроса нельзя заглянуть в глубину изучаемого явления. Индивид неповторим и является источником оригинальной информации, о которой исследователь может даже и не догадываться. В этом случае функции понимания и объяснения выходят на первый план, но относятся к индивидуальному уровню. Самым трудным в рамках этого подхода является переход от глубины индивидуального, от исследования случая к определению общих закономерностей.

Качественные методы позволяют получить ответы на вопросы: «**Почему?**» и «**Как?**». Исходя из этого качественную оценку иногда называют понимающей, т.е. такой, которая позволяет лучше понять ситуацию или явление.

В качестве основных черт качественных методов оценки выделяются:

1. Гибкая структура, возможность внесения дополнений и изменений в ходе реализации метода.
2. Рассмотрение проблемы «вглубь» и «вширь».
3. Возможность анализа невербальных реакций.
4. Возможность получения оригинальных творческих идей для дальнейшей реализации оценки.

Таким образом, качественные исследования лучше всего используются для решения тех проблем, где результаты будут улучшать понимание, расширять знание, разъяснять реальные вопросы, генерировать гипотезы, идентифицировать диапазон поведения, исследовать и объяснять мотивации различных индивидов.

Например.

В ходе проведения фокус-группы была получена информация о том, как на поведение инъекционных наркоманов влияет социальная телевизионная реклама по проблеме потребления наркотических веществ. Участники фокус-группы указали на то, что вид шприца на экране вызывает непреодолимое желание ввести себе дозу наркотика. В то же время при разработке и подготовке опроса у исследователей не было такого предположения.

Успех любого исследования напрямую зависит от целостности получаемой информационной картины. Применение одного метода дает возможность посмотреть на проблему под определенным углом зрения. Для того же, чтобы обеспечить возможность проанализировать как можно больше аспектов изучаемой проблемы, часто прибегают к совмещению различных методов сбора данных, а также к перекрестной проверке данных (триангуляции).

Даже если в подходе к проведению оценки доминирует один метод, процедура исследования требует реализации небольших дополнительных промежуточных методов сбора информации. Чаще всего это необходимо на этапе программирования, определения проблемы, целей и задач исследования. Особенно если такого рода исследование проводится впервые.

Примерная схема сбора информации при сочетании различных методов включает:

- **изучение документов** (социально-демографические данные переписи населения, статистические отчеты, информационные бюллетени, материалы СМИ);
- **опрос экспертов** (неформализованные беседы со специалистами по интересующей проблеме);
- **фокус-группу** (получение информации, направленное на уточнение инструментария основного опроса);
- **анкетный опрос или интервью** (базовый метод сбора информации);
- **наблюдение** (получение информации о поведении для соотнесения ее с декларируемым в ходе опроса поведением).

2.3. Опросные методы сбора данных

В настоящее время самым популярным методом сбора первичных данных в **социологических исследованиях** является **метод опроса**. Опрос является весьма эффективным

способом получения универсальной информации как объективного (о фактах жизнедеятельности людей), так и субъективного характера (о мотивах деятельности, мнениях, оценках).

Опрос — это метод непосредственного (интервью) или опосредованного (анкета) сбора первичной информации путем регистрации ответов респондентов на вопросы, заданные в соответствии с целями и задачами исследования и сгруппированные в виде определенно оформленного списка.

На качество полученной с помощью опроса информации влияют разные факторы. С одной стороны, факторы, связанные с личностью респондента (уровень образования, культуры, свойства памяти, защитные механизмы психики, отношение к исследуемой проблеме). С другой — факторы, связанные с деятельностью самого исследователя (начиная с профессионализма при выборе вопросов и заканчивая мастерством работы анкетера или интервьюера).

На результаты опроса негативно влияет присутствие посторонних лиц, неудачно выбранное время и место опроса, несоблюдение принципов анонимности. Так как полностью избавиться от негативных факторов трудно, следует минимизировать их влияние на исследование. Для этого необходимо строгое исполнение нормативных требований по использованию методов опроса:

- ☉ четкое определение исследовательских задач (их содержание определяется программой исследования), на основании которых строится содержательная часть вопросов анкеты;
- ☉ доступность предлагаемых формулировок вопросов респондентам, обеспечение их понимания;
- ☉ обучение анкетеров/интервьюеров техникам работы с респондентами (точность фиксации ответов респондентов, стандартизация условий проведения опроса, стимулирование интереса респондентов к участию в опросе).

По способу получения информации опросные методы подразделяются на:

- ☉ **анкетные опросы** (когда опросный лист напечатан и непосредственно анкетером или опосредованно, через прессу, почту, Интернет, вручается респонденту для самостоятельного заполнения);
- ☉ **интервью** (когда бланк интервью находится в руках интервьюера и заполняется на очной или заочной основе (телефонное интервью, беседы с респондентом)).

2.3.1. Анкетный опрос

Анкетный опрос — один из основных видов опроса, который предполагает жестко определенный порядок построения анкеты. Вопросы в анкете должны быть четко сформулированы и понятны респонденту.

Особенность анкетного опроса заключается в том, что респондент самостоятельно работает с анкетой, т.е.:

- ☉ понимает вопрос;
- ☉ обдумывает вопрос;
- ☉ отвечает на него в соответствии со своими знаниями, убеждениями, ценностными ориентациями.

Исходя из этого можно выделить как достоинства, так и недостатки анкетного опроса. Достоинством анкетного опроса является то, что респондент свободен в выборе варианта ответа на вопрос, в выражении своего мнения, а влияние исследователя на респондента сведено к минимуму. Недостатком анкетного опроса является невозможность уточнить, конкретизировать ответ респондента, пояснить содержание вопроса.

В зависимости от способа проведения анкетный опрос подразделяется на:

- **раздаточный** (анкетный опрос, при котором анкетер лично сам вручает и получает анкету от респондента);
- **почтовый** (анкета высылается респонденту для заполнения почтой);
- **компьютерный** (электронный вариант анкеты высылается респондентам по электронной почте, вывешивается на WEB-сайте).

С точки зрения мониторинга и оценки каждый способ проведения анкетного опроса имеет свои особенности.

Раздаточный опрос предполагает непосредственный контакт анкетера с респондентом. Так как темы, поднимаемые в ходе оценки, затрагивают интимные сферы жизни, такой способ анкетирования может давать некоторые погрешности результатов. Однако только он гарантирует высокий возврат заполненных анкет, что немаловажно для успеха всего исследования. Раздаточный способ проведения анкетирования характеризуется привлечением большого числа анкетеров. Но так как анкетер присутствует при заполнении анкеты и может контролировать процесс ее заполнения, количество вопросов в ней может варьироваться от 10 до 50, что позволяет получить больше информации по интересующим исследователя проблемам.

Почтовый способ анкетирования в современных условиях применяется редко, хотя анкета и в этом случае может содержать довольно обширный список вопросов. Основной проблемой является обратная связь с респондентом, так как заочно его очень сложно мотивировать к заполнению и обратной отсылке анкеты. Такой способ анкетирования эффективен при получении информации от нижестоящих к вышестоящим уровням республиканских ведомств и организаций.

Применение **компьютерного анкетирования** ограничено объективным фактором, а именно: наличием у респондента компьютера, оборудованного выходом в сеть. Вопрос возврата стоит менее остро, так как на данный момент все, что связано с сетевыми ресурсами, вызывает интерес у пользователей, что является хорошим стимулом к ответу на вопросы анкеты. Еще одним преимуществом компьютерного способа анкетирования является возможность максимально сохранить анонимность респондента, что позволяет получать наиболее откровенную информацию.

2.3.2. Интервью

Отличительной чертой метода **интервью** является непосредственный контакт интервьюера с респондентом, т.е. интервьюер зачитывает вопросы и варианты ответов к нему, а затем сам фиксирует ответ респондента в бланке интервью. В связи с этим для интервью характерно:

- снижение количества пропусков ответов на вопросы;
- абсолютный процент возврата;
- непосредственное общение, способствующее созданию благоприятной обстановки, повышающей серьезное отношение к процедуре ответа на вопросы;

- ☉ возможность получить дополнительные сведения, важные для оценки объекта исследования, т.е. наблюдать реакцию респондента на вопрос, проверить, насколько понятны задаваемые вопросы, определить, насколько искренне отвечают респонденты.

В случае неправильного поведения интервьюера и ошибок на этапе подготовки к исследованию достоинства интервью превращаются в его недостатки, так как могут вносить в результаты исследования высокую степень субъективизма и искажать данные.

По способу проведения и оформления инструментария выделяют следующие виды интервью:

- ☉ **стандартизированное** (формализованное, структурированное). Самый распространенный вид интервью. Он предполагает не только предварительное формулирование вопросов и ответов, но и определенную последовательность их задавания. Роль интервьюера сводится к сугубо исполнительной. Если в процессе беседы возникает потребность пояснений, интервьюер не должен допускать произвольного толкования, отклонения от смысла первоначальной формулировки вопроса. Преимущество этого вида интервью состоит в максимальной стандартизации процедуры и получаемой информации;
- ☉ **полустандартизированное**. Некоторые вопросы могут формулироваться произвольно и фиксироваться в виде текста (вербально);
- ☉ **нестандартизированное**. Характеризуется минимальной стандартизацией процесса интервью. Однако набор тем для обсуждения разрабатывается заранее и является основой. Ответы респондента фиксируются на магнитофон и анализируются как текст. Чаще всего применяется при опросе экспертов.

2.3.3. Подготовка инструментария для проведения массовых опросов

Разработка анкеты (бланка интервью). Несмотря на имеющийся большой опыт, составление анкеты до сих пор является одной из самых сложных задач при реализации исследования. Существуют определенные стандарты, по которым разрабатывается анкета. Они направлены на то, чтобы максимально точно сформулировать задаваемые вопросы и избежать искажения получаемой информации.

Схематически разработка анкеты (бланка интервью) может быть представлена в следующем виде:

Этап 1	<i>Четко определить, какую информацию должны получить в результате опроса</i>
Этап 2	<i>Определить, каким способом будет проводиться опрос</i>
Этап 3	<i>Выделить тематические блоки анкеты (бланка интервью)</i>
Этап 4	<i>Определить содержание конкретных вопросов внутри блоков</i>
Этап 5	<i>Определить форму ответа на каждый вопрос</i>
Этап 6	<i>Определить точную формулировку каждого вопроса</i>
Этап 7	<i>Определить последовательность вопросов внутри блоков</i>

Этап 8	
<i>Определить характеристики анкеты (бланка интервью)</i>	
Этап 9	
<i>Провести предварительное тестирование анкеты (бланка интервью) и внести изменения (при необходимости)</i>	

При условии детальной разработки программы исследования этапы с 1 по 3 не должны представлять особой трудности. В программе уже определены основные цели и задачи, а также основные индикаторы исследования. Следовательно, определены и направления, по которым будет осуществляться поиск необходимой информации. Выбор метода опроса также соответствует программным установкам.

Наиболее трудными на этапе составления анкеты являются этапы с 4 по 6. Эти этапы непосредственно связаны с проблемами формулировок, измерения и получения адекватной информации. Недостаточно знать, какую информацию необходимо получить в результате опроса. Необходимо точно представлять, какая форма вопроса и какие варианты ответа необходимы для того, чтобы полученная информация соответствовала искомой и могла быть подвергнута статистическому анализу.

Выделяются четыре основания, по которым классифицируется каждый вопрос анкеты или бланка интервью:

- ☞ по *содержанию* вопросы подразделяются на: вопросы о фактах, вопросы о знании, вопросы о мнении и вопросы о мотивах;
- ☞ по *логической природе* вопросы подразделяются на: основные вопросы, вопросы-фильтры и контрольные вопросы;
- ☞ по *воздействию на респондента* вопросы подразделяются на: контактные вопросы, буферные вопросы, прямые вопросы и косвенные вопросы;
- ☞ по *форме ответов* вопросы анкеты подразделяются на: открытые вопросы, закрытые вопросы, шкальные вопросы и вопросы-меню.

Виды вопросов в зависимости от содержания

Вопросы о фактах. Такие вопросы могут касаться личности самого респондента (социально-демографические данные), а также нести информацию о его действиях, поступках или их последствиях.

Например.

Ваше семейное положение.

1. Женат (замужем).
2. Холост (не замужем).
3. Разведен (разведена).
4. Вдовец (вдова).

При половых контактах используете ли Вы презерватив?

1. Да, всегда.
2. Да, от случая к случаю.

Вопросы о знании. Цель такого рода вопросов — раскрыть, что знает респондент. Как правило, это вопросы экзаменационного типа, имеющие целью выявить уровень информированности респондента и его знаний в определенной области.

Например.

Какими путями передается ВИЧ? (укажите все возможные способы)

1. Половым путем.
2. При переливании крови.
3. При укусах насекомых.
4. Через рукопожатие.
5. От матери к ребенку при грудном вскармливании.

Вопросы о мнении. Эти вопросы направлены на фиксацию мнений, пожеланий, ожиданий, планов на будущее. Ответом в этом случае выступают оценочные суждения.

Например.

Как бы Вы оценили состояние своего здоровья? Можно ли сказать, что оно...

1. Отличное.
2. Хорошее.
3. Удовлетворительное.
4. Плохое.

Вопросы о мотивах. Эти вопросы призваны выявить субъективное представление человека о мотивах своей деятельности.

Например.

Почему Вы перешли на инъекционное употребление наркотиков?

1. Имеющийся наркотик не подходил для неинъекционного употребления.
2. Я решил(а), что «кайф» будет «круче».
3. Так делали мои друзья.
4. Я был(а) на вечеринке, где так делали все.
5. Мне предложил мой сексуальный партнер.

Виды вопросов в зависимости от логической природы

Основные вопросы. К основным относится наибольшая часть содержательных вопросов. На основании ответов на эти вопросы строятся выводы об изучаемом явлении.

Например.

От кого Вы получаете информацию о ВИЧ/СПИД?

1. От медицинского персонала.
2. Из газет, радио, журналов, ТВ.
3. От членов семьи.
4. От друзей.
5. В школе от учителей.

Вопросы-фильтры. Эти вопросы используются для отсева респондентов, не обладающих необходимой информацией. Либо для выделения части респондентов из всего массива по определенному признаку.

Например.

Имели ли Вы за последний год случайных половых партнеров?

1. Да, имел(а).
2. Нет, не имел(а) ➔ переходите к вопросу № __

Контрольные вопросы. Используются для проверки устойчивости, правдивости и непротиворечивости ответов респондентов. В основном предназначаются для перепроверки важной для исследователя информации.

Например.

Используете ли Вы свой одноразовый шприц многократно?

1. Да.
2. Нет.

В следующем блоке вопросов задается контрольный вопрос:

Что Вы сделали с иглой или шприцем после того, как ввели с их помощью наркотик?

1. Сохранил, чтобы потом использовать еще раз.
2. Отдал или одолжил их кому-то другому.
3. Выбросил в мусорный ящик.
4. Оставил там, где вводил наркотик.
5. Другое _____

Виды вопросов в зависимости от воздействия на респондента

Контактные вопросы. Служат для установления контакта с респондентом. Как правило, это первый или один из первых вопросов анкеты, который по форме должен быть достаточно простым и настраивать респондента на заинтересованное участие в анкетировании.

Например.

Как Вы считаете, проблема ВИЧ/СПИД является серьезной для нашей республики?

1. Да.
2. Нет.

Буферные вопросы. Используются для переключения внимания при переходе от одного тематического блока к другому. Часто содержат не только сам вопрос, но и преамбулу к нему, которой исследователь предваряет переход к обсуждению другой темы.

Например.

Следующий ряд вопросов касается Ваших сексуальных отношений со случайными партнерами противоположного пола. Под случайным партнером подразумевается человек, с которым Вы вступали в сексуальные отношения помимо основного партнера. Речь не идет о «клиентах», которые оплачивают предоставление им сексуальных услуг.

Как часто в течение последних 6 месяцев Вы вступали в сексуальные контакты со случайными партнерами?

1. Ни разу ➔ переходите к вопросу № __
2. Реже 1 раза в месяц.
3. 1–3 раза в месяц.
4. Примерно 1 раз в неделю.
5. 2–3 раза в неделю.
6. Примерно 1 раз в день.

Прямые вопросы. Служат для определения собственного мнения респондента по поводу изучаемой проблемы.

Например.

Вы когда-нибудь проходили обследование на ВИЧ?

1. Да.
2. Нет.
3. Затрудняюсь ответить.

Косвенные вопросы. При ответе на эти вопросы респондент дает ответ не о себе, а о третьем лице, что позволяет ему как бы скрыть свою собственную причастность и усилить критический акцент своих высказываний.

Например.

Как Вы считаете, насколько часто Ваши знакомые при введении наркотика используют общие иглы (шприцы)?

1. Никогда.
2. Редко.
3. Часто.
4. Всегда.
5. Затрудняюсь ответить.

Виды вопросов в зависимости от формы ответов

Открытые вопросы (подразумевающие свободный ответ). Ответ формулируется и фиксируется респондентом в вербальном виде. Формально такие вопросы выделяются тем, что за ними следует несколько пустых строк, которые заполняются респондентом или интервьюером при ответе на вопрос.

Например.

Укажите Ваш возраст _____

Закрытые вопросы. Ответы на них предполагают выбор одного варианта ответа из списка предложенных респонденту вариантов.

Например

Как Вы достали наркотик для первой инъекции?

1. Меня угостили.
2. Я сам(а) его купил(а).
3. Я попросил(а) знакомого, чтобы он купил наркотик.
4. Я был(а) дилером.

Шкальные вопросы. Ответ на эти вопросы дается в виде шкалы, на которой необходимо отметить тот или иной показатель.

Например.

Какие из указанных проблем являются, на Ваш взгляд, наиболее опасными для современного общества? (оцените проблемы по степени опасности от 1 — совсем не опасна до 5 — очень опасна)

___ Алкоголизм.

- ___ Отсутствие уверенности в завтрашнем дне.
- ___ Наркомания.
- ___ Преступность.
- ___ СПИД.
- ___ Увеличение числа разводов.

Вопросы-меню. Для ответа на такие вопросы респонденту предоставляется список вариантов ответа, из которого он может выбрать любое количество и сочетание вариантов.

Например.

Каким образом Вы употребляете наркотики? (*укажите все возможные варианты*)

1. Курю сигарету.
2. Нюхаю.
3. Жую.
4. Глотаю таблетку.
5. Делаю укол.
6. Я никогда не употреблял наркотики.

При составлении инструментария подробная классификация каждого вопроса не обязательна, но знание ее помогает выбрать правильную форму вопроса и вписать его в определенную структуру анкеты, что позволит наиболее эффективно решить конкретные задачи исследования.

Каждое конкретное исследование требует создания своего особого, оригинального инструментария в соответствии с изучаемой проблемой, выдвигаемыми целями и задачами.

Однако независимо от конкретных задач анкеты (бланки интервью) имеют общую структуру. Любая анкета (бланк интервью) должна состоять из трех основных частей:

- ☉ **вводная часть** — содержит название, цели и задачи исследования, информацию о том, кто проводит исследование. Во введении подчеркивается анонимность участия в опросе, а также то, что полученная информация будет использоваться только в обобщенном виде. Выражается благодарность за участие в опросе;
- ☉ **содержательная (основная) часть** — содержит вопросы, направленные на исследование изучаемой проблемы в соответствии с целями и задачами исследования;
- ☉ **социально-демографическая часть (паспортিকা)** — содержит вопросы, направленные на получение фактических социально-демографических данных о респондентах: пол, возраст, место жительства, образование и т.д.

В соответствии со структурой анкеты (бланка интервью) композиционно выделяются три фазы опроса: вступительная, основная и заключительная.

Вступительная фаза опроса — это вводная часть анкеты (бланка интервью) и первые вопросы содержательной части. В начале содержательной части не должны находиться трудные вопросы. Обычно по содержанию первые вопросы нацелены на получение фактологической, событийной информации.

Самой важной и трудной при проектировании анкеты (бланка интервью) является **содержательная часть**. От начала к середине опроса вместе с активизацией внимания и интереса респондента увеличивается сложность и острота вопросов. Переход от простых (общих) вопросов к более сложным (детализирующим) получил название «метод воронки».

На третьей **заключительной фазе** опроса сложность вопросов понижается, поэтому чаще всего формулируются вопросы социально-демографического блока.

Составление анкеты (бланка интервью) предполагает группировку вопросов в итоговую структуру. При этом выделяется два направления — техническое оформление и логическая последовательность вопросов.

Техническое оформление анкеты (бланка интервью)

- ☉ Все разделы анкеты могут иметь пояснения и выделяться особым шрифтом перед соответствующими блоками вопросов.
- ☉ При необходимости перед каждым блоком вопросов можно давать пояснения, как работать с вопросом, как отмечать выбранный вариант.
- ☉ Все вопросы анкеты (бланка интервью) должны быть пронумерованы.
- ☉ Текст вопроса со списком вариантов ответов должен находиться на одной странице, разрыв и перенос на другую страницу части вопроса запрещен.
- ☉ Желательно при формулировке вопроса и списка вариантов ответов использовать разные шрифты.
- ☉ Текст анкеты (бланка интервью) должен быть выполнен четким шрифтом.
- ☉ При использовании открытых вопросов необходимо отвести достаточно места для записи ответов.
- ☉ При формулировании вопросов-фильтров необходимо использовать четкие стрелки-указатели переходов от одних вопросов к другим.

Логическая последовательность вопросов

- ☉ Содержательная часть анкеты (бланка интервью) должна состоять из логических (тематических) блоков.
- ☉ Логические блоки формируются в соответствии с определенными в программе конкретными целями и задачами исследования.
- ☉ Все блоки вопросов и вопросы внутри блоков должны быть логически связаны между собой, но логика построения анкеты (бланка интервью) может не совпадать с логикой обработки информации.
- ☉ Вопросы анкеты (бланка интервью), а также ответы к ним должны составляться с учетом социальной, профессиональной принадлежности, образовательного уровня респондентов.
- ☉ Каждый вопрос должен быть задан нейтрально со стороны исследователя.
- ☉ Любой вопрос анкеты (бланка интервью) не может быть двусмысленным и должен предполагать точный ответ.

Четкое выполнение всех указанных выше требований является одной из предпосылок получения качественной и правдивой информации, что в итоге приведет к успешному проведению мониторинга и оценки.

2.4. Фокус-группы

Для сбора первичных данных качественного характера наибольшее распространение получил **метод фокус-групп**.

В определении метода фокус-группы ключевым является понятие группы, которое означает, что исследованию одновременно подвергаются более одного респондента. Участники фокус-группы должны иметь сходные опыт и биографические данные либо обладать особыми знаниями, имеющими отношение к вопросам проведения оценки.

Как правило, участники узнают друг друга в процессе проведения фокус-группы и только в некоторых случаях в фокус-группе могут принимать участие респонденты знакомые между собой заранее, например менеджеры, работающие в одном проекте, инъекционные наркоманы, проходящие лечение в одном медицинском центре.

При отборе участников фокус-группы основным требованием будет соблюдение однородности или гомогенности (набора общих социально-демографических и поведенческих характеристик участников) группы. Из социально-демографических характеристик чаще всего учитываются возраст, пол и социальный статус; из поведенческих — те типы поведения, которые связаны с повышенным риском заражения ВИЧ. Еще одной важной общей характеристикой участников фокус-групп при проведении мониторинга оценки является наличие или отсутствие инфицированности ВИЧ.

Например.

При изучении поведения инъекционных наркоманов Минска были проведены несколько фокус-групп. Отбор участников осуществлялся по следующим критериям:

- 1-я фокус-группа состояла из мужчин в возрасте от 18 до 25 лет, употребляющих инъекционные наркотики и не обращавшихся за наркологической медицинской помощью;
- 2-я фокус-группа состояла из мужчин в возрасте от 20 до 35 лет, употребляющих инъекционные наркотики и проходящих лечение от наркозависимости в стационаре;
- 3-я фокус-группа состояла из девушек в возрасте от 14 до 17 лет, употребляющих инъекционные наркотики.

Следующим требованием организации фокус-группы является определенное число ее участников. Идеально оно не должно быть меньше 5 и больше 8 человек. Такое ограничение связано с тем, что малое число участников не может обеспечить полноценную дискуссию, а большое, наоборот, превратит фокус-группу в «базар».

Продолжительность фокус-группы также является важным фактором качества получаемой информации. Фокус-группа не должна быть ни скоротечной, ни затянутой. Известно, что человек способен концентрировать внимание на одной теме не более 45 минут, поэтому с учетом фазы знакомства и создания групповой динамики, фазы активного обсуждения предложенной темы и, наконец, завершения обсуждения продолжительность фокус-группы должна быть не менее 1 часа и не более 2 часов.

Качество и достоверность информации, полученной с помощью фокус-группы, во многом зависит от того, как ощущают себя респонденты-участники в процессе общения. Чем более комфортно и свободно себя чувствует респондент, тем более открыто он излагает свою точку зрения, открывает свои чувства и желания. Поэтому динамика группы зависит не только от характеристик респондентов, но и от окружения, в котором происходит дискуссия.

Большая поляризация мнений фиксируется в маленьких помещениях, большие же помещения рассеивают внимание. Деконцентрации внимания способствуют находящиеся в поле зрения участников презентационные материалы. Влияние на действия респондентов оказывает и место, которое они занимают.

Связующим звеном, руководящим и направляющим участников фокус-группы, является специалист, определяемый как модератор. Модератор — это ведущий фокус-группы, который должен контролировать дискуссию между несколькими людьми, фокусировать и поддерживать внимание на вопросах, относящихся к оценке. Он должен уметь поощрять пассивных участников и привлекать их к дискуссии, а также сдерживать необоснованно активных.

В табл. 2.2 приводятся факторы, влияющие на проведение фокус-группы, и их восприимчивость к модификации.

Таблица 2.2

Возможность модификации факторов, влияющих на проведение фокус-группы

Факторы	Невозможно модифицировать	Возможна модификация
Респонденты	Физическое состояние	Отношение к остальным участникам, установка на исследование
Структура группы	Социально-демографические критерии, определенные в проекте	Гомогенность, число участников
Модератор	Физическое состояние, голос	Навыки, жесты и мимика, одежда, действия, обусловленные осведомленностью
Скрытое наблюдение	Отсутствие помещения для скрытого наблюдения	Число наблюдателей
Явное наблюдение	Внешние физические факторы наблюдателей	Поведение и число наблюдателей
Исследовательская проблема	Восприятие проблемы респондентами	Границы обсуждения проблемы
Технические средства	Характеристики помещения, одностороннее зеркало, записывающее оборудование, внешние шумы	Размещение респондентов по местам, расстояние между ними

Несмотря на то, что каждая фокус-группа оригинальна и их трудно сравнивать между собой, существует определенная процедура проведения фокус-группы. Она состоит из последовательных действий и в конечном счете влияет на процесс реализации метода (табл. 2.3).

Таблица 2.3

Этапы проведения фокус-группы

1-й этап. Вступление	
Модератор Создание атмосферы открытости. Определение цели встречи и темы разговора. Объяснение условий и принципов проведения фокус-группы	Респонденты Короткое представление каждого Очень краткое припоминание использования продукта, являющегося предметом обсуждения в группе
2-й этап. Начальное рассмотрение	
Модератор Представление общей, еще точно не определенной проблемы	Респонденты Открытие внутренних установок (что из себя представляют и какими сведениями располагают)

3-й этап. Формирование группы	
Модератор Направление дискуссии на основную проблематику. Определение типов респондентов	Респонденты Взаимопонимание. Определение норм поведения в группе
4-й этап. Дискуссия	
Модератор Переход к дискуссии. Направление дискуссии в соответствии со сценарием	Респонденты Совместная деятельность группы
5-й этап. Завершение	
Модератор Подведение итогов. Благодарность за участие	Респонденты Возвращение мыслей к повседневной жизни

Для проведения фокус-группы необходима разработка сценария, т.е. последовательности действий и вопросов модератора, направленных на создание положительной динамики и получение необходимой исследователю информации. Сценарий пишется заранее и содержит список вопросов, которые соответствуют задачам исследования. Если фокус-группа проводится в начале исследования, то вопросник строится с целью уточнения и расширения исследовательской проблематики. Если фокус-группа проводится в конце исследования, то вопросник строится с целью перепроверки полученных в ходе опросов тенденций развития ситуации.

Примерный сценарий проведения фокус-группы

1. Вступление

Здравствуйте! Меня зовут _____, я представляю _____ (название организации), которая проводит исследование на тему «ВИЧ-инфекция и наркопотребление».

Я буду модератором, т.е. ведущим нашей дискуссии. Мне будут помогать _____ (Ф.И.).

Прежде всего, я бы хотел(а) поблагодарить всех за то, что Вы нашли возможность встретиться с нами. Мы планируем провести нашу встречу в течение полутора–двух часов.

Цель нашей встречи — обсудить некоторые проблемы и особенности поведения наркопотребителей в контексте инфицирования ВИЧ. Участие в обсуждении является добровольным: если на какие-то вопросы Вы не захотите отвечать, мы не будем настаивать на ответе. На протяжении всей дискуссии мы не будем вторгаться в Вашу личную жизнь. Нам интересуют ответы на вопросы, причем не только из вашего личного опыта, но и из опыта ваших знакомых.

Мы планируем записать наш разговор на магнитофонную пленку, чтобы потом было легче анализировать полученную информацию. Расшифрованные материалы нашего исследования будут использоваться только для научных целей. Мы будем использовать только ваши имена в ходе обсуждения и каких-либо отчетах о данном исследовании.

Мы хотели бы, чтобы в процессе обсуждения каждый из вас почувствовал себя свободным в высказывании своих мыслей. Именно для этого мы с вами встречаемся. Моя роль как модератора заключается в направлении беседы и обеспечении условий для свободного обмена мыслями.

2. Представление

Для удобства нашей совместной работы назовите, пожалуйста, свое имя. Напишите его (без фамилии) на карточке и поставьте перед собой.

3. Содержательная часть

4. Заключение

Большое спасибо за участие в сегодняшней встрече. Ваше обсуждение дало ценную для нас информацию. Еще раз обращаю Ваше внимание на то, что мы гарантируем конфиденциальность полученных данных. Они будут использованы только в обобщенном виде.

Благодарим Вас и желаем всего наилучшего.

По завершении фокус-группы, пока еще сохраняются в памяти впечатления и наблюдения, необходимо коллективно обсудить ход ее проведения, подчеркнуть нюансы, сформулировать краткие выводы. Итоги обсуждения лучше зафиксировать на бумаге. Впоследствии эти записи могут пригодиться при общем анализе полученных данных.

2.5. Наблюдение

Наблюдение является одним из распространенных, доступных и относительно недорогих методов получения информации. Наблюдение позволяет исследователю приобрести из первоисточника знание и понимание значений, взаимоотношений и контекстов поведения людей. Наблюдатель узнает новое, просто находясь рядом, видя, что делают люди, слушая, что они говорят.

При этом наблюдение должно носить системный характер, и исследователи должны сконцентрировать свое внимание на конкретных аспектах изучаемой ситуации.

Наблюдать можно:

- ☉ за местом, где разворачивается событие (расположение, окружение, физические характеристики);
- ☉ за людьми, вовлеченными в событие (сколько, кто, каковы социально-демографические характеристики);
- ☉ за деятельностью людей (что происходит, какими видами деятельности заняты);
- ☉ за признаками деятельности (особенности поведения);
- ☉ за временем (в какое время происходит событие, продолжительность события);
- ☉ за целями (чего участники события пытаются достичь);
- ☉ за связями (как связаны между собой участники события, как связи модифицируются в процессе развития события).

Различают два основных типа наблюдения: структурированное и неструктурированное.

Структурированное наблюдение применяется при четко определенной проблематике и разработанном категориальном аппарате исследования, которые служат основой для фиксации поведенческих особенностей объектов наблюдения. В случае структурированного наблюдения в качестве инструментария разрабатывается специальный план проведения наблюдения, в котором указываются все последовательные этапы и элементы наблюдения. Результаты наблюдения заносятся в бланк, составленный в соответствии с планом. Такой способ наблюдения дает возможность четкого фиксирова-

ния внимания на интересующих исследователя моментах и отсечения ненужных деталей.

Неструктурированное наблюдение применяется в ситуации неопределенности, на этапе поисковых исследований. Неструктурированное наблюдение не имеет заранее заданной схемы и поэтому для получения общего понимания происходящего фиксируются любые поведенческие характеристики. Отчет о неструктурированном наблюдении представляет собой текстовые описания наблюдаемых явлений, которые впоследствии классифицируются и анализируются. Неструктурированное наблюдение полезно для определения таких типов поведения, о которых исследователи изначально не имели представлений и предположений.

По способу наблюдения различают открытое и скрытое наблюдение.

Открытое наблюдение предполагает информированность участников о присутствии наблюдателя. Такой способ наблюдения имеет ряд недостатков, так как знание того, что за тобой наблюдают, может изменить поведение. Однако при изучении закрытых групп, таких, например, как инъекционные наркоманы, наблюдение за процессом приготовления и введения наркотика невозможно без информированности участников.

При **скрытом наблюдении** участники процесса не знают, что за ними ведется наблюдение. Такой способ позволяет фиксировать поведение в естественных условиях и соответственно получать более достоверную информацию. Но при таком способе наблюдения возникают этические проблемы вмешательства в личную жизнь. Поэтому на этапе проектирования скрытого наблюдения исследователь должен проанализировать свое будущее поведение и определить ту грань, которую нельзя переступать. Скрытое наблюдение можно подразделить на прямое и косвенное. Прямое наблюдение направлено непосредственно на объект исследования. Например, фиксирование действий индивида при принятии решения о введении наркотика. Косвенное наблюдение направлено на фиксирование сопутствующих объекту элементов. Например, по наличию использованных шприцев определение мест употребления инъекционных наркотиков.

2.6. Методы определения выборки

При проведении мониторинга и оценки одним из важнейших и, наверное, одним из самых сложных является вопрос расчета и построения выборочной совокупности объектов исследования.

Выборка производится тогда, когда группа индивидов, соответствующая характеристикам объекта исследования, настолько велика, что исследователь не может осуществить контакт с каждым из них для получения информации по данной проблеме или, другими словами, когда изучаемая проблема принимает массовый характер. Тогда все объекты, удовлетворяющие требованиям данного исследования, называются генеральной совокупностью (ГС).

Выборкой называется процесс отбора ряда элементов из ГС, которые будут впоследствии изучаться.

Существует довольно много методик определения выборки. Выбор ее зависит от метода сбора первичной информации и возможностей исследовательской группы. Основной задачей каждого метода проведения выборки является оптимизация соотношения

«затраты на исследование — полученный результат». В современных условиях классический подход к выборочному исследованию: «большой объем выборки при проведении опроса гарантирует качество результата» — постепенно утрачивает свои незыблемые позиции. На первый план выходит другой принцип: «результаты опроса небольшой выборки перепроверь с помощью качественных исследований». Такой принцип перепроверки результатов получил название триангуляции и в условиях проведения мониторинга и оценки является оптимальным.

Различают два ключевых подхода к вопросу формирования выборки — статистический и теоретический.

Статистически репрезентативная выборка

Статистический подход предполагает построение статистически репрезентативной выборки и может быть реализован только при проведении массовых опросов.

Если рассматривать выборку как средство изучения ГС, то главным требованием к ней является возможность обобщения результатов выборочного исследования на ГС с высокой степенью уверенности в том, что эти выводы будут справедливы. Статистически репрезентативная выборка дает такую уверенность.

Результаты выборочных исследований всегда отчасти неопределенны. Это происходит потому, что изучается только часть ГС и при реализации процедуры измерения и выборки могут допускаться ошибки. Однако при отсутствии грубых просчетов в планировании и реализации выборки эти ошибки можно контролировать, т.е. с высокой вероятностью «удерживать» в некоторых допустимых пределах.

Существует два вида ошибок — систематические и случайные.

Систематические ошибки направлены в одну сторону, вследствие чего ошибка выборки не уменьшается при увеличении объема выборочной совокупности, а только усугубляется. Систематические ошибки обычно связывают с ошибками проектирования выборки.

Например.

Если в ходе исследования Вы хотите изучать влияние употребления наркотиков на рискованное поведение в молодежной среде, а в выборку отбираете только учащуюся молодежь, то в итоге можете получить систематическую ошибку, так как в выборку не попадут те, кто в данный момент нигде не учится, хотя для наркоманов это типичная ситуация.

Случайные ошибки (непреднамеренные) обычно уравнивают друг друга, поскольку не имеют преимущественной направленности в сторону преувеличения или преуменьшения значения изучаемого признака. Ошибки такого рода неустранимы, но они подчиняются статистическим законам и соответственно поддаются контролю. Важнейшее свойство случайных ошибок состоит в том, что они уменьшаются с увеличением объема выборки.

При отсутствии систематических ошибок степень точности для каждого признака задается двумя показателями:

- 👁️ величиной предельно допустимой случайной ошибки;
- 👁️ вероятностью того, что эта ошибка не будет превышена.

Например.

Если в ходе выборочного исследования мы получаем, что при сексуальном контакте с клиентом пользуются презервативом регулярно 20% опрошенных ЖСБ и ошибка выборки не превышает 3% с вероятностью 95%, это означает, что с вероятностью 95% пользуются презервативом от 18 до 22% ЖСБ, входящих в ГС (20 ± 3)%. При этом вероятность того, что ошибка выборки выйдет за пределы $\pm 3\%$, составляет 5% (т.е. вероятность того, что презервативом пользуется менее 18% или более 22% ГС, составляет 5%).

Величина допустимой ошибки выборки существенным образом зависит от объема выборки и способа ее извлечения. Стремление повысить точность приводит к быстрому росту необходимого объема выборки и, соответственно, — стоимости исследования.

Расчет объема репрезентативной выборки осуществляется с помощью специальных формул. Приведем формулу расчета объема выборки для доли признака, если известен объем ГС, который не превышает 5000 человек

$$n = \frac{t^2 p(1-p)N}{\Delta^2 N + t^2 p(1-p)},$$

где t — коэффициент, соответствующий доверительной вероятности, который определяется по статистической таблице теоретического распределения t -Стьюдента. Так, если доверительная вероятность 95%, то значение $t = 1,96$, для доверительной вероятности 99% значение коэффициента $t = 2,59$; p — доля признака для ГС. Как правило, неизвестна, поэтому при расчете используют максимальное значение, которое достигается при $p = 0,5$, тогда $0,5(1 - 0,5) = 0,25$; Δ — величина допустимой ошибки в долях. Если мы устанавливаем допустимую ошибку, равную 3%, то допустимая ошибка в долях будет равна 0,03; N — объем ГС.

В табл. 2.4 приводится рассчитанная по формуле зависимость объема выборки от объема ГС при доверительной вероятности 95% и допустимой ошибке, равной 3 и 5%.

Таблица 2.4

Объем выборочной совокупности

Объем ГС	500	1000	2000	5000	10 000	100 000	Более 100 000
Объем выборки при допустимой ошибке 5%	222	286	333	370	385	398	400
Объем выборки при допустимой ошибке 3%	344	526	714	909	1000	1098	1110

Из таблицы видно, что для обеспечения заданной репрезентативности (допустимая ошибка не превышает 5%) при исследовании города с населением 100 000 жителей надо опросить 398 человек, а при исследовании всей страны практически столько же — 400 человек.

Начиная с некоторого момента, увеличение объема ГС не оказывает существенного влияния на увеличение объема выборки, поэтому при больших ГС, начиная с $N > 5000$, поправкой на объем ГС можно пренебречь, тогда исходная формула упрощается и будет иметь вид:

$$n = \frac{t^2 p(1-p)}{\Delta^2},$$

где Δ — предельная ошибка.

При планировании объема выборки следует иметь в виду следующее. Приведенные выше формулы позволяют получить заданную точность при анализе выборки в целом, т.е. если мы не будем расчленять ее на части. Если, например, требуется определить долю инъекционных наркоманов, использующих презерватив при случайных сексуальных контактах, то, опросив 400 человек, мы с вероятностью 95% определим искомую долю с ошибкой, не превышающей 5%. Но если мы хотим определить эту долю не для всего массива, а для женщин и мужчин, нам необходимо, чтобы в выборке было 400 женщин и 400 мужчин, т.е. 800 человек. Чем больше будет дробиться массив при анализе информации, тем больший объем выборки понадобится.

Процедуры построения статистически репрезентативных выборок

Возможность обобщения результатов выборочного исследования на ГС базируется на теоретических выводах математической статистики, которая основывается на приложениях теории вероятностей.

Основанием применения этих методов служит предположение, что все элементы выборочной совокупности были отобраны случайным образом. При случайном отборе все элементы ГС имеют одинаковую вероятность быть отобранными в выборку. Это условие может быть соблюдено только тогда, если исследователю известен список всей ГС.

Простой случайный отбор. Респондентов в выборку отбирают из списка ГС одним из методов случайного отбора:

- компьютерная программа генерации случайных чисел;
- лотерея;
- систематический отбор с определенным шагом (шаг определяется по формуле $L = N/n$, где N — объем ГС, n — объем выборочной совокупности).

Расслоенный случайный отбор. Если ГС слишком велика и неудобна для обследования целиком, применяют расслоенный случайный отбор, который предполагает предварительное разделение ГС на непересекающиеся части с последующим извлечением из каждой части простой случайной выборки.

При расслоенном отборе используются две стратегии размещения выборки по слоям. Равномерное размещение предполагает, что в каждом слое обследуется одинаковое количество объектов. Используется в сравнительных исследованиях. Пропорциональное размещение означает, что объем выборки в каждом слое пропорционален объему слоя в ГС. Используется в описательных исследованиях.

Кластерный отбор. Используется в условиях неопределенной ГС, списки которой невозможно получить. При применении кластерного отбора ГС подразделяется на непересекающиеся подсовкупности по некоторому объективному и мало зависящему от наблюдателей основанию. В качестве кластеров могут использоваться административные единицы (области, районы, населенные пункты, кварталы, улицы, отдельные дома и квартиры).

Многоступенчатый кластерный отбор. Используется в большинстве национальных исследований. На первой ступени осуществляется кластеризация по областям, на вто-

рой — по населенным пунктам пропорционально размеру, на третьей ступени в разных населенных пунктах могут применяться различные стратегии отбора респондентов, например, маршрутная выборка, либо дальнейшая кластеризация населения больших городов (с использованием административных районов города, жилищно-эксплуатационных управлений, почтовых отделений).

Теоретически репрезентативная выборка

При проведении мониторинга и оценки соблюдение всех условий построения статистически репрезентативных выборок не всегда выполнимо. Это зависит и от специфики проблемы исследования, и от особенностей его объектов, и от нехватки ресурсов и времени на проведение исследования. В этом случае статистически репрезентативную выборку можно заменить теоретически репрезентативной.

Выборка может быть теоретически репрезентативной относительно более масштабных социальных процессов и типов изучаемой группы населения. В этом случае статистические измерения и заключения заменяются другими методами с целью повышения уверенности в надежности результатов выборки и их возможных интерпретаций. Среди этих методов выделяются:

- триангуляция;
- повторная выборка;
- поиск необычных случаев;
- малая выборка, состоящая из отдельных случаев, отобранных в разных местах;
- теоретическая оценка важности результатов.

В отличие от статистически репрезентативной выборки для теоретической выборки не существует строгих правил относительно ее объемов. Однако при осуществлении оценки необходимо принимать во внимание следующее:

- отбор респондентов в теоретическую выборку должен продолжаться до тех пор, пока не будет достигнута точка насыщения. Это такой момент, когда исследователи приходят к выводу, что поступление новой информации прекратилось и все источники потенциально различной информации уже исчерпаны;
- может быть полезным заранее определить примерные размеры целевой выборки. Это позволит исследователям иметь четкое представление о том, что их ожидает;
- большая по объему выборка совсем не означает лучшую по качеству. Первая предоставляет исследователю потенциально более широкий охват. Меньшая же по объему выборка предоставляет больший промежуток времени для налаживания связи с респондентами, проведения более углубленных опросов и в итоге — для сбора более детальной информации. Поэтому исследователям необходимо найти равновесие между более широкими «обзорными» выборками и меньшими по объему «детальными».

Существует четыре общих способа проведения теоретически репрезентативной выборки:

- целевая (преднамеренная) выборка;
- оппортунистическая (выборка по наличию);
- сетевая выборка (выборка «снежного кома»);
- квотная выборка.

Целевая (преднамеренная) выборка. Объекты в выборку отбираются на основании определенного критерия в зависимости от целей оценки (например, заключенные опре-

деленной тюрьмы, так как они являются «типичными» для категории объектов, в которой Вы заинтересованы). Поиск и включение в выборку «типичных» и «нетипичных» респондентов помогают выявлять сходства и различия между ними. В комбинации с другими стратегиями проведения выборки этот метод чаще всего является основным при проведении мониторинга и оценки.

