08

Концептуальная основа мониторинга и оценки программ профилактики ВИЧ-инфекции среди наиболее уязвимых групп населения

ЮНЭЙДС
ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ
УВКБ ООН ЮНОДК
ЮНИСЕФ МОТ
ВПП ЮНЕСКО
ПРООН ВОЗ
ЮНФПА ВСЕМИРНЫЙ БАНК

unicef

Всемирная организация здравоохранения

USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

CDC
CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION

fhi Family Health International

MEASURE Evaluation

UNAIDS/09.33R / JC1751R
(перевод на русский язык, апрель 2008 г.)

Оригинал: на английском языке, UNAIDS/08.23E / JC1519E, 1-е переиздание, исправленное, август 2009 г.:
A Framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programmes for Most-At-Risk Populations

© Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) 2009.

Все права охраняются. Публикации ЮНЭЙДС можно получить, обратившись в Информационный центр ЮНЭЙДС. За разрешением воспроизводить либо переводить публикации ЮНЭЙДС – с целью продажи или некоммерческого распространения – следует также обращаться в Информационный центр по указанному ниже адресу, либо по факсу +41 22 791 48 35, либо по электронной почте: publicationpermissions@unaids/org.

Употребляемые обозначения и изложение материала в настоящей публикации не означают выражения со стороны ЮНЭЙДС какого бы то ни было мнения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города, района, или их властей, или относительно делимитации их границ.

Упоминание конкретных компаний либо товаров определенных производителей не подразумевает, что ЮНЭЙДС поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или товарами подобного рода, которые здесь не упоминаются. За исключением возможных ошибок и пропусков, названия патентованных товаров пишутся с заглавной буквы.

ЮНЭЙДС не гарантирует полноту и достоверность информации, содержащейся в настоящей публикации, и не несет ответственности за ущерб, причиненный в результате ее использования.

Библиотека ВОЗ: каталогизация публикаций

Концептуальная основа мониторинга и оценки программ профилактики ВИЧ-инфекции среди наиболее уязвимых групп населения

“ЮНЭЙДС/09.33R / JC1751R”.

1.ВИЧ-инфекции – профилактика и контроль. 2.Синдром приобретенного иммунодефицита – профилактика и контроль. 3.Оценка программы. I.ЮНЭЙДС.

ISBN 978 92 9173 708 6 (NLM classification: WC 503.6)

UNAIDS – 20 avenue Appia – 1211 Geneva 27 – Switzerland
Telephone: (+41) 22 791 36 66 – Fax: (+41) 22 791 48 35
E-mail: distribution@unaids.org – Internet: http:/www.unaids.org

Концептуальная основа мониторинга и оценки программ профилактики ВИЧ-инфекции среди наиболее уязвимых групп населения

ЮНЭЙДС
ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ

УВКБ ООН
ЮНИСЕФ
ВПП
ПРООН
ЮНФПА
ЮНОДК
МОТ
ЮНЕСКО
ВОЗ
ВСЕМИРНЫЙ БАНК

Содержание

Предисловие 4

Выражение благодарности 5

Список сокращений 6

Глоссарий 7

Глава 1. Введение 9

Глава 2. Общие сведения 19

Глава 3. Определение масштаба и характера проблемы 27

Глава 4. Определение факторов, способствующих инфицированию ВИЧ 35

Глава 5. Мониторинг и оценка процесса – определение качества осуществления программы 43

Глава 6. Мониторинг востребованности и охвата программы 49

Глава 7. Оценка эффективности вмешательства – оценка результатов 57

Глава 8. Мониторинг результатов программы и индикаторов воздействия – роль исследований и эпидемиологического надзора 67

Глава 9. Определение общей эффективности – применение триангуляции и комплексного анализа 77

Приложение. Индикаторы ССГАООН 85

Предисловие

Концептуальная основа, описанная в настоящем документе, является результатом двухлетней работы многих заинтересованных сторон, национальных и международных организаций, занимающихся планированием, мониторингом и оценкой программ профилактики, ориентированных на отдельных лиц и группы населения, наиболее уязвимые для инфицирования ВИЧ. Настоящая работа адресована руководителям национальных и субнациональных программ и другим лицам, занимающимся: (1) планированием и осуществлением программ, (2) мониторингом и оценкой, и (3) использованием данных и информации для разработки политики и совершенствования программ.

Настоящий документ по своему назначению не является очередным руководством по мониторингу индикаторов. Однако для информации в Приложении приведены индикаторы Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН (ССГАООН) 2007 г. для наиболее уязвимых групп населения. Поскольку это относительно новая сфера деятельности, было признано необходимым в качестве первого шага сформулировать наши основные руководящие принципы, концепции и организационные схемы, которые позволили бы ускорить работу, укрепить концептуальную основу и упорядочить множество разрозненных методов, ссылок и материалов в этой области, объединив их в одном документе. Настоящая концептуальная основа пройдет апробацию в полевых условиях и получит дальнейшее практическое и операционное развитие. Поэтому настоящий документ также не имеет целью заменить собой практическое руководство. Такое руководство будет разработано впоследствии с учетом различных условий: региональных, установочных, контекстуальных, особенностей конкретных групп населения и других.

Настоящий документ распространяется для использования в качестве основы для последующей адаптации на местах и апробации в ближайшие несколько лет с точки зрения практичности и применимости. Опыт по использованию настоящего документа и связанные с ним выводы будут объединены и лягут в основу последующих руководящих документов. В связи с этим мы будем рады получить ваши отзывы и комментарии, их следует направлять в Департамент оценки ЮНЭЙДС.

Выражение благодарности

Настоящий документ представляет собой результат совместных усилий большого количества различных организаций и частных лиц, стремящихся улучшить положение людей, наиболее уязвимых для ВИЧ. В числе организаций, внесших свой вклад в данный документ, Агентство международного развития США (АМР США), ЦКЗ, ВОЗ, ЮНЭЙДС, ЮНИСЕФ, Всемирный банк и организация “Фэмили хелс интернэшнл” (Family Health International). Их деятельность координировал проект “Оценка мер” (MEASURE Evaluation).