Оппортунистическая (выборка по наличию). Осуществление такой выборки предполагает включение в исследование всех лиц, доступных для исследователя, которые в момент его проведения подпадают под определение объекта исследования. (например, все наркоманы, проходящие в данный момент лечение в стационаре). Такой подход значительно упрощает процедуру отбора, снимает проблему труднодоступных единиц, однако может привести к систематической ошибке. Поэтому применять его нужно осторожно и в сочетании с другими методами.

Сетевая выборка (выборка «снежного кома»). Такая выборка используется тогда, когда у исследователя нет точного представления о том, где и как осуществлять контакт с объектами, имеющими определенные интересующие исследователя характеристики. (например, при необходимости изучения инъекционных наркоманов, которые не обращаются за помощью в медицинские учреждения и общественные организации и не задерживались правоохранительными органами). Другими словами, если необходимо найти респондента, который обладает определенными характеристиками, но «растворен» в обществе. Тогда применяется выборка «снежного кома», которая заключается в следующем:

- ☉ исследователь контактирует с человеком (информатором), связанным с группой, представляющей для него интерес;
- ☉ информатор знакомит исследователя с представителями группы, которые дали согласие на участие в исследовании;
- ☉ респонденты сами становятся информаторами и приводят к исследователям своих знакомых;
- ☉ и т.д., пока не будут собраны данные определенного числа респондентов или пока не будет достигнута точка насыщения информацией.

Квотная выборка. Квотный отбор осуществляется в тех случаях, когда имеются статистические данные о ключевых контрольных признаках элементов ГС. При квотной выборке респонденты отбираются целенаправленно, с соблюдением квот, представленных в ГС. К сожалению, квотная выборка при проведении мониторинга и оценки применяется редко, так как для изучаемых групп населения квоты по интересующим исследователя признакам чаще неизвестны.

2.7. Обеспечение доступа, партнерство в процессе сбора данных

При проведении мониторинга и оценки возникает вопрос обеспечения доступа к источникам как первичной, так и вторичной информации.

Проблемы с получением доступа могут возникнуть тогда, когда объекты исследования труднодоступны или трудноисследуемы.

Объекты труднодоступны, когда они трудны в распознавании или установлении с ними контакта. Это можно объяснить тем, что люди скрывают свою принадлежность к той или иной группе, поскольку занимаются противоправной, запрещенной или осуждаемой обществом деятельностью (например, наркодилеры, лица, вовлеченные в сексуальный

бизнес, и т.д.). Или, наоборот, если объект занимает высокое положение и не имеет ни времени, ни желания общаться с исследователями (например, чиновники разного уровня, директора и т.д.).

Объекты трудноисследуемы, если они не могут или не хотят распространять о себе определенную информацию. Это может объясняться недоверием респондентов по отношению к исследователю. Так, люди часто не испытывают желания обсуждать деликатные и конфиденциальные темы.

Для того чтобы преодолеть такого рода проблемы, необходимо еще на этапе планирования исследования определить следующее:

- ☉ к какой информации исследователь хочет получить доступ;
- ☉ насколько важна будет информация и насколько реальна возможность получения доступа к ней;
- ☉ определить, кто может выступить поручителем при налаживании контактов;
- ☉ определить, кто будет выступать в роли ключевых информаторов (или проводников) при организации и изучении выборки.

Поручители — это лица, имеющие не прямой интерес или играющие опосредованную роль в деятельности источника информации, которые могут договориться о предоставлении исследователю доступа к объекту. Обычно после этого они не вмешиваются в ход исследовательского процесса. Поручитель может ручаться за надежность и добрые намерения исследователей. Это может быть полезно, если человек является уважаемым или хорошо известным среди представителей определенной группы.

Информаторы (проводники) — это люди, напрямую связанные или принимающие активное участие в деятельности определенной группы. Они могут как представить исследователя остальным членам группы, так и сами принять участие в процессе исследования.

Немаловажным фактором обеспечения успешного доступа является процесс установления взаимопонимания с объектом исследования, т.е. набор действий, направленных на то, чтобы участники исследования чувствовали себя комфортно как в присутствии исследователя, так и относительно целей и задач оценки. Как правило, исследователь не знаком с людьми, от которых он хочет получить необходимую информацию о их жизни. Существует несколько условий налаживания взаимопонимания исследователя с респондентом:

- ☉ **внешний вид и поведение исследователя могут существенно повлиять на взаимоотношения.** Исследователь должен одеться таким образом, чтобы либо успокоить собеседника, либо убедить его в своих профессиональных намерениях;
- ☉ **подход.** Респондент, скорее всего, не захочет привлечения внимания к своей деятельности, поэтому общаться с ним необходимо спокойно, не привлекая постороннего внимания;
- ☉ **представление.** Исследователь всегда должен представляться и, в свою очередь, просить представиться других;
- ☉ **честность и уважение точки зрения другого человека.** Исследователю необходимо постоянно подчеркивать, что он очень ценит и для него важны любые точки зрения и мнение других;

- ☉ **конфиденциальность.** Исследователь должен убедить респондента в том, что ни их имена, ни другие личные подробности не будут включены в отчеты и что их личные мнения не будут известны никому.

Выполнение всех указанных требований обеспечит получение максимально полной и точной информации по проблеме, изучаемой в ходе оценки.

2.8. Обработка и анализ данных

Собранные в ходе проведения мониторинга и оценки данные требуют детальной обработки и анализа. Он представляет собой завершающую стадию исследования, направленного на получения информации по проблемам ВИЧ/СПИД.

Различают несколько разновидностей анализа данных в зависимости от того, какие методы сбора применялись и в какой форме необходимо представить результаты.

2.8.1. Анализ качественных данных

Если в процессе исследования были применены качественные методы (фокус-группы, глубинные неструктурированные интервью, наблюдения) и получены, в большинстве своем, текстовые (вербальные) данные, то для их анализа применяются специальные социолингвистические методы обработки и анализа. Для анализа текстов наиболее часто используют:

- ☉ метод контент-анализа;
- ☉ метод дискурс-анализа;
- ☉ процедуру структурирования и обобщения текстов.

Методы контент-анализа и дискурс-анализа чаще всего используются при исследовании СМИ и текстов интервью.

Метод контент-анализа — это так называемый количественно-качественный метод анализа текстов. Данный метод можно определить как алгоритмизированный перевод объективной текстовой информации в количественные показатели с последующей статистической обработкой и обобщением результатов исследования.

Упрощенная схема контент-анализа выглядит следующим образом: многообразие текстов по интересующей исследователя проблеме сводится к набору определенных элементов, которые затем подсчитываются и анализируются. В этом наблюдается некоторая фрагментарность контент-анализа, имеющего дело только с доступными для использования данными.

2.8.2. Анализ количественных данных

Анализ результатов количественного исследования — это, прежде всего, статистический анализ собранных данных. Статистический анализ проводится с помощью специальных статистических компьютерных программ. Наиболее распространенными из них в настоящее время являются *EXCEL*, *Statistica*, *SAS*, *P-STAT*, *SPSS-PC*. В Республике Беларусь для анализа данных исследований чаще всего используется программа *SPSS-PC*.

Анализ данных с использованием программы *SPSS-PC*

При реализации любого количественного исследования необходимо осуществить обработку и анализ данных в несколько этапов.

На первом этапе обработки получают информацию в виде таблиц одномерных частотных распределений (табл. 2.5).

Таблица 2.5

Оценка риска заражения ВИЧ при сексуальных контактах, %

	<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>	<i>Valid Percent</i>
<i>Valid</i> высокий	22	22,9	23,7
средний	23	24,0	24,7
малый	21	21,9	22,6
никакого	25	26,0	26,9
затрудняюсь ответить	2	2,1	2,2
<i>Total</i>	93	96,9	100,0
<i>Missing</i> 0	3	3,1	
<i>Total</i>	96	100,0	

Структурно таблица состоит из столбца предлагаемых вариантов ответов на вопрос, столбца абсолютных частотных распределений (*Frequency*), столбца относительных частот в процентах, вычисленных относительно общего числа опрошенных (*Percent*), столбца значимых относительных частот в процентах (*Valid Percent*), вычисленных относительно респондентов, ответивших на данный вопрос.

На втором этапе статистического анализа изучают связи между признаками (вопросами анкеты). Так как в опросах в большинстве своем используются качественные признаки (вариантами ответов являются некие качественные категории), то основным методом анализа взаимосвязей будет метод анализа таблиц сопряженности (табл. 2.6).

Таблица 2.6

**Сопряженность двух признаков:
«Есть ли у Вас знакомые, вводящие наркотик шприцем?»
и «Предлагали ли Вам когда-нибудь ввести наркотик шприцем?» , %**

		Предлагали ли Вам когда-нибудь ввести наркотик шприцем?		<i>Total</i>
		Да	Нет	
Есть ли у Вас знакомые, вводящие наркотик шприцем?	Да	21	59	80
		26,3	73,8	100,0
	Нет	87,5	22,5	28,0
		3	203	206
<i>Total</i>	Да	1,5	98,5	100,0
		12,5	77,5	72,0
	Нет	24	262	286
		8,4	91,6	100,0
		100,0	100,0	100,0

Результаты, полученные с помощью таблиц сопряженности, можно анализировать с помощью относительных частот по строкам и столбцам, а также проверять гипотезу о связи двух признаков. Результаты статистического анализа представляются в итоговый отчет с помощью как сводных статистических таблиц, так и разнообразных графиков.

2.9. Статистические методы оценки численности генеральной совокупности

При изучении групп населения, имеющих рискованное поведение по отношению к ВИЧ/СПИД, исследователи сталкиваются с проблемой, определения численности ГС каждой выделенной группы риска.

Информация о количественном составе группы с определенным типом рискованного поведения может быть полезной при изучении и определении самой проблемы, для понимания масштаба последствий как для отдельных лиц, так и для общества в целом, а также при разработке программ профилактики и лечения и социальной поддержки.

Обычно для определения численности той или иной социальной группы, характеризующейся отклоняющимся поведением, пользуются данными официальной статистики и данными учета специализированных учреждений. Но, как правило, информация, содержащаяся в официальных источниках, не является полной, потому что представители этих социальных групп пытаются скрыть свою принадлежность к группе.

Наряду с данными официальной статистики используют статистические методы оценки численности ГС. К ним относится метод коэффициентов и метод повторного «захвата».

Метод коэффициентов базируется на информации о количестве официально зарегистрированных случаев и данных об отношении зарегистрированных случаев ко всей совокупности в целом. Например, нам известно количество беспризорников, зафиксированных в приемниках-распределителях за год (допустим, 1000 человек). В качестве коэффициента по оценкам, полученным в ходе эмпирического исследования, определяется соотношение зафиксированных случаев к общему объему группы. Предположим, фиксируется соотношение 1 : 5, или 20%. Тогда формула расчета численности группы будет иметь вид

$$\frac{1000 \cdot 100\%}{20\%} = 5000 \text{ человек.}$$

При реализации метода коэффициентов источниками информации являются как официальная статистика, так и результаты эмпирических исследований, нацеленных на получение искомого соотношения.

Второй метод оценки численности ГС получил название **повторный «захват»**. В ходе данного метода проводятся два кратких опроса, причем в первом опросе респонденты «помечаются» — им презентуется небольшой памятный сувенир (значок, календарик, брелок), а во втором задается вопрос: «Участвовали ли Вы в первом опросе?». Временной интервал между первым и вторым опросом должен быть небольшим, чтобы респонденту не трудно было вспомнить (в том случае, если респондент забыл о своем участии в опросе, можно задать вопрос о сувенире). Затем определяется число повторных «захватов», которое будет трактоваться как вероятность попадания в выборку. Например, если в каждом опросе было обследовано по 100 человек и 10 из них попали и в первый, и во второй опрос, то вероятность попасть в выборку у каждого элемента ГС будет равна 1 : 10, или 10%, из чего следует, что выборка из 100 человек соответствует 10% ГС. Формула для оценки численности будет иметь вид

$$\frac{100 \cdot 100\%}{10\%} = 1000 \text{ человек.}$$

Описанные выше методики оценки численности генеральной совокупности применялись при исследовании группы инъекционных наркоманов Минска. Исследование проводилось с февраля по июнь 2001 г. в рамках проекта «Экспресс-оценка внутривенного потребления наркотиков в Минске». При проведении исследования использовалась методика ВОЗ, изложенная в «Руководстве по методам экспресс-оценки (МЭО) внутривенного потребления наркотиков» (1997 г.).

В ходе исследования обе методики оценки численности генеральной совокупности были применены в сочетании друг с другом.

Метод повторного «захвата» помог определить структуру генеральной совокупности. Так было получено, что ПОШ (пункт обмена шприцев) **посещают 2,9%** инъекционных наркоманов; **стационар — 9,2; амбулаторный кабинет — 14,1%. Не обращались ни за какой помощью 73,8% наркопотребителей.**

В соответствии со структурой совокупности и данными официальной статистики метод частотных коэффициентов давал возможность провести оценку численности ПИН Минска.

Оценка по данным ПОШ: за период с июля 2000 по июнь 2001 г. ПОШ посещали 362 человека, доля ПОШ в общей структуре — 2,9%, следовательно, $N = 362 \times 100/2,9T = 12\ 483$ человека.

Оценка по данным ГНД: в ГНД на июнь 2001 г. зарегистрировано 2209 ПИН. Все посетители амбулаторного кабинета становятся на открытый или конфиденциальный учет в ГНД. Доля посетителей амбулаторного кабинета в общей структуре составляет 14,1%, следовательно, $N = 2209 \times 100/14,1 = 15\ 667$ человек.

Оценка по данным стационара: в стационаре с июля 2000 по июнь 2001 г. прошли лечение 1096 мужчин. Доля стационара в общей структуре — 9,2%, следовательно, $N = 1096 \times 100/9,2 = 11\ 913$ мужчин, что составляет примерно 80% от общего числа, тогда оценка общего числа — $N = 14\ 891$ человек.

В результате исследования численность группы инъекционных наркоманов Минска была определена в интервале **от 12 000 до 16 000 человек.**

2.10. Контроль качества данных

Контроль качества мониторинга и оценки необходимо осуществлять на всех этапах сбора и анализа информации.

1. На этапе организации сбора данных необходимо уделять особое внимание формированию выборочной совокупности исследования и проводить выборочную проверку соответствия обследованных объектов на предмет их включения в запланированную выборку.
2. Осуществление контроля сроков проведения сбора данных в различных регионах (областях). Эти сроки одинаковы для всех областей и должны соблюдаться с тем, чтобы анализ обобщенных данных по всей стране проводился без опозданий в соответствии с планом проведения мониторинга.
3. В процессе сбора данных проводится выборочная проверка деятельности анкетеров и интервьюеров, качества предоставляемых ими данных. Качество первичных данных проверяется также в процессе их статистической обработки.
4. В процессе проведения исследований возможна корректировка выборки и методики проведения исследований, инструментария (опросника), если это требуется для

улучшения качества мониторинга или получения новых актуальных показателей мониторинга.

5. На этапе обработки данных и получения индикаторов мониторинга проводится контроль качества статистической обработки данных мониторинга, триангуляция полученных результатов и оценка их реальности.

Контроль качества мониторинга осуществляется экспертами в области исследований Группы по мониторингу и оценке или независимыми консультантами. Процесс контроля является комплексным и непрерывным, особенно на этапе внедрения системы мониторинга и оценки — определения соответствующих институциональных рамок для системы мониторинга и оценки и начала систематического сбора данных в соответствии с набором национальных показателей. Для сбора данных, используемых при проведении расчетов, должны использоваться стандартные формы вопросов, это поможет свести до минимума систематическую ошибку в отчетах, особенно при проведении сравнительного анализа между различными регионами.

2.11. Распространение и использование данных мониторинга и оценки

Функциональная система мониторинга и оценки предполагает не только сбор и сохранение информации в базе данных, но и ее использование на центральном уровне для выработки стратегий и направление информационных потоков на местный уровень.

Такие потоки включают в себя распространение результатов мониторинга и оценки среди всех участников на уровне партнеров по сбору данных (обратная связь); а также обмен информацией между разными учреждениями, которые не были вовлечены в сбор этой информации.

Наличие вышеуказанных информационных потоков является чрезвычайно важным для использования данных мониторинга и оценки при разработке стратегий и планировании программ. Сущность проведения мониторинга и оценки состоит не только в понимании динамики эпидемии ВИЧ/СПИД, но и, в первую очередь, в усилении и оперативной корректировке национальных подходов противодействия эпидемии.

Данные, полученные в ходе мониторинга и оценки, будут использоваться:

1. **Для пропаганды необходимости действий.** Достоверная информация по ВИЧ/СПИД очень важна для формирования приверженности. Это в равной мере касается и должностных лиц, принимающих решения, и представителей уязвимых групп, которых необходимо убедить принимать меры по снижению рискованности своего поведения.
2. **Для планирования и корректировки программ профилактики и лечения.** Данные, полученные в ходе мониторинга, будут использоваться непосредственно при реализации программ для корректировки проводимых вмешательств и улучшения качества исполнения. С помощью данного механизма можно получить информацию о том, правильно ли осуществляется вмешательство, соответствует ли оно бюджету, приводит ли оно к желаемым результатам и т.д. Например, данные о распространенности ВИЧ/ИППП, особенностях рискованного поведения, полученные при дозорном эпиднадзоре, должны вызвать пересмотр планируемых вмешательств или групп, на которые они направлены.
3. **Для определения связи между вмешательствами и изменениями.** Оценочные исследования, которые подтверждают успешность конкретных вмешательств или нацио-

нальной программы по противодействию эпидемии, являются средством, способствующим тому, чтобы вопросы ВИЧ/СПИД находились на видном месте в повестке дня. Они способствуют увеличению финансирования мероприятий по профилактике и снижению последствий эпидемии (рис. 2.1).

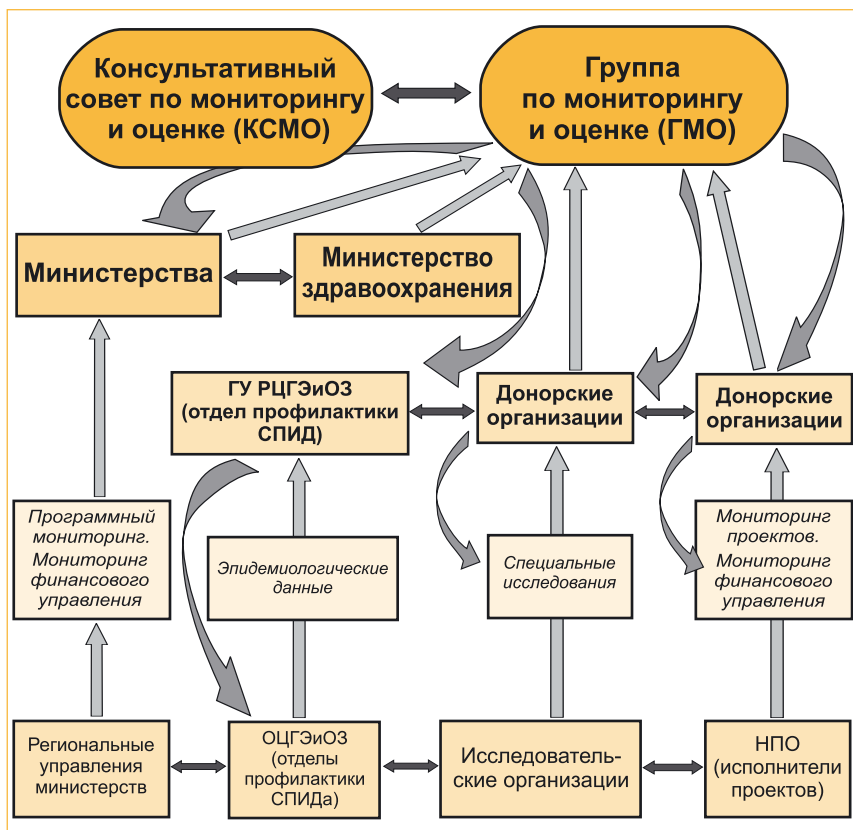


Рис. 2.1. Схема распространения данных

Глава 3. ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА ПО ВИЧ/СПИД (КРИС)

Точная информация и обоснованный анализ имеют важнейшее значение при разработке национальных мер в ответ на эпидемию ВИЧ/СПИД. В связи с этим необходимо создание и развитие информационных систем, которые способны обеспечить постоянно возрастающие требования к качеству учетных данных и анализа. Учитывая это, Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИД разработала информационную систему мониторинга ответных мер в области ВИЧ/СПИД (КРИС).

КРИС представляет собой информационную систему, работающую на основе баз данных, которая обеспечивает систематический сбор, хранение и распространение всей имеющейся информации. Она позволяет получать надежную и своевременную информацию в удобной для пользователя форме. Наличие такой информации способствует более точному анализу развития эпидемии, принятию необходимых ответных мер. Кроме того, это позволяет лучше информировать региональные и международные организации о национальной ответной деятельности. Данная система должна находиться в ведении Национального органа, координирующего деятельность по ВИЧ/СПИД в стране и действовать на основе национальных и региональных показателей.

Стандартизированная система КРИС имеет ряд преимуществ, в частности:

1. Простота и скорость создания системы мониторинга за национальными ответными мерами и улучшенный доступ к данным с помощью централизованной системы хранения информации.
2. Расширенная возможность для проведения мониторинга и оценки национальных программ по ВИЧ/СПИД и национальных мероприятий по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД на уровне страны, возможность хранить данные и проводить анализ при составлении регулярных отчетов об ответных мерах.
3. Возможность отслеживать успешные национальные мероприятия и положительный опыт, что ведет к созданию более качественных программ и проектов.
4. Возможность демонстрировать национальные действия в рамках Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД.
5. Улучшенные возможности отчетности перед организациями, которые оказывают поддержку национальным ответным мерам, благодаря использованию единой методики мониторинга и оценки на национальном уровне.
6. Улучшенная возможность проведения пропагандистских мероприятий на национальном и глобальном уровнях в поддержку национальных мероприятий по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД.

КРИС является инструментом обеспечения широкого обмена информацией в рамках национальных мероприятий по противодействию эпидемии. В системе используется технология, позволяющая наладить связь между информационными ресурсами и существующими системами баз данных. Характеристики системы позволяют переносить информацию как внутри баз данных КРИС, так и из других устоявшихся баз данных.

КРИС состоит из:

- базы данных по показателям, характеризующим исполнение национальных и международных обязательств в области ВИЧ/СПИД;

- ☉ базы данных о проектах, реализуемых в стране;
- ☉ базы данных о научных исследованиях в области эпидемиологии, лечения и профилактики ВИЧ-инфекции.

База данных по показателям обеспечивает страны инструментом для подготовки отчетов о национальных действиях во исполнение положений Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД, принятой специальной сессией Генеральной Ассамблеи ООН. Деятельность КРИС на национальном уровне дополняется Информационной базой данных по глобальным ответным мерам (ГРИД), которая расположена в Женевском офисе ЮНЭЙДС.

Наличие централизованной базы данных о ВИЧ/СПИД в стране важно для обеспечения эффективности мероприятий по мониторингу и оценке. КРИС позволяет вести учет и отслеживать все проведенные мероприятия, обеспечивая централизованное хранение и доступность информации для всех партнеров по мониторингу и оценке. Помимо этого система обеспечивает хранение всех протоколов исследований и вопросников, которая позволяет повторить их для обеспечения последовательности исследований среди разных групп и в различные периоды времени.

Глава 4. ДОЗОРНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

4.1. Общие принципы эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией

Эпидемиологический надзор за ВИЧ — систематический сбор данных о распространённости ВИЧ-инфекции среди населения в статике и динамике по определённым социально-демографическим характеристикам и географическим зонам.

Цель эпиднадзора — обеспечение достоверной информации об эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции в интересах осуществления и стратегического планирования программ профилактики и лечения ВИЧ/СПИД.

Данные эпиднадзора служат исходным материалом для разработки моделей, на основе которых производятся оценки уровня распространённости инфекции в стране и делаются прогнозы о количестве больных и неизбежном количестве летальных исходов.

Задачами эпиднадзора являются:

1. Получение информации о распространённости ВИЧ среди населения по демографическим и поведенческим подгруппам и географическим зонам. Эти данные необходимы для разработки и ориентации эффективных мероприятий в области просвещения, профилактики и снижения риска инфицирования.
2. Мониторинг тенденций ВИЧ-инфекции во времени и пространстве. Эта информация необходима для определения изменений в уровнях и схемах передачи ВИЧ, осуществления прогнозирования и моделирования хода развития эпидемии, а также для оценки воздействия мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции на эпидемическую ситуацию.

Сбор информации в целях эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией может осуществляться двумя методами:

1. **Серологический скрининг населения** на ВИЧ-инфекцию. В большинстве случаев ориентирован на широкие слои населения, получаемая информация не всегда даёт возможность разработки и проведения профилактических программ для специфических групп. Проведение серологического надзора среди всего населения требует получения информированного согласия от клиента и высоких материальных затрат.

Серологические обследования на базе всего населения могут быть очень полезными для определения возможных погрешностей эпиднадзора в дозорных группах. Поэтому для более детального понимания хода эпидемического процесса по ВИЧ следует провести сопоставление данных, полученных обоими методами.

2. **Дозорный эпиднадзор (ДЭН)** — систематический сбор данных о распространённости ВИЧ в выборочных группах населения (дозорные группы) на отдельных территориях (дозорные участки). Позволяет получать информацию о распространённости ВИЧ среди групп повышенной уязвимости.

4.2. Этапы проведения дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией

При проведении дозорных исследований индикаторные группы населения и дозорные участки не должны выбираться методом случайной выборки. Для обеспечения сопоста-

вимости данных, полученных от различных подгрупп в разное время, следует использовать стандартизованные методы и лабораторные процедуры.

Стандартизованные методы дозорного эпиднадзора (методы исследований, принципы формирования выборки, лабораторные процедуры) позволяют получить более точные оценки распространенности по демографическим и поведенческим подгруппам, что дает возможность сопоставлять данные и определять тенденции хода эпидемического процесса в пределах участков и между ними. Разработка стандартных процедур исследования включает следующие этапы:

1. Выбор дозорных групп и участков.
2. Определение метода сбора данных (несвязанное анонимное тестирование, добровольное тестирование и т.д.).
3. Определение размера выборки.
4. Установление четких критериев для включения представителей дозорных групп в выборку.
5. Схемы отбора проб.
6. Сроки сбора первичных данных.
7. Обработка и использование данных.
8. Периодичность проведения исследований.

4.2.1. Дозорные группы

Одна из наибольших трудностей при контроле за распространением ВИЧ заключается в выборе дозорной группы и определении того, насколько представительной является тестируемая группа для понимания хода эпидемического процесса в регионе. Следовательно, необходимо оценить, во-первых, степень репрезентативности результатов протестированной группы для всей группы дозорного населения, которое она представляет, а во-вторых, степень репрезентативности результатов дозорной группы населения для более широких слоев, точнее, для всего населения в целом.

Дозорные группы, используемые для эпиднадзора за ВИЧ

1. **Пациенты с ИППП.** Больные ИППП представляют собой дозорную группу, которая дает возможность оценить уровень ВИЧ-инфекции среди лиц, имеющих незащищенные сексуальные контакты. Данные, полученные в этой группе, могут служить в качестве индикаторов раннего обнаружения небезопасных сексуальных практик, так как пациенты с ИППП относятся к тем, кто подвергается очень высокому риску заражения ВИЧ половым путем. Вместе с тем, данные о тенденциях распространения ВИЧ-инфекции среди пациентов с ИППП следует трактовать с осторожностью. Они не являются достоверным индикатором успешной работы программ, поскольку при успешной реализации профилактических программ, число рискованных сексуальных контактов, а с ними — и число случаев ИППП, должно снижаться.
2. **Потребители инъекционных наркотиков (ПИН).** Данные о распространенности ВИЧ-инфекции среди лиц, употребляющих наркотические вещества инъекционно, имеют важное значение для понимания хода развития эпидемии. Однако для получения более точных оценок необходимо, чтобы дозорный эпиднадзор в этой группе осуществлялся не только на базе лечебных учреждений, но и среди лиц, употребляющих наркотики инъекционным способом, которые за лечением не обращаются.

3. Работники коммерческого секса; мужчины, имеющие сексуальные отношения с другими мужчинами (МСМ). Основной проблемой эпиднадзора среди этих групп также является проблема доступа. К числу возможных решений относятся услуги, предоставляемые этим группам, направленные на привлечение к добровольному несвязанному анонимному тестированию, или организация медицинских клиник, ориентированных на удовлетворение нужд этих групп населения.

4. Посетительницы женских консультаций. Женские консультации дают наиболее доступную картину состояния здоровых, сексуально активных женщин, представляющих население в целом, и поэтому наиболее часто используются в качестве участков дозорного эпиднадзора.

Существует целый ряд серьезных причин, влияющих на объективность данных, получаемых в отношении женщин, посещающих женские консультации. Данные по женщинам, посещающим женские консультации, могут отличаться от данных по женщинам, которые их не посещают, а среди последних будут находиться женщины, относящиеся к группам повышенной уязвимости к ВИЧ. Данные по женщинам, у которых наступила беременность, могут отличаться от данных по женщинам, у которых беременность не наступила.

Тем не менее, данные по дородовым участкам весьма надежны и могут использоваться для оценки ситуации по ВИЧ среди женского населения репродуктивного возраста.

5. Доноры крови. Так как скрининг донорской крови является обязательным, он является «бесплатным» источником данных о распространенности ВИЧ среди групп населения с низким риском инфицирования, поскольку лица, поведение которых создает угрозу ВИЧ-инфицирования, к сдаче крови не допускаются. При всей ограниченности получаемых данных изменения в распространенности ВИЧ среди доноров могут оказаться полезной информацией.

6. Лица, призывающиеся на воинскую службу. Призывников набирают методом случайной выборки из всего мужского населения требуемого возраста. В этих случаях новобранцы представляют собой относительно разнородную группу, дающую возможность проведения объективного несвязанного анонимного тестирования на ВИЧ и получения данных о распространенности ВИЧ среди лиц молодого возраста.

При выборе дозорных групп необходимо учитывать преобладающий путь передачи инфекции и уровень распространенности ВИЧ. Если показатель распространенности ВИЧ в группе повышенного риска инфицирования не превышает 2% , проведение исследований в группах низкого риска нецелесообразно.

Кроме того, группы должны отвечать следующим критериям:

- ☉ легко идентифицироваться;
- ☉ получать такие услуги, при которых получение образцов для тестирования не должно представлять сложностей;
- ☉ быть легко доступными для организаций, участвующих в проведении исследований.

4.2.2. Дозорные участки

Основными критериями для выбора дозорных участков являются следующие:

- ☉ географический — включение населенных пунктов, представляющих все регионы республики;
- ☉ вовлеченность в эпидемический процесс по ВИЧ-инфекции — уровень распространенности ВИЧ по результатам общего скрининга населения;

- ☉ наличие неблагоприятной эпидемической ситуации по ИППП/наркомании/парентеральным вирусным гепатитам — по данным официальной статистики и специальных исследований;
- ☉ преимущество — использование в качестве дозорных участков предыдущих исследованиях;
- ☉ доступность целевых групп — возможность получения репрезентативной выборки;
- ☉ наличие кадровых и материальных ресурсов — подготовленных специалистов, обладающих навыками проведения полевых исследований и лабораторной диагностики.

При планировании исследований в рамках дозорного эпидемиологического надзора следует учитывать два вида сдвига, приводящие к искажению получаемых результатов (распространенность ВИЧ/ИППП, поведенческие характеристики групп).

Сдвиг по выбору — системная ошибка при выборе дозорных групп, происходящая тогда, когда выбранные для обследования лица или группы лиц не являются эпидемиологически значимыми и отличаются от групп или индивидуумов, не выбранных для обследования (например, выбор больших ИППП в качестве дозорной группы, в то время как инфекция распространяется преимущественно среди лиц, употребляющих наркотические вещества).

Сдвиг по участию — системная ошибка, происходящая тогда, когда лица или группы лиц, участвующие в обследовании, отличаются от групп или индивидуумов, не участвующих в обследовании. Сдвиг по участию возникает при неправильном выборе метода исследования или ошибках при формировании выборочной совокупности (см. далее).

Сдвиг по участию является очень важным моментом для эпиднадзора, но его труднее скорректировать, чем сдвиг по отбору. Если сдвиг по участию не будет сведен к минимуму, любые изменения в распространенности ВИЧ во времени могут быть в такой же мере обусловлены изменениями в сдвиге по участию, как и истинным изменением в распространенности ВИЧ.

4.2.3. Методы сбора данных для дозорного эпидемиологического надзора

Существуют важные различия между процедурами тестирования на ВИЧ в целях эпиднадзора и в рамках программ по консультированию и профилактике ВИЧ-инфекции. Каждый вид деятельности требует таких методов сбора образцов, которые отвечают задачам достижения их важных, но различных целей. Дозорный эпиднадзор и программы по тестированию и консультированию должны проводиться независимо. Хотя при определенных условиях, таких как потребности представителей дозорной группы, совмещение ДЭН с консультированием возможно, но в данном случае велика вероятность сдвига по участию, так как в исследованиях могут принять участие только те клиенты, которые заинтересованы в консультировании. В зависимости от целей исследований выделяют несколько методов их проведения, в ходе которых осуществляется сбор образцов для тестирования.

Методы, ориентированные на программы оказания помощи

1. **Добровольное тестирование (ДТ):** участие в тестировании и получении услуг определяется по усмотрению заинтересованного лица. Может иметь место сдвиг по участию, поскольку лицо может иметь небольшую заинтересованность в прохождении теста или вообще избегать подобной процедуры, особенно в том случае, когда речь идет о представителях групп риска. Степень сдвига по участию будет зависеть от того, каким образом подбираются группы и организуется проведение обследования. В данном слу-

чае тестирование должно сопровождаться обязательным информированием и консультированием, кроме того, вся процедура должна соответствовать этическим нормам и соблюдению конфиденциальности. Данный вид тестирования в меньшей степени отвечает целям эпиднадзора за ВИЧ, но является обязательным в том случае, если ставится цель определения статуса клиента с последующим предоставлением помощи.

Добровольное тестирование может быть двух видов:

а) **добровольное конфиденциальное тестирование (ДКТ):** индивидуум соглашается на обследование на ВИЧ; процесс тестирования в обязательном порядке сопровождается консультированием. Личность тестируемого и результаты теста известны лишь ограниченному числу специалистов, участвующих в процессе обследования. При использовании данного метода большое внимание должно уделяться обеспечению конфиденциальности. Преимущество данного метода заключается в том, что он позволяет собирать более подробную информацию о социально-демографическом и поведенческом статусе обследуемого лица. Недостаток — вероятность большого сдвига по участию;

б) **добровольное анонимное тестирование (ДАТ):** индивидуум соглашается на обследование на ВИЧ; процесс тестирования может сопровождаться консультированием. Образцы кодируются, все данные, имеющие отношение к личности обследуемого, устраняются. При выборе данного метода возможен сдвиг по участию. Может использоваться в качестве инструмента ДЭН в том случае, если представители изучаемой группы согласны на использование данного метода и он соответствует потребностям обеих сторон. Данные, полученные в ходе добровольного анонимного тестирования, будут достоверно отражать распространенность в дозорной группе только в том случае, если доля участников, которым предлагалось тестирование, будет близка к 100%. Однако можно принять меры по улучшению достоверности оценок, если не все клиенты, которым предлагалось тестирование, согласились на его прохождение, т.е. доля участия намного ниже, чем 100%. Эти меры включают:

- ☉ подсчет лиц, отказавшихся от участия в исследовании;
- ☉ сбор демографической и поведенческой информации, характеризующей отказавшихся;
- ☉ применение метода несвязанного анонимного скрининга (если это возможно) для получения оценки распространенности ВИЧ среди отказавшихся, сравнение уровней инфицированности в обеих группах;
- ☉ консультирование и разъяснение целей и задач эпиднадзора среди дозорной группы с использованием для этих целей ее подготовленных представителей.

Обязательное (принудительное) тестирование (ОТ): индивидуум не имеет права выбора проходить или не проходить тестирование. В данном случае наибольший риск сдвига по участию, поскольку лица будут избегать прохождения теста.

Методы, ориентированные на цели эпиднадзора

Несвязанное анонимное тестирование (НАТ): образец крови, взятый для других целей, тестируется на ВИЧ после того, как все данные, имеющие отношение к личности обследуемого, устраняются. Данный метод является наиболее приемлемым для целей эпиднадзора, сдвиг по участию сводится до минимума, точность получаемых оценок распространенности возрастает. Однако существует опасность присутствия сдвига по выбору в том случае, если допущены ошибки при определении дозорных групп и критериев включения в выборку. Для

минимизации искажения данных необходимо тщательно планировать процедуру исследований. Метод не может использоваться в рамках программ консультирования и поддержки, поскольку обследованные лица не могут получить результат тестирования и пройти процедуру консультирования.

Ограничивающим фактором применения несвязанного анонимного тестирования является то, что этот метод можно использовать только в учреждениях здравоохранения, где взятие образцов для исследований является стандартной процедурой. Если сбор образцов проводится в иных местах, получение пробы от клиента в любом случае потребует его согласия после соответствующего разъяснения цели и процедуры тестирования. Следовательно, будет применяться метод добровольного анонимного тестирования.

4.2.4. Размеры выборки

Для мониторинга тенденций во времени размер выборок должен быть достаточным для обеспечения репрезентативности исходной оценки распространенности, которую можно будет сопоставлять с уровнями, наблюдаемыми в последующие периоды. При планировании более углубленных исследований целесообразно останавливаться на такой выборке, которая будет включать адекватное число специфических подгрупп в рамках дозорной группы, для которых оценки распространенности также необходимы. Например, оценка прироста новых случаев ВИЧ среди наркопотребителей. В данном случае репрезентативная выборка по ПИН молодого возраста (15–20 лет), имеющим небольшой стаж наркопотребления, в общей совокупности играет важную роль. При таких исследованиях необходимо определить размер выборки по каждой подгруппе, а затем суммировать общую выборку, требуемую для дозорного участка. Аналогичным образом, когда требуются отдельные оценки для мужчин и женщин, минимальную выборку следует устанавливать отдельно и для мужчин, и для женщин.

Между отдельными географическими зонами существуют различия в уровнях распространенности ВИЧ и численности изучаемых групп. Поэтому минимальный размер выборки, требуемый для целей эпиднадзора, необходимо определять для каждого дозорного участка.

4.2.5. Схемы отбора проб

Последовательный отбор заключается во взятии проб от каждого пациента, который отвечает критериям отбора. С оперативной точки зрения этот метод наиболее легкий для осуществления и дает меньше возможности для непреднамеренного манипулирования. Вариабельность проб будет минимальной и, соответственно, оценки распространенности — более точными.

Систематический отбор проб — метод, при котором произвольно выбирается первый пациент, отвечающий критериям выборки, а затем выбирается каждый N -й после него до тех пор, пока не будет достигнуто установленное число образцов. Этот метод наиболее труден для правильного выполнения и требует большего внимания к процедуре сбора образцов, поэтому не рекомендован для проведения ДЭН, особенно среди труднодоступных групп населения.

Простой произвольный отбор проб не рекомендован в целях дозорного эпиднадзора, основан на использовании числовых таблиц для определения произвольных номеров, которые определяют лиц для включения в выборку.

4.2.6. Сбор дополнительных данных

При любом выбранном методе дозорного эпиднадзора необходимо получить минимальную информацию относительно социально-демографической характеристики каждого из клиентов. Такая информация должна включать пол, возраст/возрастную группу; для группы наркопотребителей важны данные относительно стажа употребления наркотических веществ, дополнительно возможно получение сведений о семейном положении, занятости и т.д. Данная информация может быть получена на основе стандартных бланков сбора данных; для простоты обработки в эти бланки могут вноситься результаты тестирования. В целях соблюдения конфиденциальности получаемых данных вся информация должна вноситься в закодированном виде на основе стандартной системы кодов.

При добровольном (конфиденциальном/анонимном) тестировании возможен сбор поведенческой информации на основе стандартной анкеты. Ключевые вопросы, касающиеся рискованного поведения, следует формулировать аналогичным образом в различных исследованиях, чтобы обеспечить сопоставимость данных. Анкеты по возможности должны быть краткими и содержать четко сформулированные вопросы, чтобы не создавать дополнительного риска отказа от участия в исследованиях.

Эпиднадзор столь же значительно зависит от использования стандартизированных, надежных лабораторных процедур, как и от тщательно спланированных методов наблюдения. Оценка деятельности лабораторий, обеспечение контроля качества лабораторных работ, включающих соблюдение методик тестирования, условий хранения и подготовки проб, являются неотъемлемой частью процесса проведения дозорного эпиднадзора за ВИЧ.

4.2.7. Сроки проведения исследований

Одной из задач эпиднадзора является прослеживание тенденций распространенности ВИЧ во времени, по группам населения и отдельным территориям. Для выполнения этой задачи получают серийные оценки распространенности ВИЧ. Временные тенденции целесообразно прослеживать на основе моментальных или точечных показателей распространенности.

Моментальный уровень распространенности — период отбора проб (длительность выборки) не превышает 6 недель.

Показатель распространенности за период — сбор образцов в целях эпиднадзора осуществляется более 6 недель.

При определении распространенности (моментальной или за период) важным условием проведения качественных исследований является необходимость предотвращения «двойного учета» (взяты проб от одного и того же лица несколько раз в течение периода выборки). В том случае, если тестирование осуществляется методом несвязанного анонимного скрининга (отсутствует возможность идентификации образцов), длительный период выборки может потенциально привести к значительному двойному учету. Такой учет искажает оценку распространенности за период, если не принимаются определенные меры, которые должны оговариваться при разработке критериев для включения в выборку. Например, двойной учет можно свести к минимуму, если критерием для включения в выборку будет являться первичное посещение дозорного участка.

Для дозорных участков с небольшим количеством пациентов (менее 250 за 6 недель) следует получать данные по распространенности за период. Этот принцип может использоваться в группах населения, доступ к которым затруднен (например, лица, употребляющие наркотики инъекционным способом), для сбора достаточно большого количества образцов, дающих статистически значимые результаты. В таких случаях показатель моментной распространенности можно заменить показателем распространенности за определенный период времени. И хотя этот метод дает большее количество погрешностей, он может рассматриваться в качестве альтернативной стратегии для выполнения задач эпиднадзора в группах повышенной уязвимости к ВИЧ, особенно если их представители относятся к маргинализируемым слоям населения.

Частота проведения исследований на одном дозорном участке должна быть не чаще одного раза в 12 месяцев. На тех территориях, где показатель распространенности среди изучаемой группы составляет выше 30%, рекомендуемая периодичность проведения исследований может составлять 2–3 года. При этом основное внимание должно быть сосредоточено на определении тенденций в изменениях уровня инфицированности в тех возрастных группах, в которых люди начинают практиковать рискованное с точки зрения инфицирования ВИЧ поведение, т.е. среди молодежи 15–24 лет.

4.2.8. Анализ и распространение данных

Определение показателя распространенности

При интерпретации данных нельзя проводить суммирование показателей распространенности для разных дозорных участков, за исключением тех случаев, когда два или более участка имеют схожие эпидемические, демографические и другие характеристики, влияющие на развитие эпидпроцесса по ВИЧ. Следовательно, уровни распространенности должны быть рассчитаны для каждого дозорного участка и каждой дозорной группы в отдельности.

Интервалы доверия являются статистической мерой точности оценки распространенности для определенной степени точности (уровень статистического доверия — интервал доверия). Для целей дозорного эпиднадзора рекомендуемым уровнем доверия является 95% -ный интервал доверия.

Расчет интервала доверия в отношении оценок распространенности может помочь определить, является ли распространенность, полученная в разные моменты времени, существенно различной или изменения в оценке распространенности в такой же мере могут объясняться статистическими ограничениями исследования.

Пределы случайных колебаний показателя определяются при помощи средней ошибки показателя S_p , которая вычисляется по формуле

$$S_p = \sqrt{\frac{pq}{n}},$$

где p — величина показателя; $q = 1 - p$, если показатель выражен в отношении к единице, или $100 - p$, если показатель выражен в процентах; n — число наблюдений.

Достоверность полученного показателя определяют при помощи коэффициента достоверности (t), т.е. отношения показателя к своей средней ошибке: $t = p / S_p$. Чем выше t , тем выше степень вероятности показателя. Показатель считается в достаточной степени достоверным, если $t \geq 2$, т.е. достоверность равна или превышает 95%.

При числе наблюдений меньше 30 средняя ошибка вычисляется по формуле

$$S_p = \sqrt{\frac{pq}{n-1}}.$$

Если полученный показатель близок к значениям 100% или 0% (например, 0,2% или 99,8%), средняя ошибка показателя вычисляется по формуле

$$S_p = \frac{t^2 \cdot 100}{n + t^2},$$

где t – выбирают исходя из того, какая степень достоверности показателя необходима ($t = 2$ при достоверности 95%; $t = 3$ при достоверности 99%), и числа наблюдений.

Для расчета данных, полученных в ходе дозорного эпиднадзора, ВОЗ рекомендует использовать следующие подходы (Учебный модуль «Эпиднадзор за ВИЧ-инфекцией, приложение В». ВОЗ, 1992).

В том случае, если распространенность ВИЧ превышает 2% и размер выборки равен или выше 250 для получения интервала доверия оценки распространенности используется следующая формула:

$$S_p = Z \sqrt{\frac{p(1-p)}{N}},$$

где p — показатель распространенности; N — размер выборки; Z — коэффициент, зависящий от выбранного интервала доверия:

$Z = 1,65$ для интервала доверия 90%;

$Z = 1,97$ для интервала доверия 95%;

$Z = 2,57$ для интервала доверия 99%.

Когда размер выборки менее 250 для любого показателя распространенности или полученный показатель распространенности равен или менее 2% при любом размере выборки, границы интервала доверия оцениваются на основе специальных таблиц (Учебный модуль «Эпиднадзор за ВИЧ-инфекцией, приложение В». ВОЗ, 1992).

Оценка новых случаев

Из суммарного показателя распространенности ВИЧ невозможно непосредственно получить данные по числу новых случаев. Однако расчеты и представление данных по распространенности ВИЧ по возрастным группам являются полезным косвенным методом в оценке числа новых случаев, особенно в более молодых возрастных группах. При этом необходимо принять меры для того, чтобы доля данной возрастной группы в общей выборке была репрезентативна. Для косвенной оценки новых случаев можно также использовать результаты обследований по срезам (*cross-sectoral-surveys*) на основе картонных методов, повторяемых через определенные промежутки времени. В этом случае важно проведение тестирования одних и тех же лиц на протяжении всего периода наблюдения.

Анализ тенденций

Определение тенденций развития эпидемического процесса на основе оценок распространенности является важным компонентом эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией. Однако при анализе тенденций необходимо учитывать ряд факторов.

Сопоставление серии исследований, проведенных на одном дозорном участке и в дозорной группе, возможно только в том случае, если применялись стандартизованные процедуры. Не рекомендовано проводить сопоставление данных по распространенности, если одни показатели были получены методом моментальной распространенности, а другие — за период.

На тех дозорных участках, где проводятся определенные профилактические вмешательства среди выбранных дозорных групп, данные исследований позволяют оценивать степень воздействия программ профилактики и в случае необходимости увеличивать их эффективность. Однако при интерпретации результатов эпиднадзора в динамике среди групп повышенной уязвимости к ВИЧ необходимо учитывать, что показатель распространенности может быть обусловлен не только изменением уровня инфицированности группы, но и доступу к ней.

Стабилизация показателя распространенности ВИЧ, зарегистрированная дозорным эпиднадзором, может являться результатом:

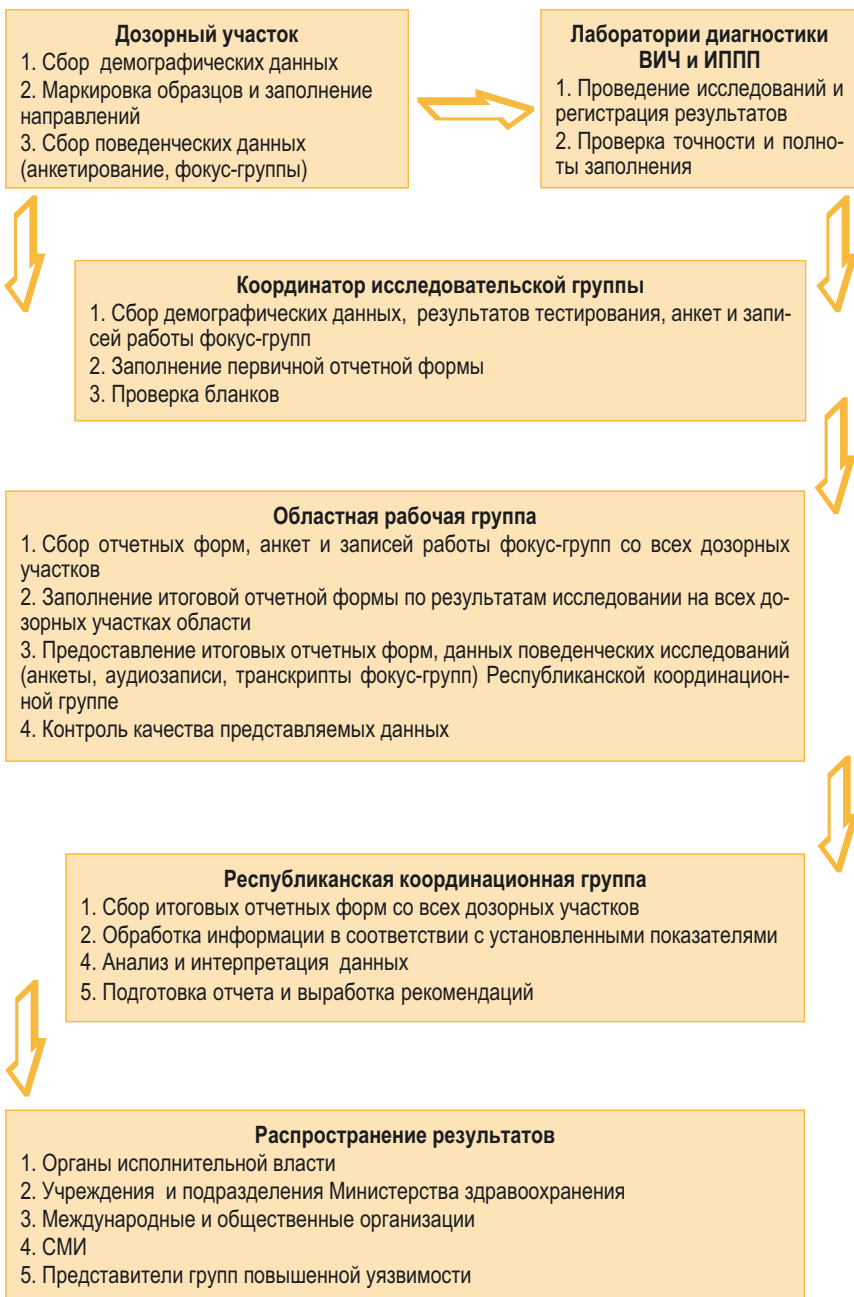
стабилизации по новым случаям заболевания;

- роста смертности;
- снижения охвата тестированием на дозорном участке;
- изменений в возрастной структуре инфицированных, особенно по отношению к возрастной структуре дозорной группы населения;
- изменений, происходящих с течением времени в группах населения, тестируемых на дозорных участках;
- изменения времени выживания инфицированных лиц.

4.2.9. Этапы проведения ДЭН

1. Разъяснение концепции (методы, цели и задачи) ДЭН среди основных партнеров.
2. Обсуждение и принятие методологии исследований.
3. Определение основных изучаемых групп (дозорные группы) и регионов (дозорные участки).
4. Разработка и апробация основных инструментов исследования (бланки направлений на исследования, анкеты, сценарии фокус-групп, бланки сбора демографических данных) и форм отчетности.
5. Подготовка протокола исследований, его согласование со всеми заинтересованными сторонами.
6. Подбор и обучение персонала, участвующего в проведении ДЭН.
7. Проведение исследований, мониторинг соблюдения процедуры исследования (полнота и качество получаемых данных).
8. Анализ первичных данных, составление проекта отчета и получение комментариев от партнеров по ДЭН.
9. Обсуждение хода исследований, выявление трудностей в его проведении, выработка рекомендаций по совершенствованию процедуры ДЭН.
10. Подготовка отчета по результатам ДЭН, его опубликование.

Схема сбора и распространения информации в ходе дозорного эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией



4.3. Обзор методов сбора данных для дозорного эпиднадзора второго поколения

По мере того, как ВИЧ продолжает распространяться во всем мире, становится все более очевидным, что характер эпидемии меняется от страны к стране, различные группы населения вовлекаются в эпидемический процесс, на отдельных территориях инфицирование может происходить различными путями. В некоторых странах вирус не распространяется за пределы небольших, строго очерченных групп населения. В других странах он вышел за их пределы и распространился на более широкие слои сексуально активных представителей взрослого населения. Есть страны, где возникает сразу несколько эпидемий, которые протекают в различных группах населения параллельно, но относительно обособленно. Это усложняет задачу мониторинга эпидемии, принятия мер по предупреждению ее дальнейшего распространения и планирования мероприятий по минимизации последствий. Кроме того, это повышает важность понимания природы эпидемии в каждой из стран.

Обеспечить такое понимание можно лишь при наличии дополнительной информации о том, кто в данной стране подвергается наибольшему риску и какие формы поведения ставят этих людей под угрозу.

Простая регистрация показателя распространенности ВИЧ-инфекции не объясняет, что послужило причиной изменений в ходе эпидемического процесса. Для понимания тенденций распространенности ВИЧ необходим продуманный надзор за формами поведения. Кроме того, целесообразно усилить внимание к новым случаям заражения.

Системой эпиднадзора второго поколения называют усиленные системы мониторинга ВИЧ, которые должны обеспечить необходимую информацию, используя различные источники. Система эпиднадзора должна быть адаптирована к особенностям эпидемии в каждой стране и обеспечивать сбор данных о группах населения, подвергающихся наибольшему риску инфицирования ВИЧ, группах, поведение которых связано с высоким уровнем риска, или молодежи, находящейся в самом начале сексуальной жизни. Основным принципом системы эпидемиологического надзора за ВИЧ второго поколения является сопоставление информации о распространенности ВИЧ с информацией о формах поведения, способствующих распространению вируса, что позволяет получать информативную картину об изменениях, претерпеваемых эпидемией с течением времени. Важным компонентом системы является использование данных эпиднадзора за инфекционными болезнями, отчетов о состоянии репродуктивного здоровья, распространенности ИППП и т.д. — всего, что расширит представление об эпидемии ВИЧ и о формах поведения, способствующих её распространению.

Таким образом, **в основу системы эпиднадзора второго поколения положен комплексный подход к оценке ситуации по ВИЧ/СПИД, включающий биомедицинский надзор за ВИЧ/СПИД и биологическими маркерами распространения ВИЧ-инфекции (парентеральные гепатиты, ИППП и т.д.), а также поведенческий надзор (определение поведенческих факторов, влияющих на распространение ВИЧ).**

Сбор данных в ходе второго поколения эпидемиологического надзора за ВИЧ осуществляется по двум основным направлениям.

Биомедицинский надзор

- Серологические исследования на ВИЧ (скрининг населения на ВИЧ, дозорный эпиднадзор в определенных группах населения, скрининг донорской крови)

- ☉ Мониторинг случаев ВИЧ-инфекции, СПИДа, летальности от СПИДа и СПИД-ассоциированных болезней
- ☉ Эпиднадзор за ИППП, туберкулезом, парентеральными гепатитами и т.д.

Поведенческий надзор (социологические исследования)

- ☉ Регулярные сквозные обследования среди населения в целом
- ☉ Регулярные сквозные обследования в определенных группах населения

При любом характере эпидемии целью эпиднадзора является обеспечение информации, которая повышает и улучшает результативность мероприятий по противодействию распространения ВИЧ-инфекции. При помощи биомедицинского надзора осуществляется мониторинг тенденций распространения инфекции, тогда как поведенческий надзор позволяет проводить мониторинг тенденций в поведении, которое ведет к инфицированию. Совокупные данные, собираемые обоими направлениями эпиднадзора, могут дать оценку эффективности национальных мероприятий по снижению уровня распространенности ВИЧ-инфекции и пропаганде безопасного поведения.

Сбор и использование данных изменяются в зависимости от характера эпидемии, регистрируемой на территории. При незначительной распространенности ВИЧ данные поведенческого надзора могут послужить средством раннего обнаружения возможной эпидемии. Репрезентативные поведенческие данные позволяют определить группы риска среди населения и сосредоточить ресурсы серологического надзора там, где это даст максимум информации об эпидемии. Кроме того, поведенческие данные помогают объяснить тенденции распространенности инфекции в условиях распространившейся эпидемии.

4.3.1. Биомедицинский надзор

Биомедицинский надзор включает несколько компонентов: серологический надзор за ВИЧ-инфекцией, изучение распространенности биологических маркеров ВИЧ, таких как ИППП, парентеральные вирусные гепатиты и др., а также мониторинг заболеваемости СПИДом и летальности от СПИДа.

Данные о распространенности ВИЧ могут быть получены путем общего скрининга населения, а также при проведении специальных исследований методом дозорного эпиднадзора. Сегодня мировое сообщество пришло к пониманию того, что изучение ситуации по ВИЧ-инфекции должно базироваться на регистрации не только случаев СПИДа, как это делалось до настоящего времени в большинстве стран мира, но и всех случаев ВИЧ-инфекции (на это были ориентированы изначально все системы эпиднадзора за ВИЧ в странах бывшего постсоветского пространства).

Методы осуществления серологических исследований, в том числе дозорного эпидемиологического надзора, которые были рассмотрены выше, не претерпели изменений в системе эпиднадзора второго поколения.

Биомедицинские индикаторы риска инфицирования ВИЧ

Важным индикатором потенциального риска ВИЧ-инфицирования являются ИППП, так как они выступают, во-первых, фактором, сопутствующим инфекции, а во-вторых, указывают на наличие небезопасных практик сексуального поведения. Высокий уровень ИППП может служить предупреждением возможности распространения ВИЧ в тех группах населения, где сам вирус иммунодефицита еще не распространился.

В целом сексуально-передаваемые инфекции в большей степени отражают поведение, связанное с риском в недавнем прошлом, чем данные о распространенности ВИЧ, так как продолжительность течения ИППП относительно невелика. ВИЧ-инфекция может указывать на рискованное поведение в недавнем прошлом, однако точно также она может быть свидетельством такого поведения в течение нескольких последних лет. Повышение степени безопасности поведения гораздо быстрее отражается на снижении уровня заболеваемости ИППП, чем ВИЧ.

По этим причинам качественные данные о заболеваемости и распространенности ИППП могут оказать значительную помощь при определении тенденций в связи с рискованными сексуальными контактами, определении потенциального риска ВИЧ-инфицирования, а также при мониторинге эффективности мероприятий, направленных на пропаганду более безопасного секса.

В качестве эпидемиологической модели ВИЧ-инфекции могут использоваться вирусные гепатиты с гемоконтактным механизмом передачи. Изучение распространенности данных инфекций, особенно в популяции инъекционных наркотребителей, позволяет оценивать потенциал реализации парентерального пути передачи ВИЧ и выявлять изменения в практиках потребления инъекционных наркотических веществ.

Наблюдающийся в последнее время рост распространенности в мире туберкулеза связывают с эпидемией ВИЧ. Следует учитывать, что, являясь оппортунистической инфекцией, сопутствующей ВИЧ, туберкулез развивается обычно лишь по прошествии нескольких лет после заражения ВИЧ-инфекцией. Поэтому показатель распространенности ВИЧ среди больных туберкулезом может служить индикатором заболеваемости ВИЧ несколькими годами ранее.

4.3.2. Поведенческий надзор

Поведенческий надзор означает регулярные сквозные исследования, дающие информацию о формах поведения, способствующего инфицированию ВИЧ и распространенного в репрезентативных группах населения.

Существуют два основных вида поведенческих обследований на ВИЧ: обследование населения в целом и обследование определенных, представляющих интерес, групп населения.

Изучение поведения всего населения

Исследования поведения, связанного с риском заражения ВИЧ, среди населения в целом осуществляются путем опроса выборочных представителей. Выборка может ограничиваться определенной возрастной категорией либо мужскими или женскими группами. Однако в остальных случаях такие обследования обычно ориентируются на получение возможно более полной картины среди населения в целом.

Наиболее экономичным способом обеспечения широкого сквозного обследования обычно является случайный отбор лиц по месту жительства в конкретном районе, области или по всей стране, в зависимости от масштабов исследования.

Обследования населения в целом представляют собой наиболее приемлемый инструмент для слежения за изменениями степени риска ВИЧ-инфицирования населения с течением времени. Они позволяют получать достаточно достоверные данные, которые могут сопоставляться для различных периодов времени и географических районов. Они полезны для изучения степени распространенности поведения, связанного с риском, а

также взаимосвязей между группами населения с низким и высоким поведенческим риском.

Обследования всего населения могут также играть важную роль в мониторинге изменений, происходящих в поведении людей после проведения профилактических кампаний. Они помогают оценить совокупное воздействие различных компонентов национальной программы профилактики ВИЧ-инфекции. Однако этот метод непригоден для оценки эффективности отдельных кампаний или инициатив, имеющих определенные целевые группы.

Интеграция компонентов по изучению распространенности ВИЧ и сексуального поведения в Исследованиях демографической ситуации и здоровья, национальные исследования в сфере здравоохранения или другие регулярные исследовательские программы позволяют значительно снизить затраты на проведение периодического эпиднадзора за поведением, связанным с риском ВИЧ-инфицирования и отношением к этому риску среди всего населения.

Изучение поведения отдельных групп населения

Некоторые группы населения подвергаются большему риску заражения ВИЧ-инфекцией, чем другие. Поведение этих людей может играть важную роль в распространении ВИЧ-инфекции, особенно в тех случаях, когда эпидемия не выходит за рамки групп, поведение которых связано с повышенным риском инфицирования. Однако выявить эти группы при проведении обследований на базе населения в целом достаточно сложно.

В прошлом поведенческие исследования в группах риска были связаны в основном с разработкой и/или оценкой конкретных противоэпидемических мероприятий. При этом не делалось каких-либо попыток получения данных для мониторинга временных тенденций в изменении форм поведения. Выборки для обследования групп риска необходимо составлять отдельно от населения в целом и делать это таким образом, чтобы иметь возможность проведения повторных обследований для отслеживания изменений в поведении, связанном с риском, происходящих с течением времени.

Построение достоверной выборки может оказаться весьма сложной задачей, особенно в тех случаях, когда изучается поведение тех групп населения, которые относятся к маргинализированным слоям общества. Необходимо прилагать все усилия к тому, чтобы обследование было максимально репрезентативным для данной группы населения. Успех проведения эпидемиологического надзора в маргинальных сообществах зависит от возможности сведения к минимуму погрешности участия за счет обеспечения информированного согласия и абсолютной конфиденциальности.

Методика составления выборок при обследовании групп населения должна тщательно документироваться и применяться единообразно, с тем, чтобы результаты последующих этапов исследований могли отражать имеющиеся тенденции с достаточной степенью достоверности. Наряду с полученными результатами исследований необходимо указать и наиболее вероятные причины погрешностей. В тех случаях, когда в составлении карт, работе с выборкой и привлечении участников активно задействованы представители групп риска, выборочные обследования дают более достоверные результаты.

Погрешности при проведении поведенческих исследований

На достоверность получаемых данных влияет целый ряд факторов, особенно в тех случаях, когда изучаются аспекты сексуального поведения или употребления наркотиков.

Чаще всего респонденты не склонны обсуждать эти вопросы с незнакомыми лицами (интервьюерами) или стараются дать более позитивную информацию о себе. В данном случае необходимо тщательно выбирать методы исследований. Например, при достаточно высоком уровне грамотности опросы с помощью анкет могут способствовать большей искренности со стороны респондентов, чем при устном интервью, когда может превалировать желание давать «правильные» или социально приемлемые ответы. В качестве интервьюеров можно использовать лиц, прошедших соответствующую подготовку и являющихся представителями изучаемого сообщества.

Проведение поведенческого обследования невозможно без информированного согласия респондентов. Помимо сбора поведенческих данных необходимо производить базовый социально-демографический опрос. Это необходимо для того, чтобы определить степень сходства изучаемых подгрупп между собой и в течение изучаемых периодов времени.

Все проводимые исследования должны иметь обратную связь — полученная информация должна предоставляться изучаемому сообществу, чтобы оказать ему помощь в мобилизации действий против распространения ВИЧ-инфекции или смягчении ее последствий. Сообщество следует информировать также о планируемых противоэпидемических мероприятиях.

4.3.3. Основные показатели, применяемые в эпидемиологическом надзоре за ВИЧ второго поколения

Данные биомедицинского надзора используются для получения основных показателей, характеризующих ход развития эпидемического процесса. К ним относятся:

- распространенность ВИЧ;
- распространенность ИППП;
- распространенность туберкулеза;
- летальность от СПИДа среди взрослого населения;
- летальность от СПИДа среди детей.

В большинстве случаев данные о распространенности ВИЧ/СПИД, ИППП и парентеральных вирусных гепатитов должны представляться по группам молодого сексуально активного населения (15–24 лет), а также по возрастным группам, наиболее активным в репродуктивном отношении (15–49 лет). Стандартной также должна быть отчетность о распространенности ВИЧ по возрастным группам в интервалах по пять лет. Отчеты о случаях заболевания СПИДом должны содержать целый ряд переменных, таких как возраст, пол, предполагаемый путь инфицирования, СПИД-индикаторное заболевание, дату постановки диагноза и составления отчетов.

Набор **показателей, характеризующих поведение**, может незначительно меняться в зависимости от обследуемой группы, но в целом они должны описывать следующие характеристики:

- наличие сексуальных контактов с непостоянным партнером;
- использование презервативов во время сексуальных контактов с непостоянным партнером;
- возраст, в котором произошел первый сексуальный контакт;
- использование стерильных инъекционных принадлежностей для введения наркотических веществ;

и др. с учетом особенностей каждой из изучаемых групп населения.

Все поведенческие показатели также целесообразно рассматривать не только в общей совокупности, но и по возрастным и половым подгруппам. Поскольку важным результатом противоэпидемических кампаний является увеличение возраста вступления в сексуальную жизнь, рекомендуется делать отдельные выборки — по подросткам и по молодежи в возрасте от 20 до 24 лет.

В ходе исследований важно получать не только эпидемиологические и поведенческие показатели, но и характеристики, описывающие изучаемые группы по **социально-демографическим** признакам, таким как:

- возраст;
- пол;
- социально-экономический и образовательный статус;
- показатель оседлости или миграционный статус;
- семейное положение;

Наличие информации по всем вышеперечисленным показателям позволяет не только получать более достоверную эпидемическую картину, но и осуществлять планирование и оценку противоэпидемических и медико-социальных мероприятий, направленных на обеспечение лечения и поддержки людей, живущих с ВИЧ/СПИД.

4.4. Эпидемиологический надзор на различных стадиях развития эпидемии ВИЧ-инфекции

Для целей эпидемиологического надзора ЮНЭЙДС и ВОЗ предлагают описывать эпидемию по ее текущей стадии: начальной, концентрированной и генерализованной. При этом допускается, что на территории одной страны могут присутствовать несколько стадий эпидемии, которые со временем могут изменяться.

Классификация стадий

1. Начальная

Характеристика: Распространение ВИЧ-инфекции не достигло значительного уровня ни в одной из групп населения, даже в группах повышенной уязвимости к ВИЧ (показатель инфицированности устойчиво не превышает 5%).

2. Концентрированная

Характеристика: Инфекция быстро распространилась среди определенных групп населения, не укоренившись среди населения в целом. Показатель инфицированности превышает 5%, как минимум в одной из определенных групп населения (групп риска). Распространенность среди беременных женщин в городах менее 1%.

3. Генерализованная

Характеристика: ВИЧ-инфекция распространяется среди общего населения. Распространенность среди беременных женщин более 1%.

В период как начальной, так и концентрированной стадий эпидемии системы эпиднадзора могут обеспечить раннее обнаружение факторов риска, которые могут привести к распространению ВИЧ. Поскольку на начальной стадии эпидемии регистрируется незначительное количество случаев ВИЧ, системы эпиднадзора опираются главным образом на сбор поведенческих данных и другие показатели риска, такие как ИППП. На началь-

ной стадии эпидемии данные поведенческого надзора могут быть использованы для выявления групп повышенного риска, а также поведения, подвергающего их риску.

В условиях концентрированной стадии системы эпиднадзора должны выяснять наличие контактов и их частоту между представителями групп повышенного риска и населением в целом, для которого риск инфицирования ниже. На этом этапе активная профилактика может помочь свести к минимуму распространение и влияние инфекции в группах повышенного риска, сохраняя критическую массу инфекции на низком уровне и предотвращая распространение ВИЧ-инфекции на более широкие слои общества.

Интерпретация тенденций в связи со стабилизацией или снижением распространенности ВИЧ как показателем эффективности программы в условиях начальной или концентрированной стадий представляет особую трудность, так как невозможно предсказать, по какому пути развивалась бы эпидемия в случае неприменения мер вмешательства.

Таким образом, системы второго поколения эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией должны:

- ☉ соответствовать эпидемической ситуации (стадии эпидемии), регистрируемой в стране;
- ☉ обладать динамичностью, изменяясь вместе с эпидемией;
- ☉ использовать ресурсы в тех областях, которые приносят наиболее полезную информацию;
- ☉ сопоставлять биологические и поведенческие данные для обеспечения максимальной информативности;
- ☉ использовать полученные данные для усиления и совершенствования противоэпидемических мер на национальном уровне.

4.4.1. Рекомендации по эпидемиологическому надзору на начальной стадии эпидемии

Методы надзора

1. Сквозные поведенческие обследования групп, поведение которых связано с риском.
2. Эпиднадзор за ИППП и другими биомедицинскими показателями риска.
3. Эпиднадзор за ВИЧ в группах повышенной уязвимости.
4. Мониторинг случаев ВИЧ-инфекции и СПИДа.
5. Серологический скрининг на основе апробации донорской крови.

Поведенческий надзор. На начальной стадии эпидемии рекомендуется проводить сквозные поведенческие обследования групп повышенного риска ВИЧ-инфицирования. Необходимо, чтобы существование таких групп населения и их потенциальное влияние на местную эпидемию было подтверждено с помощью прикладного исследования. Учитывая, что со временем социальные условия меняются, необходимо постоянно обновлять информацию о наличии и влиянии различных групп населения на ход развития эпидемии.

После определения групп риска следует посредством поведенческих обследований осуществлять слежение за изменениями в моделях незащищенных сексуальных контактов и инъекционного употребления наркотиков в этих группах. Кроме того, поведенческие исследования должны обеспечивать сбор информации о сексуальных контактах между представителями групп риска и населением в целом.

Биомедицинский надзор. Первичной целью надзора в условиях начальной стадии является выявление присутствия ВИЧ в тех группах населения, поведение которых обуславливает высокий риск инфицирования. Если распространенность ВИЧ составляет менее 1% или близка к этому значению, точная оценка временных тенденций может оказаться невозможной. Изучение ситуации следует начинать с групп повышенной уязвимости к ВИЧ, проживающих в крупных населенных пунктах, где присутствие инфекции более вероятно.

4.4.2. Рекомендации по эпидемиологическому надзору на концентрированной стадии эпидемии

Эпидемиологический надзор за ВИЧ на концентрированной стадии эпидемии включает все методики, рекомендованные для начальной стадии, с добавлением некоторых элементов, в которых больше внимания уделяется контактам между группами с различным уровнем риска.

Методы надзора

1. Биомедицинские и поведенческие исследования в группах повышенной уязвимости.
2. Биомедицинские и поведенческие исследования в группах-проводниках.
3. Сквозное изучение поведения населения в целом.
4. Серологический скрининг на ВИЧ среди населения (на данной стадии эпидемии рекомендуется проводить в городских районах на основе индикаторных групп, представляющих благополучные по риску инфицирования слои населения, например беременные женщины).

Поведенческий надзор. Основное внимание при проведении поведенческих исследований на концентрированной стадии эпидемии должно уделяться выявлению контактов и форм поведения, связанных с риском распространения ВИЧ среди населения.

Поведенческие обследования рекомендуется проводить среди населения в целом, особенно среди молодежи. Цель таких обследований — изучение уровня поведенческого риска всего населения и оценка потенциальной возможности генерализованного распространения ВИЧ в случае внедрения вируса в широкие слои населения. Обследование создает также основу для оценки изменения форм поведения в дальнейшем. Необходимо, чтобы в ходе поведенческих обследований среди всего населения предпринимались попытки выявления связи между представителями групп малого риска и теми группами, где наблюдается концентрация ВИЧ, иными словами — выявлялись потенциальные группы-проводники.

Проведение регулярных сквозных обследований по месту жительства является относительно дорогостоящим мероприятием. В связи с этим рекомендуется, чтобы проведение таких обследований осуществлялось 1 раз в 4–5 лет. Поведенческие исследования в группах повышенной уязвимости к ВИЧ необходимо проводить с меньшей периодичностью: 1 раз в 1–2 года, что дает возможность получения более оперативной информации об изменениях в поведенческих практиках.

Биомедицинский надзор. Серологические исследования на ВИЧ должны проводиться не только в группах риска, но и в группах-проводниках. Нередко результаты

серологического надзор за ВИЧ в таких группах служат предупреждением об угрозе эпидемии в группах малого риска.

В условиях концентрированной эпидемии необходимо обеспечить проведение исследований среди благополучного по риску инфицирования населения. В качестве индикаторной группы можно рассматривать беременных женщин, поскольку они представляют сексуально активную часть общества. Кроме того, проведение исследований в данной группе не представляет технических сложностей с получением образцов для тестирования. Целью таких исследований является подтверждение факта передачи ВИЧ из групп риска остальному населению и распространения его в общей популяции.

Наиболее сложной задачей, стоящей перед эпиднадзором в условиях начальной и концентрированной стадий эпидемии, является обеспечение доступа к представителям групп повышенной уязвимости с целью изучения поведения и распространения инфекции.

4.4.3. Рекомендации по эпидемиологическому надзору на генерализованной стадии эпидемии

Несмотря на то, что на генерализованной стадии эпидемии доминирующей всегда является гетеросексуальная передача инфекции среди общей популяции населения, возможна гиперконцентрация вируса в группах, поведение представителей которых связано с повышенным риском инфицирования.

Методы надзора

1. Серологический скрининг на ВИЧ беременных женщин в городских и сельских районах.
2. Сквозное поведенческое обследование населения в целом.
3. Сквозное поведенческое обследование молодежи.
4. Биомедицинский и поведенческий надзор в группах повышенной уязвимости.
5. Мониторинг заболеваемости и смертности от СПИДа.

Если ВИЧ-инфекция прочно укоренилась среди населения в целом, значит профилактические меры были не вполне эффективны и нуждаются в усилении. На этом этапе внимание эпиднадзора должно быть сосредоточено на выявлении рискованных форм поведения, которые продолжают способствовать развитию эпидемии, и возможных сфер вмешательства с целью разрыва цепи передачи ВИЧ.

Биомедицинский надзор. Стабилизация показателя распространенности — общая черта многих генерализованных эпидемий, находящихся на этой стадии в течение длительного времени. Как уже отмечалось, стабилизация показателя распространенности затрудняет интерпретацию данных. В этих условиях необходимы:

- оценка степени возможного влияния тенденций поведения на тенденции распространенности с помощью повторных поведенческих обследований;
- сосредоточение внимания систем эпиднадзора, проводимого среди беременных женщин, на наиболее молодых группах (возраст от 15 до 24 лет), в которых показатель распространенности ВИЧ наиболее точно отражает частоту новых случаев инфекции или заболеваемости. Учитывая, что в более молодом возрасте сексуальное поведение изменяется в значительных пределах, данные по этим возрастным группам необходимо по возможности детализировать, разделяя их по интервалам в 1–2 года.

В условиях генерализованной эпидемии взаимосвязь между показателями распространенности ВИЧ среди мужчин и женщин неоднозначна. В большинстве случаев в условиях распространившейся генерализованной эпидемии более высокий уровень инфицирования отмечается среди молодых женщин, чем среди мужчин. Это объясняется тем, что молодые женщины чаще вступают в сексуальные контакты с мужчинами старшего возраста, которые в прошлом могли подвергаться риску инфицирования ВИЧ.

В условиях начальной или концентрированной эпидемии системы эпиднадзора сосредотачивают свое внимание на крупных городских зонах. Однако при генерализованной эпидемии инфекция обычно быстро распространяется из городской зоны в сельскую, поэтому при выборе дозорных участков в выборку обязательно необходимо включать сельские районы.

Даже при условии, что эпидемия ВИЧ прочно укоренилась среди всего населения, группы населения, поведение которых связано с повышенным риском инфицирования, могут вносить непропорционально большой вклад в продолжающееся распространение вируса. На генерализованной стадии это особенно касается ЖСБ. Ежегодное сквозное обследование поведения и распространенности ВИЧ-инфекции в этих группах продолжает играть важную роль в мониторинге тенденций развития эпидемии.

На генерализованной стадии влияние на общество ВИЧ-инфекции и СПИДа оказывается максимальным. Поэтому сбор качественных данных о заболеваемости и смертности от СПИДа приобретает еще большее значение, чем на начальной и концентрированной стадиях. Следует широко использовать данные, получаемые постоянно действующими системами регистрации смертей, ведущими учет роста детской и взрослой смертности в результате причин, которые могут быть связаны с ВИЧ. Эти данные помогают планировать мероприятия по охране здоровья и другие услуги, такие как оказание помощи сиротам.

Поведенческий надзор. При генерализованной стадии эпидемии поведенческий надзор должен осуществляться за счет регулярных сквозных обследований среди всего населения. Такие исследования необходимо осуществлять каждые 3–5 лет. Дополнительно необходимо проводить поведенческий надзор среди молодежи. Учитывая, что в молодежной среде изменение поведения происходит быстрее, чем в группах старшего возраста, где сексуальные привычки уже устоялись, рекомендуется проводить поведенческое обследование молодежи каждые два года.

4.5. Использование данных эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией

Целью эпидемиологического надзора за любым инфекционным заболеванием, в том числе ВИЧ-инфекцией, является получение информации для планирования и реализации мероприятий по его профилактике и лечению. Достоверная информация об эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции дает возможность:

- ☉ планировать профилактические мероприятия, ориентированные на наиболее уязвимые группы населения;
- ☉ планировать мероприятия по снижению последствий ВИЧ-инфекции: оценивать потребности в лечении и уходе, оказании социальной помощи для людей, живущих с ВИЧ/СПИД;
- ☉ проводить оценку потребности в ресурсах на национальном и региональных уровнях;

- ☉ осуществлять мониторинг воздействия, т.е. выявлять прогресс в достижении поставленных целей, таких как снижение уровня распространенности ВИЧ, улучшение доступности и качества медицинской и социальной помощи для ВИЧ-инфицированных, снижение смертности;
- ☉ формировать общественное мнение в ответ на эпидемию.

Выполнение всех вышеперечисленных задач возможно только при наличии достоверных оценок об эпидемической ситуации в настоящее время, а также определения тенденций ее развития в будущем.

4.5.1. Методы оценки и прогнозирования эпидемической ситуации

Мировой опыт эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией свидетельствует о том, что оценка реальной эпидемической ситуации в странах представляется достаточно сложной задачей. Сложность заключается в выборе наиболее оптимальных методов мониторинга распространенности ВИЧ, а также возможности доступа к группам населения, которые в силу своих поведенческих особенностей подвергаются повышенному риску инфицирования. Поскольку представители данных групп зачастую относятся к маргинальным слоям населения и не испытывают доверия к государственным структурам, в том числе медицинским, доступ к ним ограничен и данные о распространенности ВИЧ в этих сообществах носят ориентировочный характер.

Динамика реальной эпидемии ВИЧ-инфекции является сложной и многообразной. Даже на территории одной страны, как правило, не наблюдается «единая» эпидемия. Каждая эпидемия состоит из множества подэпидемий, которые затрагивают различные группы населения, развиваются в различных географических регионах и имеют различные интенсивность и скорость развития, зависящие от преобладающего пути передачи инфекции. В связи с этим оценка эпидемической ситуации не может базироваться только на официально зарегистрированных случаях ВИЧ-инфекции. Необходимо максимально полно использовать все данные, имеющие отношение к развитию эпидемии в стране. Достоверные данные об эпидемической ситуации в настоящем и прошлом дают возможность определить тенденции развития ситуации в будущем. Таким образом, чем достовернее используемые данные, характеризующие эпидемическую ситуацию, тем более точный прогноз будет получен.

Оценка — процесс определения степени развития явления в настоящее время на основе имеющихся данных.

Прогнозирование — процесс разработки прогнозов (определения свойств и состояния объекта, а также перспектив его развития в будущем) на основе анализа ретроспективных данных.

По времени различают краткосрочное (до 3 лет), среднесрочное (до 10 лет) и долгосрочное (свыше 10 лет) прогнозирование.

Методы, используемые при прогнозировании, условно подразделяют следующим образом:

1. **Методы экстраполяции** — основные в прогнозировании заболеваемости и здоровья населения. Они базируются на изучении явления в течение ряда предыдущих лет с последующим логическим продолжением тенденций их изменений на прогнозируемый период. В основу их использования положено предположение о неизменности факторов, влияющих на изучаемый процесс в прошлом и будущем, а также

сохранении в перспективе предшествующих тенденций. Применение данного метода дает хорошие результаты при анализе явления в динамике (по данным динамических рядов) и при прогнозировании на сравнительно небольшой период времени. Чем больше период, на который дается прогноз, тем меньше уверенность в его достоверности, поскольку предшествующие тенденции со временем меняются.

Прогнозирование методом экстраполяции может проводиться по двум точкам и по данным динамического ряда.

2. **Экспертные методы** основаны на применении опыта и интуиции специалистов-экспертов. Эти методы используются при долгосрочном прогнозировании, что требует длительной работы квалифицированных специалистов, соответствующих анкет и опросников и дополнительных информационных материалов. Эксперты оценивают возможность управления данной проблемой и вклад каждого из факторов в ее решение. Часто данные методы применяют в сочетании с другими методами.

3. **Методы моделирования** предполагают построение логических и математических моделей в отношении прогнозируемого явления. Логические модели основываются на построении моделей аналогов и использовании исторического опыта. Математические прогнозы базируются на математических моделях в результате изучения влияния многих факторов на прогнозируемое явление.

4. **Комбинированные методы.**

4.5.2. Этапы проведения прогнозирования развития ситуации по ВИЧ/СПИД с использованием компьютерных программ

Учитывая специфику развития ВИЧ-инфекции, в частности неоднородность эпидемии и большое влияние на эпидемический процесс изменяющихся социальных факторов, используемые методы оценки и прогнозирования **должны отвечать требованиям, которые ВОЗ и ЮНЭЙДС определили как основополагающие:**

- ☉ учитывать стадию эпидемии;
- ☉ учитывать географическое разнообразие;
- ☉ интегрировать эпидемии, развивающиеся в различных группах населения;
- ☉ получать различные модели для каждой из тенденций развития ВИЧ с разбивкой по географическим районам и группам населения;
- ☉ упростить процесс комбинирования подэпидемий для получения подлинно национальной эпидемии.

Проведение оценки и прогнозирования должно проходить в несколько этапов:

1. Определение и подготовка эпидемиологических данных (расчет данных о распространенности ВИЧ).
2. Подбор графического изображения, характеризующего развитие эпидемического процесса (сопоставление теоретической линии с эмпирической).
3. Получение дополнительных показателей (например, смертность, количество случаев СПИДа, число лиц, нуждающихся в проведении терапии ВИЧ-инфекции и др.).

Подготовительным этапом в проведении оценок и составлении прогнозов является определение характера и объема требуемых данных. Подбор данных осуществляется с учетом регистрируемой стадии эпидемии в стране (в зависимости от этого будет сфокусировано получение эпидемиологической информации от различных групп населения).

Данные, необходимые для проведения оценок и прогнозов, подразделяются на:

- ☉ эпидемиологические;
- ☉ поведенческие;
- ☉ демографические.

Перед началом оценок на основе имеющихся данных необходимо определить, какие группы населения вовлечены в настоящий момент в эпидемический процесс, каков уровень распространенности инфекции в данных группах, какова их численность. Важными данными являются динамика изменения превалирования тех или иных путей передачи ВИЧ-инфекции, скорость распространения инфекции в отдельных группах, а также выявление групп населения, которые могут быть вовлечены в эпидпроцесс в ближайшее время. Кроме того, для моделирования эпидемии в стране, имеющей географическое разнообразие в подэпидемиях, необходимо разбить ее на несколько географических районов и только после этого получать общенациональную оценку.

Данные о распространенности ВИЧ могут быть получены в ходе серологического мониторинга ВИЧ, включающего как общий скрининг населения, так и данные дозорных исследований в группах повышенной уязвимости к инфекции.

Сведения о численности групп (например, наркопотребители, заключенные) содержатся в данных официальной статистики министерств и ведомств, а также отчетах специальных исследований, проведенных методом экспертной или быстрой оценки ситуации.

Немаловажной информацией для построения прогнозов являются данные о степени воздействия профилактических и лечебных программ на эпидемическую ситуацию, например уровень вертикальной трансмиссии ВИЧ, регистрируемый в стране, количество лиц, получающих АРВ-терапию.

ЮНЭЙДС и ВОЗ предложен пакет компьютерных программ, предназначенных для проведения национальных оценок и прогнозов. Указанные программы позволяют провести оценку распространенности ВИЧ среди взрослого и детского населения, разработать возможные сценарии развития эпидемии, а также выявить социально-экономические последствия эпидемии, включая определение новых случаев СПИДа, смертности от СПИДа, количества лиц, нуждающихся в проведении АРВ-лечения, сиротство от СПИДа и т.д.

Целью применения компьютерных программ по прогнозированию является разработка простой модели, которая позволит:

- ☉ оценивать текущую эпидемическую ситуацию;
- ☉ выполнять краткосрочные и среднесрочные прогнозы (5-летний период);
- ☉ получать реальные тренды развития ВИЧ.

При оценке ситуации по ВИЧ/СПИД с помощью компьютерных программ:

- ☉ используется вероятностная эпидемиологическая модель;
- ☉ учитываются демографические характеристики;
- ☉ учитываются изменения в группах населения во времени;
- ☉ аппроксимируются четыре параметра:
 - регулирование прироста,
 - пропорция новых членов, включаемых в группы риска,
 - год начала эпидемии,
 - параметр, отражающий изменение поведения.

Пакет программ для оценки и прогнозирования предполагает трехступенчатый процесс

1. Проведение оценки распространенности на текущий год и несколько предыдущих лет с помощью *Рабочего журнала* для эпидемий низкого и концентрированного уровня, метода «Пакет программ для оценки и прогнозирования» (ПОП) — для генерализованных эпидемий.
2. Создание эпидемической кривой для национальной оценки распространенности за определенный период времени с помощью *Рабочего журнала* для эпидемий низкого и концентрированного уровня, метода ПОП — для генерализованных эпидемий. Данный метод позволяет получить краткосрочный прогноз.
3. Провести оценку заболеваемости, смертности и последствий эпидемии ВИЧ/СПИД с помощью программы «Спектр» (рис. 4.1).

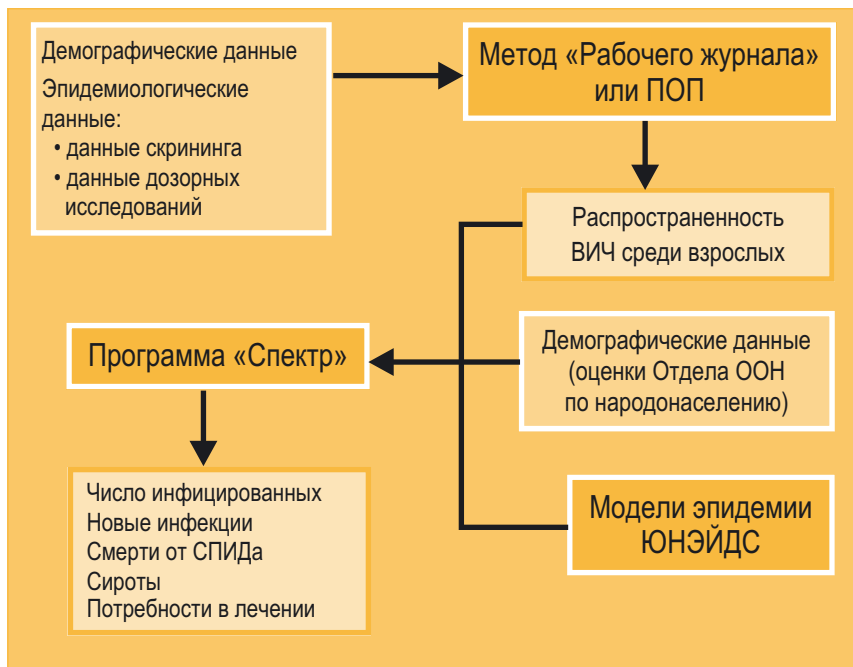


Рис. 4.1. Этапы проведения оценки и прогнозирования ситуации по ВИЧ/СПИД

Метод «Рабочего журнала» позволяет:

- получить оценки для различных территорий страны и общенациональной оценки ситуации;
- получить оценку количества людей, живущих с ВИЧ/СПИД, среди групп высокого и низкого риска инфицирования — общее число и отдельно по группам;
- получить оценку распространенности среди взрослого населения страны, в том числе среди женщин. Для этого в первичные данные вносится доля женщин среди каждой из рассматриваемых групп;
- составить краткосрочный прогноз развития эпидемии.