Сама идея документа была предложена на ранней стадии Дэвидом Уилсоном и была воплощена в жизнь благодаря поддержке и энтузиазму Кэмерона Вулфа. В состав технической рабочей группы мониторинга и оценки (МиО) наиболее уязвимых групп населения, участвовавшей в разработке настоящей концептуальной основы, входили Рут Бессинджер, Пол ДеЛей, Хилари Хоманс, Мэри Мейхи, Грит Пирсман, Сирил Первилак, Димитри Прибыльски, Дебора Рагг, Патчара Румаком, Кит Сабин и Кэмерон Вулф.

В составление документа внесли значимый вклад Майк Мерриган, написавший главу о мониторинге процесса; Кит Сабин, участвовавший в создании глав об оценке масштаба, оценке способствующих факторов и мониторинге результатов и воздействия; Грит Пирсман, Дебора Рагг, Роджер Майрик и Сара Мелило – авторы главы об оценке эффективности вмешательства, и Димитри Прибыльски, написавший главу о триангуляции. Глава, посвященная общим сведениям, введение и разделы, где говорится об индикаторах, многим обязаны Хилари Хоманс и Мэри Мейхи, которые написали о подростках и молодежи из групп риска, Клифу Кортесу, давшему определение наиболее уязвимых групп населения, Мэтту Фридману и Патчары Румаком, предоставившим информацию о концепции минимального пакета услуг, Деборе Рагг, предложившей “лестницу” МиО, и Шэрон Уэйр, которая привела примеры Приоритетов деятельности по борьбе со СПИДом на местах (ПДБСМ). Руководство было подготовлено Рут Бессинджер.

Исходный проект настоящего документа обсуждался членами технической рабочей группы на встрече в Женеве в августе 2005 г. Отредактированный вариант широко распространялся с целью получения комментариев. Помимо членов технической рабочей группы, упомянутых выше, во встрече в Женеве участвовали или предоставили комментарии по последующим редакциям документа: Эдди Бек, Тим Браун, Карл Ден, Кэтрин Ханкинс, Лори Ибер-Жирарде, Хозе Изазола, Роб Лиэрла, Серинь Ндиай, Кевин О’Рейли, Джессика Роуз, Энди Сил, Джеки Тейт и Кейт Томсон. Редакция, близкая к окончательной, была распространена ЮНЭЙДС в качестве рабочего документа в июле 2006 г.

Впоследствии рабочий документ от июля 2006 г. был направлен полевым работникам и был усовершенствован благодаря комментариям из Восточной Европы, Латинской Америки и стран Карибского бассейна, Африки к югу от Сахары и Азии. В редактировании окончательного варианта участвовали: Абу Абдул-Куадер, Алиму Барри, Алексей Бобрик, Мишель Караэл, Мохаммед Дахома, Тереза Диас, Сергий Дворяк, Ксения Ерошина, Лорел Фейн, Питер Фигуэроа, Самуэль Григорян, Габриэла де ла Иглесиа, Элизабет Ллойд, Салил Панакадан, Кэролайн Райан, Зоя Шабарова и Иоахим Тейс.

Список сокращений

АМР США	Агентство международного развития США
АРТ	антиретровирусная терапия
АСУ	автоматизированная система управления
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВПР	выборка, построенная респондентами
ГФСТМ	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
ДКТ	добровольное консультирование и тестирование
ИППП	инфекция, передаваемая половым путем
КБПИ	комплексное биологическое и поведенческое исследование
КТ	консультирование и тестирование на ВИЧ
ЛЖВ	люди, живущие с ВИЧ
МиО	мониторинг и оценка
МСМ	мужчины, которые занимаются сексом с мужчинами
НПО	неправительственная организация
НУГН	наиболее уязвимые группы населения
ПДБСМ	Приоритеты деятельности по борьбе со СПИДом на местах
ПИН	потребитель инъекционных наркотиков
СНП	система надзора за поведением
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
СРЖ	секс-работник женского пола
СРМ	секс-работник мужского пола
ССГАООН	Специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу
ОИ	оппортунистические инфекции
ФХИ	организация “Фэмили хелс интернэшнл”
ЦКЗ	центры по контролю и профилактике заболевания в США
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу

JC1519_Framework for M&E 2_Ru.indd 6 12/08/2009 14:06:05

Глоссарий

“Оценка” – это тщательный, научно-обоснованный сбор информации о деятельности в рамках программы, ее рабочих характеристиках и результатах для определения эффективности или качества определенной программы. Оценочные исследования используются для усовершенствования программ и принятия информированных решений о распределении ресурсов в будущем.

“Оценка воздействия” изучает рост и снижение заболеваемости и распространенности ВИЧ как функцию программ борьбы со СПИДом. Этот эффект (воздействие) на целые группы населения редко бывает результатом действия какой-то одной программы или даже нескольких программ, поэтому оценка воздействия на группы населения, как правило, требует тщательного планирования, с тем чтобы учесть комплексный эффект от целого ряда программ, ориентированных на группы риска.

“Вмешательство” – это совокупность определенных действий, которые осуществляются в рамках проекта или силами **поставщиков услуг** и могут быть направлены на различные уровни: отдельных лиц, маленьких или больших групп, сообщества или всего общества.

“Мониторинг” – это регулярное отслеживание ключевых элементов программы или проекта и предполагаемых результатов. Как правило, он включает в себя данные регистраций и исследований – как на уровне населения, так и на уровне клиента

“Оценка результатов” – это разновидность оценки, которая определяет, способствует ли деятельность программы или предоставляемые услуги достижению намеченных результатов, и если да, то в какой мере. Если мониторинг результатов полезен и необходим для того чтобы определить, достигнут ли результат, то оценка результатов позволяет отнести наблюдаемые изменения к проведенному вмешательству, определить степень достижения намеченных результатов и установить, что могло бы произойти при отсутствии данной программы. Этот вид оценки проводится в соответствии со строгой методикой и должен иметь в своей структуре сравнительный элемент, такой как контрольная или сравнительная группа.

“Мониторинг результатов” – это базовый контроль переменных, принятых как критерии измерения или показатели успеха в достижении желаемых результатов программы. С его помощью можно также следить за информацией, непосредственно связанной с клиентами программы, такой как изменение уровня знаний, отношения, убеждений, навыков, поведения, доступа к услугам, политики и окружающих условий.

“Прямые результаты” – это результаты деятельности в рамках программы; непосредственные продукты или конечные результаты программных мероприятий, такие как количество проведенных консультаций, число охваченных людей и количество распространенных материалов.