Метод ПОП (генерализованные эпидемии) позволяет:

- ☉ собирать демографические данные и тренды развития ВИЧ для различных групп населения;
- ☉ включать все кривые аппроксимации и подэпидемии, использованные для построения национальной эпидемии;
- ☉ определять общий показатель развития ВИЧ в группе населения путем суммирования показателей ВИЧ по соответствующим кривым и подэпидемиям (национальная эпидемия ВИЧ представляет собой сумму подэпидемий ВИЧ по всем группам населения и географическим районам);
- ☉ составить прогноз развития эпидемии.

С помощью программы «Спектр» возможно получение:

- ☉ оценки распространенности и создание прогноза среди взрослых (мужчины и женщины) и детей на основе возрастной модели распространенности за определенное время, уровня рождаемости и вертикальной трансмиссии ВИЧ;
- ☉ оценки заболеваемости СПИДом — на основе кривой распространенности и предположений об уровне смертности;
- ☉ показателя смертности от СПИДа среди взрослых и детей — на основе кривой распространенности и предположений об уровне смертности среди взрослых и детей;
- ☉ степени воздействия АРВ-терапии на уровень распространенности ВИЧ;
- ☉ оценки числа случаев сиротства от СПИДа.

В программе «Спектр» заложены модели развития эпидемии в зависимости от следующих параметров:

- влияния ВИЧ на рождаемость;
- прогрессирования болезни: от инфицирования до смерти;
- уровня инфицированности по возрастным и половым группам;
- уровня вертикальной трансмиссии ВИЧ в зависимости от используемых программ профилактики;
- воздействия АРВ-терапии на детей и взрослых.

В ходе работы с указанными программами основным вопросом является правильный подбор данных для оценки ситуации в зависимости от текущей стадии эпидемии.

Расчет распространенности ВИЧ, посторенние прогнозов для концентрированных эпидемий и эпидемий низкого уровня

Оценки распространенности основаны главным образом на данных эпиднадзора, собранных среди групп повышенной уязвимости к ВИЧ (наркопотребители, ЖСБ, МСМ, больные ИППП), а также среди отдельных групп, характеризующих благополучное по риску инфицирования население (рис. 4.2).

На ранних этапах эпидемии число представителей этих групп, живущих с ВИЧ/СПИД, проще всего рассчитать путем оценки числа случаев передачи инфекции половым путем среди групп населения, имеющих сексуальные контакты с группами риска (партнеры наркопотребителей, клиенты женщин секс-бизнеса и т.д.). На следующих этапах развития эпидемии в основу оценки можно положить уровень распространенности в группах низкого риска, таких как беременные женщины.

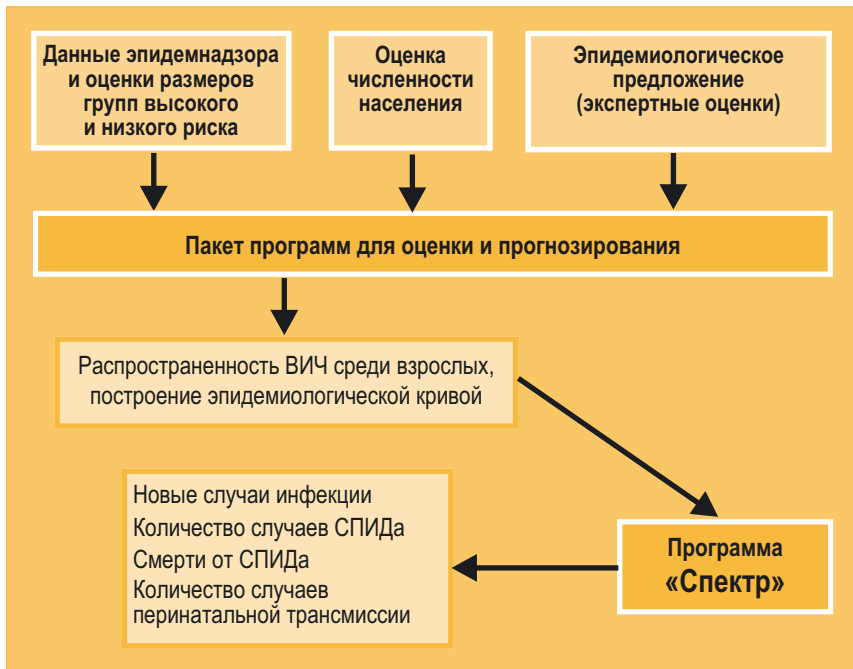


Рис. 4.2. Оценка и прогнозирование при эпидемиях низкого и концентрированного уровня

При расчете числа инфицированных в качестве исходных данных оценивается размер каждой группы. Поскольку в условиях начальной и концентрированной стадии эпидемия в основном развивается среди городского населения, оценка распространенности ВИЧ должна обязательно проводиться в этой группе.

Общая оценка распространенности представляет собой сумму числа людей, живущих с ВИЧ/СПИД, входящих в группы более высокого и более низкого риска. После получения оценочных данных определяется их статистическая достоверность и разброс оценок.

Расчет распространенности ВИЧ в условиях генерализованных эпидемий

Поскольку при генерализованной стадии эпидемии ВИЧ-инфекция прочно укоренилась среди населения в целом, оценки распространенности основаны главным образом на данных серологического надзора, собранных среди групп, представляющих широкие слои населения. Обязательной индикаторной группой в этом случае являются беременные женщины, так как предполагается, что данные о распространенности ВИЧ среди женщин в возрасте 15–49 лет, полученные в женских консультациях, в основном совпадают с данными о распространенности среди мужчин и женщин в возрасте 15–49 лет в обществе в целом. Помимо этого в оценку включаются и другие группы населения, вовлеченные в эпидемический процесс на территории страны, в том числе группы повышенной уязвимости к ВИЧ. Оценка проводится среди как городского, так и сельского населения.

При проведении оценок в условиях генерализованной эпидемии не рекомендуется использовать метод Рабочего журнала. Вместо него применяется метод ПОП, который позволяет получать прогноз на 5 лет.

Анализ полученных данных

После завершения расчетов прогнозируемого уровня проводят анализ полученных данных для определения тенденций развития эпидемии. Такой анализ должен включать рассмотрение полученных данных по различным показателям (демографическим, распространенности ВИЧ по возрастным и гендерным группам). В том случае, если прогноз получен при использовании нескольких методов, необходимо провести сопоставление полученных данных с целью определения их достоверности.

При использовании компьютерных программ целесообразно составлять альтернативные прогнозы. Эта необходимость продиктована несколькими причинами, основная из которых — прогнозы, основанные на оценочных данных и экспертных заключениях, которые носят ориентировочный характер. В связи с этим целесообразно рассмотреть низкий, средний и высокий варианты каждого из предположений с целью определения диапазона заслуживающих доверие прогнозов. Для оценки влияния действующих программ профилактики и лечения ВИЧ необходимо сопоставить прогнозы развития ситуации при наличии и отсутствии программ воздействия. Таким образом будут достаточно наглядно продемонстрированы последствия эпидемии.

Ограничения в использовании компьютерных программ

- Оценочные данные не являются абсолютно точными.
- Чем больше в наличии эпидемиологических данных, тем выше уровень точности оценок в отношении ВИЧ (тем выше качество оценочных данных). В связи с этим для подбора эпидемических кривых необходимы данные за длительный период: для оценки растущей или стабилизирующейся распространенности — как минимум за 3 года (простая логическая кривая); для оценки снижающейся распространенности — более чем за 5 лет (двойная логическая кривая).
- Получение оценочных данных представляет собой длительный и динамичный процесс.

Более подробная информация представлена по адресу: <http://www.epiem.org/publications.htm>

4.5.3. Моделирование эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь, выполненное с использованием компьютерных программ

Оценка проведена в два этапа. На первом этапе с использованием метода «Рабочего журнала» получено оценочное количество людей, живущих с ВИЧ/СПИД в возрасте 15–49 лет с учетом половой принадлежности. Оценки построены на основе данных о группах повышенной уязвимости к ВИЧ и лицах, имеющих низкий риск инфицирования. Исходя из эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь в группы повышенной уязвимости включены: наркопотребители (ПИН); женщины, предоставляющие сексуальные услуги (ЖСБ); мужчины, имеющие сексуальные контакты с другими мужчинами (МСМ); заключенные, больные ИППП. В качестве вспомогательной группы включены клиенты ЖСБ. Численность групп повышенной уязвимости к ВИЧ определена методом быстрой оценки (группа ПИН), по остальным группам даны экспертные заключения. При оценке распространенности ВИЧ в данных группах использовались результаты дозорного эпиднадзора. Оценка количества ЛЖВС из числа групп низкого риска получена на основе данных статистики о численности женского населения и результатах скрининга на ВИЧ беременных женщин (индикаторная группа для общего населения).

Взрослое население всей страны (15-49 лет), человек					5 270 000		
Городское население, %					70,0		
Взрослое городское население, человек					3 689 000		
1. Группы более высокого риска (ГБВР)							
Названия ГБВР	Оценка численности населения		Оценка распространенности ВИЧ, %		Среднее оценочное количество ЛЖВС	Статистика по женскому населению	
	Низкая	Высокая	Низкая	Высокая		Количество инфицированных женщин	% инфицированных женщин
ПИН	55 000	65 000	10,00	30,00	12 000	2 400	
МСМ	45 000	70 000	0,10	0,20	86	0	
ЖСБ	15 000	20 000	0,70	3,00	324	324	
Мужчины — клиенты ЖСБ	190 000	250 000	0,30	1,50	1 980	0	
Заклученные	42 000	46 000	4,00	6,00	2 200	330	
Больные ИППП	61 000	100 000	0,4	1,20	644	258	
Всего ГБВР	408 000	551 000			17 234	2 804	19,2
2. Группы более низкого риска (ГБНР)							
Применение данных ЖК к женщинам с низким уровнем риска	Оценка численности населения		Оценка распространенности ВИЧ, %		Среднее оценочное количество ЛЖВС		
	Низкая	Высокая	Низкая	Высокая			
Жительницы городов с низким риском	1 788 570	1 804 810	0,07	0,13		1 797	
Жительницы сел с низким риском	766 530	773 490	0,02	0,05		270	
Всего	2 555 100	2 578 300					
Группы, не подвергаемые риску	2 140 700	2 306 900					
Всего ГБНР	2 555 100	2 578 300				2 066	
Национальная оценка страны – 2005 г.							
Количество взрослых ВИЧ-инфицированных (15–49 лет), человек					19 300		
% ПИН среди ЛЖВС					62,2		
Распространенность среди взрослых (15–49 лет), %					0,37		
% женщин среди ЛЖВС (15–49 лет)					27,9		

Рис. 4.3. Оценка численности людей, живущих с ВИЧ/СПИД (метод «Рабочего журнала»)

На основе полученных данных построена графическая модель — простая логарифмическая кривая, характеризующая распространенность ВИЧ-инфекции среди взрослого населения республики (рис. 4.4).

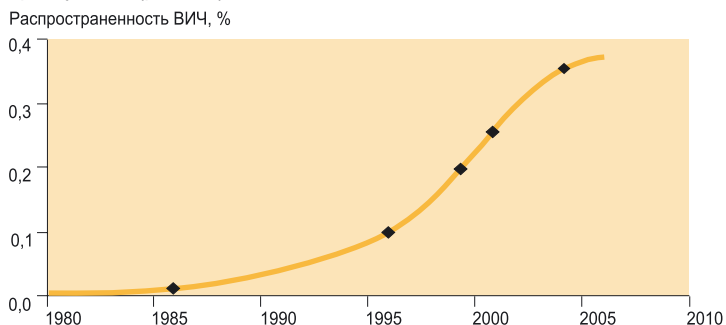


Рис. 4.4. Распространенность ВИЧ-инфекции среди взрослого населения республики

Второй этап моделирования эпидемии ВИЧ/СПИД проведен с помощью программы «Спектр». При работе с программой использовались данные, характеризующие демографическую ситуацию, а также программы воздействия, такие как осуществление мероприятий по лечению ВИЧ-инфекции и профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку.

Оценочное количество случаев ВИЧ-инфекции (во всех возрастных группах), полученное методом «Спектр» для 2005 г., составило около 19 800 человек.

Результат находится в одном диапазоне величин с данными, полученными методом «Рабочий журнал» (19 300 ВИЧ-инфицированных в возрасте 15–49 лет), что позволяет расценивать их как достоверные. В соответствии с результатами, полученными при помощи программы «Спектр», оценочное количество ВИЧ-инфицированных в Республике Беларусь достигнет к 2010 г. 27 000 человек (рис. 4.5).

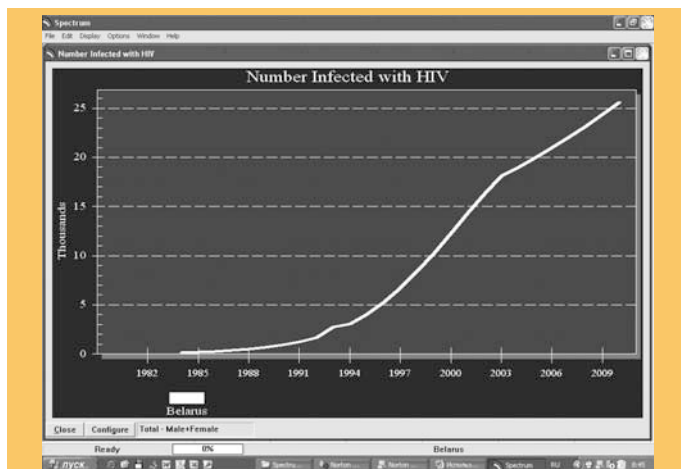


Рис. 4.5. Оценочное количество случаев ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь (мужчины, женщины)

Оценочное количество случаев СПИД (мужчины, женщины)

Оценки проведены с учетом двух моделей развития эпидемии ВИЧ-инфекции. Первая модель описывает эпидемическую ситуацию в условиях отсутствия доступа к высокоактивной АРВ-терапии. В этом случае оценочное количество случаев СПИДа в 2010 г. составит около 2200 человек. При доступе к современной АРВ-терапии (уровень охвата пациентов в разные годы 50–80%) количество случаев СПИДа в 2010 г. будет находиться на уровне 1300 случаев, что в 2 раза меньше по сравнению с оценками, полученными на основе первой модели (рис. 4.6).

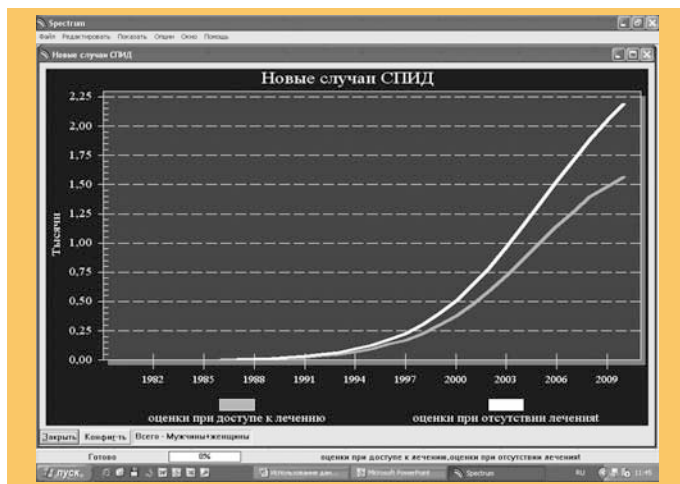


Рис. 4.6. Оценочное количество случаев СПИД

Новые летальные случаи, связанные со СПИДом (мужчины, женщины)

При проведении моделирования эпидемической ситуации по данному показателю также рассматривались возможные варианты с учетом наличия и отсутствия доступа к АРВ-лечению. Заданный охват ВИЧ-инфицированных лечением составлял 50–80%, выживаемость в течение года — 90%. Полученные оценки количества смертей от СПИДа свидетельствуют, что даже при отсутствии охвата всех ВИЧ-инфицированных, находящихся в манифестных стадиях заболевания (СПИД, пре-СПИД), лечением количество смертей от СПИДа может быть сокращено вдвое (рис. 4.7).

Оценочное количество ВИЧ-инфицированных детей

Оценки получены на основе данных о распространенности ВИЧ среди женщин, существующих в Беларуси программ профилактики вертикальной трансмиссии ВИЧ-инфекции, степени охвата профилактическим лечением ВИЧ-инфицированных беременных женщин и уровне передачи ВИЧ от матери ребенку (8%). В качестве альтернативного прогноза использовалась модель, подразумевающая отсутствие медикаментозной профилактики по снижению риска инфицирования новорожденных; коэффициент передачи был установлен на уровне 25%. В соответствии с оценками проведение только медикаментозной профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку сокращает количество случаев инфекции среди детей в 5 раз (рис. 4.8).

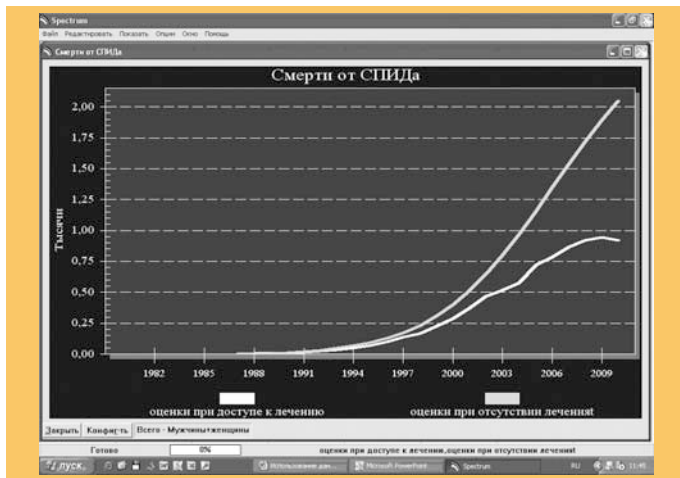


Рис. 4.7. Оценочное количество летальных случаев от СПИДа

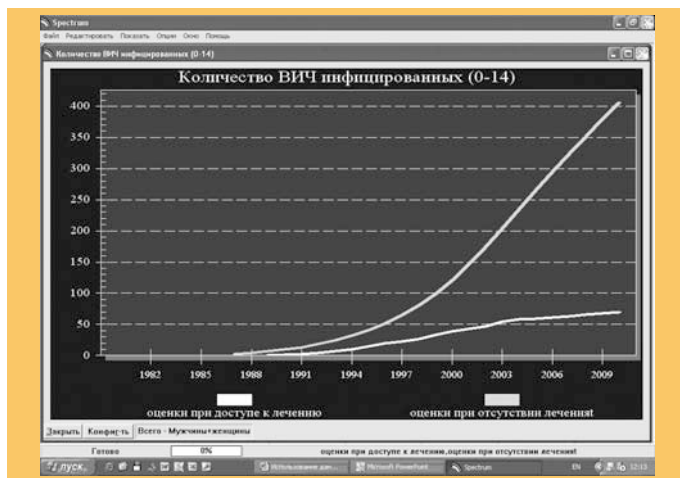


Рис. 4.8. Оценочные данные количества случаев ВИЧ-инфекции среди детей

Глава 5. ЭКСПРЕСС-ОЦЕНКА СИТУАЦИИ

5.1. Краткая характеристика экспресс-оценки

Методы экспресс-оценки (МЭО) позволяют определить, какие программы воздействия необходимы и являются самыми рентабельными.

Экспресс-оценка ситуации (ЭОС) включает в себя оценку проблемы (иногда называемую оценкой потребностей) и оценку ресурсов, которые имеются в настоящий момент или могут потребоваться для решения проблемы (иногда называемую оценкой ресурсов). Оценка потребностей является систематической оценкой характера, глубины и масштаба проблемы; оценка ресурсов — систематической оценкой ресурсов (фондов, людей, знаний), имеющихся в распоряжении либо требующихся для разрешения проблемы. Оценка ресурсов требует определения существующих ресурсов (таких, как учреждения), которые относятся к программе воздействия либо могут быть собраны или к ее характеру. Она включает в себя определение сильных и слабых сторон, пробелов и новых ресурсов, которые могут потребоваться.

Предшественники МЭО существовали в прикладной антропологии, социологии, эпидемиологии и в методах оценочных исследований. Однако ЭОС отличается от других исследований следующим:

- 1. Скорость.** Время играет решающую роль в процессе быстрого осознания обществом социальных проблем и проблем здравоохранения. Распространение новых способов потребления наркотиков и связанных с этим проблем происходит гораздо в более короткие сроки, чем те, которые требуются для проведения обычных исследований. Поэтому все большее значение приобретают исследования, имеющие короткие сроки проведения.
- 2. Финансовая эффективность.** ЭОС использует исследовательские методы, имеющие в результате высокие информационные показатели по отношению к прикладываемым исследовательским усилиям. Она избегает трудоемкие и затратные по времени техники. Предпочтение отдается недорогим источникам информации.
- 3. Использование существующих данных.** Новый сбор данных (таких, как проведение анкетирования) осуществляется лишь там, где имеющиеся источники информации неадекватны.
- 4. Использование множественных показателей и источников данных.** ЭОС сочетает различные методы и источники данных. Один метод или источник данных не может охватить все аспекты сложных социальных проблем, особенно деликатных, которые стараются не афишировать. На основании данных, полученных из различных источников, которые по отдельности предоставляют частичную, неполную информацию, делается обзор.

Например.

В Мьянме многие люди, внутривенно потреблявшие наркотики, посещали «Магазин инъекций», где им за плату квалифицированный персонал делал инъекции. Консультанту ЭОС не удалось посетить такие места. Информация была получена при опросах пациентов программ преодоления наркотической зависимости в нескольких городах, из фотографических данных и данных, полученных из анкет ПИН. Во Вьетнаме такая деятельность была описана во время проведения фокус-групп и углубленных опросов и получила подтверждение в ходе непосредственного наблюдения участниками.

5. Исследовательская ориентация. В ходе проведения ЭОС используется «детективный» подход. Во многих обществах могут отрицать существование определенных видов деятельности, и это особенно важно в отношении потребления наркотиков и сексуального поведения. Преимущество МЭО перед другими социологическими подходами состоит в том, что он сопоставляет и проверяет информацию, полученную из разных источников. Например, информация, полученная от ключевых информаторов, проверяется при помощи наблюдений.

6. Индукция. Исследователи работают «индуктивно» и строят свои заключения, сверяя и перепроверя обширную информацию.

Индуктивный анализ заключается в составлении первоначального описания проблемы, выдвижения гипотез и дальнейшего их пересмотра в свете последующих данных, что ведет к подтверждению, внесению поправок или отказу от описания и гипотез. Индуктивный анализ можно систематизировать, но в полевых условиях многое зависит от интуиции исследователя и закона уменьшения отдачи, согласно которому последующая информация не предоставляет материал, влияющий на выводы.

7. Значимость для программ воздействия и прагматизм. ЭОС проводится для облегчения разработки программ воздействия, которые несамодостаточны. О полезности ЭОС можно судить по ее достаточности для принятия решения, нежели по ее научной точности.

8. Исследование различных уровней проблемы. Необходимо рассмотреть проблему в социальном, культурном, религиозном, политическом и историческом контекстах. ЭОС обычно проводится на нескольких уровнях исследования для определения различных уровней осуществления программы воздействия. Все общества находятся в состоянии динамического развития, особенно в развивающихся странах. Проблемы, связанные с наркотиками, могут возникать или быстро развиваться и могут быть связаны со структурными и экономическими особенностями этих стран.

9. Консультации. ЭОС признает необходимость обращения за советом к представителям различных слоев общества, так или иначе связанных с решаемой проблемой. Например, при принятии решения в области профилактики ВИЧ-инфекции изучаются МСМ, ЖСБ, ПИН.

Надежность и достоверность данных достигаются при помощи сопоставительной проверки многочисленных источников их получения, что иногда называется «триангуляцией данных».

Триангуляция означает получение информации из различных и многочисленных источников, часто с использованием разных методов. Триангуляция проводится до тех пор, пока исследователь не убедится в достоверности информации. Поэтому МЭО потенциально более точен, надежен и достоверен, чем исследования, использующие только один метод исследования или источник информации.

5.2. Принципы проведения экспресс-оценки

Для получения удовлетворительной превичной информации об объекте исследования может быть применена **стратегия проведения исследования**, базирующаяся на следующих принципах:

- ☉ совмещение качественной и количественной методологии получения информации;

- ☉ обсуждение методом фокус-групп результатов исследования, выполненного количественными методами (опросов);
- ☉ проведение опросов и фокус-групп двумя сериями в соответствии с разбиением тем исследования на две части;
- ☉ параллельный анализ документов и проведение интервью различных типов наблюдения;
- ☉ триангуляция результатов в ходе всего исследования.

Модули проведения оценки

В процессе проведения экспресс-оценки используют разнообразные модули. Каждый из них охватывает ключевые положения исследования, проводимого в рамках ЭОС. Это могут быть:

- ☉ графическая характеристика страны и города;
- ☉ контекстуальная оценка;
- ☉ оценка последствий, оказывающих влияние на состояние здоровья;
- ☉ оценка поведенческого риска;
- ☉ оценка программы и стратегии и др.

Каждый модуль имеет идентичную структуру. Это облегчает исследователю понимание использования модулей.

В модуле рассматриваются следующие проблемы:

- ☉ цели и задачи проведения оценки;
- ☉ ключевые проблемы проведения оценки, т.е. основной круг интересов для данной оценки;
- ☉ темы, подлежащие обсуждению: охват конкретных сфер и уровней; вопросы, требующие ответа (наиболее конкретные сферы);
- ☉ методы получения и источники данных;
- ☉ результаты (как использовать данные для написания плана действий).

При получении ответов на все поставленные вопросы ключевые данные исследования используются в целях оказания помощи в разработке других сфер оценки и для включения их в план действий, который является итогом проведения всей ЭОС.

Глава 6. НАЦИОНАЛЬНАЯ СИСТЕМА МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ

Цель национальной системы мониторинга и оценки ситуации по ВИЧ/СПИД и мер, принимаемых в ответ на эпидемию (далее — национальная система мониторинга и оценки), — обеспечение систематического сбора, хранения, анализа и предоставления информации о национальных мероприятиях в ответ на распространение ВИЧ/СПИД в Республике Беларусь.

Мониторинг и оценка ситуации проводятся по следующим направлениям:

- эпидемиологическая ситуация по ВИЧ/СПИД — на основе показателей распространенности ВИЧ-инфекции среди различных групп населения;
- социально-медицинские аспекты ВИЧ-инфекции — на основе показателей, характеризующих оказание медицинской и социальной помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИД;
- информационно-образовательная деятельность — на основе показателей, характеризующих поведенческие особенности различных групп населения, в том числе молодежи, а также вовлеченность их в профилактические программы;
- институциональная база деятельности по профилактике ВИЧ-инфекции, включая финансовые и кадровые ресурсы, государственные программы профилактики, межведомственное взаимодействие.

Национальная система мониторинга и оценки ситуации по ВИЧ/СПИД и мер, принимаемых в ответ на эпидемию, базируется на документах, определяющих деятельность международного сообщества в области ВИЧ/СПИД (Декларация тысячелетия ООН, 2000 г., Декларация ООН о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД, 2001 г.).

Задачами национальной системы мониторинга и оценки являются:

- создание системы показателей мониторинга, разработка методов получения информации, сбор и анализ данных;
- создание базы данных, характеризующих социально-медицинские и эпидемиологические аспекты проблемы ВИЧ/СПИД в Беларуси в статике и динамике, дифференцированно по территориям и группам населения;
- характеристика состояния и сравнительный анализ эффективности программ воздействия (профилактика, социальная поддержка, лечение) по стране в целом и в регионах, а также в различных группах населения.

6.1. Национальные показатели

Национальные показатели предназначены для измерения широкого спектра проблем, связанных с распространением ВИЧ в стране, и национальных подходов к противодействию эпидемии. Система национальных показателей помогает сосредоточить внимание на ключевых видах деятельности по профилактике, лечению и уходу в соответствии с Государственной программой профилактики ВИЧ-инфекции, а также на их влиянии на эпидемию с точки зрения изменения поведения и уровня распространенности ВИЧ. Национальные показатели позволят с течением времени проследить изменения в отдельных направлениях профилактики и лечения, а также сравнить подходы к противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД с другими государствами.

Национальные показатели охватывают как профилактические программы, так и программы лечения, ухода и поддержки ЛЖВС (рис. 6.1).

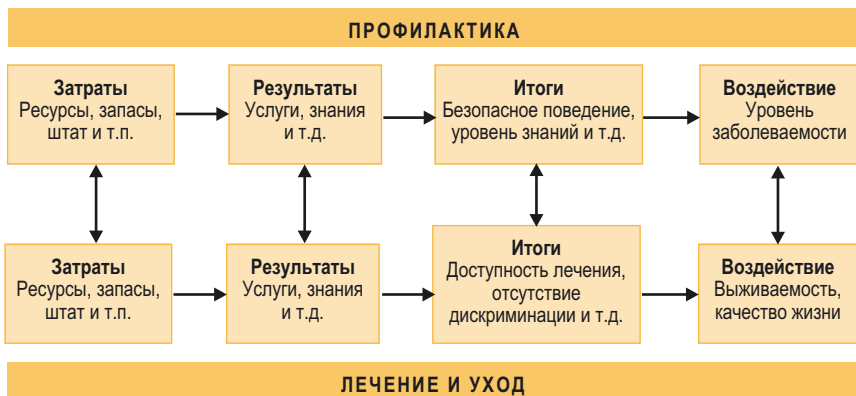


Рис. 6.1. Параметры для мониторинга и оценки национальной программы по ВИЧ/СПИД

При разработке показателей использовались следующие основные принципы:

- использования имеющихся показателей, полученных на основе отчетных данных учреждений здравоохранения, образования и других ведомств;
- минимизации числа показателей;
- анализа потребностей национальных программ;
- координации национальных потребностей в области мониторинга и анализа с потребностями доноров;
- гармонизации с другими международными программами, такими как Декларация тысячелетия;
- охвата широкого спектра программных областей и секторов, связанных с ВИЧ/СПИД.

Национальные показатели, включенные в систему мониторинга и оценки, удовлетворяют информационные потребности ряда национальных и международных программ в области профилактики и лечения ВИЧ/СПИД:

- Государственной программы профилактики ВИЧ-инфекции на 2001–2005 годы;
- Стратегического плана мероприятий по противодействию распространению ВИЧ/СПИД на 2004–2008 годы;
- мониторинга выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД;
- документов отдельных министерств и ведомств.

В систему мониторинга и оценки включены 28 ключевых и 18 дополнительных показателей. Из ключевых показателей 16 относятся к оценке исполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД, 10 показателей характеризуют реализацию Государственной программы профилактики ВИЧ-инфекции, 2 показателя входят в систему мониторинга Декларации тысячелетия.

Показатели, вошедшие в национальную систему мониторинга и оценки, можно разделить на:

1. **Показатели распространенности ВИЧ/СПИД.** Характеризуют ситуацию по распространению эпидемии ВИЧ-инфекции. Это статистические показатели, вычисляемые за определенный период на определенной территории:

а) прямые показатели — данные медицинской статистики о зарегистрированных случаях ВИЧ/СПИД;

б) косвенные показатели — данные медицинской статистики о зарегистрированных случаях гепатитов и ИППП;

в) картирование по областям (административным единицам) распространенности ВИЧ-инфекции по совокупности индикаторов.

2. **Показатели состояния программ воздействия:**

а) показатели, характеризующие профилактическую деятельность в различных ведомствах, возрастных и социальных группах:

- образование;
- сфера труда;
- средства массовой информации;
- вооруженные силы;
- общественные организации;
- группы высокой уязвимости (ПИН, ЖСБ, МСМ);
- пенитенциарные учреждения;
- женщины 18–45 лет;
- молодежь 15–24 лет;

б) показатели социальной поддержки ЛЖВС в сфере труда, СМИ, общественными организациями;

в) показатели лечения:

- состояние медицинской помощи ВИЧ-инфицированным (наличие специалистов, возможности тестирования и консультирования, специальных знаний у врачей);
- доступность медицинских услуг ВИЧ-инфицированным, финансирование лечения.

3. **Показатели эффективности программ воздействия:**

а) динамика прямых показателей распространенности ВИЧ-инфекции;

б) динамика поведенческих индикаторов в целевых группах.

Каждый показатель описывается по следующей схеме:

ПОКАЗАТЕЛЬ	
	Обоснование использования показателя
	Периодичность сбора данных
	Инструмент измерения
	Числитель/знаменатель
	Метод измерения
	Ответственные организации
	Комментарии

6.2. Концепция и руководящие принципы мониторинга и оценки

Выбор и обоснование приемлемой концепции мониторинга и оценки является крайне важным, так как определяет основные принципы, которые следует выполнять в процессе оценки. В качестве основных концептуальных подходов к созданию и функционированию системы мониторинга и оценки в Беларуси (рис. 6.3) определены следующие принципы:

- ведущая роль в реализации систем мониторинга и оценки принадлежит государственным организациям;
- система базируется на координации и интеграции межведомственного/межсекторального подходов с активным участием представителей различных ведомств;
- получение достоверных и надежных данных с использованием метода триангуляции данных, т.е. привлечение нескольких источников данных, различных специалистов и методов для интерпретации одного и того же результата, вмешательства, программы и подтверждения связи между принятыми мерами и наблюдаемыми изменениями;
- единая система для всей страны;
- поэтапный подход к внедрению системы;
- определение соответствующих институциональных рамок для национальной системы мониторинга и оценки, т.е. создание структур и механизмов для мониторинга и оценки;
- осуществление комплексной оценки различных этапов выполнения программ профилактики и лечения ВИЧ/СПИД. При этом используются сочетание взаимодополняющих подходов к оценке и использование комплекса методов (качественных и количественных) для качественного проведения мониторинга и получения достоверной информации;
- мониторинг и оценка проводятся на национальном, региональном уровнях, а также на уровне программ и проектов.



Рис. 6.3. Структурные элементы национальной системы мониторинга и оценки

6.3. Институциональная структура мониторинга и оценки

Институциональная структура национальной системы мониторинга и оценки включает три уровня:

1. Техническое руководство, координацию и налаживание эффективных связей со всеми участниками системы мониторинга и оценки осуществляет Консультативный совет по мониторингу и оценке. Его состав определяется решением Республиканского межведомственного совета по профилактике ВИЧ-инфекции и венерических болезней.
2. Планирование исследований, контроль за сбором данных различными учреждениями, проведение анализа результатов с дальнейшим информированием всех заинтересованных структур о достижениях национальных мер по противодействию эпидемии или существующих потребностях осуществляет отдел профилактики СПИДа Государственного учреждения «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья».
3. Министерства и отдельные организации, участвующие в национальной системе мониторинга и оценки, несут ответственность за сбор данных по показателям, относящимся к области их деятельности.

Измерения некоторых показателей, особенно тех, которые относятся к уязвимым группам, таким как ЖСБ, ПИН, МСМ, требуют участия НПО (рис. 6.4).



Рис. 6.4. Направление потоков информации для анализа и обобщения

6.4. Сбор и обобщение данных для мониторинга и оценки

План сбора и анализа данных должен обеспечивать связь показателей на различных уровнях измерения (рис. 6.5). Результаты осуществления программы должны толковаться в соотношении к затратам на программу. Итоги программы (например, данные о более частом использовании презервативов) должны анализироваться в соотношении к изменениям результатов (количество распространенных презервативов и т.д.).



Рис. 6.5. Подготовка к сбору данных для мониторинга и оценки

Многие из планируемых показателей мониторинга соизмеримы с уже существующими данными. Однако для получения информации для отдельных показателей требуется проведение специальных исследований (например, для определения количества затраченных финансовых средств на деятельность по ВИЧ/СПИД и т.д.). Как правило, стоимость и сложность сбора данных возрастают при переходе от определения затрат к результатам и от итогов к воздействию.

Для определения некоторых показателей (прежде всего, показателей затрат и результатов) достаточно отчетных данных учреждений системы Министерства здравоохранения или других ведомств, тогда как данные для большинства показателей итогов и воздействия собираются путем проведения сероэпидемиологических и поведенческих исследований.

На первом этапе сбора данных необходимо разработать инструменты для анализа существующих структур, осуществляющих мониторинг и оценку (министерства, организации, собирающие данные, доноры).

Основное внимание должно уделяться следующим вопросам:

- ☉ какие данные собираются;
- ☉ кто собирает данные;
- ☉ каков механизм сбора данных;
- ☉ как распределяются информационные потоки;
- ☉ как используются данные.

6.5. Источники данных для мониторинга и оценки

Источниками данных для мониторинга и оценки будут служить:

- ☉ данные учетных документов медицинских организаций системы здравоохранения о зарегистрированных случаях ВИЧ/СПИД, ИППП, гепатитов;

- ☉ данные дозорного эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией;
- ☉ данные отдельных систем мониторинга и оценки (армия, тюрьмы);
- ☉ данные мониторинга программ, проектов;
- ☉ поведенческие исследования, проведенные государственными учреждениями, работающими в области ВИЧ/СПИД, научно-исследовательскими организациями (табл. 6.2).

Таблица 6.2

Источники данных, роли партнеров и график сбора информации

Уровень мониторинга и оценки	Источники данных	Роль партнеров	График сбора данных
Затраты (входные факторы)	Финансовый и программный мониторинг	Все партнеры-исполнители предоставляют данные ежемесячно. Специализированная внешняя организация проводит текущий анализ и проверку данных	Ход исполнения проверяется каждые 6 месяцев
Результаты (выходные данные): а) количество	Финансовый и программный мониторинг	Все партнеры-исполнители предоставляют данные ежемесячно. Специализированная внешняя организация проводит текущий анализ и проверку данных.	Ход исполнения проверяется 1 раз в год
б) качество	Программный мониторинг с использованием контрольных перечней для проверки обеспечения качества	Все партнеры-исполнители осуществляют внутреннее обеспечение качества. Специализированная внешняя организация проводит текущую внешнюю проверку качества	Ход исполнения проверяется 1 раз в 1–2 года
Удельные затраты	Финансовый и программный мониторинг	Специализированная внешняя организация будет использовать проверенные финансовые и программные выходные данные для оценки удельных затрат исполнителей	Ход исполнения проверяется 1 раз в 1–2 года
Доступ и охват	Данные эпиднадзора и обследования учреждений	Доступ к услугам по профилактике, лечению, уходу и охват целевых групп вмешательства будет включаться в виде мероприятий по эпиднадзору за поведением. Оценка доступности и охвата будет проводиться во время поведенческих исследований и обследования учреждений	Ход исполнения проверяется 1 раз в 1–2 года

Конечные результаты	Эпиднадзор за поведением и эпидемиологический анализ	Проведение поведенческого анализа следует проводить 1 раз в 1–2 года, используя принципы ЮНЭЙДС, на 5–10 выбранных «площадках» или в рамках специальных крупномасштабных программ, осуществляемых НПО и государственными организациями	Ход исполнения проверяется 1 раз в 2–3 года
Факторы воздействия	Биологический надзор и эпидемиологический анализ	Ответственным за проведение эпиднадзора за ВИЧ и ИППП является Министерство здравоохранения. Помимо планового дозорного эпиднадзора могут проводиться специальные эпидемиологические исследования для определения распространенности ВИЧ/ИППП и иллюстрации факторов воздействия в определенных областях или на определенные группы населения	Ход исполнения проверяется 1 раз в 2–3 года
Общая система	Схема процесса и база данных	Национальный координирующий орган по ВИЧ/СПИД ведет общую схему процесса и базу данных	Разрабатывается до начала реализации проектов

6.6. Анализ данных, получаемых в ходе национального мониторинга и оценки

Анализ собранных данных должен осуществляться ведомством, которое было ответственно за их сбор. Предпочтительно, если анализ проводится на наиболее низком уровне (например, региональном), ибо такая информация будет использована для местного планирования и управления.

На первом этапе внедрения системы мониторинга и оценки анализ данных можно осуществлять на более высоком, центральном уровне — в Министерстве здравоохранения (Группа по мониторингу и оценке ситуации по ВИЧ/СПИД) и в министерствах или крупных НПО, которые имеют больше технических возможностей для выполнения такой работы. Для проведения анализа необходимо привлекать внешних консультантов.

После того, как система мониторинга и оценки станет всеобщей и начнется активный сбор данных по различным аспектам проблемы ВИЧ/СПИД, будет создана национальная база данных на основе программы КРИС. Для анализа такого объема информации потребуется привлечение специализированных научно-исследовательских институтов, имеющих соответствующий опыт работы.

Данные для национальных показателей, собранные в рамках негосударственных проектов (которые, как правило, реализуются НПО при финансовой поддержке международных организаций), могут быть предварительно проанализированы этими международными организациями, а потом переданы учреждению, ответственному за сбор данных.

Оценка эффективности реализуемых программ должна осуществляться по различным направлениям:

- оценка процесса (содержание программ, масштабы охвата, качество и полнота воплощения);
- оценка результатов и итогов (какие конкретные результаты были получены и причинно-следственные связи с проводимыми вмешательствами);
- оценка воздействия (к каким глобальным изменениям привела совокупность всех мероприятий по противодействию ВИЧ/СПИД).

Глава 7. ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТЬ, ПОВЕДЕНИЕ И ОХВАТ ПРОГРАММАМИ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

7.1. Показатели мониторинга и оценки деятельности по профилактике ВИЧ-инфекции среди учащейся молодежи

7.1.1. Описание объекта исследования

Сфера образования является важнейшим социальным институтом в области не только обучения молодежи, но и воспитания у нее навыков безопасной жизнедеятельности, включая осуществление программ по вопросам профилактики ВИЧ/СПИД. Сфера образования не имеет аналогов по возможностям охвата молодых людей профилактическими программами, причем дифференцированными по возрастам. Эффективность этой профилактической системы в учреждениях образования оказывает значительное влияние на характер и темпы распространения ВИЧ-инфекции в стране.

Профилактические программы проводятся не только в сфере школьного образования, но и среди учащихся профессионально-технических училищ, техникумов (колледжей) и студентов высших учебных заведений республики. Они рассчитаны на молодых людей разного возраста и, соответственно, имеют различное содержание и объем в учебных часах. В этой связи особенно актуальным является получение ежегодных данных о такой профилактической работе на разных ступенях обучения. Мониторинговые исследования позволяют отслеживать динамику наиболее значимых показателей, дающих оценку уровня охвата учащейся и студенческой молодежи профилактическими программами по ВИЧ/СПИД и специфики этих программ.

Для того чтобы профилактические программы достигали своей цели, методы обучения должны эволюционировать от традиционного «лекторского» стиля к интерактивному, когда учащиеся играют ключевую роль в обучающем процессе. Другими словами, для того, чтобы изменить поведение, программы по профилактике ВИЧ/СПИД должны не только включать информационные материалы о медицинских аспектах проблемы, но также развивать жизненные навыки и установки. Поэтому особое значение при проведении исследований придается изучению программ обучения по вопросам ВИЧ/СПИД на основе жизненных навыков.

Обучение на основе жизненных навыков — это активная передача жизненного опыта с целью выработки знаний, положительного отношения и навыков (например, навыков межличностного общения, умения договариваться, принятия решений и критического мышления и стратегий, помогающих справиться с трудной ситуацией), способствующих поддержанию молодыми людьми безопасного стиля жизни. Специалисты рекомендуют применять для обучения такие интерактивные методы, которые базируются на принципе активного участия самих учащихся.