“Аутрич-работа” включают в себя донесение медицинской информации и услуг до сообществ, где живут наиболее уязвимые группы населения, или до мест, где они собираются (таких как места торговли наркотиками или места, где можно найти сексуального партнера). Услуги в области здравоохранения, информация и товары аутрич могут предоставляться медико-санитарными работниками в разных местах, например, у входа в магазины, на перекрестках улиц и из передвижных автобусов.

IC1519_Framework for M&E 2_Ru.indd 7 12/08/2009 14:06:05

“Обучение по принципу “равный-равному” – это метод, при котором специально подготовленные люди проводят образовательные мероприятия среди себе подобных для выработки знаний,отношения и навыков, которые позволили бы им ответственно относиться к своему здоровью, защищать его и предотвратить заражение ВИЧ.

“Инструкторы-аутрич по обучению по принципу “равный-равному” являются членами или бывшими членами той же группы риска, и они могут распространять презервативы, стерильные иглы, а также информацию по охране здоровья и рекомендовать, где можно получить медицинское обслуживание. Иногда работник-аутрич по обучению по принципу “равный-равному” сопровождает клиента в медицинское учреждение и оказывает последующую поддержку.

“Оценка процесса” – это разновидность оценки, направленной на оценку процесса внедрения программы. При этом используются главным образом качественные методы для описания деятельности в рамках программы и полученных представлений, в особенности на стадиях разработки и начальных стадиях реализации программы. Она также может включать в себя некоторые количественные методы, такие как исследование удовлетворенности клиентов и представлений об их потребностях и необходимых услугах. Кроме того, такая оценка может способствовать пониманию культурного, социально-политического, юридического и экономического контекста, способного оказывать влияние на программу.

“Мониторинг процесса” – это регулярный сбор информации по всем аспектам проекта или программы с целью установить, насколько успешно ведется деятельность по проекту. Такой мониторинг обеспечивает сведения для составления планов на будущее и позволяет донести информацию о ходе реализации проекта до доноров, реализаторов и бенефициаров проекта.

“Программа” в области борьбы со СПИДом в целом означает генеральное системное реагирование на эпидемию на национальном или субнациональном уровне и может включать в себя целый ряд проектов и вмешательств.

“Надзор” – это постоянный, систематический сбор, анализ, интерпретация и распространение данных о событии, относящемся к сфере здравоохранения, для использования в рамках оздоровительных мероприятий по снижению заболеваемости и смертности и улучшения санитарно-эпидемиологического состояния.

“Целевые средства массовой информации” относится к распространению информации о СПИДе с помощью средств массовой информации (фильмы, теле- и радиопередачи, печатные, материалы, рекламные щиты и интернет-сайты), ориентированных на определенные группы населения.

“Триангуляция” означает анализ и использование данных, полученных из нескольких источников различными методами. Результаты могут дополнять друг друга, и недостатки (или погрешность) какого-либо одного метода или источника данных может компенсироваться достоинствами другого, так что достоверность и надежность результатов повышается.

“Уязвимость” означает факторы, которые повышают вероятность заражения ВИЧ у лиц с рискованным поведением. Человека, уязвимого для ВИЧ, можно определить как человека, открытого для ВИЧ-инфицирования или неспособного защитить себя от значительного вреда или эксплуатации, связанных с ВИЧ-инфекцией.

Введение

Кому адресован настоящий документ?

Настоящая публикация предназначена для правительств, международных организаций, неправительственных организаций (НПО) и других членов гражданского общества в качестве руководства по мониторингу и оценке (МиО) программ профилактики ВИЧ среди наиболее уязвимых групп населения. Публикация адресована в первую очередь руководителям таких программ и другим лицам, участвующим в планировании и осуществлении МиО программ и проектов для наиболее уязвимых категорий населения как на национальном, так и на субнациональном уровне.

Настоящая концептуальная основа включает в себя методы и инструменты, которые можно использовать на национальном и – возможно, даже более эффективно – на субнациональном уровне. В отличие от вмешательств, ориентированных на население в целом, вмешательства в отношении наиболее уязвимых групп населения часто осуществляются на субнациональном уровне, поскольку такие группы не распределяются единообразно по стране. Они бывают сосредоточены в крупных городах, приграничных областях и городах с большим количеством мигрантов или туристов. Поскольку вмешательства в отношении наиболее уязвимых групп населения часто планируются и осуществляются на местах, усилия по МиО также должны выполняться не только на национальном, но и на местном уровне.

Сложность изложенных здесь методов и способов мониторинга и оценки различна. В то время как некоторые находятся в пределах компетенции людей или учреждений, осуществляющих полевую работу, другие требуют значительных аналитических навыков, а также наличия дополнительного лица или органа, которые осуществляли бы надзор за сбором и анализом данных и обеспечивали бы надлежащее распространение и использование результатов.

Обоснование настоящего документа

- Существующие руководства по МиО, в особенности в отношении программ профилактики, были разработанны с учетом генерализованных эпидемий, в них очень мало внимания уделяется уникальным потребностям регионов, где эпидемия связанна с концентрацией ВИЧ среди наиболее уязвимых групп населения.
- Методы и подходы были разработаны и используются для МиО наиболее уязвимых групп населения. Большая часть такой работы задокументирована в той или иной форме. Однако, есть необходимость в объединении всех этих документов, для того чтобы создать исчерпывающий обзор, рассматривающий МиО в отношении наиболее уязвимых групп населения.
- Поскольку сбор данных по МиО наиболее уязвимых групп населения по большей части осуществляется произвольно для каждого отдельного случая, этот документ подчеркивает важность МиО на субнациональном и проектном уровне в рамках единой национальной системы МиО.

Содержание документа

Задача настоящей концептуальной основы – дать общий обзор методов и подходов МиО для наиболее уязвимых групп населения. В документе также рассказывается об использовании стратегической информации для планирования, мониторинга и оценки программ. В задачи концептуальной основы не входят конкретные рекомендации по программам, направленным на наиболее уязвимые группы населения. Она ориентирована на МиО целевых программ по профилактике ВИЧ и, соответственно, не охватывает МиО антиретровирусной терапии и других видов лечения. За дополнительными рекомендациями в указанных областях читатели могут обратиться к интернет-сайту ВОЗ http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/en.