Поэтому при проведении мониторинга под интерактивными формами обучения жизненным навыкам понимаются:

- обсуждения в классе;
- дискуссия;

- ☉ мозговая атака;
- ☉ ролевая игра;
- ☉ выработка навыков в тренингах;
- ☉ работа в малых группах;
- ☉ дебаты, ток-шоу;
- ☉ конкурсы, викторины;
- ☉ рассмотрение и анализ конкретных жизненных ситуаций;
- ☉ обучение по методике «равный равному», когда группы подготовленных инструкторов/тренеров из числа подростков проводят профилактическую работу со своими сверстниками.

7.1.2. Основные задачи

1. Оценка руководством учебных заведений актуальности проблемы распространения ВИЧ для Республики Беларусь.
2. Изучение охвата учащихся начальных/базовых/средних школ профилактическими программами в области ВИЧ/СПИД.
3. Изучение охвата учащихся ССУЗов и ВУЗов профилактическими программами в области ВИЧ/СПИД.
4. Выявление и анализ различных форм занятий по профилактике ВИЧ/СПИД на различных ступенях обучения.
5. Изучение распространенности интерактивных форм обучения.
6. Оценка уровня заинтересованности учащихся и студентов в данной тематике.

7.1.3. Показатели, характеризующие деятельность среди учащейся молодежи

Характеристиками оценки уровня охвата учащейся и студенческой молодежи профилактическими программами по ВИЧ/СПИД являются следующие показатели национальной системы мониторинга и оценки.

Показатель

Процент общеобразовательных школ, учителя которых прошли подготовку по методике интерактивного обучения по вопросам ВИЧ/СПИД и регулярно обучают учеников по вопросам ВИЧ/СПИД на основе жизненных навыков.

Обоснование использования Школьные программы профилактики ВИЧ обеспечивают возможность охвата очень широкого круга молодых людей. Опыт показал, что программы, которые предусматривают интерактивный процесс выработки жизненных навыков с учетом факторов, определяющих риск передачи ВИЧ-инфекции, являются более эффективными с точки зрения изменения поведения по сравнению с формальным подходом, основанным только на передаче информации.

Ключевой показатель Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН

Периодичность сбора данных Раз в 2 года.

Инструмент измерения Руководители школ, включенные в национальную выборку (включая частные и государственные школы), последовательно отвечают на следующие вопросы:

1. Есть ли в вашей школе хотя бы один учитель, изучавший методику интерактивного обучения по вопросам ВИЧ/СПИД (на основе жизненных навыков) в течение последних 5 лет?
Если ответ на вопрос 1 утвердительный («Да»), то
2. Проводил ли этот учитель регулярно занятия по вопросам ВИЧ/СПИД в начальной школе в течение этого учебного года?
3. Проводил ли этот учитель регулярно занятия по вопросам ВИЧ/СПИД в 5–11-х классах в течение этого учебного года?

Числитель	Число общеобразовательных школ, учителя которых проходят подготовку по методике интерактивного обучения по вопросам ВИЧ/СПИД и регулярно обучают учеников по вопросам ВИЧ/СПИД на основе жизненных навыков.
Знаменатель	Число обследованных школ.
Метод измерения	Опрос руководства школ.
Ответственные организации	Министерство образования, Министерство здравоохранения.
Комментарии	Выборка для обследования школ. Объем — 480 государственных школ, 10 частных. В каждой области по 80 школ: областной центр (в том числе Минск) — 50 школ, районные города — 15 школ, село — 15 школ + 10 частных школ по стране в целом. Показатели получают для всех школ в целом, а также для начальной, базовой, средней школ с разбивкой по городским и сельским школам.
Показатель	
Процент охвата учащихся начальных школ обучением по вопросам ВИЧ/СПИД.	
Обоснование использования	Просвещение учащихся по вопросам ВИЧ/СПИД в большинстве школ начинается в начальной школе. Показатель необходим для оценки эффективности программ профилактики ВИЧ/СПИД среди младших школьников. Дополнительный показатель Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН
Периодичность сбора данных	Раз в 2 года.
Инструмент измерения	Руководители школ, включенные в национальную выборку (включая частные и государственные школы), отвечают на следующий вопрос: «Проводились ли в Вашей школе занятия по вопросам ВИЧ/СПИД в начальной школе в течение этого учебного года?»
Числитель	Число начальных школ, в которых в течение учебного года проводились занятия по профилактике ВИЧ/СПИД.
Знаменатель	Число обследованных школ.
Метод измерения	Опрос руководства школ.
Ответственные организации	Министерство образования, Министерство здравоохранения.

Комментарии Выборка для обследования школ. Объем — 480 государственных школ, 10 частных. В каждой области по 80 школ: областной центр (в том числе Минск) — 50 школ, районные города — 15 школ, село — 15 школ + 10 частных школ по стране в целом.

Показатель

Процент охвата учащихся 5–9-х классов обучением по вопросам ВИЧ/СПИД.

Обоснование использования По результатам исследований 16 лет. Это модальный возраст вступления в первый сексуальный контакт и значит к этому возрасту уже должны быть сформированы навыки по профилактике ВИЧ-инфекции. Показатель необходим для оценки эффективности программ профилактики ВИЧ/СПИД среди школьников 5–9-х классов.

Дополнительный показатель Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН

Периодичность сбора данных Раз в 2 года.

Инструмент измерения Руководители школ, включенные в национальную выборку (включая частные и государственные школы), отвечают на следующий вопрос: «Проводились ли в Вашей школе занятия по вопросам ВИЧ/СПИД в 5–9-х классах в течение этого учебного года?»

Числитель Число общеобразовательных школ, в которых в течение учебного года в 5–9-х классах проводились занятия по профилактике ВИЧ/СПИД.

Знаменатель Число обследованных школ.

Метод измерения Опрос руководства школ.

Ответственные организации Министерство образования, Министерство здравоохранения

Комментарии Выборка для обследования школ. Объем — 480 государственных школ, 10 частных. В каждой области по 80 школ: областной центр (в том числе Минск) — 50 школ, районные города — 15 школ, село — 15 школ + 10 частных школ по стране в целом.

Показатель

Процент охвата учащихся 10–11-х классов обучением по вопросам ВИЧ/СПИД.

Обоснование использования Показатель необходим для оценки эффективности программ профилактики ВИЧ/СПИД среди учащихся 10–11-х классов. По результатам исследований эта группа демонстрирует высокий уровень сексуального поведенческого риска и нуждается в углублении знаний и навыков безопасного поведения.

Дополнительный показатель Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН

Периодичность сбора данных Раз в 2 года.

Инструмент измерения Руководители школ, включенные в национальную выборку (включая частные и государственные школы), отвечают на следующий

вопрос: «Проводились ли в Вашей школе занятия по вопросам ВИЧ/СПИД в 10–11-х классах в течение этого учебного года?»

Числитель	Число общеобразовательных школ, в которых в течение учебного года в 10–11-х классах проводились занятия по профилактике ВИЧ/СПИД.
Знаменатель	Число обследованных школ.
Метод измерения	Опрос руководства школ.
Ответственные организации	Министерство образования, Министерство здравоохранения
Комментарии	Выборка для обследования школ. Объем — 480 государственных школ, 10 частных. В каждой области по 80 школ: областной центр (в том числе Минск) — 50 школ, районные города — 15 школ, село — 15 школ + 10 частных школ в стране в целом.

Показатель

Среднее число учебных часов в год по вопросам профилактики ВИЧ/СПИД в начальной школе.

Обоснование использования Показатель необходим для оценки масштаба и эффективности программ профилактики ВИЧ/СПИД среди младших школьников в сравнении аналогичным показателем (30 часов) международного Мониторинга выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД.

Дополнительный ведомственный показатель

Периодичность сбора данных	Раз в 2 года.
Инструмент измерения	Руководители школ, включенные в национальную выборку (включая частные и государственные школы), отвечают на следующий вопрос: «Сколько в среднем часов за год отводилось занятиям по профилактике ВИЧ/СПИД в начальной школе?»
Числитель	Число начальных школ, в которых в течение учебного года проводились занятия по профилактике ВИЧ/СПИД.
Знаменатель	Число обследованных школ.
Метод измерения	Опрос руководства школ.
Ответственные организации	Министерство образования, Министерство здравоохранения.
Комментарии	Выборка для обследования школ. Объем — 480 государственных школ, 10 частных. В каждой области по 80 школ: областной центр (в том числе Минск) — 50 школ, районные города — 15 школ, село — 15 школ + 10 частных школ по стране в целом.

Показатель

Среднее число часов за год по вопросам профилактики ВИЧ/СПИД в 5–9-х классах.

Обоснование использования Показатель необходим для оценки масштаба и эффективности программ профилактики ВИЧ/СПИД среди школьников 5–9-х классов

в сравнении с аналогичным показателем (30 часов) международного Мониторинга выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД.

Дополнительный ведомственный показатель

Периодичность сбора данных	Раз в 2 года.
Инструмент измерения	Руководители школ, включенные в национальную выборку (включая частные и государственные школы), отвечают на следующий вопрос: «Сколько в среднем часов за год отводилось занятиям по профилактике ВИЧ/СПИД в 5–9-х классах?»
Числитель	Число школ, в которых в течение учебного года проводились занятия по профилактике ВИЧ/СПИД в 5–9-х классах.
Знаменатель	Число обследованных школ.
Метод измерения	Опрос руководства школ.
Ответственные организации	Министерство образования, Министерство здравоохранения.
Комментарии	Выборка для обследования школ. Объем — 480 государственных школ, 10 частных. В каждой области по 80 школ: областной центр (в том числе Минск) — 50 школ, районные города — 15 школ, село — 15 школ + 10 частных школ по стране в целом.

Показатель

Среднее число часов за год по вопросам профилактики ВИЧ/СПИД в 10–11-х классах.

Обоснование использования Показатель необходим для оценки масштаба и эффективности программ профилактики ВИЧ/СПИД среди школьников 10–11-х классов в сравнении с аналогичным показателем (30 часов) международного Мониторинга выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД.

Дополнительный ведомственный показатель

Периодичность сбора данных	Раз в 2 года.
Инструмент измерения	Руководители школ, включенные в национальную выборку (включая частные и государственные школы), отвечают на следующий вопрос: «Сколько в среднем часов за год отводилось занятиям по профилактике ВИЧ/СПИД в 10–11-х классах Вашей школы?»
Числитель	Число общеобразовательных школ, в которых в течение учебного года проводились занятия по профилактике ВИЧ/СПИД в 10–11-х классах.
Знаменатель	Число обследованных школ.
Метод измерения	Опрос руководства школ.

Ответственные организации Министерство образования, Министерство здравоохранения.

Комментарии Выборка для обследования школ. Объем — 480 государственных школ, 10 частных. В каждой области по 80 школ: областной центр (в том числе Минск) — 50 школ, районные города — 15 школ, село — 15 школ + 10 частных школ по стране в целом.

Показатель

Процент охвата учащихся ПТУ обучением по вопросам ВИЧ/СПИД.

Обоснование использования Показатель необходим для оценки эффективности программ профилактики ВИЧ/СПИД среди учащихся ПТУ. По результатам исследований эта группа демонстрирует высокий уровень сексуального поведенческого риска и нуждается в углублении знаний и навыков безопасного поведения.

Дополнительный ведомственный показатель

Периодичность сбора данных Раз в 2 года.

Инструмент измерения Руководители ПТУ отвечают на следующий вопрос: «Проводились ли в Вашем учебном заведении занятия по вопросам ВИЧ/СПИД в течение этого учебного года?»

Числитель Число ПТУ, в которых в течение учебного года проводились занятия по профилактике ВИЧ/СПИД.

Знаменатель Число ПТУ.

Метод измерения Опрос руководства ПТУ.

Ответственные организации Министерство образования, Министерство здравоохранения.

Комментарии Обследуются все ПТУ Министерства образования Республики Беларусь.

Показатель

Процент охвата учащихся ССУЗов обучением по вопросам ВИЧ/СПИД.

Обоснование использования Показатель необходим для оценки эффективности программ профилактики ВИЧ/СПИД среди учащихся ССУЗов. По результатам исследований эта группа демонстрирует высокий уровень сексуального поведенческого риска и нуждается в углублении знаний и навыков безопасного поведения.

Дополнительный ведомственный показатель

Периодичность сбора данных Раз в 2 года.

Инструмент измерения Руководители техникумов отвечают на следующий вопрос: «Проводились ли в Вашем учебном заведении занятия по вопросам ВИЧ/СПИД в течение этого учебного года?»

Числитель	Число техникумов, в которых в течение учебного года проводились занятия по профилактике ВИЧ/СПИД.
Знаменатель	Число техникумов.
Метод измерения	Опрос руководства техникумов.
Ответственные организации	Министерство образования, Министерство здравоохранения
Комментарии	Обследуются все техникумы Министерства образования Республики Беларусь.

Показатель

Процент охвата студентов ВУЗов обучением по вопросам ВИЧ/СПИД.

Обоснование использования Показатель необходим для оценки эффективности программ профилактики ВИЧ/СПИД среди студенческой молодежи. По результатам исследований эта группа демонстрирует высокий уровень сексуального поведенческого риска и нуждается в углублении знаний и навыков безопасного поведения.

Дополнительный ведомственный показатель

Периодичность сбора данных	Раз в 2 года.
Инструмент измерения	Руководители ВУЗов отвечают на следующий вопрос: «Проводились ли в Вашем учебном заведении занятия по вопросам ВИЧ/СПИД в течение этого учебного года?»
Числитель	Число ВУЗов, в которых в течение учебного года проводились занятия по профилактике ВИЧ/СПИД.
Знаменатель	Число ВУЗов.
Метод измерения	Опрос руководства ВУЗов.
Ответственные организации	Министерство образования, Министерство здравоохранения.
Комментарии	Обследуются все ВУЗы (государственные и негосударственные) Министерства образования Республики Беларусь.

7.1.4. Выборочная совокупность

Исследование проводится для четырех типов учреждений образования:

- ☉ школ,
- ☉ профессионально-технических училищ,
- ☉ техникумов (колледжей),
- ☉ высших учебных заведений.

Выборка для обследования школ

Объем выборки — 480 государственных школ, 10 частных.

В каждой области по 80 школ:

областной центр (в том числе Минск) — 50 школ,

районные города — 15 школ,
село — 15 школ,
10 частных школ по стране в целом.

Выборка для средних специальных и высших учебных заведений

1. Обследуются все ПТУ Министерства образования Республики Беларусь.
2. Обследуются все техникумы Министерства образования Республики Беларусь.
3. Обследуются все ВУЗы (государственные и негосударственные) Министерства образования Республики Беларусь.

7.1.5. Методика сбора данных

Сбор данных для вычисления указанных показателей проводится методом опроса. В ходе сбора данных проводятся следующие опросы:

- опрос руководства школ, объект исследования — директора школ;
- опрос руководства ПТУ, объект исследования — директора ПТУ;
- опрос руководства техникумов, объект исследования — директора техникумов;
- опрос руководства ВУЗов, объект исследования — ректоры (проректоры) ВУЗов.

Периодичность сбора данных — один раз в 2 года.

Опрос проводится методом анкетирования.

7.1.6. Инструментарий исследования

Основные подходы к формированию инструментария оценки уровня охвата учащейся и студенческой молодежи профилактическими программами по ВИЧ/СПИД:

1. Для сбора данных рекомендуется использовать метод анкетного опроса.
2. Анкета для такого опроса должна быть тщательно разработана, апробирована путем пилотажных исследований с целью корректировки формулировок вопросов и адаптации вариантов ответов. С целью получения широкого спектра информации рекомендуется наряду с закрытыми вопросами добавлять в анкету полуоткрытые и открытые вопросы.
3. Формат анкеты должен быть достаточно небольшим, чтобы не «отпугивать» респондентов, анкета должна быть простой для заполнения. Анкета также должна содержать краткое обращение к респонденту, дающее представление о цели исследования и правилах заполнения анкеты.
4. Структура анкеты мониторинга должна включать в себя обязательные вопросы, которые дают возможность собирать данные для вычисления национальных показателей мониторинга и оценки информированности и поведенческого риска среди военнослужащих. Эти вопросы должны включаться в анкету ежегодно, что позволит проводить сравнительный анализ. В анкету могут также добавляться и новые вопросы, соответствующие вновь выявляемым тенденциям и особенностям каждого года наблюдения, однако их число должно быть невелико и эти вопросы должны обладать высоким уровнем значимости. Вопросы, становящиеся неактуальными по результатам анализа, могут удаляться из анкеты. Таким образом, допустима ежегодная корректировка содержания анкеты, но без изменения ее обязательных вопросов.

Структура анкеты для школ должна включать следующие содержательные блоки вопросов:

- 1) актуальность проблемы ВИЧ/СПИД для общества в целом;

- 2) характеристика объема, форм и методов занятий в начальной школе;
- 3) характеристика объема, форм и методов занятий в базовой школе;
- 4) характеристика объема, форм и методов занятий в средней школе;
- 5) наличие в школе подготовленных по вопросам методики интерактивного обучения учителей и проведение ими занятий по профилактике ВИЧ/СПИД;
- 6) восприятие школьниками занятий по профилактике ВИЧ/СПИД;
- 7) оценка эффективности занятий по профилактике ВИЧ/СПИД.

Структура анкеты для ПТУЗов, ССУЗов и ВУЗов должна включать следующие содержательные блоки вопросов:

- 1) актуальность проблемы ВИЧ/СПИД для общества в целом;
- 2) характеристика объема, форм и методов занятий на разных курсах обучения;
- 3) восприятие учащимися и студентами занятий по профилактике ВИЧ/СПИД;
- 4) оценка эффективности занятий по профилактике ВИЧ/СПИД.

Обязательные вопросы анкеты

Обязательные вопросы анкеты необходимы для вычисления национальных показателей мониторинга и оценки уровня охвата учащейся и студенческой молодежи профилактическими программами по ВИЧ/СПИД. Эти вопросы включаются в инструментарий анкеты ежегодно и обязательны для всех будущих исследований.

Национальный показатель

Процент общеобразовательных школ, учителя которых прошли подготовку по методике интерактивного обучения по вопросам ВИЧ/СПИД и регулярно обучают учеников по вопросам ВИЧ/СПИД на основе жизненных навыков.

ВОПРОСЫ АНКЕТЫ

Есть ли в Вашей школе хотя бы один учитель, изучавший методику интерактивного обучения по вопросам ВИЧ/СПИД (на основе жизненных навыков) в течение последних 5 лет?

1. Да.
2. Нет.
3. Затрудняюсь ответить.

Если да, то проводил ли этот учитель регулярно занятия по вопросам ВИЧ/СПИД в 5–11-х классах в течение этого учебного года?

1. Да.
2. Нет.

Национальные показатели

Процент охвата учащихся начальных школ обучением по вопросам ВИЧ/СПИД.

Процент охвата учащихся 5–9-х классов обучением по вопросам ВИЧ/СПИД.

Процент охвата учащихся 10–11-х классов обучением по вопросам ВИЧ/СПИДа.

ВОПРОСЫ АНКЕТЫ

Проводились ли в Вашей школе занятия по вопросам ВИЧ/СПИД в начальной школе в течение этого учебного года?

1. Да.
2. Нет.

Проводились ли в Вашей школе занятия по вопросам ВИЧ/СПИД в 5–9-х классах в течение этого учебного года?

1. Да. 2. Нет.

Проводились ли в Вашей школе занятия по вопросам ВИЧ/СПИД в 10–11-х классах в течение этого учебного года?

1. Да. 2. Нет.

Национальные показатели

Среднее число учебных часов в год по вопросам профилактики ВИЧ/СПИД в начальной школе.

Среднее число учебных часов в год по вопросам профилактики ВИЧ/СПИД в 5–9-х классах.

Среднее число учебных часов в год по вопросам профилактики ВИЧ/СПИД в 10–11-х классах.

ВОПРОСЫ АНКЕТЫ

Сколько в среднем часов за год отводилось таким занятиям в начальной школе?
_____ (число часов)

Сколько в среднем часов за год отводилось таким занятиям в 5–9-х классах?
_____ (число часов)

Сколько в среднем часов за год отводилось таким занятиям в 9–11-х классах?
_____ (число часов)

Национальные показатели

Процент охвата учащихся ПТУЗов обучением вопросам ВИЧ/СПИД.

Процент охвата учащихся ССУЗов обучением вопросам ВИЧ/СПИД.

Процент охвата учащихся ВУЗов обучением вопросам ВИЧ/СПИД.

ВОПРОС АНКЕТЫ

Проводились ли в Вашем учебном заведении занятия по вопросам ВИЧ/СПИД в течение этого учебного года?

1. Да. 2. Нет.

Примечание. Вопрос анкеты одинаков для всех указанных типов учебных заведений.

7.1.7. Обработка данных и подсчет показателей

Обработка данных опроса проводится с помощью программы обработки и анализа данных SPSS. Первым шагом обработки является ввод данных опроса, затем осуществляется их статистическая обработка. Подсчет ключевых и дополнительных показателей национальной системы мониторинга осуществляется с помощью программы КРИС.

Основные требования к статистической обработке:

1. Дать характеристики одномерного распределения по всем вопросам, где выбирается один вариант ответа. Если такой вопрос предназначен для части респондентов, отбираемых с помощью вопроса-фильтра, то рассчитать частотные характеристики только для этой группы, а не для всех респондентов.
2. При обработке вопросов с множественными ответами рассчитать частоту каждого варианта ответа в виде процента от общего количества опрошенных.

3. Сделать корреляцию показателей одномерного распределения с типом учебного заведения, степенью обучения и территориальной принадлежностью (по областям). Осуществить проверку статистических гипотез.

7.1.8. Анализ результатов исследования

При анализе данных используются подходы, соответствующие целям и задачам исследования. Анализ проводится по широкому кругу вопросов отдельно для школ, ПТУЗов, ССУЗов и ВУЗов.

1. Результаты исследования должны отражать:
 - характеристики оценки респондентами актуальности проблемы ВИЧ/СПИД для общества в целом;
 - охват учащихся учебных заведений программами профилактики ВИЧ/СПИД;
 - объем, формы и методы проведения занятий по профилактике ВИЧ/СПИД;
 - наличие преподавателей, специально подготовленных по методике проведения занятий по профилактике ВИЧ/СПИД;
 - корреляцию наиболее значимых индикаторов.
2. По результатам исследования должны быть сделаны обобщающие выводы и даны рекомендации по совершенствованию системы профилактики ВИЧ/СПИД в сфере образования.
3. По результатам исследования должен быть написан отчет. Отчет должен быть предоставлен руководству Министерства образования и Министерства здравоохранения, а также в другие организации с информационно-просветительской целью.

7.2. Показатели мониторинга и оценки информированности и поведения молодых людей в возрасте 15–24 лет

7.2.1. Описание объекта исследования

Подросткам и молодежи более, чем другим возрастным группам населения, свойственно так называемое «экспериментальное» поведение, что ставит их в особо уязвимое положение в отношении заражения ВИЧ и ИППП. Около 80% людей, живущих с ВИЧ/СПИД в Беларуси, — молодые люди в возрасте 14–30 лет.

Совокупность молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет достаточно однородна в плане сексуального поведенческого риска для всех возрастов в границах указанной возрастной группы. Хороший уровень теоретических знаний о ВИЧ/СПИД сочетается с невысоким уровнем применения этих знаний в реальной жизни. Поэтому профилактика ВИЧ/СПИД в этой группе населения наряду с традиционными «информационными» формами должна включать активную передачу опыта безопасного поведения с целью выработки у молодых людей знаний и навыков, способствующих поддержанию молодыми людьми безопасного для их здоровья стиля жизни.

7.2.2. Основные задачи мониторинга

1. Оценка молодыми людьми актуальности проблемы распространения ВИЧ/СПИД для Республики Беларусь и для себя лично.
2. Сбор данных для анализа риска инфицирования ВИЧ в группе молодых людей в возрасте 15–24 лет и особенностей этого риска для мужчин и женщин.

3. Выявление уровня информированности молодежи по вопросам профилактики ВИЧ/СПИД и тенденций изменения этой информированности.
4. Выявление уровней сексуального поведенческого риска среди молодых людей.
5. Характеристика основных источников информации по вопросам ВИЧ/СПИД.
6. Оценка информационно-образовательной деятельности по вопросам ВИЧ/СПИД в группе молодых людей в возрасте 15–24 лет.

7.2.3. Показатели национальной системы мониторинга и оценки

Характеристиками информированности и сексуального поведенческого риска молодых людей в возрасте 15–24 лет являются следующие показатели национальной системы мониторинга и оценки.

Показатель

Процент молодых людей в возрасте 15–24 лет, которые правильно указали пути передачи ВИЧ/СПИД и в то же время правильно назвали основные неверные представления о передаче ВИЧ.

Обоснование использования Эпидемия ВИЧ-инфекции распространяется среди молодых людей. Наличие правильных знаний относительно ВИЧ/СПИД является важнейшей предпосылкой для формирования поведения, снижающего риск передачи ВИЧ. Оценка выполнения задач по повышению уровня основных знаний о передаче ВИЧ.

Ключевой показатель Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН

Периодичность сбора данных 1 раз в год.

Инструмент измерения Молодые люди в возрасте 15–24 лет, попавшие в выборку, отвечают на следующие вопросы, имеющие несколько ответов:

1. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если иметь половые контакты только с одним верным неинфицированным партнером?
2. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если использовать презервативы?
3. Может ли здоровый на вид человек иметь ВИЧ?
4. Можно ли заразиться через укус комара?
5. Можно ли заразиться, если съесть пищу, предложенную Вам ВИЧ-инфицированным?

Числитель Число респондентов (15–24 лет), которые дали правильные ответы на все пять вопросов.

Знаменатель Число респондентов (15–24 лет), которые дали ответы на все пять вопросов (в том числе ответ «Не знаю»).

Метод измерения Опрос молодежи в возрасте 15–24 лет.

Ответственные организации Министерство здравоохранения.

Комментарии Объем выборки — 1000 человек. Значение данного показателя надо получить для всех респондентов, а также для мужчин и женщин отдельно, причем каждую группу нужно показать с разбивкой на городское/сельское население. Необходимо также получить значения показателя по каждому отдельному вопросу.

Показатель

Процент молодых людей в возрасте 15–24 лет, указавших на использование презерватива во время половых контактов с нерегулярными партнерами.

Обоснование использования Постоянное и правильное использование презерватива с нерегулярным партнером существенно снижает риск передачи ВИЧ половым путем. Это имеет особое значение для молодых людей, которые оценивают для себя риск заражения ВИЧ как низкий и в то же время имеют относительно большое число нерегулярных партнеров. Оценка результатов применения мер, направленных на предупреждение риска заражения ВИЧ в раннем возрасте через незащищенные половые контакты с нерегулярными партнерами.

Ключевой показатель Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН

Периодичность сбора данных 1 раз в год.

Инструмент измерения Молодые люди в возрасте 15–24 лет, попавшие в выборку, последовательно отвечают на следующие вопросы:

1. Были ли у Вас когда-либо сексуальные контакты?

Если ответ на вопрос 1 утвердительный («Да»), то

2. Были ли у Вас сексуальные контакты в течение последних 12 месяцев с нерегулярным партнером?

Если ответ на вопрос 2 утвердительный («Да»), то

3. Пользовались ли Вы презервативом при последнем сексуальном контакте с нерегулярным партнером?

Числитель Число респондентов (15–24 лет), которые указали на то, что во время последнего контакта с нерегулярным партнером за последние 12 месяцев они пользовались презервативом.

Знаменатель Число респондентов (15–24 лет), которые указали на наличие у них нерегулярного сексуального партнера за последние 12 месяцев.

Метод измерения Опрос молодежи в возрасте 15–24 лет

Ответственные организации Министерство здравоохранения.

Комментарии Объем выборки — 1000 человек. Значение данного показателя надо получить для всех респондентов, а также для мужчин и женщин отдельно, причем каждую группу нужно показать с разбивкой на городское/сельское население. Следует указать процент молодых людей, которые отметили то, что у них уже были половые контакты, и

процент молодых людей, у которых был нерегулярный сексуальный партнер за последние 12 месяцев.

Показатель

Медианный возраст начала половой жизни.

Обоснование использования Показатель является дополнительной характеристикой показателя сексуального поведенческого риска у молодых людей в возрасте 15–24 лет.

Периодичность сбора данных 1 раз в 2 года.

Инструмент измерения Медианный возраст берется как возраст, при котором кумулятивный доля молодых мужчин или молодых женщин, которым сейчас 15–24 года и которые имели проникающие половые контакты, достигает 50%.

Метод измерения Опрос молодежи.

Ответственные организации Министерство здравоохранения.

Комментарии Объем выборки — 1000 человек. Значение данного показателя необходимо получить для всех респондентов, а также для мужчин и женщин отдельно, причем каждую группу нужно показать с разбивкой на городское/сельское население.

7.2.4. Выборочная совокупность

При формировании выборки необходимо учитывать представленность всех областей, а также населения городских и сельских населенных пунктов.

Объем выборки — 1200 человек.

Рекомендуется многоступенчатая, комбинированная выборка. На первой ступени определяются населенные пункты, в которых проводится опрос. С учетом соотношения численности данной возрастной когорты в больших, средних и малых городах и в сельской местности определяются конкретные населенные пункты. Для этого рекомендуется метод случайного бесповторного отбора. Такой выбор проводится для каждой из шести областей страны, где выбирается по семь населенных пунктов:

- ☉ 1 большой город (областной),
- ☉ 1 средний город (в Минской области — 2 средних города вместо 1 большого и 1 среднего),
- ☉ 3 малых города,
- ☉ 2 села (отбираются сельские районы).

Кроме того, в выборку отдельно включается Минск.

На второй ступени определяется конкретная численность респондентов в каждой области и Минске с учетом места их жительства (город, село) и социального статуса (учащиеся школ, ПТУЗов, ССУЗов, ВУЗов, а также работающая молодежь, безработные, домохозяйки и т.п.). Для построения выборки используются пропорции и соотношения численностей указанных групп в генеральной совокупности для данной возрастной группы населения Республики Беларусь.

Опрос учащейся молодежи осуществляется в учебных заведениях. В каждой области методом случайного отбора выбираются 2 ВУЗа, 1 ССУЗ, 1 ПТУЗ и 3 школы (2 городских и 1 сельская). Затем отбираются классы и учебные группы, которые обследуются методом основного массива, т.е. опрашиваются все присутствующие на момент опроса.

Опрос других категорий респондентов (работающая молодежь, безработные, домохозяйки и т.п.) осуществляется методом анкетного опроса по месту жительства респондента методом случайного отбора респондентов, подходящих по заданным критериям возраста и социального статуса.

7.2.5. Методика сбора данных

Периодичность сбора данных — 1 раз в год.

Опрос проводится методом анкетирования.

При групповом анкетировании анкеты одновременно раздаются для заполнения группе респондентов. При этом респонденты имеют возможность получить дополнительную индивидуальную консультацию по технике заполнения анкеты, а исследователь, собирая анкеты, может проконтролировать качество их заполнения. Такое анкетирование экономит время, но требует от исследователя, проводящего анкетирование, навыков работы с группой.

При индивидуальном анкетировании респонденты получают анкету и заполняют ее в одиночку, а затем возвращают исследователю (анкетеру) или же делают это в присутствии анкетера.

Опрос учащейся молодежи осуществляется методом группового анкетирования, остальных респондентов — методом индивидуального анкетирования.

7.2.6. Инструментарий исследования

Структура анкеты должна включать следующие содержательные блоки вопросов:

- 1) актуальность проблемы ВИЧ/СПИД для общества в целом и для себя лично;
- 2) информированность о путях передачи ВИЧ-инфекции, диагностике и течении болезни и источники информации о ВИЧ/СПИД;
- 3) знание и использование профилактических мер, предупреждающих заражение ВИЧ-инфекцией;
- 4) эффективность профилактических программ в области ВИЧ/СПИД;
- 5) эпидемиологические факторы риска: сексуальный поведенческий риск, употребление инъекционных наркотиков;
- 6) социально-демографический статус респондентов (возраст, социальный статус, образование, семейное положение и др.).

Обязательные вопросы анкеты

Обязательные вопросы анкеты необходимы для вычисления национальных показателей мониторинга и оценки информированности и поведенческого риска в группе молодых людей в возрасте 15–24 лет и их сравнительной оценки. Эти вопросы включаются в инструментарий анкеты ежегодно и обязательны для всех будущих исследований.

Национальный показатель

Процент молодых людей в возрасте 15–24 лет, которые правильно указали пути передачи ВИЧ и в то же время правильно назвали основные неверные представления о передаче ВИЧ.

ВОПРОСЫ АНКЕТЫ

Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если иметь половые контакты только с одним верным неинфицированным партнером?

1. Да. 2. Нет. 3. Не знаю.

Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если использовать презервативы?

1. Да. 2. Нет. 3. Не знаю.

Может ли здоровый на вид человек иметь ВИЧ?

1. Да. 2. Нет. 3. Не знаю.

Можно ли заразиться через укусы комара?

1. Да. 2. Нет. 3. Не знаю.

Можно ли заразиться, если съесть пищу, предложенную Вам ВИЧ-инфицированным?

1. Да. 2. Нет. 3. Не знаю.

Национальный показатель

Процент молодых людей в возрасте 15–24 лет, указавших на использование презерватива во время половых контактов с нерегулярными партнерами.

ВОПРОСЫ АНКЕТЫ

Были ли у Вас когда-либо сексуальные контакты?

1. Да. 2. Нет.

Если да, то были ли у Вас сексуальные контакты в течение последних 12 месяцев с нерегулярным партнером? (*нерегулярный партнер — это человек, с которым Вы не состоите в браке или не проживаете совместно*)

1. Да. 2. Нет.

Если да, то пользовались ли Вы презервативом при последнем сексуальном контакте с нерегулярным партнером?

1. Да. 2. Нет. 3. Затрудняюсь ответить.

7.2.7. Анализ результатов исследования

При анализе данных используются подходы, соответствующие целям и задачам исследования. Анализ проводится по широкому кругу вопросов для всех респондентов в целом и отдельно для мужчин и женщин.

Результаты исследования должны отражать:

- ☉ характеристики оценки респондентами актуальности проблемы ВИЧ/СПИД для общества в целом и для себя лично;
- ☉ уровень информированности респондентов о путях передачи ВИЧ-инфекции, диагностике и течении болезни и источники информации о ВИЧ/СПИД;
- ☉ отношение респондентов к ВИЧ-инфицированным людям;

- ☉ охват респондентов профилактическими программами и оценку ими эффективности профилактических программ в области ВИЧ/СПИД;
- ☉ эпидемиологические факторы риска: уровень сексуального поведенческого риска, распространенность употребления инъекционных наркотиков респондентами;
- ☉ социально-демографический статус респондентов (возраст, социальный статус, образование, семейное положение и др.);
- ☉ корреляцию наиболее значимых индикаторов.

По результатам исследования должны быть сделаны обобщающие выводы и даны рекомендации по совершенствованию системы профилактики ВИЧ/СПИД в молодежной среде.

По результатам исследования должен быть написан отчет. Отчет должен быть представлен руководству Министерства образования и Министерства здравоохранения, а также другим организациям с информационно-просветительской целью.

7.3. Показатели мониторинга и оценки уровня информированности и поведения военнослужащих

7.3.1. Описание объекта исследования

Вооруженные силы многих стран мира сталкиваются с серьезной угрозой распространения ВИЧ и других инфекций, передающихся половым путем.

В армии Республики Беларусь большинство военнослужащих срочной службы в возрасте от 18 до 28 лет. Для мужчин этого возраста характерна высокая сексуальная активность, наличие нескольких сексуальных партнеров. Кроме того, служба в армии влечет за собой изменение привычного образа жизни, отсутствие регулярного общения с лицами противоположного пола, что стимулирует солдат к сексуальным контактам со случайными партнерами.

В армии ведется широкая профилактическая работа по формированию у солдат знаний и навыков безопасного сексуального поведения. Единичных исследований для отслеживания и анализа эффективности этой работы, характеристик информированности и поведения военнослужащих недостаточно. Изменения, происходящие в поведении под воздействием различных профилактических программ, можно отследить только в процессе мониторинга указанных характеристик.

7.3.2. Основные задачи мониторинга информированности и поведения военнослужащих

1. Сбор данных для анализа риска инфицирования ВИЧ в группе военнослужащих срочной службы.
2. Выявление уровня информированности солдат по вопросам профилактики ВИЧ/СПИД и тенденций изменения этой информированности.
3. Выявление уровней сексуального поведенческого риска среди солдат.
4. Сбор данных для анализа риска инфицирования ВИЧ в группе военнослужащих-офицеров.
5. Выявление уровня информированности офицеров по вопросам профилактики ВИЧ/СПИД и тенденций изменения этой информированности.
6. Выявление уровней сексуального поведенческого риска среди офицеров.

7. Оценка информационно-образовательной деятельности по вопросам ВИЧ/СПИД в армии и ее эффективности

Показатели национальной системы мониторинга и оценки для группы военнослужащих. Характеристиками информированности военнослужащих и сексуального поведенческого риска в этой группе являются следующие показатели национальной системы мониторинга и оценки.

Показатель

Процент солдат срочной службы, правильно указавших все пути передачи ВИЧ.

Обоснование использования Солдаты срочной службы являются частью молодежи. Риск ВИЧ-инфицирования в этой группе связан с низким уровнем восприятия риска заражения ВИЧ-инфекцией, а также наличием достаточно большого числа сексуальных контактов с нерегулярными партнерами. Наличие правильных знаний относительно ВИЧ/СПИД является важнейшей предпосылкой для формирования поведения, снижающего риск передачи ВИЧ.

Ключевой ведомственный показатель

Периодичность сбора данных 1 раз в год.

Инструмент измерения Солдаты срочной службы, попавшие в выборку, отвечают на следующие вопросы, имеющие несколько ответов:

- Как Вы думаете, какими путями можно заразиться ВИЧ?
1. Через дыхание, кашель, чихание.
 2. При нанесении татуировок общими иглами.
 3. При половых контактах с применением презервативов.
 4. При половых контактах без применения презервативов.
 5. При пользовании общими лезвиями для бритья.
 6. Через рукопожатие.
 7. Через укусы насекомых.
 8. При пользовании общими предметами быта.
 9. При попадании зараженной крови на рану.
 10. При употреблении инъекционных наркотиков.

Числитель Число солдат, которые дали правильные ответы на все 10 вопросов.

Знаменатель Число солдат, которые дали ответы на все 10 вопросов (в том числе ответ «Не знаю»).

Метод измерения Опрос солдат срочной службы.

Ответственные организации Министерство обороны, Министерство здравоохранения.

Комментарии Объем выборки — 500 человек. Помимо комбинированного показателя необходимо также получить значения показателя по каждому отдельному вопросу.

Показатель

Процент военнослужащих-офицеров, правильно указавших все пути передачи ВИЧ.

Обоснование использования Офицеры ведут воспитательную работу среди солдат срочной службы, передают им имеющиеся у них знания о ВИЧ-инфекции, а значит, влияют на формирование у них поведенческих навыков. Оценка выполнения задач по повышению уровня основных знаний о передаче ВИЧ.

Ключевой ведомственный показатель

Периодичность сбора данных 1 раз в год.

Инструмент измерения Офицеры, попавшие в выборку, отвечают на следующие вопросы, имеющие несколько ответов:

Как Вы думаете, какими путями можно заразиться ВИЧ?

1. Через дыхание, кашель, чихание.
2. При нанесении татуировок общими иглами.
3. При половых контактах с применением презервативов.
4. При половых контактах без применения презервативов.
5. При пользовании общими лезвиями для бритвы.
6. Через рукопожатие.
7. Через укусы насекомых.
8. При пользовании общими предметами быта.
9. При попадании зараженной крови на рану.
10. При употреблении инъекционных наркотиков.

Числитель Число офицеров, которые дали правильные ответы на все 10 вопросов.

Знаменатель Число офицеров, которые дали ответы на все 10 вопросов (в том числе ответ «Не знаю»).

Метод измерения Опрос офицеров подразделений Министерства обороны.

Ответственные организации Министерство обороны, Министерство здравоохранения.

Комментарии Объем выборки — 500 человек. Помимо комбинированного показателя необходимо также получить значения показателя по каждому отдельному вопросу.

Показатель

Процент солдат срочной службы, указавших на использование презерватива во время последнего полового контакта с нерегулярным партнером.

Обоснование использования Постоянное и правильное использование презерватива с нерегулярным партнером существенно снижает риск передачи ВИЧ-инфекции половым путем. Оценка результатов применения мер, направлен-

ных на предупреждение риска заражения ВИЧ, среди солдат срочной службы через незащищенные половые контакты с нерегулярными партнерами.

Ключевой ведомственный показатель

Периодичность сбора данных	1 раз в год.
Инструмент измерения	Солдаты срочной службы, попавшие в выборку, последовательно отвечают на предложенные вопросы: 1. Были ли у Вас когда-либо сексуальные контакты? <i>Если ответ на вопрос 1 утвердительный («Да»), то</i> 2. Были ли у Вас сексуальные контакты в период прохождения срочной службы? <i>Если ответ на вопрос 2 утвердительный («Да»), то</i> 3. Были ли у вас нерегулярные сексуальные партнеры в период прохождения срочной службы? <i>Если ответ на вопрос 3 утвердительный («Да»), то</i> 4. Пользовались ли Вы презервативом при последнем сексуальном контакте с нерегулярным партнером?
Числитель	Число респондентов, которые указали на то, что во время последнего контакта с нерегулярным партнером в период прохождения срочной службы они пользовались презервативом.
Знаменатель	Число респондентов, которые указали на наличие у них нерегулярного сексуального партнера в период прохождения срочной службы.
Метод измерения	Опрос солдат подразделений Министерства обороны.
Ответственные организации	Министерство обороны, Министерство здравоохранения.
Комментарии	Объем выборки — 500 человек. Следует указать процент солдат, которые указали на то, что у них уже были половые контакты, и процент солдат, у которых был нерегулярный сексуальный партнер за последние 12 месяцев в период прохождения срочной службы.
Показатель	
Процент военнослужащих-офицеров, указавших на использование презерватива во время последнего полового контакта с нерегулярным партнером.	
Обоснование использования	Оценка поведенческого риска и результатов применения мер, направленных на предупреждение риска заражения ВИЧ-инфекцией, среди офицеров через незащищенные половые контакты с нерегулярными партнерами. Ключевой ведомственный показатель
Периодичность сбора данных	1 раз в год.

Инструмент измерения	<p>Офицеры, попавшие в выборку, последовательно отвечают на предложенные вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Были ли у Вас когда-либо сексуальные контакты? <i>Если ответ на вопрос 1 утвердительный («Да»), то</i> 2. Были ли у Вас сексуальные контакты в течение последних 12 месяцев? <i>Если ответ на вопрос 2 утвердительный («Да»), то</i> 3. Были ли у вас нерегулярные сексуальные партнеры в течение последних 12 месяцев? <i>Если ответ на вопрос 3 утвердительный («Да»), то</i> 4. Пользовались ли Вы презервативом при последнем сексуальном контакте с нерегулярным партнером?
Числитель	Число респондентов, которые указали на то, что во время последнего контакта с нерегулярным партнером в течение последних 12 месяцев они пользовались презервативом.
Знаменатель	Число респондентов, которые указали на наличие у них нерегулярного сексуального партнера в течение последних 12 месяцев.
Метод измерения	Опрос офицеров.
Ответственные организации	Министерство обороны, Министерство здравоохранения.
Комментарии	Объем выборки — 500 человек. Следует указать процент офицеров, которые указали на то, что у них уже были половые контакты, и процент офицеров, у которых был нерегулярный сексуальный партнер в течение последних 12 месяцев.

7.3.3. Выборочная совокупность.

Выборки строятся для основных целевых групп:

- ☉ солдат срочной службы всех родов войск,
- ☉ офицеров всех родов войск.

Проведенные исследования показывают, что изучаемые группы являются достаточно однородными в плане информированности по вопросам ВИЧ/СПИД, поэтому достаточным является объем выборки 500 солдат и 500 офицеров.

Для обоих опросов рекомендуется многоступенчатая выборка. На первой ступени извлекается выборка кластеров, составляющих генеральную совокупность, где в качестве кластеров выступают гарнизоны (или рода войск). По данным предыдущих исследований эти кластеры являются однородными по изучаемым показателям. Если кластеры имеют приблизительно одинаковые размеры, то используется простой случайный или систематический отбор кластеров из их полного списка. Если размеры кластеров существенно различаются, то применяется либо случайный отбор с вероятностью, пропорциональной размеру кластеров, либо систематический отбор из списка кластеров, упорядоченных по размеру. Для исследования военнослужащих таким образом отбирается пять кластеров.