В настоящем руководстве использован материал из имеющихся источников и представлено современное видение МиО наиболее уязвимых групп населения. Документ не содержит подробной технической информации, а отсылает читателя к соответствующим дополнительным руководствам, справочникам, учебным материалам и другим источникам технических сведений.

Применение руководства к генерализованным эпидемиям

Вмешательства в отношении наиболее уязвимых групп населения могут быть столь же актуальны при генерализованных эпидемиях, как и при эпидемиях низкого уровня и концентрированных. Без эффективных вмешательств в сети секс-работников и потребителей инъекционных наркотиков высокая заболеваемость ВИЧ может способствовать передаче и инфекции вне зависимости от стадии эпидемии. При эпидемиях низкого уровня и концентрированных эпидемиях важно правильно определять приоритетность расходования имеющихся ресурсов, направляя их на лиц, в наибольшей мере инфицированных и затронутых заболеванием. При генерализованных эпидемиях явно необходимо более широкое реагирование, однако оно обязательно должно включать в себя эффективные усилия по снижению скорости передачи инфекции среди других уязвимых групп населения. Кроме того, вмешательства также должны быть ориентированы на лиц, наиболее уязвимых для ВИЧ, по гуманитарным причинам. Таким образом, в большей своей части настоящее руководство можно применять во всех странах, где программы профилактики ВИЧ направлены на наиболее уязвимые группы населения, вне зависимости от стадии эпидемии в таких странах.

Принципы участия

Во многих странах гражданское общество принимает на себя прямую ответственность за предоставление услуг по профилактике ВИЧ наиболее уязвимым группам населения и, в некоторых случаях, даже выступило пионером в этой области. Термин “гражданское общество” включает в себя НПО и неформальные группы на международном, национальном и местном уровнях, такие как объединения, представляющие людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), людей с высокой вероятностью контакта с ВИЧ и женщин, а также религиозные организации. В это понятие входят также маргинализованные личности, независимо от того, входят они в какие-то объединения или нет: мужчины, которые занимаются сексом с мужчинами (МСМ), мигранты, секс-работники, потребители инъекционных наркотиков (ПИН) и заключенные. Организации гражданского общества часто представляют людей из маргинализованных групп, в том числе наиболее уязвимых и открытых для инфицирования, которые зачастую отторгаются обществом. Таким образом, гражданское общество должно участвовать в МиО, устанавливая, в какое мере оказываемые услуги удовлетворяют реальные потребности людей с вероятностью контакта с ВИЧ, а также ЛЖВ. Участие гражданского общества в планировании и практическом применении единообразной системы МиО также поддерживается в рамках концепции “трех принципов”.

Этические соображения

Надлежащая защита участников необходима при осуществлении любой деятельности по мониторингу, оценке, надзору и проведению исследований, но при вовлечении наиболее уязвимых групп населения могут потребоваться особые гарантии этой защиты. Такие группы могут быть априори социально уязвимы или маргинализованы в силу своего поведения, и мероприятия по сбору информации, идентифицирующие такие группы людей или привлекающие к ним внимание, могут навлечь на них дополнительный риск. Всех людей необходимо уважать и относиться к ним как к самостоятельным личностям, которые могут и должны свободно принимать решения относительно своего участия в деятельности по МиО. Лица, руководящие такой деятельностью, должны обеспечить максимальную пользу от нее и свести к минимуму возможный вред.

Кроме того, те, кто занимается планированием и осуществлением МиО, несут этические и юридические обязательства по защите конфиденциальности информации опрашиваемых участников. Они должны четко объяснять участникам, как будут использоваться персональные данные и как будет обеспечиваться их секретность. В данном контексте под защитой конфиденциальности информации понимается контроль за информацией о человеке, осуществляемый им самим; право контролировать информацию о себе является одним из аспектов независимости. В числе общераспространенных процедур, обеспечивающих соблюдение таких принципов, можно назвать информированное согласие, защиту персональных данных и эспертизу протокола исследования с вовлечением испытуемых учреждением, имеющим соответствующие полномочия на подобную экпертизу.

Элементы информированного согласия:

- объяснение цели проекта или исследования и описание процедур;
- описание предвидимых рисков или неудобств для субъектов;
- описание компенсации, которая будет предоставлена;
- указание, к кому следует обращаться с вопросами;
- описание льгот для участников;
- заявление о конфиденциальности документов;
- пояснение, что участие является добровольным и что его можно в любой момент прекратить.

Необходимо осуществлять мероприятия, обеспечивающие конфиденциальность и защиту персональных данных. Такие мероприятия включают в себя проведение интервью в уединенных местах, обозначение опрашиваемых с помощью идентификационных номеров, а не имен и фамилий, и хранение персональных данных и сведений, идентифицирующих опрашиваемого, в безопасном месте.

Некоторые виды деятельности по МиО могут не требовать экспертизы протокола исследования субъектов, если они не классифицируются как “исследование”, но, тем не менее, они могут требовать официального контроля. Сбор данных, который можно классифицировать как исследование, требует надлежащего и постоянного контроля со стороны квалифицированных лиц и учреждений с тем, чтобы протокол исследования и процедуры защищали права субъектов. Следует отметить, что некоторые группы населения, такие как молодежь и заключенные, требуют особой защиты и дополнительных мер предосторожности сверх тех, которые предоставляются остальному населению.

Выбор надлежащих индикаторов

При выборе индикаторов необходимо учитывать ориентацию программы и особенности распределения ресурсов, которые, в свою очередь, должны быть направлены на наиболее уязвимые группы населения в определенной стране или в определенном окружении. Для выявления приоритетных областей программы может потребоваться оценка распределения ресурсов на национальном уровне с точки зрения количества новых случаев инфицирования среди наиболее уязвимых групп населения. На результаты такой оценки можно будет опираться при выборе индикаторов.

В настоящем документе приведены следующие индикаторы ССГАООН 2007 г.: охват программы, уровень информированности и поведение, а также распространенность ВИЧ среди наиболее уязвимых групп населения (обновление этого списка см. на сайте www.unaids.org). Этот список следует рассматривать как отправную точку для выбора индикаторов, и в большей части программ, ориентированных на наиболее уязвимое население, также используются дополнительные индикаторы. Страны с концентрированными эпидемиями и эпидемиями низкого уровня также могут ввести такие индикаторы, как сфера охвата услуг и модели поведения, связанные с риском заражения ВИЧ, в отношении других приоритетных групп населения и населения в целом, в особенности если эпидемия набирает силу за пределами указанных групп риска. Дополнительную информацию об индикаторах, которые можно использовать для населения в целом и для молодежи, можно найти в руководящих документах, приведенных на сайте ЮНЭЙДС (http://www.unaids.org) и указанных в конце настоящей главы.

Кроме того, все страны, вне зависимости от статуса своей эпидемии, должны отслеживать такие индикаторы, как национальная приверженность борьбе с ВИЧ, расходы, связанные с ВИЧ, и национальная политика. Информацию об этих индикаторах можно найти в руководстве ССГАООН. Поскольку в центре внимания настоящего руководства – программы профилактики ВИЧ, в нем не рассматриваются индикаторы для программ ухода, поддержки и лечения наиболее уязвимых групп населения. Те, кого интересует развитие систем МиО для указанных областей, могут обратиться к специализированным руководствам для программ ухода, поддержки и лечения, а также антиретровирусных программ, на которые дается ссылка в конце настоящей главы.

В соответствии с “тремя принципами” страны прилагают усилия по выработке единой национальной системы МиО. Применение этого принципа к выбору индикаторов означает, что, по возможности, следует выбирать индикаторы из существующих перечней государственных и донорских организаций соответствующего профиля. Другие значимые факторы включают в себя обеспечение постоянства индикаторов на протяжении времени, ограничение сбора данных информацией, значимой для программы, и облегчение бремени сбора данных для полевого персонала.

Схема выбора индикаторов

Чаще всего для выбора индикаторов используется схема “вклад – действия – прямой результат – результат – воздействие”, показанная на Рис. 1. Это позволяет организовать данные, необходимые для наблюдения за ходом осуществления программы, и обеспечивает логический порядок сбора и анализа информации. Вначале изучается вклад (например, ресурсы), который необходим для внедрения предусмотренных видов деятельности, сами действия (например, консультирование и тестирование), а вслед за этим – полученные прямые результаты (непосредственный эффект, такой как количество людей, прошедших консультирование и тестирование). Прямые результаты программной деятельности могут переходить в результаты (промежуточный эффект, такой как изменение рискованного поведения), которые, в свою

очередь, могут обеспечивать воздействие (долгосрочный эффект, такой как снижение заболеваемости ВИЧ). На Рис. 1 показана эта модель с некоторыми примерными видами данных, которые могут быть получены на каждом этапе. Для того чтобы в полной мере определить ценность или достоинство программы, данные мониторинга должны быть дополнены оценочными исследованиями, как будет более подробно изложено ниже.

Рис. 1. Глобальная схема мониторинга и оценки программ по СПИДу и примерные виды данных

В дополнение к мониторингу этих иллюстративных категорий данных, обратитесь также к оценке процесса и результатов.

Источник: **Rugg et al. (2004). Global advances in HIV/AIDS monitoring and evaluation. New Directions for Evaluation. Hoboken, NJ, Wiley Periodicals, Inc.**

Организационная схема

Изучение любой проблемы начинается с того, что мы задаем вопросы, стимулирующие и организующие надлежащее ответное действие. Это могут быть, например, такие вопросы: Что это за проблема? Какие факторы способствуют ее возникновению? Как можно эту проблему решить? После того, как надлежащее программное ответное действие осуществлено, можно задать вопрос, работает ли программа? По истечении достаточного срока можно спросить: охватывает ли программа достаточное количество людей, чтобы способствовать решению (или снятию тяжести) проблемы. Такие базовые вопросы – это простой и практичный способ организации ресурсов, необходимых для создания системы МиО. На Рис. 2 в схематическом виде приведены основные сведения, необходимые для принятия решений в отношении программ, их разработки и совершенствования (Rugg et al., 2004). В настоящем документе эта схема используется для установления сведений, необходимых для планирования, мониторинга и оценки программ профилактики ВИЧ для наиболее уязвимых групп населения. Схема является полезным инструментом для организации коллективной, координированной и гармонизированной ответной реакции на сведения, собранные с помощью национальных или субнациональных программ и всех их партнеров и доноров. На схеме представлено поэтапное планирование сбора данных в течение определенного времени, это своего рода оперативный план, в котором ответы на вопросы на одном этапе служат основой для новых вопросов и запрашиваемых сведений на следующем этапе. Схема также дает возможность каждому определить его роль и степень участия в системе МиО.

На схеме выделено восемь этапов:

1. Идентификация проблемы

Первый этап схемы – это идентификация проблемы. В случае ВИЧ нам, как правило, нужно идентифицировать характер, масштаб и течение общей эпидемии и связанных с нею субэпидемий. Соответствующая информация обычно поступает из систем надзора, специализированных и эпидемиологических исследований. Этот первый этап может также включать в себя вопросы о характере и масштабе программного ответного действия на данный момент. Основные виды деятельности по сбору информации – это ситуациионный анализ, анализ пробелов и анализ ответного действия – типичные мероприятия по сбору информации, в рамках которых осуществляется ее сбор для определения статуса программы, например, из соответствующих документов, интервью с информантами и полевых наблюдений. Методы надзора, используемые на первом этапе, также применяются и на последнем, когда мы определяем общее воздействие и коллективную эффективность комплексных усилий в рамках программы, тем самым замыкая круг итеративного процесса планирования, осуществления и оценки программы.

2. Определение факторов, способствующих риску заражения

На втором этапе мы определяем факторы, способствующие заражению и определяющие факторы риска инфекции. Такие сведения можно получить из экспресс-оценок, исследований по выяснению уровня информированности, отношения к проблеме и практикуемого поведения, исследований эпидемиологических факторов риска и определяющих факторов. Результаты данного этапа позволяют спланировать надлежащие вмешательства.

3. Определение того, какие вмешательства могут сработать в идеальных обстоятельствах

На третьем этапе выясняется, какие вмешательства могут сработать в идеальных обстоятельствах. Для этого изучаются имеющиеся свидетельства протоколов исследований (экспериментальные исследования на эффективность) или оценки вмешательств, проведенных в определенных полевых условиях (исследования по эффективности вмешательств). Если достаточных свидетельств эффективности не существует, может возникнуть необходимость проведения оценочных исследований в поддержку принятия решений, основанных на доказательной основе. Это важный этап, хотя зачастую он не получает достаточного финансирования, или в спешке, вызванной желанием скорее “приступить к делу”, отводится недостаточно времени на получение и анализ результатов.