На второй ступени из каждого отобранного кластера извлекается выборка объектов, подлежащих непосредственному обследованию. В качестве объектов выступают военные части. Они отбираются теми же методами, что и кластеры на первой ступени отбора. В каждом кластере отбирается по пять военных частей.

На третьей ступени в каждой попавшей в выборку военной части осуществляется отбор 20 солдат и 20 офицеров.

В выборку для солдат следует включать только солдат, прослуживших более 6 месяцев, поскольку одной из главных целей исследования является изучение сексуального поведенческого риска в период прохождения срочной службы. Выбор солдат осуществляется с помощью квотного отбора, где квотирующим признаком является место жительства до призыва (город, село). Выбор офицеров осуществляется с помощью квотного отбора, где квотирующим признаком является возраст.

7.3.4. Методика сбора данных

Сбор данных для вычисления указанных показателей проводится методом опроса. В ходе сбора данных проводятся два опроса:

- ☛ военнослужащих срочной службы, объект исследования — солдаты;
- ☛ офицеров, объект исследования — офицеры мужского пола.

Периодичность сбора данных — 1 раз в год.

Опрос проводится методом анкетирования. Опрос солдат и офицеров может проводиться как индивидуально, так и в группе.

7.3.5. Инструментарий исследования

Структура анкеты должна включать следующие содержательные блоки вопросов:

1. Актуальность проблемы ВИЧ/СПИД для общества в целом и для себя лично.
2. Информированность о путях передачи ВИЧ-инфекции, диагностике и течении болезни и источники информации о ВИЧ/СПИД.
3. Отношение к ВИЧ-инфицированным людям.
4. Эффективность профилактических программ в области ВИЧ/СПИД.
5. Эпидемиологические факторы риска: сексуальный поведенческий риск, употребление инъекционных наркотиков.
6. Социально-демографический статус респондентов (возраст, социальный статус, образование, семейное положение и др.).

Обязательные вопросы анкеты

Обязательные вопросы анкеты необходимы для вычисления национальных показателей мониторинга и оценки информированности и поведенческого риска среди военнослужащих и их сравнительной оценки. Эти вопросы включаются в инструментарий анкеты ежегодно и обязательны для всех будущих исследований.

Национальные показатели

Процент солдат срочной службы, правильно указавших все пути передачи ВИЧ.

Процент офицеров, правильно указавших все пути передачи ВИЧ.

Примечание. Вопрос анкеты для вычисления указанных показателей формулируется одинаково в анкете для солдат и в анкете для офицеров.

ВОПРОС АНКЕТЫ

Как Вы считаете, можно ли заразиться ВИЧ?

Дайте ответ по каждой строке	Да	Нет	Не знаю
1. Через дыхание, кашель, чихание	1	2	3
2. При нанесении татуировок общими иглами	1	2	3
3. При половых контактах с применением презервативов	1	2	3
4. При половых контактах без применения презервативов	1	2	3
5. При пользовании общими лезвиями для бритья	1	2	3
6. Через рукопожатие	1	2	3
7. Через укусы насекомых	1	2	3
8. При пользовании общими предметами быта (посуда, мыло, полотенце и т.д.)	1	2	3
9. При попадании зараженной крови на рану	1	2	3
10. При употреблении инъекционных наркотиков	1	2	3

Национальный показатель

Процент солдат срочной службы, указавших на использование презерватива во время последнего полового контакта с нерегулярным партнером.

ВОПРОСЫ АНКЕТЫ

Были ли у Вас когда-либо сексуальные контакты?

1. Да. 2. Нет.

Если да, то были ли у Вас сексуальные контакты в период прохождения срочной службы?

1. Да. 2. Нет.

Если да, то были ли у Вас нерегулярные сексуальные партнеры в период прохождения срочной службы? (*нерегулярный партнер — это человек, с которым Вы не состоите в браке или не проживаете совместно*)

1. Да. 2. Нет.

Если да, то пользовались ли Вы презервативом при последнем сексуальном контакте с нерегулярным партнером?

1. Да. 2. Нет. 3. Затрудняюсь ответить.

Национальный показатель

Процент военнослужащих офицеров, указавших на использование презерватива во время последнего полового контакта с нерегулярным партнером.

ВОПРОСЫ АНКЕТЫ

Были ли у Вас когда-либо сексуальные контакты?

1. Да. 2. Нет.

Если да, то были ли у Вас сексуальные контакты за последние 12 месяцев?

1. Да. 2. Нет.

Если да, то были ли у Вас нерегулярные сексуальные партнеры за последние 12 месяцев? (*нерегулярный партнер — это человек, с которым Вы не состоите в браке или не проживаете совместно*)

1. Да. 2. Нет.

Если да, то пользовались ли Вы презервативом при последнем сексуальном контакте с нерегулярным партнером?

1. Да. 2. Нет. 3. Затрудняюсь ответить.

7.3.6. Анализ результатов исследования

Анализ проводится по широкому кругу вопросов отдельно для совокупности солдат и совокупности офицеров.

Результаты исследования анализируются для солдат и офицеров отдельно и сравнительно.

Результаты исследования должны отражать:

- ☉ характеристики оценки респондентами актуальности проблемы ВИЧ/СПИД для общества в целом и для себя лично;
- ☉ уровень информированности респондентов о путях передачи ВИЧ-инфекции, диагностике и течении болезни и источники информации о ВИЧ/СПИД;
- ☉ отношение респондентов к ВИЧ-инфицированным людям;
- ☉ охват респондентов профилактическими программами и оценку ими эффективности профилактических программ в области ВИЧ/СПИД;
- ☉ эпидемиологические факторы риска: уровень сексуального поведенческого риска, распространенность употребления инъекционных наркотиков респондентами;
- ☉ социально-демографический статус респондентов (возраст, социальный статус, образование, семейное положение и др.);
- ☉ корреляцию наиболее значимых индикаторов.

По результатам исследования должны быть сделаны обобщающие выводы и даны рекомендации по совершенствованию системы профилактики ВИЧ/СПИД среди военнослужащих.

По результатам исследования должен быть написан отчет. Отчет должен быть представлен руководству Министерства обороны и Министерства здравоохранения, а также другим организациям в составе этих ведомств с информационно-просветительской целью.

7.4. Показатели мониторинга и оценки уровня информированности и поведения женщин репродуктивного возраста

7.4.1. Описание объекта исследования

В настоящий момент в республике эпидемия входит в новую фазу, характеризующуюся увеличением случаев инфицирования при сексуальных контактах в общей структуре причин заражения и активным распространением инфекции среди женской части населения.

Многие женщины, несмотря на положительный ВИЧ-статус, сохраняют репродуктивную настроенность, тем более что существуют действенные меры вмешательства, снижаю-

щие риск вертикальной трансмиссии ВИЧ. Количество родов, регистрируемых среди ВИЧ-инфицированных женщин, ежегодно увеличивается.

Рост числа ВИЧ-инфицированных среди женщин репродуктивного возраста свидетельствует о недостаточности существующих программ профилактики ВИЧ-инфекции среди данной целевой группы и необходимости их расширения и углубления.

7.4.2. Основные задачи мониторинга информированности и поведения женщин в репродуктивном возрасте

1. Изучение особенностей образа жизни женщин репродуктивного возраста и анализ отношения женщин к своему здоровью.
2. Изучение особенностей репродуктивного поведения женщин в возрасте 18–45 лет и их знаний по вопросам контрацепции и ИППП.
3. Изучение сексуального поведения женщин репродуктивного возраста и выявление уровней сексуального поведенческого риска.
4. Выявление уровня информированности женщин по вопросам профилактики ВИЧ/СПИД и тенденций изменения этой информированности.
5. Характеристика основных источников информации по вопросам ВИЧ/СПИД.

7.4.3. Показатели национальной системы мониторинга и оценки

Характеристиками информированности и сексуального поведенческого риска женщин репродуктивного возраста являются следующие показатели национальной системы мониторинга и оценки.

Показатель

Процент женщин в возрасте 18–45 лет, правильно отметивших все пути передачи ВИЧ/СПИД.

Обоснование использования Оценка уровня знаний о путях передачи ВИЧ-инфекции среди женщин. Доля женщин в общем числе ВИЧ-инфицированных в Республике Беларусь неуклонно возрастает; особой роль в этом играет половой путь передачи инфекции. Информированность женщин по вопросам передачи ВИЧ является важнейшим индикатором уровня профилактики распространения ВИЧ-инфекции в этой группе населения.

Ключевой показатель

Периодичность сбора данных 1 раз в год.

Инструмент измерения Женщины, попавшие в выборку, отвечают на следующие вопросы, имеющие несколько вариантов ответов:

Как Вы думаете, какими путями можно заразиться ВИЧ?

1. При совместном использовании инструментария (шприцы, иглы и т.д.) при введении наркотика.
2. При сексуальных контактах без презерватива.
3. При использовании общей посуды с ВИЧ-инфицированным.
4. При попадании на кожу ВИЧ-инфицированной крови (при травмах).

5. От ВИЧ-инфицированной матери ребенку при беременности, родах и кормлении грудью.
6. При укусе комара.
7. Через нестерильный инструментарий при косметических процедурах, маникюре, в парикмахерской.

Числитель	Число респондентов, которые дали правильные ответы на все 7 вопросов.
Знаменатель	Число респондентов, которые дали ответы на все 7 вопросов (в том числе ответ «Не знаю»).
Метод измерения	Опрос женщин в возрасте 18–45 лет.
Ответственные организации	Министерство здравоохранения.
Комментарии	Объем выборки — 1200 человек. Помимо комбинированного показателя необходимо также получить значения показателя по каждому отдельному вопросу.

Показатель

Процент женщин в возрасте 18–45 лет, указавших на использование презерватива во время последнего полового контакта с нерегулярным партнером.

Обоснование использования Оценка поведенческого риска и результатов применения мер, направленных на предупреждение риска заражения ВИЧ-инфекцией, среди женщин через незащищенные половые контакты с нерегулярными партнерами.

Ключевой показатель

Периодичность сбора данных 1 раз в год.

Инструмент измерения Женщины, попавшие в выборку, последовательно отвечают на предложенные вопросы:

1. Были ли у Вас когда-либо сексуальные контакты?
Если ответ на вопрос 1 утвердительный («Да»), то
2. Были ли у Вас сексуальные контакты в течение последних 12 месяцев?
Если ответ на вопрос 2 утвердительный («Да»), то
3. Были ли у вас нерегулярные сексуальные партнеры в течение последних 12 месяцев?
Если ответ на вопрос 3 утвердительный («Да»), то
4. Пользовались ли Вы презервативом при последнем сексуальном контакте с нерегулярным партнером?

Числитель Число респондентов, которые указали на то, что во время последнего контакта с нерегулярным партнером в течение последних 12 месяцев, они пользовались презервативом.

Знаменатель Число респондентов, которые указали на наличие у них нерегулярного сексуального партнера в течение последних 12 месяцев.

Метод измерения Опрос женщин в возрасте 18–45 лет.

Ответственные организации Министерство здравоохранения.

Комментарии Объем выборки — 1200 человек.

7.4.4. Выборочная совокупность

При формировании выборки необходимо учитывать представленность всех областей, а также населения городских и сельских населенных пунктов.

Объем выборки — 1200 человек. В выборке рекомендуется численность по 200 человек в каждой из следующих возрастных групп: 18–19 лет, 20–24 года, 25–29 лет, 30–34 года, 35–39 лет, 40–45 лет.

7.4.5. Методика сбора данных

Сбор данных для вычисления указанных показателей проводится методом опроса.

Периодичность сбора данных — 1 раз в год. Опрос проводится методом анкетирования.

7.4.6. Инструментарий исследования

Структура анкеты должна включать следующие содержательные блоки вопросов:

1. Актуальность проблемы ВИЧ/СПИД для общества в целом и для себя лично.
2. Информированность о путях передачи ВИЧ-инфекции, диагностике и течении болезни и источники информации о ВИЧ/СПИД.
3. Знание и использование профилактических мер, предупреждающих заражение ВИЧ-инфекцией.
4. Эффективность профилактических программ в области ВИЧ/СПИД.
5. Эпидемиологические факторы риска: сексуальный поведенческий риск, употребление инъекционных наркотиков.
6. Социально-демографический статус респондентов (возраст, социальный статус, образование, семейное положение и др.).

Обязательные вопросы анкеты

Обязательные вопросы анкеты необходимы для вычисления национальных показателей мониторинга и оценки информированности и поведенческого риска в группе женщин репродуктивного возраста и их сравнительной оценки. Эти вопросы включаются в инструментарий анкеты ежегодно и обязательны для всех будущих исследований.

Национальный показатель

Процент женщин в возрасте 18–45 лет, правильно отметивших все пути передачи ВИЧ.

ВОПРОСЫ АНКЕТЫ

Дайте ответ по каждой строке	Да	Нет	Не знаю
1. При совместном использовании инструментария (шприцы, иглы и т.д.) при введении наркотика	1	2	3
2. При сексуальных контактах без презерватива	1	2	3
3. При использовании общей посуды с ВИЧ-инфицированным	1	2	3

4. При попадании на кожу ВИЧ-инфицированной крови (при травмах и т.д.)	1	2	3
5. От ВИЧ-инфицированной матери ребенку при беременности, родах и кормлении грудью	1	2	3
6. При укусе комара	1	2	3
7. Через нестерильный инструментарий при косметических процедурах, маникюре, в парикмахерской	1	2	3

Национальный показатель

Процент женщин в возрасте 18–45 лет, указавших на использование презерватива во время последнего полового контакта с нерегулярным партнером.

ВОПРОСЫ АНКЕТЫ

Были ли у Вас когда-либо сексуальные контакты?

1. Да. 2. Нет.

Если да, то были ли у Вас сексуальные контакты в течение последних 12 месяцев с нерегулярным партнером (*нерегулярный партнер — это человек, с которым Вы не состоите в браке или не проживаете совместно*)?

1. Да. 2. Нет.

Если да, то пользовались ли Вы презервативом при последнем сексуальном контакте с нерегулярным партнером?

1. Да. 2. Нет. 3. Затрудняюсь ответить.

7.4.7. Анализ результатов исследования

Анализ проводится по широкому кругу вопросов для всех респондентов в целом и отдельно для респондентов разных возрастов.

Результаты исследования должны отражать:

- ☉ характеристики оценки респондентами актуальности проблемы ВИЧ/СПИД для общества в целом и для себя лично;
- ☉ уровень информированности респондентов о путях передачи ВИЧ-инфекции, диагностике и течении болезни и источники информации о ВИЧ/СПИД;
- ☉ отношение респондентов к ВИЧ-инфицированным людям;
- ☉ охват респондентов профилактическими программами и оценку ими эффективности профилактических программ в области ВИЧ/СПИД;
- ☉ эпидемиологические факторы риска: уровень сексуального поведенческого риска, распространенность употребления инъекционных наркотиков респондентами;
- ☉ социально-демографический статус респондентов (возраст, социальный статус, образование, семейное положение и др.);
- ☉ корреляцию наиболее значимых индикаторов.

По результатам исследования должны быть сделаны обобщающие выводы и даны рекомендации по совершенствованию системы профилактики ВИЧ/СПИД среди женщин репродуктивного возраста.

По результатам исследования должен быть написан отчет. Отчет должен быть представлен руководству Министерства здравоохранения, а также другим организациям в составе этих ведомств с информационно-просветительской целью.

7.5. Показатели мониторинга и оценки уровня информированности и поведения заключенных и персонала пенитенциарных учреждений

ПОКАЗАТЕЛИ МОНИТОРИНГА ИНФОРМИРОВАННОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ ЗАКЛЮЧЕННЫХ

7.5.1. Описание объекта исследования

В пенитенциарных учреждениях существует высокий риск инфицирования. Этому способствуют следующие факторы: переполненность колоний и СИЗО; высокий процент лиц, имеющих опыт употребления наркотиков; практика гомосексуальных связей; использование необработанного инструментария при нанесении татуировок, имплантации инородных тел; значительное число содержащихся лиц с психическим отклонениями, поведение которых не исключает риск заражения ВИЧ.

Большинство ВИЧ-инфицированных поступают в пенитенциарную систему либо с уже установленным диагнозом, либо диагноз устанавливается в следственном изоляторе.

У заключенных наблюдается достаточно высокий уровень инъекционного и сексуального риска. Специфические пути передачи ВИЧ-инфекции в местах заключения — использование общих станков для бритья и нанесение татуировок. Дезинфекция инструментария при этом не соответствует гигиеническим нормам профилактики ВИЧ/СПИД.

Существует возможность передачи ВИЧ-инфекции от заключенных лицам, приезжающим на длительные свидания и наоборот.

ВИЧ-инфицированные заключенные обладают недостаточным уровнем знаний о ВИЧ/СПИД. Послетестовое консультирование характеризуется неполным охватом ВИЧ-инфицированных и низкой эффективностью.

В исправительных учреждениях есть возможности для проведения широкого спектра мер по профилактике ВИЧ/СПИД среди заключенных, так как последних беспокоит проблема личной безопасности: многие опасаются заражения ВИЧ, и профилактическая информация воспринимается с интересом.

7.5.2. Основные задачи мониторинга информированности и поведения заключенных

1. Сбор данных для анализа риска инфицирования ВИЧ в период отбывания наказания в исправительных учреждениях.
2. Выявление уровня информированности заключенных по вопросам профилактики ВИЧ/СПИД и тенденций изменения этой информированности.
3. Выявление типов поведенческого риска (инъекционного, сексуального) и определение уровней этих рисков среди заключенных.
4. Определение путей передачи ВИЧ среди заключенных.
5. Выявление уровня информированности ВИЧ-инфицированных заключенных по вопросам профилактики передачи, лечения ВИЧ/СПИД и тенденций изменения этой информированности.

6. Отношение к ВИЧ-инфицированным людям.
7. Выявление типов поведенческого риска (инъекционного, сексуального) и определение уровней этих рисков среди ВИЧ-инфицированных заключенных в контексте распространения ими инфекции.
8. Оценка эффективности различных источников информации по вопросам ВИЧ/СПИД для заключенных.

7.5.3. Основные и дополнительные показатели национальной системы мониторинга и оценки для группы заключенных

Характеристиками информированности заключенных по вопросам ВИЧ/СПИД и оценкой поведенческого риска в этой группе являются следующие показатели национальной системы мониторинга и оценки.

Показатель

Процент заключенных, правильно указавших все пути передачи ВИЧ-инфекции.

Обоснование использования

Лица, находящиеся в исправительных учреждениях, являются группой высокого риска инфицирования ВИЧ различными путями: через сексуальные контакты, в том числе и с лицами своего пола, путем инъекционного употребления наркотиков, нанесения татуировок и др. Наличие правильных знаний относительно ВИЧ/СПИД является важнейшей предпосылкой для формирования поведения, снижающего риск передачи ВИЧ. Показатель позволяет дать оценку уровня знаний о путях передачи ВИЧ среди заключенных. При этом пути заражения ВИЧ определяются в соответствии со спецификой образа жизни заключенных во время нахождения в исправительных учреждениях.

Ключевой ведомственный показатель

Периодичность сбора данных

1 раз в год.

Инструмент измерения

Заключенные, попавшие в выборку, отвечают на следующие вопросы, имеющие несколько вариантов ответов:

Как Вы думаете, какими путями можно заразиться ВИЧ?

1. Через дыхание, кашель, чихание.
2. При совместном использовании шприцев при употреблении наркотиков.
3. При нанесении татуировок общими иглами.
4. При половых контактах с применением презервативов.
5. При половых контактах без применения презервативов.
6. При пользовании общими лезвиями для бритья.
7. Через рукопожатие.
8. Через укусы насекомых.
9. При пользовании общими предметами быта.
10. При попадании зараженной крови на рану.
11. При имплантации (вживлении) инородных тел в половые органы.

Числитель	Число респондентов, которые дали правильные ответы на все 11 вопросов.
Знаменатель	Число респондентов, которые дали ответы на все 11 вопросов (в том числе «Не знаю»).
Метод измерения	Опрос заключенных.
Ответственные организации	ДИН МВД, Министерство здравоохранения.
Комментарии	Объем выборки — 400 человек. Помимо комбинированного показателя необходимо также получить значения показателя по каждому отдельному вопросу. Значение данного показателя надо получить для всех респондентов, а также для мужчин и женщин отдельно.

Показатель

Процент ВИЧ-инфицированных заключенных, правильно указавших все пути передачи ВИЧ-инфекции.

Обоснование использования ВИЧ-инфицированные заключенные являются особой группой в составе заключенных. Оценка уровня знаний о путях передачи ВИЧ-инфекции среди ВИЧ-инфицированных заключенных позволяет дать характеристику системе послетестового консультирования ВИЧ-инфицированных. При этом пути заражения ВИЧ-инфекцией определяются в соответствии со спецификой образа жизни заключенных во время нахождения в исправительных учреждениях.

Дополнительный ведомственный показатель

Периодичность сбора данных 1 раз в год.

Инструмент измерения Заключенные, попавшие в выборку, отвечают на следующие вопросы, имеющие несколько вариантов ответов:

Как Вы думаете, какими путями можно заразиться ВИЧ?

1. Через дыхание, кашель, чихание.
2. При совместном использовании шприцев при употреблении наркотиков.
3. При нанесении татуировок общими иглами.
4. При половых контактах с применением презервативов.
5. При половых контактах без применения презервативов.
6. При пользовании общими лезвиями для бритья.
7. Через рукопожатие.
8. Через укусы насекомых.
9. При пользовании общими предметами быта.
10. При попадании зараженной крови на рану.
11. При имплантации (вживлении) инородных тел в половые органы.

Числитель	Число респондентов, которые дали правильные ответы на все 11 вопросов.
------------------	--

Знаменатель	Число респондентов, которые дали ответы на все 11 вопросов (в том числе ответ «Не знаю»).
Метод измерения	Опрос ВИЧ-инфицированных заключенных.
Ответственные организации	ДИН МВД, Министерство здравоохранения.
Комментарии	Объем выборки — 200 человек. Помимо комбинированного показателя необходимо также получить значения показателя по каждому отдельному вопросу. Значение данного показателя надо получить для всех респондентов, а также для мужчин и женщин отдельно.

7.5.4. Выборочная совокупность

В поведенческом исследовании особое значение имеет правильное построение выборочной совокупности. В количественных исследованиях репрезентативная выборка представляет собой микромодель генеральной совокупности.

Выборки строятся для основных целевых групп:

- ☉ заключенных,
- ☉ ВИЧ-инфицированных заключенных.

При формировании обеих выборок (для ВИЧ-инфицированных заключенных и заключенных) необходимо учитывать представленность в выборочной совокупности заключенных, отбывающих наказание в колониях различного режима (усиленного, строгого и общего). В белорусской пенитенциарной системе неприемлем территориальный подход при изучении и анализе уровней заболеваемости и распространенности болезней, так как ПУ расположены по областям неравномерно. Наиболее целесообразно изучать заключенных дифференцированно в зависимости от вида режима исправительной колонии. В выборку наряду с заключенными-мужчинами должны включаться заключенные-женщины (женские исправительные учреждения).

Для обоих опросов рекомендуется многоступенчатая выборка. На первой ступени извлекается выборка кластеров, составляющих генеральную совокупность, где в качестве кластеров выступают совокупности исправительных учреждений различного режима (усиленного, строгого, общего) для мужчин-заключенных. По данным предыдущих исследований, эти кластеры являются однородными по изучаемым показателям. Если кластеры имеют приблизительно одинаковые размеры, то используется простой случайный или систематический отбор кластеров из их полного списка. Если размеры кластеров существенно различаются, то применяется либо случайный отбор с вероятностью, пропорциональной размеру кластеров, либо систематический отбор из списка кластеров, упорядоченных по размеру. Для исследования заключенных таким образом отбирается три кластера различных режимов.

На второй ступени из каждого отобранного кластера извлекается выборка объектов, подлежащих непосредственному обследованию. В качестве объектов выступают исправительные учреждения. Они отбираются теми же методами, что и кластеры на первой ступени отбора. В каждом кластере отбирается по два исправительных учреждения. К выбранным шести исправительным учреждениям для мужчин добавляется женская колония (единственная в стране).

На третьей ступени в каждом попавшем в выборку исправительном учреждении для мужчин осуществляется отбор 50 ВИЧ-отрицательных и 30 ВИЧ-инфицированных заключенных. В женском исправительном учреждении отбираются 100 ВИЧ-отрицательных и 30 ВИЧ-инфицированных заключенных.

Выбор заключенных в обеих выборках осуществляется с помощью квотного отбора, где квотирующим признаком является возраст.

7.5.5. Методика сбора данных

Сбор данных для вычисления указанных показателей проводится методом опроса. В ходе сбора данных проводятся два опроса:

- опрос заключенных в исправительных учреждениях, объект исследования — ВИЧ-отрицательные заключенные;
- опрос ВИЧ-инфицированных заключенных в исправительных учреждениях, объект исследования — ВИЧ-положительные заключенные.

Периодичность сбора данных — 1 раз в год.

Опрос проводится методом анкетирования.

Опрос заключенных рекомендуется проводить индивидуально. Рекомендуется привлечь к участию в исследовании в качестве анкетеров работников тех исправительных учреждений, которые попали в выборку исследования.

7.5.6. Инструментарий исследования

Подходы к разработке инструментария исследования информированности и поведенческого риска среди заключенных разрабатывались на основе рекомендаций и методик исследования международных организаций (ЮНЭЙДС).

Структура анкеты для заключенных должна включать следующие содержательные блоки вопросов:

1. Актуальность проблемы ВИЧ/СПИД для общества в целом и для себя лично.
2. Информированность о путях передачи ВИЧ-инфекции, диагностике и течении болезни, источники информации о ВИЧ/СПИД.
3. Отношение к ВИЧ-инфицированным людям.
4. Эффективность профилактических программ в области ВИЧ/СПИД.
5. Факторы риска передачи ВИЧ-инфекции в местах заключения: сексуальный поведенческий риск, употребление инъекционных наркотиков; нанесение татуировок и др.
6. Доступность дезинфицирующих средств и презервативов.
7. Социально-демографический статус респондентов (возраст, социальный статус, образование, семейное положение и др.).

Структура анкеты для ВИЧ-инфицированных заключенных должна включать следующие содержательные блоки вопросов:

1. Информированность о путях передачи ВИЧ-инфекции, диагностике и течении болезни и источники информации о ВИЧ/СПИД.
2. Эффективность послетестового консультирования.
3. Возможность получения лечения ВИЧ-инфекции в местах заключения.
4. Отношение к ВИЧ-инфицированным заключенным со стороны других заключенных и сотрудников исправительных учреждений.

5. Эффективность профилактических программ в области ВИЧ/СПИД.
6. Факторы риска передачи ВИЧ-инфекции в местах заключения: сексуальный поведенческий риск, употребление инъекционных наркотиков; нанесение татуировок и др.
7. Доступность дезинфицирующих средств и презервативов.
8. Социально-демографический статус респондентов (возраст, социальный статус, образование, семейное положение и др.).

Обязательные вопросы анкеты

Обязательные вопросы анкеты необходимы для вычисления национальных показателей мониторинга и оценки информированности и поведенческого риска среди заключенных и их сравнительной оценки. Эти вопросы включаются в инструментарий анкеты ежегодно и обязательны для всех будущих исследований.

Национальные показатели

Процент заключенных, правильно указавших все пути передачи ВИЧ-инфекции.

Процент ВИЧ-инфицированных заключенных, правильно указавших все пути передачи ВИЧ-инфекции.

Примечание. Вопрос анкеты для вычисления указанных показателей формулируется одинаково в анкете для заключенных и в анкете для ВИЧ-инфицированных заключенных.

ВОПРОС АНКЕТЫ

Как Вы считаете, можно ли заразиться ВИЧ?..

Дайте ответ по каждой строке	Да	Нет	Не знаю
1. Через дыхание, кашель, чихание	1	2	3
2. При имплантации (вживлении) инородных тел в половые органы	1	2	3
3. При нанесении татуировок общими иглами	1	2	3
4. При половых контактах с применением презервативов	1	2	3
5. При половых контактах без применения презервативов	1	2	3
6. При пользовании общими лезвиями для бритвы	1	2	3
7. Через рукопожатие	1	2	3
8. Через укусы насекомых	1	2	3
9. При пользовании общими предметами быта (посуда, мыло, полотенце и др.)	1	2	3
10. При попадании зараженной крови на рану	1	2	3
11. При совместном использовании шприцев при употреблении наркотиков	1	2	3

7.5.7. Анализ результатов исследования

При анализе данных используются подходы, соответствующие целям и задачам исследования.

Результаты исследования должны отражать:

- характеристики оценки респондентами актуальности проблемы ВИЧ/СПИД для общества в целом и для себя лично;
- уровень информированности респондентов о путях передачи ВИЧ-инфекции, диагностике и течении болезни, источники информации о ВИЧ/СПИД;
- отношение респондентов к ВИЧ-инфицированным людям;
- охват респондентов профилактическими программами и оценку ими эффективности профилактических программ в области ВИЧ/СПИД;
- факторы риска: уровень сексуального поведенческого риска, распространенность употребления инъекционных наркотиков респондентами;
- социально-демографический статус респондентов (возраст, социальный статус, образование, семейное положение и др.);
- корреляцию наиболее значимых индикаторов.

По результатам исследования должны быть сделаны обобщающие выводы и даны рекомендации по совершенствованию системы профилактики ВИЧ/СПИД среди заключенных.

По результатам исследования должен быть написан отчет. Отчет должен быть представлен руководству Министерства внутренних дел и Министерства здравоохранения, а также другим организациям в составе этих ведомств с информационно-просветительской целью.

ПОКАЗАТЕЛИ ДЛЯ МОНИТОРИНГА ИНФОРМИРОВАННОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ СОТРУДНИКОВ ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

7.5.8. Описание объекта исследования

Персонал исправительных учреждений достаточно высоко оценивает для себя опасность заражения ВИЧ при выполнении служебных обязанностей. Сотрудники хорошо информированы о путях передачи ВИЧ, однако эта информированность носит общий характер и знания работников об инфекции, ее диагностике и самом заболевании находятся на среднем уровне, что повышает риск ВИЧ-инфицирования при возникновении опасных ситуаций.

Во многих подразделениях занятия по профилактике ВИЧ/СПИД не проводятся, а там, где проводятся, — недостаточно эффективно. Медицинский персонал охвачен такими занятиями почти полностью, и их эффективность (полезность) более высокая, чем у остального персонала.

Работники с пониманием относятся к распространению презервативов и обмену шприцев среди заключенных, считая, что эта мера позволит предотвратить распространение ВИЧ в пенитенциарных учреждениях.

7.5.9. Основные задачи мониторинга информированности и поведения сотрудников исправительных учреждений

1. Сбор данных для анализа риска инфицирования ВИЧ в процессе выполнения служебных обязанностей (профессионального риска).

2. Выявление уровня информированности сотрудников исправительных учреждений по вопросам профилактики ВИЧ/СПИД и тенденций изменения этой информированности.
3. Выявление типов поведенческого риска при выполнении служебных обязанностей и определение уровней этих рисков среди сотрудников исправительных учреждений.
4. Отношение к ВИЧ-инфицированным людям.
5. Оценка информационно-образовательной деятельности по вопросам ВИЧ/СПИД среди сотрудников исправительных учреждений и ее эффективности.
6. Выявление типов поведенческого риска (инъекционного, сексуального и др.) и определение уровней этих рисков среди заключенных.
7. Оценка возможности проведения и эффективности различных профилактических мероприятий среди заключенных.

7.5.10. Основные и дополнительные показатели национальной системы мониторинга и оценки для сотрудников исправительных учреждений

Характеристикой информированности сотрудников исправительных учреждений по вопросам ВИЧ/СПИД и оценкой поведенческого риска в этой группе является следующий показатель национальной системы мониторинга и оценки.

Показатель

Процент работников исправительных учреждений, правильно отметивших все пути передачи ВИЧ/СПИД.

Обоснование использования

Оценка уровня знаний о путях передачи ВИЧ-инфекции среди персонала исправительных учреждений. Особое значение имеют проведение персоналом исправительных учреждений профилактической работы среди заключенных и передача им имеющихся у них знаний о ВИЧ-инфекции. При этом пути заражения ВИЧ определяются в соответствии со спецификой исправительных учреждений.

Ключевой ведомственный показатель

Периодичность сбора данных

1 раз в год.

Инструмент измерения

Сотрудники, попавшие в выборку, отвечают на следующие вопросы, имеющие несколько вариантов ответов:

Как Вы думаете, какими путями можно заразиться ВИЧ?

1. Через дыхание, кашель, чихание.
2. При нанесении татуировок общими иглами.
3. При половых контактах с применением презервативов.
4. При половых контактах без применения презервативов.
5. При пользовании общими лезвиями для бритья.
6. Через рукопожатие.
7. Через укусы насекомых.
8. При пользовании общими предметами быта.

9. При попадании зараженной крови на рану.
10. При совместном использовании шприцев при употреблении наркотиков.

Числитель	Число респондентов, которые дали правильные ответы на все 10 вопросов.
Знаменатель	Число респондентов, которые дали ответы на все 10 вопросов (в том числе ответ «Не знаю»).
Метод измерения	Опрос персонала исправительных учреждений.
Ответственные организации	ДИН МВД, Министерство здравоохранения.
Комментарии	Объем выборки — 400 человек. Помимо комбинированного показателя необходимо также получить значения показателя по каждому отдельному вопросу.

7.5.11. Выборочная совокупность

В поведенческом исследовании особое значение имеет правильное построение выборочной совокупности. В количественных исследованиях репрезентативная выборка представляет собой микромодель генеральной совокупности.

Выборка строится для основных целевых групп:

- ☉ сотрудников исправительных учреждений,
- ☉ медицинских работников.

Объем выборки — 400 человек (по 200 человек из каждой целевой группы).

Для обоих опросов рекомендуется многоступенчатая выборка. На первой ступени извлекается выборка кластеров, составляющих генеральную совокупность, где в качестве кластеров выступают совокупности исправительных учреждений различного режима (усиленного, строгого и общего). По данным предыдущих исследований, эти кластеры являются однородными по изучаемым показателям. Если кластеры имеют приблизительно одинаковые размеры, то используется простой случайный или систематический отбор кластеров из их полного списка. Если размеры кластеров существенно различаются, то применяется либо случайный отбор с вероятностью, пропорциональной размеру кластеров, либо систематический отбор из списка кластеров, упорядоченных по размеру. Для исследования таким образом отбирается три кластера различных режимов.

На второй ступени из каждого отобранного кластера извлекается выборка объектов, подлежащих непосредственному обследованию. В качестве объектов выступают исправительные учреждения. Они отбираются теми же методами, что и кластеры на первой ступени отбора. В каждом кластере отбирается по три исправительных учреждения. К выбранным девяти исправительным учреждениям для мужчин добавляется женская колония (единственная в стране).

На третьей ступени в каждом попавшем в выборку исправительном учреждении осуществляется отбор 20 сотрудников и 20 сотрудников из числа медицинских работников.

Выбор сотрудников в обоих выборках осуществляется с помощью квотного отбора, где котирующим признаком является возраст.

7.5.12. Методика сбора данных

Периодичность сбора данных — 1 раз в год.

Опрос проводится методом анкетирования. Рекомендуется привлечь к участию в исследовании в качестве анкетеров работников тех исправительных учреждений, которые попали в выборку исследования.

7.5.13. Инструментарий исследования

Подходы к разработке инструментария исследования информированности и поведенческого риска среди заключенных разрабатывались на основе рекомендаций и методик исследования международных организаций (ЮНЭЙДС, ВОЗ).

Структура анкеты для сотрудников исправительных учреждений должна включать следующие содержательные блоки вопросов:

1. Актуальность проблемы ВИЧ/СПИД для общества в целом и для себя лично.
2. Информированность о путях передачи ВИЧ-инфекции, диагностике и течении болезни и источники информации о ВИЧ/СПИД.
3. Отношение к ВИЧ-инфицированным людям.
4. Эффективность профилактических программ в области ВИЧ/СПИД.
5. Профессиональный риск ВИЧ-инфицирования при выполнении служебных обязанностей и меры по его минимизации.
6. Факторы риска передачи ВИЧ-инфекции в местах заключения: сексуальный поведенческий риск, употребление инъекционных наркотиков; нанесение татуировок и др.
7. Социально-демографический статус респондентов (возраст, социальный статус, образование, семейное положение и др.).

Обязательные вопросы анкеты

Обязательные вопросы анкеты необходимы для вычисления национальных показателей мониторинга и оценки информированности и поведенческого риска среди сотрудников исправительных учреждений и их сравнительной оценки. Эти вопросы включаются в инструментарий анкеты ежегодно и обязательны для всех будущих исследований.

Национальный показатель

Процент работников исправительных учреждений, правильно отметивших все пути передачи ВИЧ.

ВОПРОС АНКЕТЫ

Как Вы считаете, можно ли заразиться?..

Дайте ответ по каждой строке	Да	Нет	Не знаю
1. Через дыхание, кашель, чихание	1	2	3
2. При нанесении татуировок общими иглами	1	2	3
3. При половых контактах без применения презервативов	1	2	3
4. При половых контактах с применением презервативов	1	2	3
5. При пользовании общими лезвиями для бритья	1	2	3

6. Через рукопожатие	1	2	3
7. Через укусы насекомых	1	2	3
8. При пользовании общими предметами быта (посуда, мыло, полотенце и др.)	1	2	3
9. При попадании зараженной крови на рану	1	2	3
10. При совместном использовании шприцев при употреблении наркотиков	1	2	3

7.5.14. Анализ результатов исследования

При анализе данных используются подходы, соответствующие целям и задачам исследования. Результаты исследования анализируются в общем и для отдельных групп сотрудников.

Результаты исследования должны отражать:

- ☉ характеристики оценки респондентами актуальности проблемы ВИЧ/СПИД для общества в целом и для себя лично;
- ☉ уровень информированности респондентов о путях передачи ВИЧ-инфекции, диагностике и течении болезни и источники информации о ВИЧ/СПИД;
- ☉ отношение респондентов к ВИЧ-инфицированным людям;
- ☉ охват респондентов профилактическими программами и оценку ими эффективности профилактических программ в области ВИЧ/СПИД;
- ☉ факторы риска: уровень сексуального поведенческого риска, распространенность употребления инъекционных наркотиков среди заключенных;
- ☉ профессиональный поведенческий риск при работе в исправительных учреждениях;
- ☉ социально-демографический статус респондентов (возраст, социальный статус, образование, семейное положение и др.);
- ☉ корреляцию наиболее значимых индикаторов.

По результатам исследования должны быть сделаны обобщающие выводы и даны рекомендации по совершенствованию системы профилактики ВИЧ/СПИД среди сотрудников исправительных учреждений.

По результатам исследования должен быть написан отчет. Отчет должен быть представлен руководству Министерства внутренних дел и Министерства здравоохранения, а также другим организациям в составе этих ведомств с информационно-просветительской целью.

7.6. Показатели мониторинга и оценки уровня информированности и поведения потребителей инъекционных наркотиков (ПИН)

7.6.1. Описание объекта исследования

Инъекционные наркоманы — одна из групп населения, наиболее подверженных риску заражения ВИЧ-инфекцией. Изучение поведения и психологических особенностей этих людей является необходимым условием осуществления профилактики распространения ВИЧ. Наркоманы в целом достаточно хорошо информированы о том, что такое ВИЧ,

о путях его передачи, о мерах предосторожности, о том, куда нужно обращаться за помощью. Основная проблема состоит в том, что степень информированности наркоманов практически никак не связана с их *актуальным поведением*. В состоянии ломки никто не задумывается о мерах предосторожности и о последствиях рискованного поведения. Наркотики вводятся совместно в группах, однако эти группы не замкнуты. Неизолированность микро- и макрогрупп автоматически повышает вероятность случайного заражения. Очень часто половые партнеры наркоманов не являются потребителями наркотиков. Практикуются случайные половые связи с незнакомыми партнерами. Презервативы при этом используют не все.

Таким образом, среди потребителей инъекционных наркотиков распространено рискованное инъекционное поведение в различных его проявлениях. Степень риска высокая (общепринятая практика). Однако среди наркопотребителей, охваченных программами снижения вреда, совместное использование шприцев имеет тенденцию ухода из массовой практики наркопотребления, происходит процесс формирования групповых норм более безопасного инъекционного поведения. Процесс этот осуществляется очень медленно, но высокий уровень информированности и знаний по этому пункту позволяет предположить возможность положительной динамики и в дальнейшем. Вероятность передачи ВИЧ-инфекции и других инфекций, передаваемых парентеральным путем, высокая.

Изменения, происходящие в поведении под воздействием различных профилактических программ, можно отследить только в процессе мониторинга указанных характеристик.

7.6.2. Основные задачи мониторинга информированности и поведения ПИН

1. Выявление уровня информированности ПИН по вопросам профилактики ВИЧ/СПИД и тенденций изменения этой информированности.
2. Выявление типов поведенческого риска (инъекционного, сексуального) и определение уровней этих рисков среди ПИН.
3. Определение путей передачи ВИЧ среди ПИН.
4. Выявление уровня информированности ПИН по вопросам профилактики передачи, лечения ВИЧ/СПИД и тенденций изменения этой информированности.
5. Оценка эффективности различных источников информации по вопросам ВИЧ/СПИД для ПИН.

7.6.3. Основные и дополнительные показатели национальной системы мониторинга и оценки

Характеристиками информированности и сексуального поведенческого риска ПИН являются следующие показатели национальной системы мониторинга и оценки.

Показатель

Процент потребителей инъекционных наркотиков, которые не использовали общий инструментарий для инъекций в течение последнего месяца и пользовались презервативами во время последнего сексуального контакта.

Обоснование использования Безопасная практика употребления наркотиков и безопасное сексуальное поведение среди ПИН играют важнейшую роль в профилактике ВИЧ-инфекции. Оценка поведенческого инъекционного и сексуального риска и результатов применения мер, направленных на предупреждение риска заражения ВИЧ среди ПИН.

Ключевой показатель специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН

Периодичность сбора данных	1 раз в 2 года.
Инструмент измерения	ПИН, попавшие в выборку, последовательно отвечают на предложенные вопросы: <ol style="list-style-type: none">1. Употребляли ли Вы инъекционные наркотики за последний месяц? <i>Если ответ на вопрос 1 утвердительный («Да»), то</i>2. Пользовались ли Вы общими шприцами за последний месяц?3. Были ли у вас сексуальные контакты в течение последнего месяца? <i>Если ответ на вопрос 3 утвердительный («Да»), то</i>4. Пользовались ли Вы или Ваш партнер презервативом при последнем сексуальном контакте ?
Числитель	Число респондентов, которые указали на то, что они не пользовались общими шприцами за последний месяц и что во время последнего контакта они пользовались презервативом.
Знаменатель	Число респондентов, которые указали на употребление инъекционных наркотиков и на наличие у них сексуальных контактов в течение последнего месяца.
Метод измерения	Опрос ПИН.
Ответственные организации	Министерство здравоохранения, общественные организации.
Комментарии	Объем выборки — 1000 человек. Опрос проводится в рамках дозорного эпиднадзора.
<u>Показатель</u>	
Охват службами профилактики ВИЧ-инфекции потребителей инъекционных наркотиков.	
Обоснование использования	Показатель необходим для оценки степени предоставления услуг по профилактике ВИЧ-инфекции потребителям инъекционных наркотиков, а также для оценки эффективности осуществления данных программ и услуг. Ключевой показатель специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН
Инструмент измерения	Методы оценки числа потребителей инъекционных наркотиков, анализ медицинской статистики и данных организаций, осуществляющих программы снижения вреда.
Периодичность сбора данных	1 раз в год.
Числитель	Число ПИН, которые за последние 12 месяцев были охвачены услугами по профилактике плюс число ПИН, находящихся на лечении наркозависимости.

Знаменатель	Оценочная численность ПИН (по возможности с разбивкой по полу и возрасту).
Источник	Медицинская статистика, результаты быстрой оценки и дозорного эпиднадзора.
Ответственные организации	Министерство здравоохранения, общественные организации.
Комментарии	Оценочные данные должны быть как можно более новыми. Для этого необходимо осуществлять регулярную оценку численности ПИН по данным исследований. При определении числителя детоксикация, независимо от ее формы, не считается лечением.

Показатель

Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на использование презерватива во время последнего сексуального контакта.

Обоснование использования Безопасное сексуальное поведение среди ПИН играет важнейшую роль в профилактике ВИЧ-инфекции даже в тех странах, где преобладают другие пути передачи ВИЧ, так как ПИН могут оказаться источником распространения ВИЧ среди широких слоев населения. Оценка поведенческого сексуального риска и результатов применения мер, направленных на предупреждение риска заражения ВИЧ, среди ПИН.

Дополнительный показатель

Периодичность сбора данных	1 раз в 2 года.
Инструмент измерения	ПИН, попавшие в выборку, последовательно отвечают на предложенные вопросы: <ol style="list-style-type: none"> 1. Были ли у вас сексуальные контакты в течение последнего месяца? <p><i>Если ответ на вопрос 1 утвердительный («Да»), то</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Пользовались ли Вы или Ваш партнер презервативом при последнем сексуальном контакте?
Числитель	Число респондентов, которые указали на то, что во время последнего контакта они пользовались презервативом.
Знаменатель	Число респондентов, которые указали на наличие у них сексуальных контактов в течение последнего месяца.
Метод измерения	Опрос ПИН.
Ответственные организации	Министерство здравоохранения, общественные организации.
Комментарии	Объем выборки — 1000 человек. Опрос проводится в рамках дозорного эпиднадзора.

Показатель

Процент потребителей инъекционных наркотиков, использовавших общее инъекционное оборудование.

Обоснование использования Безопасная практика употребления наркотиков среди ПИН играет важнейшую роль в профилактике ВИЧ-инфекции. Оценка поведенческого инъекционного риска и результатов применения мер, направленных на предупреждение риска заражения ВИЧ-инфекцией, среди ПИН.

Дополнительный показатель

Периодичность сбора данных 1 раз в 2 года.

Инструмент измерения ПИН, попавшие в выборку, последовательно отвечают на предложенные вопросы:

1. Употребляли ли Вы инъекционные наркотики за последний месяц?
Если ответ на вопрос 1 утвердительный («Да»), то
2. Пользовались ли Вы общими шприцами за последний месяц?

Числитель Число респондентов, которые указали на то, что они пользовались общими шприцами за последний месяц.

Знаменатель Число респондентов, которые указали на употребление инъекционных наркотиков в течение последнего месяца.

Метод измерения Опрос ПИН.

Ответственные организации Министерство здравоохранения, общественные организации.

Комментарии Объем выборки — 1000 человек. Опрос проводится в рамках дозорного эпиднадзора.

Показатель

Процент потребителей инъекционных наркотиков, пользующихся услугами пунктов анонимного консультирования для обмена шприцев и получения консультаций.

Обоснование использования Информация и консультации, получаемые потребителями инъекционных наркотиков при посещении пунктов, способствуют распространению программ снижения вреда в сообществе ПИН, а, значит, и влияют на формирование у них навыков безопасного инъекционного и сексуального поведения. Пункты анонимного консультирования позволяют улучшить доступ к популяции ПИН.

Дополнительный показатель

Периодичность сбора данных 1 раз в год.

Инструмент измерения Методы оценки числа потребителей инъекционных наркотиков, анализ медицинской статистики и данных организаций, осуществляющих программы снижения вреда.

Числитель Число ПИН, которые за последние 12 месяцев были охвачены услугами пунктов анонимного консультирования.

Знаменатель	Оценочная численность ПИН (по возможности с разбивкой по полу и возрасту).
Источник	Медицинская статистика, результаты быстрой оценки и дозорного эпиднадзора.
Ответственные организации	Министерство здравоохранения, общественные организации.
Комментарии	Оценочные данные должны быть как можно более новыми, что означает необходимость осуществления регулярной оценки численности ПИН по данным исследований.

Показатель

Процент ПИН, которые правильно указали пути передачи ВИЧ и в то же время правильно назвали основные неверные представления о передаче ВИЧ.

Инструмент измерения ПИН, попавшие в выборку, отвечают на следующие вопросы, имеющие несколько вариантов ответов:

1. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если иметь половые контакты только с одним верным неинфицированным партнером?
2. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если использовать презервативы?
3. Может ли здоровый на вид человек иметь ВИЧ?
4. Можно ли заразиться через укусы комара?
5. Можно ли заразиться, если съесть пищу, предложенную Вам ВИЧ-инфицированным?

Числитель Число респондентов, которые дали правильные ответы на все 5 вопросов.

Знаменатель Число респондентов, которые дали ответы на все 5 вопросов (в том числе ответ «Не знаю»).

Комментарии Необходимо также получить значения показателя по каждому отдельному вопросу.

7.6.4. Выборочная совокупность

Опросы ПИН рекомендуется провести во всех областях страны. В каждой области в выборку должны включаться областной и три районных города. Объем выборки — 1000 человек. Отбор респондентов осуществляется методом «снежного кома».

7.6.5. Методика сбора данных

Сбор данных для вычисления указанных показателей проводится методом **опроса**.

Периодичность сбора данных — **1 раз в год**.

Опрос проводится методом **анкетирования**.

При опросе ПИН допускается проведение опроса в форме **интервью**.

7.6.6. Инструментарий исследования

Подходы к разработке инструментария исследования информированности и поведенческого риска ПИН разрабатывались на основе рекомендаций и методик исследования международных организаций (ЮНЭЙДС, ВОЗ), а также по результатам исследований, проводимых в рамках второго поколения дозорного эпиднадзора.

Структура анкеты должна включать следующие содержательные блоки вопросов:

1. Актуальность проблемы ВИЧ/СПИД для общества в целом и для себя лично.
2. Информированность о путях передачи ВИЧ-инфекции, диагностике и течении болезни и источники информации о ВИЧ/СПИД.
3. Знание и использование профилактических мер, предупреждающих заражение ВИЧ-инфекцией.
4. Эффективность профилактических программ в области ВИЧ/СПИД.
5. Факторы риска: сексуальный поведенческий риск, употребление инъекционных наркотиков.
6. Социально-демографический статус респондентов (возраст, социальный статус, образование, семейное положение и др.).

Обязательные вопросы анкеты

Обязательные вопросы анкеты необходимы для вычисления и сравнительной оценки национальных показателей мониторинга и оценки информированности и поведенческого риска в группе ПИН. Эти вопросы включаются в инструментарий анкеты ежегодно и обязательны для всех будущих исследований.

Национальный показатель

Процент потребителей инъекционных наркотиков, которые не использовали общий инструментарий для инъекций в течение последнего месяца и пользовались презервативами во время последнего сексуального контакта

ВОПРОСЫ АНКЕТЫ

Употребляли ли Вы инъекционные наркотики за последний месяц?

1. Да.
2. Нет.

Если да, то пользовались ли Вы общими шприцами за последний месяц?

1. Да.
2. Нет.

Были ли у вас сексуальные контакты в течение последнего месяца?

1. Да.
2. Нет.

Если да, то пользовались ли Вы или Ваш партнер презервативом при последнем сексуальном контакте?

1. Да.
2. Нет.
3. Затрудняюсь ответить.

Национальный показатель

Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на использование презерватива во время последнего сексуального контакта.

ВОПРОСЫ АНКЕТЫ

Были ли у Вас сексуальные партнеры в течение последнего месяца?

1. Да.
2. Нет.

Если да, то пользовались ли Вы презервативом при последнем сексуальном контакте?

1. Да.
2. Нет.
3. Затрудняюсь ответить.

Национальный показатель

Процент потребителей инъекционных наркотиков, использовавших общее инъекционное оборудование.

ВОПРОСЫ АНКЕТЫ

Употребляли ли Вы инъекционные наркотики за последний месяц?

1. Да.
2. Нет.

Пользовались ли Вы общими шприцами за последний месяц?

1. Да.
2. Нет.
3. Затрудняюсь ответить.

Национальный показатель

Процент ПИН, которые правильно указали пути передачи ВИЧ и в то же время правильно назвали основные неверные представления о передаче ВИЧ.

ВОПРОСЫ АНКЕТЫ

1. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если иметь половые контакты только с одним верным неинфицированным партнером?
2. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если использовать презервативы?
3. Может ли здоровый на вид человек иметь ВИЧ?
4. Можно ли заразиться через укусы комара?
5. Можно ли заразиться, если съесть пищу, предложенную Вам ВИЧ-инфицированным?

7.6.7. Анализ результатов исследования

Результаты исследования должны отражать:

- ☉ характеристики оценки респондентами актуальности проблемы ВИЧ/СПИД для общества в целом и для себя лично;
- ☉ уровень информированности респондентов о путях передачи ВИЧ-инфекции, диагностике и течении болезни и источники информации о ВИЧ/СПИД;
- ☉ охват респондентов профилактическими программами и оценку ими эффективности профилактических программ в области ВИЧ/СПИД;
- ☉ факторы риска: уровень инъекционного и сексуального поведенческого риска;
- ☉ социально-демографический статус респондентов (возраст, социальный статус, образование, семейное положение и др.);
- ☉ корреляцию наиболее значимых индикаторов.

По результатам исследования должны быть сделаны обобщающие выводы и даны рекомендации по совершенствованию системы профилактики ВИЧ/СПИД среди ПИН.

По результатам исследования должен быть написан отчет. Отчет должен быть представлен руководству Министерства здравоохранения, а также другим организациям с информационно-просветительской целью.

7.7. Показатели мониторинга и оценки уровня информированности и поведения женщин секс-бизнеса и мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами

7.7.1. Описание объекта исследования

Женщины секс-бизнеса (ЖСБ) и мужчины, имеющие сексуальные отношения с мужчинами (МСМ), являются группами риска в отношении распространения ВИЧ-инфекции. Это

связано с большим количеством случайных сексуальных партнеров у представителей этих групп, сочетающимся с высоким уровнем сексуального поведенческого риска. ЖСБ и МСМ изучаются в процессе дозорного эпиднадзора (ДЭН) второго поколения.

7.7.2. Основные задачи мониторинга информированности и поведения женщин секс-бизнеса и мужчин, имеющих сексуальные контакты с мужчинами

1. Выявление уровня информированности представителей указанных групп по вопросам профилактики ВИЧ/СПИД и тенденций изменения этой информированности.
2. Выявление типов поведенческого риска (инъекционного, сексуального) и определение уровней этих рисков среди ЖСБ и МСМ.
3. Определение путей передачи ВИЧ среди ЖСБ и МСМ.
4. Выявление уровня информированности ЖСБ и МСМ по вопросам профилактики передачи, лечения ВИЧ/СПИД и тенденций изменения этой информированности.
5. Оценка эффективности различных источников информации по вопросам ВИЧ/СПИД для МСМ и ЖСБ.

7.7.3. Основные и дополнительные показатели национальной системы мониторинга и оценки

Характеристиками информированности и сексуального поведенческого риска ЖСБ и МСМ являются следующие показатели национальной системы мониторинга и оценки.

Показатель

Процент МСМ, указавших на использование презерватива во время последнего полового контакта с партнером-мужчиной.

Обоснование использования МСМ — это группа риска в плане распространения ВИЧ-инфекции. Оценка поведенческого риска и результатов применения мер, направленных на предупреждение риска заражения ВИЧ, среди МСМ через незащищенные половые контакты с мужчинами.

Дополнительный показатель специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН

Периодичность сбора данных 1 раз в 2 года.

Инструмент измерения МСМ, попавшие в выборку, последовательно отвечают на предложенные вопросы:

1. Были ли у Вас сексуальные контакты с мужчинами в течение последних 12 месяцев?

Если ответ на вопрос 1 утвердительный («Да»), то

2. Пользовались ли Вы или Ваш партнер презервативом при последнем сексуальном контакте?

Числитель Число респондентов, которые указали на то, что во время последнего анального сексуального контакта с партнером-мужчиной в течение последних 12 месяцев они или их партнер использовали презерватив.

Знаменатель Число респондентов, которые указали на наличие у них сексуального партнера-мужчины в течение последних 12 месяцев.

Метод измерения	Опрос МСМ.
Ответственные организации	Министерство здравоохранения, общественные организации.
Комментарии	Объем выборки — 400 человек. Опрос проводится в рамках дозорного эпиднадзора.

Показатель

Процент ЖСБ, указавших на использование презерватива во время последнего контакта с клиентом.

Обоснование использования Оценка поведенческого риска и результатов применения мер, направленных на предупреждение риска заражения ВИЧ-инфекцией, среди ЖСБ через незащищенные половые контакты с клиентами.
Дополнительный показатель специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН

Периодичность сбора данных 1 раз в 2 года.

Инструмент измерения ЖСБ, попавшие в выборку, последовательно отвечают на предложенные вопросы:

1. Были ли у вас сексуальные партнеры-клиенты в течение последнего месяца?

Если ответ на вопрос 1 утвердительный («Да»), то

2. Пользовались ли Вы презервативом при последнем сексуальном контакте с партнером-клиентом?

Числитель Число респондентов, которые указали на то, что во время последнего контакта с клиентом в течение последнего месяца они пользовались презервативом.

Знаменатель Число респондентов, которые указали на наличие у них клиентов в течение последнего месяца.

Источник информации Опрос ЖСБ.

Ответственные организации Министерство здравоохранения, общественные организации.

Комментарии Опрос проводится в рамках дозорного эпиднадзора. Объем выборки — 400 человек.

Показатель

Процент МСМ/ЖСБ, которые правильно указали пути передачи ВИЧ и в то же время правильно назвали основные неверные представления о передаче ВИЧ.

Инструмент измерения МСМ/ЖСБ, попавшие в выборку, отвечают на следующие вопросы, имеющие несколько вариантов ответов:

1. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если иметь половые контакты только с одним верным неинфицированным партнером?

2. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если использовать презервативы?
3. Может ли здоровый на вид человек иметь ВИЧ?
4. Можно ли заразиться через укусы комара?
5. Можно ли заразиться, если съесть пищу, предложенную Вам ВИЧ-инфицированным?

Числитель	Число респондентов, которые дали правильные ответы на все 5 вопросов.
Знаменатель	Число респондентов, которые дали ответы на все 5 вопросов (в том числе ответ «Не знаю»).
Комментарии	Необходимо также получить значения показателя по каждому отдельному вопросу.
Показатель	Охват службами профилактики ВИЧ-инфекции МСМ/ЖСБ.
Обоснование использования	Показатель необходим для оценки степени предоставления МСМ/ЖСБ услуг по профилактике ВИЧ-инфекции, а также для оценки эффективности осуществления данных программ и услуг. Ключевой показатель специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН
Инструмент измерения	Программный мониторинг, методы оценки числа МСМ/ЖСБ, анализ медицинской статистики и данных организаций, осуществляющих программы профилактики.
Периодичность сбора данных	1 раз в год.
Числитель	Число МСМ/ЖСБ, которые за последние 12 месяцев были охвачены услугами по профилактике.
Знаменатель	Оценочная численность МСМ/ЖСБ (по возможности с разбивкой по возрасту).
Источник	Медицинская статистика, результаты быстрой оценки и дозорного эпиднадзора.
Ответственные организации	Министерство здравоохранения, общественные организации.
Комментарии	Оценочные данные должны быть как можно более новыми. Для этого необходимо осуществлять регулярную оценку численности МСМ/ЖСБ по данным исследований.

7.7.4. Выборочная совокупность

В поведенческом исследовании особое значение имеет правильное построение выборочной совокупности. В количественных исследованиях репрезентативная выборка представляет собой микромодель генеральной совокупности. Опросы ЖСБ и МСМ рекомендуется провести во всех областных городах страны (Минск, Брест, Витебск, Гродно, Гомель, Могилев) по 50–70 человек в каждом городе.

7.7.5. Методика сбора данных

Сбор данных для вычисления указанных показателей проводится методом опроса. Периодичность сбора данных — 1 раз в год. Опрос проводится методом анкетирования.

7.7.6. Инструментарий исследования

Подходы к разработке инструментария исследования информированности и поведенческого риска МСМ и ЖСБ разрабатывались на основе рекомендаций и методик исследования международных организаций (ЮНЭЙДС, ВОЗ), а также по результатам исследований, проводимых в рамках второго поколения дозорного эпиднадзора.

Структура анкеты должна включать следующие содержательные блоки вопросов:

1. Актуальность проблемы ВИЧ/СПИД для общества в целом и для себя лично.
2. Информированность о путях передачи ВИЧ-инфекции, диагностике и течении болезни и источники информации о ВИЧ/СПИД.
3. Знание и использование профилактических мер, предупреждающих заражение ВИЧ-инфекцией.
4. Эффективность профилактических программ в области ВИЧ/СПИД.
5. Факторы риска: сексуальный поведенческий риск, употребление инъекционных наркотиков.
6. Социально-демографический статус респондентов (возраст, социальный статус, образование, семейное положение и др.).

Обязательные вопросы анкеты

Обязательные вопросы анкеты необходимы для вычисления национальных показателей мониторинга и оценки информированности и поведенческого риска в группах МСМ и ЖСБ. Эти вопросы включаются в инструментарий анкеты ежегодно и обязательны для всех будущих исследований.

Национальный показатель

Процент МСМ, указавших на использование презерватива во время последнего полового контакта с партнером-мужчиной.

ВОПРОСЫ АНКЕТЫ

Были ли у Вас сексуальные контакты с мужчинами в течение последних 12 месяцев?

1. Да.
2. Нет.

Если да, то пользовались ли Вы или Ваш партнер презервативом при последнем сексуальном контакте?

1. Да.
2. Нет.
3. Затрудняюсь ответить.

Национальный показатель

Процент ЖСБ, указавших на использование презерватива во время последнего контакта с клиентом.

ВОПРОСЫ АНКЕТЫ

Были ли у Вас сексуальные партнеры-клиенты в течение последнего месяца?

1. Да.
2. Нет.

Если да, то пользовались ли Вы презервативом при последнем сексуальном контакте с партнером-клиентом?

1. Да.
2. Нет.
3. Затрудняюсь ответить.

Процент МСМ/ЖСБ, которые правильно указали пути передачи ВИЧ и в то же время правильно назвали основные неверные представления о передаче ВИЧ.

ВОПРОСЫ АНКЕТЫ

1. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если иметь половые контакты только с одним верным неинфицированным партнером?
2. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если использовать презервативы?
3. Может ли здоровый на вид человек иметь ВИЧ?
4. Можно ли заразиться через укусы комара?
5. Можно ли заразиться, если съесть пищу, предложенную Вам ВИЧ-инфицированным?

7.7.7. Анализ результатов исследования

Результаты исследования должны отражать:

- характеристики оценки респондентами актуальности проблемы ВИЧ/СПИД для общества в целом и для себя лично;
- уровень информированности респондентов о путях передачи ВИЧ-инфекции, диагностике и течении болезни и источники информации о ВИЧ/СПИД;
- охват респондентов профилактическими программами и оценку ими эффективности профилактических программ в области ВИЧ/СПИД;
- факторы риска: уровень сексуального поведенческого риска, распространенность употребления инъекционных наркотиков респондентами;
- социально-демографический статус респондентов (возраст, социальный статус, образование, семейное положение и др.);
- корреляцию наиболее значимых индикаторов.

По результатам исследования должны быть сделаны обобщающие выводы и даны рекомендации по совершенствованию системы профилактики ВИЧ/СПИД среди ЖСБ и МСМ.

По результатам исследования должен быть написан отчет. Отчет должен быть представлен руководству Министерства здравоохранения, а также другим организациям с информационно-просветительской целью.

7.8. Показатели мониторинга и оценки доступности консультирования и психологической помощи для людей, живущих с ВИЧ/СПИД

7.8.1. Описание объекта исследования

Людям, живущим с ВИЧ/СПИД (ЛЖВС), как и всем гражданам Республики Беларусь гарантированы права, предусмотренные Конституцией. Кроме этого, существует целый ряд законодательных актов, в которых отражены аспекты проблемы ВИЧ/СПИД (Законы Республики Беларусь «О здравоохранении», «О государственных пособиях семьям, воспитывающим детей», Уголовный кодекс Республики Беларусь и др.).

Запрещена дискриминация, даны гарантии защиты интересов и прав людей с ВИЧ, соблюдения принципов конфиденциальности, определен порядок обследования на ВИЧ-инфекцию.

Люди, живущие с ВИЧ, могут получить любой вид квалифицированной медицинской помощи при гарантии соблюдения тайны диагноза. Амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается ВИЧ-инфицированным по месту жительства, стационарная медицинская помощь — по профилю клинических проявлений в территориальных и ведомственных лечебно-профилактических учреждениях. Социальная помощь ВИЧ-инфицированным взрослым в виде пособий оказывается в случае установления инвалидности при постановке диагноза «пре-СПИД», «СПИД».

Несмотря на меры, принимаемые нашим государством для обеспечения достаточной социальной и правовой защиты ВИЧ-инфицированных, у ЛЖВС существует много проблем социального, психологического и иного плана. ВИЧ-инфицированные стараются не афишировать свой статус из-за боязни столкнуться с негативным отношением (в том числе со стороны медработников и работодателей).

Поэтому так важно отслеживать нужды и потребности ЛЖВС в процессе реализации мониторинга.

7.8.2. Основные задачи мониторинга доступности консультирования и психологической помощи для людей, живущих с ВИЧ/СПИД

1. Выявление типов поведенческого риска (инъекционного, сексуального) и определение уровней этих рисков среди ЛЖВС.
2. Выявление уровня информированности ВИЧ-инфицированных людей по вопросам профилактики передачи, лечения ВИЧ/СПИД и тенденций изменения этой информированности.
3. Оценка уровня психологической и медицинской помощи ЛЖВС.
4. Отношение к ВИЧ-инфицированным людям.
5. Оценка эффективности различных источников информации по вопросам ВИЧ/СПИД.

7.8.3. Основные и дополнительные показатели национальной системы мониторинга и оценки

Характеристиками информированности ЛЖВС по вопросам ВИЧ/СПИД и оценкой поведенческого риска в этой группе являются следующие показатели национальной системы мониторинга и оценки.

Показатель

Процент ВИЧ-инфицированных лиц, которые получили консультирование после тестирования и удовлетворительную психологическую помощь.

Обоснование использования Эффективное послетестовое консультирование способствует адаптации ВИЧ-инфицированного человека в его новом статусе, содействует формированию приверженности лечению и поддержанию своего здоровья.

Дополнительный показатель

Периодичность сбора данных 1 раз в год.

Инструмент измерения ВИЧ-инфицированные, попавшие в выборку, последовательно отвечают на предложенные вопросы:

1. Проводилась ли с Вами беседа о жизни с ВИЧ-инфекцией после сообщения положительного результата анализа?
Если ответ на вопрос 1 утвердительный («Да»), то
2. Была ли получена исчерпывающая информация на все интересующие Вас вопросы?

Числитель	Число респондентов, которые указали на то, что они получили послетестовое консультирование и остались им удовлетворены.
Знаменатель	Число респондентов, участвовавших в опросе.
Метод измерения	Опрос ВИЧ-инфицированных.
Ответственные организации	Министерство здравоохранения, общественные организации.
Комментарии	Объем выборки — 300 человек. В выборке представлены жители Минска, областных и районных городов, а также сельские жители.

7.8.4. Выборочная совокупность

Опросы ЛЖВС рекомендуется провести во всех областях страны. В каждой области в выборку должны включаться областной и три районных города. Объем выборки — 300 человек. Отбор респондентов осуществляется методом «снежного кома».

7.8.5. Методика сбора данных

Периодичность сбора данных — 1 раз в год.
Опрос проводится методом анкетирования.
Опрос рекомендуется проводить индивидуально.

7.8.6. Инструментарий исследования

Подходы к разработке инструментария исследования информированности и поведенческого риска среди ЛЖВС разрабатывались на основе рекомендаций и методик исследования международных организаций (ЮНЭЙДС).

Структура анкеты для ЛЖВС должна включать следующие содержательные блоки вопросов:

1. Информированность о путях передачи ВИЧ-инфекции, диагностике и течении болезни и источники информации о ВИЧ/СПИД.
2. Эффективность послетестового консультирования.
3. Возможность получения лечения ВИЧ-инфекции.
4. Отношение окружающих к ЛЖВС.
5. Социально-демографический статус респондентов (возраст, социальный статус, образование, семейное положение и др.).

Обязательные вопросы анкеты

Обязательные вопросы анкеты необходимы для вычисления национальных показателей мониторинга и оценки информированности и поведенческого риска среди ЛЖВС сравнительной оценки. Эти вопросы включаются в инструментарий анкеты ежегодно и обязательны для всех будущих исследований.

Национальные показатели

Процент ВИЧ-инфицированных лиц, которые получили консультирование после тестирования и удовлетворительную психологическую помощь.

Проводилась ли с Вами беседа о жизни с ВИЧ-инфекцией после сообщения положительного результата анализа?

1. Да.
2. Нет.

Была ли получена исчерпывающая информация на все интересующие Вас вопросы?

1. Да.
2. Нет.

7.8.7. Анализ результатов исследования

Результаты исследования должны отражать:

- ☉ уровень информированности респондентов о путях передачи ВИЧ-инфекции, диагностике и течении болезни и источниках информации о ВИЧ/СПИД;
- ☉ удовлетворенность респондентов уровнем медицинских услуг, доступность этих услуг для ВИЧ-инфицированных людей;
- ☉ факторы риска: уровень сексуального поведенческого риска, распространенность употребления инъекционных наркотиков респондентами;
- ☉ социально-демографический статус респондентов (возраст, социальный статус, образование, семейное положение и др.);
- ☉ корреляцию наиболее значимых индикаторов.

По результатам исследования должны быть сделаны обобщающие выводы и даны рекомендации по совершенствованию медицинских услуг для ЛЖВС.

По результатам исследования должен быть написан отчет. Отчет должен быть представлен руководству Министерства здравоохранения, а также другим организациям с информационно-просветительской целью.

7.9. Обработка данных и подсчет показателей

Обработка данных каждого опроса проводится с помощью программы обработки и анализа данных SPSS. Первым шагом обработки является ввод данных опроса, затем осуществляется их статистическая обработка. Подсчет ключевых и дополнительных показателей национальной системы мониторинга осуществляется с помощью программы КРИС.

Основные требования к статистической обработке:

1. Дать характеристики одномерного распределения по всем вопросам, где выбирается один вариант ответа. Если такой вопрос предназначен для части респондентов, отбираемых с помощью вопроса-фильтра, то рассчитать частотные характеристики только для этой группы, а не для всех респондентов.
2. При обработке вопросов с множественными ответами рассчитать частоту каждого варианта ответа в виде процента от общего количества опрошенных.
3. Сделать корреляцию показателей одномерного распределения с возрастом, образованием, семейным положением, социальным статусом и доходами.
4. Осуществить проверку статистических гипотез.

Примерная структура отчета об исследовании:

- ☉ цели, задачи, гипотезы исследования;
- ☉ методика и процедура исследования и их обоснование;
- ☉ график и описание процесса исследования;
- ☉ результаты исследования в соответствии с основными задачами;
- ☉ выводы и рекомендации;
- ☉ приложение (данные статистической обработки, инструментарий исследования).

Глава 8. ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОБЛАСТИ ВИЧ/СПИД

Медицинская практика и исследования тесно связаны между собой, однако есть критерии, позволяющие их разграничить.

Медицинская практика – это воздействие, единственной целью которого является улучшение самочувствия или предупреждение заболевания у конкретного пациента.

Исследование – деятельность, призванная проверить гипотезу, сделать выводы и развить или внести свой вклад в поддающееся обобщению знание.

Термин «исследование» означает ряд мероприятий, направленных на развитие и увеличение системы знаний в определенной области. В контексте изучения ВИЧ/СПИД термин «исследование» включает и медицинский, и поведенческий аспекты. Обычно перед термином «исследование» употребляется прилагательное «медико-биологическое» (или «биомедицинское») для того, чтобы показать, что это исследование связано со здоровьем человека.

Успех в области медицинского обслуживания и профилактики заболеваний зависит от понимания физиологических и патологических процессов организма, наличия эпидемиологических данных. При исследованиях, проводимых в области медицины, объектом должен стать человек. Сбор, анализ и интерпретация данных, полученных из исследований, в значительной степени способствуют улучшению здоровья человека.

К исследованиям, объектом которых являются люди, можно отнести:

- ☉ изучение физиологического, биохимического, патологического процесса или реакции на специфическое воздействие — физическое, химическое или физиологическое — у здоровых людей и пациентов;
- ☉ контрольное испытание диагностических, профилактических или терапевтических методов на больших группах людей в целях демонстрации характерной получаемой реакции на эти методы на фоне индивидуальной биологической изменчивости;
- ☉ определение эффективности воздействия на отдельных индивидов и общество в целом специальных профилактических и терапевтических мер;
- ☉ изучение поведения, связанного со здоровьем человека, в разных условиях и при разных обстоятельствах.

Собирая медико-биологическую информацию, связанную с ВИЧ-инфекцией и СПИДом, необходимо учитывать, что участникам исследований (даже при соблюдении всех мер предосторожности) может быть нанесен ущерб — психологический, социальный, физический или экономический. Правила и методики сбора различных данных должны включать в себя подробные описания мер защиты для участников исследований.

Исследования, объектом которых являются люди, должны проводиться и строго контролироваться только имеющими специальную квалификацию опытными исследователями в соответствии с протоколом, в котором четко определены цель исследования; причины для использования людей; природа и степень известного риска для участников; предполагаемые методы рекрутирования участников исследования; процедуры, обеспечивающие добровольность участия в исследовании и информированность участников.

Современная мировая история защиты прав испытуемых начинается с **Нюрнбергского кодекса** (1947 г.), разработанного для Нюрнбергского военного трибунала в качестве стандарта, на основе которого проводились судебные заседания по экспериментам над людьми, осуществленным нацистами. Основные принципы этого документа и сегодня определяют этическую сторону проведения исследований. Первая статья кодекса провозглашает неотъемлемость добровольного согласия людей, привлекаемых в качестве испытуемых. Таким образом, добровольное согласие на участие в исследованиях является краеугольным камнем этической стороны данной проблемы. В кодексе детально расшифровывается это положение, учитываются возможность принятия такого решения, свобода от принуждения, понимание возможных рисков и выгод. В документе содержится требование минимизировать все возможные риски и ущерб, дается определение соотношения риск/польза, отмечается, что проводить исследования должны квалифицированные исследователи на основе оптимального Протокола исследования. Испытуемые должны иметь право отказаться от дальнейшего участия в исследованиях в любое время.

В 1964 г. в **Хельсинки** (Финляндия) на 18-й Генеральной ассамблеи Всемирной Медицинской Ассоциацией (ВМА) была принята **Декларация «Рекомендации для врачей по проведению биомедицинских исследований с участием человека в качестве объекта исследования»**. Эта Декларация затем несколько раз обновлялась; последний раз на 52-й Генеральной ассамблеи ВМА (Эдинбург, Шотландия) в октябре 2000 г. Согласно этому документу, биомедицинские исследования на людях должны базироваться на результатах экспериментов на животных и данных научной литературы, проводиться на квалифицированными врачами-исследователями; обязательно должно быть получено одобрение Комитета по этике на основе представления ему полной информации об исследовании и доступа его к мониторингованию хода исследования. Ответственность за состояние здоровья испытуемых всегда несет врач независимо от получения добровольного согласия пациента на эксперимент. Польза и риск эксперимента должны быть сопоставимы, если же риск превышает потенциальные выгоды для пациента, эксперимент должен быть остановлен, поскольку интересы испытуемого всегда остаются выше интересов науки. Предусмотрена ответственность экспериментатора за точность публикуемых материалов и соблюдение прав испытуемых, обязанность публикации как положительных, так и отрицательных результатов, защита лиц, не способных дать свое согласие на исследование путем получения такого согласия у законных представителей при одобрении самих пациентов. В документе имеется требование получения пользы теми группами населения или популяциями, на которых это исследование проводилось, определен объем информации, предоставляемый пациенту для получения информированного согласия, регламентируется использование плацебо только в тех случаях, когда не существует эффективных методов профилактики, диагностики и лечения, с которыми сравнение было бы корректно. Сфера этической регуляции, согласно этому документу, распространяется на биоматериалы человеческого происхождения и на персональные данные о пациенте.

Нюрнбергский кодекс и Хельсинкская декларация наряду с некоторыми более поздними документами (такими, как **Международные этические руководящие принципы медико-биологического исследования, объектом которого является человек, Международное руководство по этической оценке эпидемиологических исследований** и др.) были положены в основу международных, региональных и федеративных этических норм.

Первоначально, согласно ключевому этическому документу, регламентирующему проведение биомедицинских исследований с использованием человека в качестве объекта, Нюрнбергскому кодексу 1947 г., такое исследование допускалось только в том случае, если не существует иного пути получения важных научных знаний, т.е. в крайнем случае. В настоящее время, хотя эта норма и фигурирует в международных документах, регламентирующих проведение биомедицинских исследований, в частности в Дополнительном протоколе к Конвенции по биоэтике Совета Европы, относящихся к биомедицинским исследованиям, они уже не рассматриваются как экстремальное событие. В число исследований с участием человека сегодня входят крупномасштабные эпидемиологические проекты, исследования с использованием ранее полученного биологического материала (крови, изъятых тканей и органов, генетического материала), изучение психологического состояния людей. В этом случае понятие риска для испытуемых из плоскости непосредственно причиняемого здоровью вреда перемещается в плоскость возможного ущерба в связи с несанкционированным и некорректным использованием полученной информации, что не менее, чем физический ущерб, может привести к дискриминации.

Юридическим документом, регулирующим биомедицинские исследования, является Конвенция Совета Европы о защите прав и достоинств человека в связи с использованием достижений биологии и медицины, Конвенция о правах человека и биомедицине, принятая в Овьедо (Испания) в 1997 г. (сокращенное название — **Конвенция о биоэтике**). Данный документ обязателен для исполнения всеми членами этой организации после его ратификации.

Самый последний документ, появившийся в этой области — **Дополнительный протокол к Конвенции Совета Европы о биомедицине и правах человека**, касается биомедицинских исследований. Он готовился на протяжении пяти лет и был открыт для подписания 25 января 2005 г. Текст протокола приводится на сайте Совета Европы:

www.coe.int/T/E/Legal_affairs/Legal_cooperation/Bioethics/Activities/Biomedical_research/Protocol.

Хельсинкская декларация не является юридически обязывающим документом, о чем свидетельствует как то, что она принята международной негосударственной организацией, так и само ее название — Декларация, т.е. документ, лишь провозглашающий некоторые нормы и принципы. Что касается Дополнительного протокола о биомедицинских исследованиях, как и самой Конвенции о биомедицине и правах человека, то эти документы как раз и носят юридически обязывающий характер для стран — членов Совета Европы.

Общие этические принципы исследований

Созданный в 1974 г. Национальный комитет США по защите участников биомедицинских и поведенческих исследований определил основополагающие этические критерии таких исследований. Эти критерии были подробно описаны в Белмонтском докладе 1979 г.:

1. Уважение к человеку:

- а) уважение к функциональной независимости. Исследователь обязан признавать за участником исследования право на выбор (или право решать самостоятельно) и предоставлять участнику возможность реализовать это право;
- б) защита лиц с ослабленной или пониженной функциональной независимостью. Этот принцип требует дополнительных мер защиты для тех, кто уязвим и не вполне самостоятелен.

2. Милосердие.

Исходя из уважения к людям необходимо сделать так, чтобы полученная ими от исследований польза превышала потенциальную опасность. Этот принцип ведет к созданию норм, требующих, чтобы риск исследования был разумным в свете ожидаемых преимуществ, чтобы план исследования был разумным, а исследователи были компетентны с точки зрения и проведения исследования, и обеспечения безопасности предмета исследования. Принцип милосердия также запрещает преднамеренное причинение зла людям; этот аспект милосердия иногда выражают в виде самостоятельного принципа — непричинения зла («Не навреди»).

3. Справедливость.

В этике исследований, объектом которых является человек, этот принцип, в первую очередь, касается *распределительной справедливости*. Исследователь должен обеспечить равное распределение преимуществ и рисков, связанных с участием в исследовании, между всеми участниками, а также беспристрастно подходить к отбору и отсеву участников. Данный принцип особенно актуален в отношении уязвимых групп. «Уязвимость» в данном контексте означает неспособность защитить собственные интересы из-за таких причин, как отсутствие альтернативных возможностей получения медицинской помощи или из-за того, что потенциальный участник является подчиненным членом в какой-то иерархии, и т.п. Соответственно, для защиты прав и благополучия уязвимых лиц должны быть предприняты особые меры.

В процессе проведения исследования по проблематике ВИЧ-инфекции (сбора необходимой информации) нельзя забывать об обеспечении всесторонней защиты и безопасности участников исследований. Важно учитывать следующие моменты:

1. Сократить риск до минимума. Риск для физического и психологического здоровья, а также для социального положения участника исследования должен быть сведен к минимуму. Следует выбирать только такие методы и средства исследования, которые в наименьшей степени связаны с подобным риском. Следует предусмотреть и возможные негативные последствия для всей исследуемой группы в целом. К примеру, обнародование документальных данных о высоком проценте ВИЧ-инфицированных в той или иной категории населения может стать причиной дискриминации всей названной категории.

2. Разумный риск должен компенсироваться достаточной пользой. Участники, по возможности, должны получать непосредственную пользу от участия в исследованиях. Например, всем участникам исследования распространенности ИППП нужно сообщить, что если в ходе проверки у них обнаружится подобное заболевание, то они получат медицинскую помощь. Участникам тестирования на ВИЧ следует обеспечить возможность узнать его результаты и получить квалифицированную поддержку и консультацию.

3. Беспристрастный отбор участников (равные возможности для всех потенциальных участников попасть в исследование). Сразу после разработки программы следует определить цели сбора данных и ареал исследования. Если есть вероятность, что некоторые участники могут подвергнуться давлению или принуждению (например, дети, заключенные или лица, занимающиеся проституцией), следует принять дополнительные меры предосторожности для защиты прав и благополучия этих групп. Следует также принять меры для того, чтобы представители маргинализированных сообществ (например, ПИН) не исключались априори из числа потенциальных участников исследования.

4. Информированное согласие. Следует предоставить участникам исследования сведения о предстоящем сборе данных, изложенные с учетом их возрастной группы и уровня образования. Метод получения согласия, основанного на осведомленности, отбирается на основе специфики предстоящего исследования, потенциального риска и предполагаемых выгод для участника. Вне зависимости от избранного метода получения информированного согласия следует:

- 1) объяснить участнику цель сбора данных, предполагаемую длительность его участия, описать планируемые мероприятия;
- 2) перечислить реальные риски и неудобства;
- 3) описать все реально прогнозируемые выгоды для самого участника и окружающих;
- 4) перечислить меры, которые будут приняты для сохранения конфиденциальности информации об участнике;
- 5) рассказать о вознаграждении (если оно предусмотрено), о медицинской помощи, которая будет ему предоставлена, если в результате его участия ему будет причинен тот или иной вред;
- 6) сообщить, к кому обратиться за разъяснением своих прав или помощью в том случае, если из-за участия в исследовании ему будет нанесен ущерб;
- 7) объяснить, что участие в исследовании полностью добровольное и отказ от участия не приведет к наказанию или потере каких-либо прав; что участник имеет право не отвечать на любые вопросы и отказаться от дальнейшего участия на любом этапе исследования.

5. Особые меры при работе с уязвимыми группами. Исследования в области ВИЧ-инфекции проводятся преимущественно с уязвимыми группами: мужчинами, имеющими гомосексуальные контакты; лицами, вводящими наркотики инъекционно; молодежью; заключенными. При работе в школе следует заранее заручиться согласием органов образования, что поможет свести к минимуму вероятность причинения ущерба детям. С особой осторожностью нужно привлекать к исследованиям лиц, занимающихся организованной проституцией; мужчин, имеющих гомосексуальные контакты; а также наркопотребителей, поскольку в большинстве стран их поведение оценивается как противозаконное и предосудительное с точки зрения общественной морали. Проводя набор участников исследования, нельзя допустить, чтобы их принадлежность к подобной группе стала достоянием гласности.

6. Конфиденциальность. Для соблюдения конфиденциальности должны быть предприняты самые строгие меры. Проводя исследование, зачастую можно вообще не записывать имена и личную информацию об участниках. Если такая информация необходима для наблюдений или иных биомедицинских исследований, можно сохранить инкогнито участника, указывая лишь его номер. Следует также учитывать, как будут храниться данные, кто будет иметь к ним доступ, куда они будут отправлены по окончании исследования.

7. Местный экспертный совет и участие общественности. Наблюдение со стороны местного экспертного совета или жителей местности, где проводится сбор информации, дает дополнительную гарантию того, что предлагаемые методы приемлемы с точки зрения социального, культурного и экономического положения выбранных для исследования групп.

Защите прав испытуемых посвящена работа Комитетов по этике (КЭ), одобряющих или не одобряющих медицинские, социологические, эпидемиологические, психологические и другие исследовательские проекты.

Информированное согласие

Хельсинкская декларация гласит: *«При проведении любого исследования с участием людей в качестве субъектов каждый потенциальный субъект исследования должен быть надлежащим образом проинформирован о целях, методах, ожидаемой пользе и возможном риске исследования, а также о неудобствах, которые могут быть вызваны экспериментом. Участники исследования должны быть проинформированы о том, что они имеют неограниченное право отказаться от участия в исследовании и в любое время взять назад согласие на участие. Врач должен получить такое согласие — свободное и информированное — от субъекта исследования, желательно в письменном виде».*

Пациенты могут включаться в научное исследование только после того, как они получили полную информацию о нем и дали осознанное и добровольное согласие на участие.

Информированное согласие (ИС) — процесс добровольного подтверждения пациентом его согласия участвовать в том или ином исследовании после того, как он был ознакомлен со всеми аспектами исследования.

Информированное согласие документируется с помощью подписанной и датированной формы ИС.

Правильно составленное ИС должно содержать следующие разделы:

- 1) положение о том, что предполагается проведение научного исследования;
- 2) цели клинического испытания;
- 3) виды лечения (включая плацебо) и вероятность случайного распределения пациентов между различными видами лечения;
- 4) описание процедур исследования;
- 5) обязанности пациентов, участвующих в испытании;
- 6) предсказуемый риск, возможные неудобства;
- 7) ожидаемая польза;
- 8) альтернативные методы лечения (преимущества и недостатки);
- 9) компенсации за ущерб здоровью;
- 10) условия оплаты участникам за участие в исследовании (если предусмотрено);
- 11) возможные расходы субъекта в ходе исследования;
- 12) положение о добровольности участия в исследовании;
- 13) возможность отказа от участия в исследовании в любое время без неблагоприятных последствий;
- 14) конфиденциальность информации и гарантия того, что имена участников исследования не будут указаны при публикации результатов исследования;
- 15) возможность проведения проверок (при соблюдении конфиденциальности) представителями официальных инстанций;
- 16) имена и телефоны контактных лиц;
- 17) ожидаемая продолжительность участия в исследовании;
- 18) приблизительное (планируемое) количество участников исследования;

19) предупреждение о том, является ли участие в исследовании препятствием для участия в других программах.

ИС должно быть переведено на родной язык пациента, а исследователи несут ответственность за качество перевода и его соответствие оригиналу.

При разработке и переводе ИС следует избегать специальных терминов и языковых сложностей, а при наличии специальных терминов необходима расшифровка или объяснение в тексте. Шрифт формы ИС должен быть четким и крупным, разделы отделены друг от друга, важная информация выделена. Форма ИС должна быть утверждена официальными инстанциями страны, где проходит исследование, и Комитетом по этике.

Очень важным моментом является время получения ИС: согласие должно быть получено до совершения любого действия, если оно:

- ☉ выполняется для целей исследования;
- ☉ не было бы совершено по отношению к пациенту в рамках обычной медицинской практики (например, планируется включение пациента в исследование по лечению внебольничной пневмонии, однако рентгенологическое исследование ему в любом случае будет проведено в поликлинике. В этом случае ИС можно не получать до проведения обследования, так как оно выполняется в рамках обычной медицинской практики).

В процессе клинического исследования могут появиться изменения в Протоколе или любая новая информация, которая может повлиять на решение пациентов продолжать участвовать в исследовании. Эти изменения могут быть связаны с:

- ☉ необходимостью повышения/снижения дозы препарата;
- ☉ необходимостью увеличения/уменьшения количества инвазивных или диагностических процедур;
- ☉ появлении новых данных о нежелательных явлениях, выявленных в ходе исследования.

Возникшие изменения должны быть отражены в форме ИС, а измененная форма ИС должна быть передана в КЭ с сопроводительным письмом и может использоваться только после одобрения КЭ. Копия письма в КЭ должна храниться в файле исследователя. Пациенты, уже подписавшие форму ИС и участвующие в исследовании, должны подписать новую версию ИС, одобренную КЭ.