4. Определение, какие вмешательства и ресурсы необходимы

Четвертый этап необходимо соотносить с результатами третьего этапа, на нем определяется, какие нужны вмешательства и ресурсы. Этот вопрос обычно решается посредством анализа потребностей, ресурсов и ответного действия, включая оценку действующих программ и их предполагаемой сферы охвата. Использование информации для стратегического планирования программ и управления ими – это область, которую необходимо постоянно укреплять, и несколько доноров обязались выделить на это дополнительные ресурсы.

5. Оценка качества вмешательств

Задача пятого этапа – оценка качества вмешательств с помощью вопросов относительно их внедрения. На этом этапе обычно проводятся мониторинг и оценка процесса внедрения, а также другие виды оценки качества, в особенности по мере того как начинают действовать новые программы.

6. Изучение масштаба прямых результатов программы

Аналогичным образом, цель шестого этапа – изучение масштаба прямых результатов программы, путем ответа на вопрос “Сколько?” и на вопросы о том, действительно ли программа осуществляется так, как планировалось, и достигает ли она целевой аудитории. Обычно такая информация в рабочем порядке собирается в системе учета для данного проекта.

7. Изучение результатов программы

На седьмом этапе изучаются результаты программы и даются ответы на вопросы об эффективности вмешательств. Обычно используются такие методы оценки, как исследования результатов вмешательства с использованием контрольных или сравнительных групп, операционные исследования, исследования услуг в области здравоохранения, формативные и другие специализированные исследования.

8. Определение общей эффективности программы

На заключительном этапе в центре внимания определение общего эффекта программы и общей эффективности. С учетом ответов на вопросы предыдущих этапов информация, полученная в результате обследований населения и других видов надзора, повторно используется для ответа на вопросы этого заключительного этапа. Кроме того, систематический сбор количественных данных по программе облегчает интерпретацию результатов и воздействия программы и помогает нам понять, что работает, а что нет. Такая информация также позволяет выявить неожиданные результаты и представления сообщества, которые влияют на результаты программы и которые нельзя было бы установить с помощью одних только динамических данных.

Структура документа

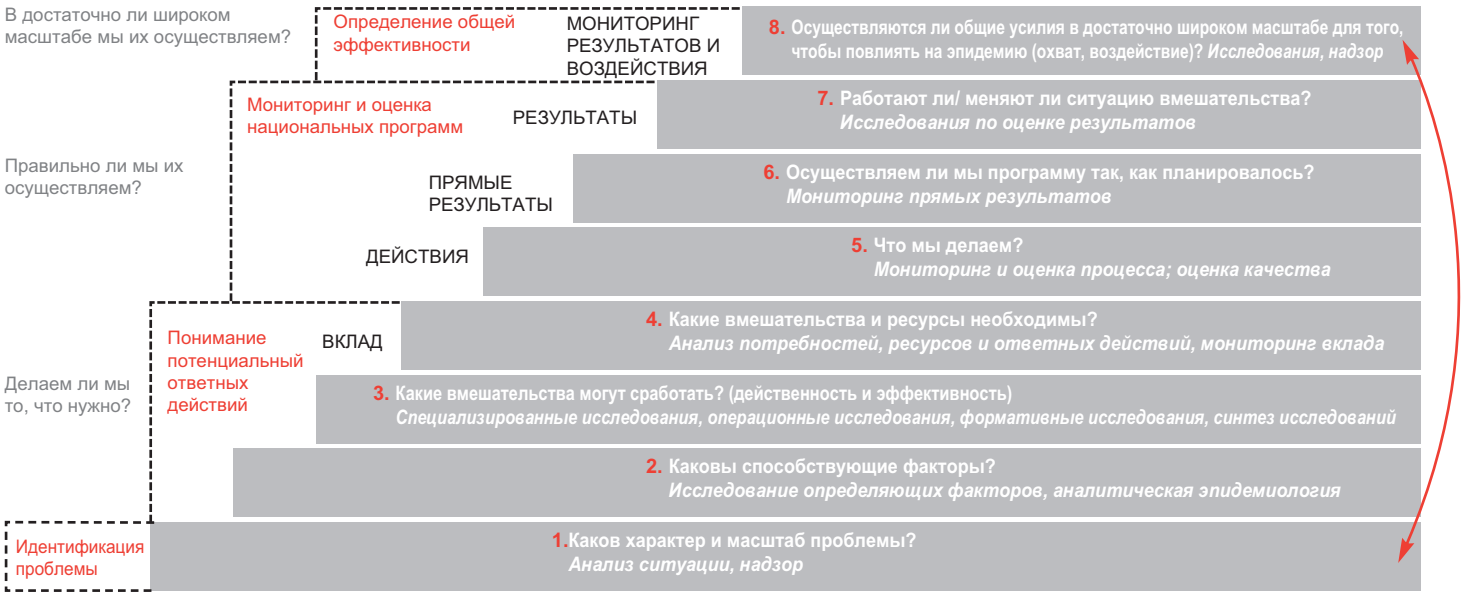
Главы в настоящем руководстве представляют методы и способы, используемые для ответов на многие вопросы, поставленные в настоящем документе. Поскольку он посвящен главным образом методам и способам МиО, а не планированию комплексного ответного действия, акцент сделан на тех этапах, которые наиболее соответствуют этой теме. Таким образом, не все этапы этой концептуальной основы описаны здесь одинаково подробно.

После введения и изложения общих сведений:

- в главе 3 рассказывается о способах оценки размеров групп населения – важном компоненте анализа ситуации и идентификации проблемы (первый этап схемы);
- глава 4 посвящена оценке способствующих факторов;
- в главе 5 говорится о МиО процесса;
- в главе 6 рассматриваются способы отслеживания сферы применения и охвата программы;
- в главе 7 изучается оценка эффективности вмешательства с помощью исследований по оценке результатов;
- в главе 8 идет речь о мониторинге результатов и индикаторах воздействия, а также о роли надзора;
- в главе 9 говорится об оценке общей эффективности с помощью методов триангуляции.

Кроме того, способы и примеры, рассматриваемые в последних двух главах, также актуальны для первого этапа схемы, то есть для идентификации проблемы, поскольку схема отражает постоянный цикл использования информации о характере и масштабе эпидемии и ответных действиях.

Рис. 2. Использование вопросов по здравоохранению для гармонизации мониторинга и оценки ВИЧ



Источник: Rugg et al. (2004). Global advances in HIV/AIDS monitoring and evaluation. New Directions for Evaluation. Hoboken, NJ, Wiley Periodicals, Inc.

Руководящий принцип: важность стратегического и поэтапного подхода

Важным руководящим принципом внедрения комплексной системы МиО является необходимость стратегического и поэтапного подхода, с учетом двух практических моментов:

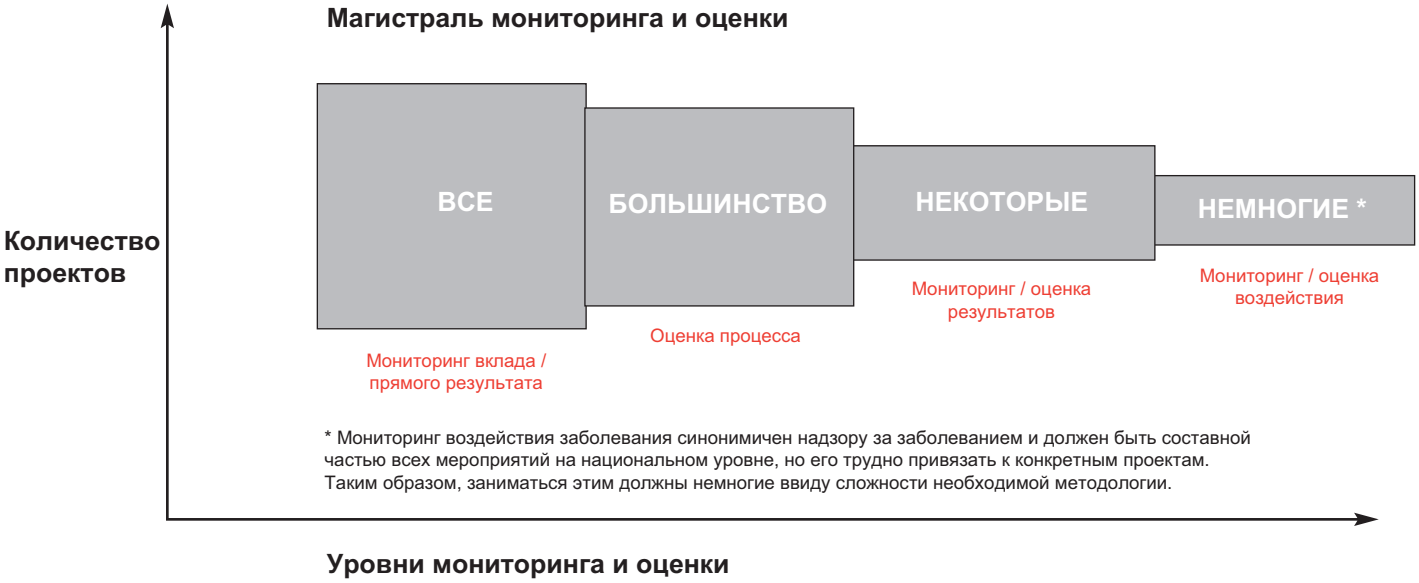
- должна быть необходимая инфраструктура и потенциал для внедрения различных компонентов комплексной системы – не все может быть сделано сразу; и
- не по каждой программе необходимо осуществлять все аспекты МиО.

На Рис. 3 приведена часто используемая диаграмма, так называемая “магистраль мониторинга и оценки”, иллюстрирующая последнее положение (Rugg et al., 2004). Такая магистраль МиО основана на простой схеме “вклад – действия – прямые результаты – результаты – воздействие”, приведенной выше. Из диаграммы следует, что по всем программам необходимо проводить базовый мониторинг вклада и прямого результата для обеспечения надлежащего управления программой, отслеживая, например:

- количество обследованных людей;
- количество обслуженных клиентов;
- количество обученных людей; или
- количество распространенных презервативов.

В большинстве программ также должны проводиться некие базовые оценки процесса. Этот компонент часто включает в себя анализ осуществления программы, оценку качества, изучение базовых операций, исследования прецедентов и анализ зартрат. Следует тщательно взвесить целесообразность проведения мониторинга результатов и оценки результатов с учетом связанных с ними дополнительных затрат времени, усилий и ресурсов. Вообще говоря, имеет смысл проводить мониторинг результатов, когда программа устойчиво функционирует уже некоторое время, а оценку результатов – после введения нового вмешательства или в случае, если эффективность вмешательства неизвестна или сомнительна. И, наконец, оценка воздействия требуется только в некоторых случаях, когда ставится задача соотнести долгосрочные эффекты (воздействие) с определенной программой. Однако мониторинг несвязанных отдаленных воздействий (мониторинг воздействий) можно осуществлять с помощью систем надзора и повторных биологических и поведенческих исследований определенных групп населения. Все программы должны быть осведомлены о наличии национальных и субнациональных данных, а также о том, какое значение такие данные имеют для их программы. Как правило, такие данные служат основой для сравнения прямых результатов национальных и местных программ и для мониторинга результатов. Иначе говоря, при определении общего успеха или общей эффективности всех программ, составляющих комплекс мер по противодействию СПИДу на национальном уровне, необходимо интерпретировать долгосрочные эффекты в контексте итогов оценки процесса и результатов, а также данных текущих исследований и мониторинга прямых результатов. Основной стратегический вывод прост: не всем нужно делать все.

Рис. 3. Стратегическое планирование мониторинга и оценки: постановка реалистичных целей



Источник: Rugg et al. (2004). Global advances in HIV/AIDS monitoring and evaluation. New Directions for Evaluation. Hoboken, NJ, Wiley Periodicals, Inc.

Библиография и литература для дополнительного изучения

Rugg D, Carael M, Boerma J and Novak J (2004). Global advances in monitoring and evaluation of HIV/AIDS: From AIDS case reporting to programme improvement. In: Rugg D, Peersman G and Carael M (Eds.). Global advances in HIV/AIDS monitoring and evaluation. New Directions for Evaluation 103, pp. 33-48.

UNAIDS (2000). National AIDS Programmes: A guide to indicators for monitoring and evaluation. UNAIDS, Geneva.