Исследователь не должен принуждать пациентов к участию в исследовании или влиять на принятие ими решения. Пациент должен принять решение самостоятельно, на основании информации, содержащейся в форме ИС, и сведений, полученных от врача:

- ☉ пациент должен иметь достаточно времени для принятия решения и обдумывания ответов, полученных от врача на заданные вопросы, в связи с чем информацию для пациента и форму ИС потенциальный участник исследования может забрать домой для обсуждения с родственниками, лечащим врачом, юристом и т.д.;
- ☉ пациент должен не только подписать, но и собственноручно датировать два экземпляра формы ИС;
- ☉ форму ИС подписывает и датирует также исследователь, который проводил беседу с пациентом;
- ☉ один экземпляр формы ИС остается у исследователя, хранится в материалах исследования, второй выдается пациенту на руки;

- ☉ в исходных медицинских документах необходимо сделать запись о получении ИС с указанием даты и имени лица, проводившего беседу. Если форма ИС была подписана в тот день, когда пациенту начали проводить какие-либо исследования, то она должна быть подписана ранее начала любой процедуры;
- ☉ если в ходе исследования была принята, одобрена КЭ и подписана пациентом новая форма ИС, то и в исследовательском центре, и на руках у пациента остаются два варианта ИС — старый и новый.

Особое внимание следует обратить на получение ИС у пациентов, относящихся к особо уязвимому контингенту. Исследование препаратов, предназначенных для применения в реанимационной практике, педиатрии, для лечения психических заболеваний, у беременных, военнослужащих, невозможно без участия пациентов, которые или сами не могут дать ИС или могут дать его только под давлением. В таких случаях ИС за пациента может дать его законный представитель (близкий родственник, родители, дети) или официально назначенный опекун. Законный представитель полностью участвует в процессе получения ИС, подписывает и датирует форму ИС.

Имеет свои особенности и получение ИС у неизлечимых больных. Такие пациенты более подвержены принуждению или неоправданному стимулированию, а риск при проводимых с ними исследованиях — более чем минимальный. В ИС для таких пациентов должна быть точная информация о приемлемости участия пациента в исследовании (диагноз, прогноз), альтернативных вариантах лечения, соотношении риска и пользы при участии в исследовании. Необходимая информация должна предоставляться пациенту заранее, желательны консультации с членами семьи, медицинскими специалистами, священником.

Возможны случаи, когда пациент или его законный представитель не могут сами прочесть текст формы ИС. Тогда во время получения ИС должен присутствовать свидетель, который должен быть независимым, т.е. не связан подчиненными отношениями с исследователем. Свидетель должен присутствовать при получении ИС, если пациент не может сам прочесть его текст или относится к уязвимому контингенту (пожилые, тяжело больные люди и т.д.). Свидетель подписывает и датирует форму ИС наряду с пациентом и врачом-исследователем.

Таким образом, выбор участия или неучастия в исследованиях является персональным решением пациента, принятым без принуждения, а задача КЭ — проведение квалифицированной экспертизы ИС, являющегося одним из важнейших элементов системы, гарантирующей этичность биомедицинских исследований с участием людей и соблюдение их прав.

Комитеты по этике

КЭ в своей деятельности должны руководствоваться принципами **независимости, компетентности, плюрализма, справедливости и прозрачности**.

Справедливость требует, чтобы все выгоды и тяготы исследований честно распределялись между всеми социальными группами и классами общества с учетом пола, возраста, материального положения, культурной и этнической принадлежности.

В своем составе, процедурах и механизме принятия решений КЭ должны быть **независимы** от административно-управленческих, ведомственных, профессиональных, финансово-экономических и политических влияний.

Компетентность КЭ выражается в высокой квалификации каждого члена в своей профессиональной сфере и компетентности в области биомедицинских исследований, что обеспечивает междисциплинарный подход при обсуждении клинических исследований, в понимании принципов клинических исследований и знании правил Качественной Клинической Практики (GCP). Непременным условием компетентности комитета является высокая квалификация и четкая работа его протокольной группы (или секретариата).

Плюрализм КЭ гарантируется разнородностью профессий, возраста, пола, конфессий его членов. Этот принцип требует участия в обсуждении по возможности всех членов Комитета для отражения разных точек зрения на ту или иную проблему.

Прозрачность деятельности КЭ обеспечивается прозрачностью принципов его работы, регламента и т.п. Гарантии качества его деятельности зависят от определения Стандартных Операционных Процедур (СОП), преемственности деятельности, эффективности, надежности, открытости в общении.

КЭ создается под эгидой национального или местного департамента здравоохранения, на базе медицинских учреждений или других национальных, региональных, местных представительных органов, в качестве общественного объединения без образования юридического лица.

Комитет представляет собой независимый орган, не подвергающийся контролю со стороны любого министерства, ведомства или органа власти и исходит из принципов добросовестного выполнения исследований.

КЭ не должен иметь прямой заинтересованности в конкретном исследовании (испытании). Независимо от исследователя, заказчика, спонсора или медицинского учреждения Комитет рецензирует планы исследований и механизмы защиты прав человека и его безопасности.

КЭ не должен стремиться к получению прибыли/выгоды в качестве цели своей деятельности и не должен распределять полученную прибыль/выгоду между своими членами и учредителями. Тем не менее, заказчик/спонсор может компенсировать административные расходы. При этом оплата не зависит от того, одобрены документы или относительно исследования принято какое-либо другое решение.

КЭ — открытый орган. Информация о его членах, графике работы, всех принятых решениях не может быть конфиденциальной.

Основными целями работы КЭ являются: защита прав и интересов вовлеченных в исследование людей; защита прав и интересов исследователей. Для выполнения указанных целей Комитет решает следующие задачи:

- ☉ проводит независимую экспертизу документов исследования;
- ☉ независимо и объективно оценивает безопасность и соблюдение прав человека по отношению к участникам исследования на стадии как планирования, так и проведения исследования;
- ☉ оценивает соответствие программы проведения исследования (дизайн, метод рандомизации и т.д.), квалификации исследователей и техническое оснащение исследовательского центра правилам GCP;
- ☉ осуществляет мониторинг соблюдения международных и национальных этических норм при проведении исследований.

Предметом экспертизы КЭ являются все биомедицинские исследования с участием людей в качестве испытуемых.

Полномочия Комитета по этике

1. Осуществлять этическую экспертизу представленных документов как до начала исследования, так и процессе его проведения.
2. На основании экспертного заключения путем голосования принимать следующие решения: «одобрить», «не одобрить» или «отозвать ранее данное одобрение».
3. Осуществлять последующее наблюдение за ходом исследования посредством изучения регулярных отчетов и/или визитов представителей КЭ в исследовательский центр.
4. Для осуществления своей деятельности члены Комитета вправе запрашивать у фармацевтических компаний, организаций-контрактеров, исследовательских центров документы по рассматриваемым Комитетом вопросам, при необходимости приглашать на заседания КЭ представителей вышеназванных организаций.
5. Развивать и осуществлять международные контакты и связи в области проведения клинических исследований.
6. Содействовать созданию других независимых КЭ.
7. Участвовать в разрешении этических конфликтов, возникающих в текущей работе медицинского учреждения вне исследовательской деятельности.

Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД

В ходе специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИД, состоявшейся в июне 2001 г., правительства 189 стран взяли на себя обязательства по реализации комплексной программы действий на международном и национальном уровне в целях борьбы с пандемией ВИЧ/СПИД, приняв Декларацию о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД. В этой Декларации определены конкретные целевые задачи, для которых оговорены количественные параметры и временные рамки, в том числе задачи по снижению уровня инфицирования ВИЧ среди детей и молодежи; улучшению информационно-просветительской работы, уходу за здоровьем и лечению в связи с ВИЧ/СПИД; повышению уровня помощи, оказываемой детям-сиротам.

Декларация о приверженности также включает обязательства Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций посвящать, по крайней мере, один полный рабочий день ежегодной сессии Генеральной Ассамблеи обзору прогресса, достигнутого в реализации поставленных задач. В целях содействия этому процессу Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС) и ее партнеры разработали ряд ключевых показателей, которые позволяют осуществлять мониторинг измеримых аспектов различных международных и национальных действий, результатов реализации национальных программ и национальных целей, предусмотренных Декларацией о приверженности. Информация, получаемая с помощью этих показателей, также будет включаться в отчеты и публикации, которые будут распространяться в целях широкого обсуждения.

Показатели, характеризующие выполнение Декларации о приверженности

Данные показатели подразделяются на две подгруппы: глобальные показатели и национальные показатели. Глобальные показатели представляют собой сочетание пяти показателей, которые позволяют получить информацию об уровнях и тенденциях в реализации международных обязательств по контролю за ВИЧ/ СПИД. ЮНЭЙДС и ее партнеры отвечают за расчет показателей глобального уровня. В целях облегчения процесса поиска в настоящие руководящие принципы включены детальные характеристики этих глобальных показателей, информация, необходимая для их измерения, а также руководство по их интерпретации.

Национальные показатели, в свою очередь, подразделяются на три категории:

- а) показатели, характеризующие приверженность и действия на национальном уровне. Эти показатели отражают, в первую очередь, политику, стратегический и финансовый вклад в целях профилактики распространения ВИЧ-инфекции, обеспечения ухода и поддержки инфицированным лицам и ослабления социально-экономических последствий, обусловленных высокой заболеваемостью и смертностью;
- б) показатели, характеризующие программы и изменение поведения на национальном уровне. Эти показатели отражают, в первую очередь, вклад, уровень охвата и результаты реализации программ (например, повышение уровня знаний о проблеме ВИЧ/СПИД или изменение поведения);

в) показатели, характеризующие воздействие программ на национальном уровне. Эти показатели используются для измерения того, в какой степени программные мероприятия позволили снизить уровень инфицирования ВИЧ.

Необходимо отметить, что чем выше сам показатель первых двух категорий («приверженность и действия» и «программы и изменение поведения на национальном уровне»), тем выше уровень исполнения. Например, если одна страна имеет более высокий показатель, характеризующий уровень просветительской работы по вопросам ВИЧ/СПИД на основе жизненных навыков, по сравнению с другой страной, то это свидетельствует о том, что первая страна осуществляет более всеобъемлющую программу по выработке жизненных навыков, чем вторая страна. В то же время в отношении третьей категории показателей (отражающих последствия выполнения программ на национальном уровне) более высокие показатели подразумевают более высокую распространенность ВИЧ. Например, если страна имеет более высокий процент ВИЧ-инфицированных детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, то это может свидетельствовать о том, что страна менее успешно реализует программу профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. Безусловно, сопоставление показателей в различных странах будет отражать различия местных условий и качества данных, а также уровня эффективности программ.

Национальные показатели отражают, в первую очередь, прогресс, достигнутый отдельными странами. Четыре таких показателя также являются показателями развития, включенными в **Декларацию тысячелетия**. Они используются для мониторинга процесса достижения целевых задач, поставленных в Декларации, принятой всеми 189 странами, участвовавшими в работе Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций в 2000 г. Национальные показатели по возможности базируются на показателях, которые были ранее рекомендованы в целях мониторинга и оценки программ по ВИЧ/СПИД.

Перечень национальных показателей по перечисленным выше категориям определен отдельно для стран с генерализованной эпидемией и стран с эпидемиями низкого или концентрированного уровня.

Так, показатели, характеризующие группы повышенной уязвимости к ВИЧ (ПИН, МСМ и ЖСБ), применимы в отношении стран с низким и концентрированным уровнем эпидемии. А показатели, характеризующие вовлеченность общей популяции населения в эпидемический процесс, присущи странам с генерализованными эпидемиями (например, показатель распространенности ВИЧ среди молодежи). Странам с генерализованной эпидемией также рекомендуется использовать показатели для характеристики качества и полноты предоставления медицинских и социальных услуг людям, живущим с ВИЧ/СПИД.

Наряду с ключевыми показателями может вычисляться ряд дополнительных национальных показателей, которые могут дополнять или пояснять информацию, получаемую на основе конкретного ключевого показателя в определенных ситуациях. Например, страна может рассчитать, использовать и указать в своем отчете некий дополнительный показатель, который позволит получить полезную промежуточную информацию в ситуациях, когда для расчета ключевого показателя необходимо собрать данные, получаемые путем проведения специализированного обследования. Странам рекомендуется представлять отчетную информацию, используя в качестве дополнительных, в первую очередь, показатели медианного возраста начала половой жизни; числа нерегулярных

половых партнеров за последний год; использования презерватива во время последнего полового акта с партнером, предоставляющим сексуальные услуги за плату.

Декларация о приверженности определяет конкретные цели на 2005 и 2010 годы в отношении 3 из 13 национальных показателей: информированность молодежи о проблеме ВИЧ/СПИД; распространенность ВИЧ среди молодежи; и распространенность ВИЧ среди новорожденных.

В том случае, когда Декларация о приверженности предусматривает уделение особого внимания возрастной группе 15–24 лет, при расчете показателей данные рекомендуется получать для всего возрастного диапазона 15–49 лет, указывая при этом отдельные значения показателей для возрастных групп 15–19, 20–24 и 25–49 лет с разбивкой по полу.

Некоторые цели, поставленные в Декларации о приверженности, касаются только тех стран, которые более всего пострадали в результате пандемии ВИЧ/СПИД. Эти и другие показатели могут быть менее релевантными для стран, где в настоящее время общий уровень распространенности ВИЧ является низким, т.е. могут реже включаться в национальные отчеты. Но даже в этом случае важно понимать, что относительно небольшие изменения в поведении могут привести к быстрому росту эпидемий в данных странах. Для того чтобы исключить такую возможность, необходимо постоянно проводить всесторонний эпиднадзор и осуществлять необходимые и эффективные программы по профилактике ВИЧ.

ЮНЭЙДС проводит регулярный пересмотр показателей, рекомендуемых для осуществления мониторинга выполнения Декларации о приверженности, отражая тем самым опыт, связанный с использованием таких показателей, и изменения в ходе развития эпидемии ВИЧ/СПИД, а также подходов, применяемых для контроля за ВИЧ-инфекцией.

Сценарии фокус-групп

ПОТРЕБИТЕЛИ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ (ПИН)

Вступление (до 15 мин)

Добрый день! Меня зовут _____

Я представляю _____

Я буду модератором, т.е. ведущим нашей дискуссии. Мне будет помогать _____

Прежде всего, я хочу поблагодарить Вас за то, что Вы нашли возможность встретиться с нами. Мы планируем провести нашу встречу в течение полутора часов.

Цель нашей встречи выяснить некоторые проблемы, с которыми Вам приходится сталкиваться в повседневной жизни. В первую очередь, речь идет о рискованном с точки зрения заражения ВИЧ/ИППП поведении.

Участие является добровольным: если на какие-то вопросы Вы не захотите отвечать, мы не будем настаивать на ответе. Нас интересуют ответы на вопросы, причем исходя не только из вашего личного опыта, но из опыта ваших друзей. Мы надеемся на Вашу помощь в изучении проблем, связанных с употреблением наркотиков.

Напомню еще раз, что Ваше участие в работе фокус-группы является добровольным и анонимным. Мы планируем записать наш разговор на магнитофонную пленку, но только для того, чтобы потом было легче анализировать полученную информацию. Мой ассистент _____ будет делать записи. Расшифрованные материалы нашего исследования будут использованы только для научного анализа и обобщения. Мы нигде не будем упоминать Ваши фамилии и должности. Использоваться будут только имена, которыми Вы себя назовете как в ходе обсуждения, так и в каких-либо отчетах о данном исследовании.

Мы бы хотели, чтобы в процессе обсуждения каждый из Вас почувствовал себя свободным в высказывании своих мыслей. Моя роль как модератора заключается в направлении беседы и обеспечении условий для свободного обмена мыслями.

Представление (5 мин)

Для удобства нашей работы просим Вас назвать свое имя. Напишите имя (как бы Вы хотели, чтобы к Вам обращались я и другие участники) на подготовленных карточках и поставьте их перед собой.

Теперь давайте познакомимся. Меня зовут _____. Мне ___ лет. Я живу в _____. Я работаю _____.

Обсуждение

I. Уровень информированности о ВИЧ/СПИД (продолжительность разговора 20 мин)

1. Насколько Вы знакомы с проблемой распространения ВИЧ-инфекции?

Кто из Вас первым хотел бы высказаться? Просьба называть свои имена перед тем, как высказать свою точку зрения. Это поможет нам в анализе аудиозаписи по итогам нашей встречи.

2. Считаете ли Вы, что это серьезная проблема для нашего города? *(Попросите не ограничиваться односложным ответом, привести примеры.)*
3. Откуда Вы получаете информацию о ВИЧ-инфекции?
4. Какие пути заражения ВИЧ Вы знаете?
5. Знаете ли Вы проявления ВИЧ/СПИД?
6. Проходили ли Вы тесты на ВИЧ/ИППП? Где?
7. Если бы у Вас возникли подозрения на инфицированность, к кому бы Вы обратились за консультацией?
8. Откуда бы Вы хотели получить помощь при возникновении проблемы по ВИЧ/СПИД/ИППП?

II. Поведение, связанное с употреблением наркотических веществ *(продолжительность разговора 30 мин)*

1. Какие наркотические вещества наиболее распространены в вашем городе?
2. Допускаете ли Вы для себя возможность заражения? Почему?
3. Какие моменты Вашего поведения ведут к заражению?
(Приведите примеры из собственного опыта и опыта ваших знакомых.)
4. Покупаете ли Вы и Ваши друзья готовые к употреблению наркотики?
5. Как вы считаете, можно ли обезопасить себя от заражения?
6. Какие меры защиты Вы используете при употреблении наркотиков?
7. Есть ли у Вас индивидуальный шприц?
8. Часто ли Вы и Ваши друзья используете чужие шприцы?
9. Знаете ли Вы, как дезинфицировать шприцы, инструментарий для приготовления и дележа раствора?
(Приведите примеры из собственного опыта и опыта ваших знакомых.)
10. Доступны ли Вам одноразовые шприцы и средства дезинфекции?

III. Поведение, связанное с употреблением наркотических веществ *(продолжительность разговора 30 мин)*

1. Правда ли, что употребление наркотиков стимулирует сексуальную активность?
2. Как Вы считаете, многие ли среди Ваших сверстников имели практику сексуальных отношений?
3. Какие меры защиты от инфицирования при сексуальном контакте Вы знаете?
4. Пользуетесь ли Вы презервативами? А Ваши знакомые? Как часто?
5. Если да, то где Вы их покупаете?
6. На что Вы обращаете внимание при покупке презервативов (цена, упаковка, изготовитель, срок годности)?
7. Употребляет ли Ваш половой партнер наркотики?
8. Практикуете ли Вы в вашей среде секс за деньги, подарки, дозу?
9. Есть ли среди Ваших друзей ВИЧ-инфицированные? Как строятся взаимоотношения с этими людьми?
(Модератор переходит к завершению обсуждения.)

Подводя итоги нашей встречи, хочу задать Вам еще два вопроса.

Достаточно ли правильно, на ваш взгляд, проводится работа по профилактике ВИЧ/СПИД среди лиц, употребляющих наркотики? В какой помощи Вы и ваши друзья нуждаются?

Завершение обсуждения

Благодарим Вас за участие в сегодняшней встрече. Обсуждение позволило получить ценную для нас информацию. Еще раз обращаем Ваше внимание на то, что мы гарантируем конфиденциальность полученных данных. Они будут использованы только в обобщенном виде.

Еще раз благодарим Вас за участие в работе фокус-группы.

(Предложите участникам фокус-группы координаты организации для дальнейшего сотрудничества.)

Желаем всего наилучшего.

Мужчины, имеющие сексуальные отношения с мужчинами (МСМ)

Вступление (до 15 мин)

Добрый день! Меня зовут _____

Я представляю _____

Я буду модератором, т.е. ведущим нашей дискуссии.

Мне будет помогать _____ .

Прежде всего, я хочу поблагодарить Вас за то, что вы нашли возможность встретиться с нами. Мы планируем провести нашу встречу в течение полутора часов.

Цель нашей встречи выяснить некоторые проблемы, с которыми Вам приходится сталкиваться в повседневной жизни. Речь идет, в первую очередь, о рискованном с точки зрения заражения ВИЧ/ИППП сексуальном поведении среди МСМ.

Участие является добровольным: если на какие-то вопросы Вы не захотите отвечать, мы не будем настаивать на ответе. Нас интересуют ответы на вопросы, причем исходя не только из вашего личного опыта, но из опыта ваших друзей. Мы надеемся на Вашу помощь в изучении проблем, связанных с жизнью МСМ.

Еще раз напомним, что Ваше участие в работе фокус-группы является добровольным и анонимным. Мы планируем записать наш разговор на магнитофонную пленку, но только для того, чтобы потом было легче анализировать полученную информацию. Мой ассистент _____ будет делать записи. Расшифрованные материалы нашего исследования будут использованы только для научного анализа и обобщения. Мы нигде не будем упоминать Ваши фамилии и должности. Использоваться будут только имена, которыми Вы себя назовете как в ходе обсуждения, так и в каких-либо отчетах о данном исследовании.

Мы бы хотели, чтобы в процессе обсуждения каждый из Вас почувствовал себя свободным в высказывании своих мыслей. Моя роль как модератора заключается в направлении беседы и обеспечении условий для свободного обмена мыслями.

Представление (5 мин)

Для удобства нашей работы просим Вас назвать свое имя. Напишите имя (как бы Вы хотели, чтобы к Вам обращались я и другие участники) на подготовленных карточках и поставьте их перед собой.

Теперь давайте познакомимся. Меня зовут _____.

Мне ____ лет. Я живу в _____. Я работаю _____.

Обсуждение

I. Отношения с обществом (продолжительность разговора 20 мин)

Отношение общества к мужчинам, имеющим секс с другими мужчинами, в последнее время изменилось к лучшему, изменилось законодательство, стали терпимее люди. Тем не менее, люди нетрадиционной сексуальной ориентации по-прежнему не могут открыться даже самым близким, не говоря уже о коллегах по работе.

Прежде всего, я бы хотел узнать, с какими препятствиями со стороны общества Вам и вашим друзьям приходится сталкиваться? Кто из Вас первым хотел бы высказаться? Просьба называть свои имена перед тем, как высказать свою точку зрения. Это поможет нам в анализе аудиозаписи по итогам нашей встречи.

(Попросите не ограничиваться односложными ответами, привести примеры из своего опыта или из опыта коллег.)

Как складываются отношения у МСМ и милиции?

Как складываются взаимоотношения с родственниками и близкими?

II. Уровень информированности о ВИЧ/ИППП (Продолжительность разговора 15 мин)

Я хотел бы поговорить с Вами о проблеме, которая волнует сегодня многих в нашей стране. В ходе нашего исследования мы стремимся понять, как лично Вы и люди, с которыми вам приходится общаться, относятся к проблеме распространения ВИЧ-инфекции и венерических заболеваний.

1. Насколько Вы знакомы с проблемой распространения ВИЧ-инфекции (в мире, в нашей стране, в Вашем городе)?

2. Откуда Вы получаете информацию о ВИЧ-инфекции?

3. Какую информацию о ВИЧ-инфекции Вы бы хотели получить?

III. Собственное отношение к ВИЧ и ИППП (продолжительность дискуссии около 30 мин)

1. Насколько вы реально оцениваете для себя угрозу возможности заражения ВИЧ/ИППП?

2. Насколько Вы и ваши друзья обеспечены средствами защиты, доступны ли они вам?

3. Как вы думаете, какие наиболее серьезные проблемы способствуют распространению ВИЧ-инфекции и ИППП среди геев?

4. Есть ли в вашей среде ВИЧ-инфицированные? Если да, то, как вы и ваши друзья строите взаимоотношения с ними?

5. Используете ли Вы безопасные формы секса? (при необходимости перечислите их, в каких случаях они используются)

IV. МСМ и наркотики (продолжительность дискуссии около 15 мин)

Давайте поговорим о проблеме геев и наркотиков.

1. Считаете ли Вы, что проблемы геев с родителями, коллегами, обществом из-за сексуальной ориентации могут стать причиной того, что человек начнет принимать наркотики?
2. Имеются ли среди Вашего окружения представители группы инъекционных наркоманов?
3. Практикуется ли совместное введение наркотиков?
4. Каких правил Вы придерживаетесь, чтобы избежать инфицирования ВИЧ при употреблении наркотиков?

Кто бы из Вас хотел первым высказать свое мнение? *(Дайте возможность высказаться каждому приглашенному. Затем модератор переходит к завершению обсуждения.)*

Подводя итоги нашей встречи, хочу задать Вам еще один вопрос.

Достаточно ли, на Ваш взгляд, правильно проводится работа по профилактике ВИЧ/СПИД среди мужчин, имеющих секс с другими мужчинами?

Завершение обсуждения

Благодарим вас за участие в сегодняшней встрече. Обсуждение позволило получить ценную для нас информацию. Еще раз обращаем Ваше внимание на то, что мы гарантируем конфиденциальность полученных данных. Они будут использованы только в обобщенном виде.

Еще раз благодарим Вас за участие в работе фокус-группы. *(Предложите участникам фокус-группы координаты организации для дальнейшего сотрудничества.)*

Желаем всего наилучшего.

Женщины, вовлеченные в секс-бизнес (ЖСБ)

Вступление (до 15 мин)

Добрый день! Меня зовут _____. Я представляю _____.

Я буду модератором, т.е. ведущим нашей дискуссии. Мне будет помогать _____.

Прежде всего, я хочу поблагодарить Вас за то, что Вы нашли возможность встретиться с нами. Мы планируем провести нашу встречу в течение полутора часов.

Цель нашей встречи выяснить те проблемы, с которыми Вам приходится сталкиваться. Участие является добровольным: если на какие-то вопросы Вы не захотите отвечать, мы не будем настаивать на ответе. На протяжении всей дискуссии мы не будем вторгаться в Вашу личную жизнь. Нас интересуют ответы на вопросы, причем исходя не только из вашего личного опыта, но и из опыта ваших знакомых.

Напомню еще раз, что Ваше участие в работе фокус-группы является добровольным. Мы планируем записать наш разговор на магнитофонную пленку, чтобы потом было легче анализировать полученную информацию. Вы имеете право отказаться от обсуждения какого-либо вопроса во время работы фокус-группы или вообще отказаться от участия в ее работе. Мой ассистент _____ будет делать записи. Расшифрованные материалы нашего исследования будут использованы только для научного анализа и обобщения. Мы нигде не будем упоминать Ваши фамилии и должности. Использоваться будут только имена, которыми Вы себя назовете как в ходе обсуждения, так и в каких-либо отчетах о данном исследовании.

Мы бы хотели, чтобы в процессе обсуждения каждый из Вас почувствовал себя свободным в высказывании своих мыслей. Именно для этого мы с Вами встречаемся. Моя роль как модератора заключается в направлении беседы и обеспечении условий для свободного обмена мыслями.

Представление (5 мин)

Для удобства нашей работы просим Вас назвать свое имя. Напишите имя (как бы Вы хотели, чтобы к Вам обращались я и другие участники) на подготовленных карточках и поставьте их перед собой.

Теперь давайте познакомимся. Меня зовут _____. Мне ____ лет. Я живу в _____. Я работаю _____.

Обсуждение

I. Уровень информированности о ВИЧ/СПИД и венерических заболеваниях (продолжительность разговора 15 мин)

Я хотел(а) бы поговорить с Вами о проблеме, которая волнует сегодня многих в нашей стране. В ходе нашего исследования мы стремимся понять, как лично Вы и люди, с которыми вам приходится общаться, относятся к проблеме распространения ВИЧ-инфекции и венерических заболеваний.

- 1. Насколько Вы знакомы с проблемой распространения ВИЧ-инфекции и ИППП (в мире, в нашей стране, в Вашем городе)? Кто хотел бы первым высказаться? Просьба называть свои имена перед тем, как высказать свою точку зрения. Это поможет нам в анализе аудиозаписи по итогам нашей встречи.**
- 2. Считаете ли Вы, что это серьезная проблема для Вашего города?**
- 3. Откуда Вы получаете информацию о ВИЧ-инфекции и ИППП? (Телевидение, радио, газеты, журналы, специальная литература, друзья, неправительственные организации, которые работают по проблеме, что-то другое.)**
- 4. Что Вы знаете о том, как передаются эти заболевания?**
- 5. Где можно сдать тесты на эти заболевания в Вашем городе?**
- 6. Проходите ли Вы тесты на ВИЧ-инфекцию и ИППП? (Спросите у тех, кто не проходил, почему они этого не сделали.)**
- 7. Как часто Вы проходите тесты на ВИЧ-инфекцию и ИППП?**
- 8. К кому Вы обращаетесь для обследования? (Районная поликлиника, анонимные кабинеты, знакомый врач или другое.)**
- 9. Известны ли Вам случаи венерических заболеваний и ВИЧ-инфекции среди Ваших знакомых?**
- 10. Если Вам приходится обращаться к врачам, как они к Вам относятся?**
- 11. Как бы Вы оценили свое здоровье? (Имеется в виду не сексуальное здоровье.)**

II. Возможности предотвращения заражения ВИЧ/ИППП (продолжительность разговора не более 30 мин)

- 1. Насколько Вы лично подвергаетесь опасности заразиться этими заболеваниями?**
- 2. Есть ли у Вас постоянные клиенты?**

3. Какие виды секса практикуются чаще всего?
4. Как Вы считаете, что можно сделать, чтобы обезопасить себя от заражения? *(краткий ответ)*
5. Какие способы предохранения Вы считаете наиболее эффективными? Какими пользуетесь чаще всего? *(краткий ответ)*

Поговорим об одном из средств предотвращения заражения — презервативах.

1. Пользуетесь ли Вы презервативами? А Ваши знакомые? *(Если выяснится, что кто-то не пользуется, выяснить, почему.)*
2. Какими именно презервативами Вы пользуетесь? *(Уточните, страну-изготовителя, марку.)*
3. Доступны ли они Вам?
4. Всегда ли Вы пользуетесь презервативами *(с клиентами, сутенером, своим постоянным партнером)*?
5. Бывали ли случаи, когда Вы не пользовались презервативами? В каких ситуациях?
6. Кто принимает решение об использовании презерватива: Вы или клиент?
7. Как Вы поступите, если клиент категорически откажется от использования презерватива?
8. Можете ли Вы отказаться от пользования презервативами, если клиент предложит дополнительную плату?
9. Вступали ли Вы в сексуальные отношения с наркопотребителями?
10. Имеете ли Вы опыт употребления наркотических веществ?

III. Насилие и принуждение *(продолжительность разговора около 15 мин)*

1. Считаете ли Вы, что Ваша работа сопряжена с определенным риском для здоровья или даже для жизни? В чем заключается риск? Кто бы из Вас хотел первым высказать свое мнение? *(Дайте возможность высказаться каждому приглашенному.)*
2. Приходилось ли Вам или Вашим знакомым встречаться с проявлениями насилия? *(побои, оскорбления, принуждение заниматься сексом неприемлемым для Вас способом, др.)* В ходе обсуждения модератор должен направлять и стимулировать обсуждение, уточняя, где, когда, при каких обстоятельствах это произошло.
3. Можно ли было избежать этих ситуаций?
4. Как часто Вы сталкиваетесь с проявлением насилия по отношению к женщинам секс-бизнеса?
5. От кого чаще всего исходит насилие *(клиенты, милиция, др.)*?
6. Если по отношению к Вам будет совершено насилие, к кому Вы обратитесь за помощью? *(к сутенеру, если он есть, охране, юристу, милиции, в Центр социальных служб, др.)*

IV. Мнения и потребности *(продолжительность разговора 15 мин)*

1. Как Вы считаете, что можно сделать, чтобы сохранить свое здоровье, защитить права, решить проблемы, связанные с насилием по отношению к ЖСБ в Вашем городе?

Кто из Вас первым хотел бы высказаться?

Возможно, в особенно сложных жизненных ситуациях у Вас существует взаимовыручка среди подруг, которые приходят Вам на помощь.

(Модератор переходит к завершению обсуждения.)

Подводя итоги нашей встречи, хочу задать Вам еще несколько вопросов, некоторые из них уже прозвучали (*очень коротко*).

- 1. Перечислите, пожалуйста, наиболее серьезные проблемы, с которыми Вы постоянно сталкиваетесь?**
- 2. Как долго Вы предполагаете заниматься этой работой?**
- 3. Что может послужить причиной того, чтобы Вы сменили свою нынешнюю работу?**

Завершение обсуждения

Благодарим Вас за участие в сегодняшней встрече. Обсуждение дало ценную для нас информацию. Еще раз обращаем Ваше внимание на то, что мы гарантируем конфиденциальность полученных данных. Они будут использованы только в обобщенном виде.

Благодарим Вас и желаем всего наилучшего.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вальвачев, Н.И. Применение простейших методов математической статистики в эпидемиологическом анализе инфекционных заболеваний: метод. рекомендации. Минск, 1979.
2. Кимбл, Г. Как правильно пользоваться статистикой. М., 1982.
3. Методические рекомендации по второму поколению эпидемиологического надзора за ВИЧ. ЮНЭЙДС/ВОЗ, 2000.
4. Мониторинг и оценка. Киев, 2004.
5. Несвязанный анонимный скрининг в целях надзора за ВИЧ-инфекцией. ВОЗ, 1989.
6. Обзор методов оценки степени распространенности ВИЧ/СПИД в условиях умеренных и масштабных эпидемий: рабоч. док. ЮНЭЙДС/ВОЗ, 2001.
7. Пособие по использованию компьютерной программы «Спектр» / The Futures Group International. 2005. Февраль.
8. Практическое руководство по дозорному эпиднадзору за ВИЧ. ВОЗ, 1991.
9. Прогнозирование показателей заболеваемости: учеб.-метод. разработка к практ. занятиям / МГМИ, 1999.
10. Руководство по использованию метода «Рабочий журнал» для проведения оценки и прогнозирования распространенности ВИЧ/СПИД. ВОЗ, ЮНЭЙДС. 2005. Март.
11. Руководство по методам экспресс оценки (МЭО) внутривенного потребления наркотиков / под ред. Г.В. Стимсона, К. Фитча и Т. Роудса. ВОЗ, 1997.
12. Руководство по эпидемиологическому надзору за сексуально передаваемыми инфекциями. ЮНЭЙДС/ВОЗ. 1999.
13. Сбор поведенческих данных для национальных программ по ВИЧ/СПИД и СПИ. «Фэмили Хелс Интернэшнл», ЮНЭЙДС, ЮСАИД, ИМПАКТ, 1998.
14. Эпидемиологический надзор за ВИЧ/СПИД в развивающихся странах: опыт и проблемы / Нем. об-во по техн. сотрудничеству GTX GmbH, 1999.
15. Эпиднадзор за ВИЧ-инфекцией: учеб. модуль. ВОЗ, 1992.
16. Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) / 1993 International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects: www.cioms.ch/index.html
17. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Department of Health, Education and Welfare (1979) // Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for Research Involving Human Subjects. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office. ohrp.osophs.dhhs.gov/humansubjects/guidance/belmont.htm (2000 revision).
18. World Medical Declaration of Helsinki / Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. 1964. www.wma.net/e/approvedhelsinki.html

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	3
СОКРАЩЕНИЯ	6
ВВЕДЕНИЕ	7
Глава 1. ВВЕДЕНИЕ В МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКУ	9
1.1. Понятие о мониторинге и оценке	9
1.2. Уровни мониторинга и оценки	10
1.3. Характеристики системы мониторинга и оценки	12
1.4. Компоненты мониторинга и оценки	14
1.5. Принципы отбора показателей для мониторинга и оценки	15
1.6. Инструменты и методы измерения	16
Глава 2. МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОВЕДЕНИЯ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ	17
2.1. Планирование мониторинга и оценки	17
2.2. Качественные и количественные методики получения данных	20
2.3. Опросные методы сбора данных	22
2.3.1. Анкетный опрос	23
2.3.2. Интервью	24
2.3.3. Подготовка инструментария для проведения массовых опросов	25
2.4. Фокус-группы	32
2.5. Наблюдение	35
2.6. Методы определения выборки	36
2.7. Обеспечение доступа, партнерство в процессе сбора данных	41
2.8. Обработка и анализ данных	43
2.8.1. Анализ качественных данных	43
2.8.2. Анализ количественных данных	43
2.9. Статистические методы оценки численности генеральной совокупности	45
2.10. Контроль качества данных	46
2.11. Распространение и использование данных мониторинга и оценки	47
Глава 3. ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА ПО ВИЧ/СПИД (КРИС)	49
Глава 4. ДОЗОРНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ	51
4.1. Общие принципы эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией	51
4.2. Этапы проведения дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией	51
4.2.1. Дозорные группы	52
4.2.2. Дозорные участки	53
4.2.3. Методы сбора данных для дозорного эпидемиологического надзора	54
4.2.4. Размеры выборки	56
4.2.5. Схемы отбора проб	56
4.2.6. Сбор дополнительных данных	57
4.2.7. Сроки проведения исследований	57

4.2.8. Анализ и распространение данных	58
4.2.9. Этапы проведения ДЭН	60
4.3. Обзор методов сбора данных для дозорного эпиднадзора второго поколения	62
4.3.1. Биомедицинский надзор	63
4.3.2. Поведенческий надзор	64
4.3.3. Основные показатели, применяемые в эпидемиологическом надзоре за ВИЧ второго поколения.	66
4.4. Эпидемиологический надзор на различных стадиях развития эпидемии ВИЧ-инфекции.	67
4.4.1. Рекомендации по эпидемиологическому надзору на начальной стадии эпидемии	68
4.4.2. Рекомендации по эпидемиологическому надзору на концентрированной стадии эпидемии	69
4.4.3. Рекомендации по эпидемиологическому надзору на генерализованной стадии эпидемии	70
4.5. Использование данных эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией.	71
4.5.1. Методы оценки и прогнозирования эпидемической ситуации	72
4.5.2. Этапы проведения прогнозирования развития ситуации по ВИЧ/СПИД с использованием компьютерных программ	73
4.5.3. Моделирование эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь, выполненное с использованием компьютерных программ	78
Глава 5. ЭКСПРЕСС-ОЦЕНКА СИТУАЦИИ	83
5.1. Краткая характеристика экспресс-оценки	83
5.2. Принципы проведения экспресс-оценки	84
Глава 6. НАЦИОНАЛЬНАЯ СИСТЕМА МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ	86
6.1. Национальные показатели	86
6.2. Концепция и руководящие принципы мониторинга и оценки	89
6.3. Институциональная структура мониторинга и оценки.	90
6.4. Сбор и обобщение данных для мониторинга и оценки	90
6.5. Источники данных для мониторинга и оценки	91
6.6. Анализ данных, получаемых в ходе национального мониторинга и оценки.	93
Глава 7. ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТЬ, ПОВЕДЕНИЕ И ОХВАТ ПРОГРАММАМИ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ	95
7.1. Показатели мониторинга и оценки деятельности по профилактике ВИЧ-инфекции среди учащейся молодежи	95
7.1.1. Описание объекта исследования	95
7.1.2. Основные задачи	96
7.1.3. Показатели, характеризующие деятельность среди учащейся молодежи	96
7.1.4. Выборочная совокупность	102
7.1.5. Методика сбора данных	103
7.1.6. Инструментарий исследования.	103
7.1.7. Обработка данных и подсчет показателей	105
7.1.8. Анализ результатов исследования	106

7.2. Показатели мониторинга и оценки информированности и поведения молодых людей в возрасте 15–24 лет	106
7.2.1. Описание объекта исследования	106
7.2.2. Основные задачи мониторинга	106
7.2.3. Показатели национальной системы мониторинга и оценки	107
7.2.4. Выборочная совокупность	109
7.2.5. Методика сбора данных	110
7.2.6. Инструментарий исследования	110
7.2.7. Анализ результатов исследования	111
7.3. Показатели мониторинга и оценки уровня информированности и поведения военнослужащих	112
7.3.1. Описание объекта исследования	112
7.3.2. Основные задачи мониторинга информированности и поведения военнослужащих	112
7.3.3. Выборочная совокупность	116
7.3.4. Методика сбора данных	117
7.3.5. Инструментарий исследования	117
7.3.6. Анализ результатов исследования	119
7.4. Показатели мониторинга и оценки уровня информированности и поведения женщин репродуктивного возраста	119
7.4.1. Описание объекта исследования	119
7.4.2. Основные задачи мониторинга информированности и поведения женщин в репродуктивном возрасте	120
7.4.3. Показатели национальной системы мониторинга и оценки	120
7.4.4. Выборочная совокупность	122
7.4.5. Инструментарий исследования	122
7.4.6. Методика сбора данных	122
7.4.7. Анализ результатов исследования	123
7.5. Показатели мониторинга и оценки уровня информированности и поведения заключенных и персонала пенитенциарных учреждений	124
Показатели мониторинга информированности и поведения заключенных	124
7.5.1. Описание объекта исследования	124
7.5.2. Основные задачи мониторинга информированности и поведения заключенных	124
7.5.3. Основные и дополнительные показатели национальной системы мониторинга и оценки для группы заключенных	125
7.5.4. Выборочная совокупность	127
7.5.5. Методика сбора данных	128
7.5.6. Инструментарий исследования	128
7.5.7. Анализ результатов исследования	130
Показатели для мониторинга информированности и поведения сотрудников исправительных учреждений	130
7.5.8. Описание объекта исследования	130
7.5.9. Основные задачи мониторинга информированности и поведения сотрудников исправительных учреждений	130
7.5.10. Основные и дополнительные показатели национальной системы мониторинга и оценки для сотрудников исправительных учреждений	131
7.5.11. Выборочная совокупность	132
7.5.12. Методика сбора данных	133
7.5.13. Инструментарий исследования	133

7.5.14. Анализ результатов исследования	134
7.6. Показатели мониторинга и оценки уровня информированности и поведения потребителей инъекционных наркотиков (ПИН)	134
7.6.1. Описание объекта исследования	134
7.6.2. Основные задачи мониторинга информированности и поведения ПИН	135
7.6.3. Основные и дополнительные показатели национальной системы мониторинга и оценки	135
7.6.4. Выборочная совокупность	139
7.6.5. Методика сбора данных	139
7.6.6. Инструментарий исследования	139
7.6.7. Анализ результатов исследования	141
7.7. Показатели мониторинга и оценки уровня информированности и поведения женщин секс-бизнеса и мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами	141
7.7.1. Описание объекта исследования	141
7.7.2. Основные задачи мониторинга информированности и поведения женщин секс-бизнеса и мужчин, имеющих сексуальные контакты с мужчинами	142
7.7.3. Основные и дополнительные показатели национальной системы мониторинга и оценки	142
7.7.4. Выборочная совокупность	144
7.7.5. Методика сбора данных	144
7.7.6. Инструментарий исследования	145
7.7.7. Анализ результатов исследования	146
7.8. Показатели мониторинга и оценки доступности консультирования и психологической помощи для людей, живущих с ВИЧ/СПИД	146
7.8.1. Описание объекта исследования	146
7.8.2. Основные задачи мониторинга доступности консультирования и психологической помощи для людей, живущих с ВИЧ/СПИД	147
7.8.3. Основные и дополнительные показатели национальной системы мониторинга и оценки	147
7.8.4. Выборочная совокупность	148
7.8.5. Методика сбора данных	148
7.8.6. Инструментарий исследования	148
7.8.7. Анализ результатов исследования	149
7.9. Обработка данных и подсчет показателей	149
Глава 8. ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОБЛАСТИ ВИЧ/СПИД	150
Общие этические принципы исследований	152
Информированное согласие	155
Комитеты по этике	157
ПРИЛОЖЕНИЯ	160
<i>Приложение 1. Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД</i>	160
<i>Приложение 2. Сценарии фокус-групп</i>	163
Потребители инъекционных наркотиков (ПИН)	163
Мужчины, имеющие сексуальные отношения с мужчинами (МСМ)	165
Женщины, вовлеченные в секс-бизнес (ЖСБ)	167
ЛИТЕРАТУРА	171

Производственно-практическое издание

МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА В ОБЛАСТИ ВИЧ/СПИД

Методическое пособие

Главный редактор *Е.К. Кукушкин*

Редактор *Е.Л. Мельникова*

Корректор *М.А. Сипливая*

Художник *Д.Н. Матарыкин*

Технический редактор *В.В. Кузьмина*

Компьютерная верстка *Е.В. Чапской*

Подписано в печать 10.06.2006. Формат 60×90^{1/16}. Бумага офсетная. Гарнитура Arial Narrow. Печать офсетная. Усл. печ. л. 11,0. Уч.-изд. л. 11,6. Тираж 700 экз. Заказ

Издательство «Тесей» ООО. ЛИ № 02330/0056993 от 01.04.04. 220002, Минск, ул. В. Хоружей, 31а, комн. 511, тел. 284-88-63, 237-72-08, e-mail: tesey@belsonet.net.

Отпечатано с готовых диапозитивов заказчика на УП «Минская фабрика цветной печати». 220024, Минск, ул. Корженевского, 20.