UNAIDS (2004). Coordination of national responses to HIV/AIDS. Guiding principles for national authorities and their partners. UNAIDS, Geneva.

UNAIDS (2007). Monitoring the declaration of commitment on HIV/AIDS. Guidelines on construction of core indicators. UNAIDS, Geneva.

WHO (2004) Guide to monitoring and evaluating national HIV/AIDS prevention programmes for young people. WHO, Geneva.

Общие сведения

Что такое эпидемия с низким уровнем распространенности ВИЧ-инфекции и концентрированная эпидемия?

ВОЗ и ЮНЭЙДС выделяют три категории эпидемии ВИЧ, а именно эпидемию с низким уровнем распространенности ВИЧ-инфекции, концентрированную эпидемию и генерализованную эпидемию.[1]

При **эпидемии с низким уровнем** распространенности ВИЧ-инфекция еще не достигла значительного уровня в каких-либо подгруппах населения, хотя, возможно, она существует уже много лет. Инфекция по большей части ограничивается кругом лиц, практикующих более рискованное поведение, зачастую в таких группах как секс-работники, потребители инъекционных наркотиков и мужчины, которые занимаются сексом с мужчинами. Такой уровень эпидемии означает, что риск относительно невелик, что частая смена партнеров и использование нестерильных приспособлений для инъекций наркотиков не получили широкого распространения или что вирус был занесен относительно недавно. В численном выражении распространенность ВИЧ последовательно не превышает 5% ни в одной из выделенных подгрупп.

При **концентрированной эпидемии** ВИЧ-инфекция значительно распространена в одной или нескольких подгруппах, но еще не охватила население в целом. Этот уровнь эпидемии предполагает наличие сети факторов риска в таких подгруппах. Будущее течение эпидемии определяется частотой и характером связей между подгруппами с высоким уровнем инфицирования и населением в целом. В численном выражении распространенность ВИЧ последовательно превышает 5% как минимум в одной из выделенных подгрупп. Среди беременных женщин в городах распространенность ВИЧ остается ниже 1%.

При **генерализованной эпидемии** ВИЧ-инфекция охватывает население в целом. Хотя подгруппы высокого риска могут по-прежнему вносить несоразмерно больший вклад в распространение ВИЧ, сеть сексуальных контактов населения в целом достаточно широка, чтобы поддерживать эпидемию независимо от подгрупп риска. В численном выражении распространенность ВИЧ последовательно превышает 1% среди беременных женщин.

Какие группы населения наиболее подвержены риску?

В настоящем документе приведена концептуальная основа МиО для видов ситуаций, в которых сосредоточены рискованные модели поведения, способствующие передаче ВИЧ, что может стать причиной большого количества новых случаев заболевания. Модели поведения, увеличивающие риск инфицирования ВИЧ, включают в себя частые незащищенные половые контакты, незащищенный анальный секс при одновременном наличии нескольких партнеров и потребление наркотиков инъекционным путем с использованием нестерильного оборудования и препаратов. Таким образом, такие модели поведения сосредоточены в следующих группах:

- секс-работники женского пола (СРЖ);
- клиенты СРЖ;
- потребители инъекционных наркотиков (ПИН); и
- мужчины, которые занимаются сексом с мужчинами (МСМ).

[1] Адаптировано по: WHO and UNAIDS (2000). Guidelines for Second Generation Survey. Geneva, WHO and UNAIDS (2000).

Такие модели поведения служат основанием для приоритетных вмешательств в отношении групп населения с высоким риском инфицирования и передачи ВИЧ, а также для идентификации групп, на которых в первую очередь должны быть направлены мероприятия по мониторингу и оценке национальных и субнациональных программ. В странах с эпидемиями с низким уровнем распространенности ВИЧ и концентрированными эпидемиями основное внимание должно уделяться группам повышенного риска, однако документально подтверждается, что есть страны с генерализованной эпидемией, где также существует потребность в профилактических вмешательствах и мероприятиях по МиО в отношении лиц, практикующих такое рискованное поведение.

На Рис. 4 показаны наиболее уязвимые группы населения при эпидемии с низким уровнем распространнености ВИЧ и концентрированной эпидемии, которые часто становятся объектом вмешательств. Однако эти категории не являются дискретными, поскольку существуют потребители инъекционных наркотиков (ПИН), которые занимаются сексом за плату и практикуют рискованный секс, а также СРЖ и МСМ, потребляющие инъекционные наркотики.

Выбор целевой группы для вмешательств и, соответственно, для МиО, в конечном итоге должен основываться на приоритетах, включающих в себя оценку уровня распространенности ВИЧ и размер группы, факторы поведенческого риска и потенциальные ответные действия.

Рис. 4. Приоритетные группы населения для вмешательств по профилактике ВИЧ при эпидемии низкого уровня и концентрированной эпидемии

Секс-работники женского пола

Незащищенные половые контакты с многочисленными половыми партнерами повышают риск контакта с источником заражения и инфицирования ВИЧ. Секс-работники женского пола (СРЖ), которых экономические соображения побуждают увеличивать количество сексуальных партнеров, являются критической группой населения, которой в первую очередь должны быть адресованы программы профилактики ВИЧ. Кроме того, связь СРЖ с большим количеством мужчин, представляющих население в целом, служит мостиком, по которому вирус передается другим лицам, не входящим в группы риска, и еще раз подтверждает важность профилактики ВИЧ среди СРЖ. СРЖ могут быть признаны официально, работать в пределах заведения или на улице, или же они могут действовать неофициально и не считать себя секс-работницами – либо с трудом идентифицироваться в этом качестве. В эту категорию также могут входить те, кто занимается сексом в обмен на нематериальные выгоды, подарки, плату за обучение и еду.

Клиенты секс-работников женского пола

Если программа предусматривает профилактические вмешательства, ориентированные на СРЖ, их клиенты мужского пола также в обязательном порядке должны быть охвачены такой программой. Это важно в первую очередь потому, что успех вмешательств, направленных на СРЖ, будет ограничен при отсутствии воздействия на поведение их клиентов. Клиенты-мужчины часто также практикуют небезопасное поведение с другими партнерами, такими как жены или подруги, и это служит мостиком для передачи ВИЧ от более уязвимых групп населения к лицам с более низкой степенью риска среди населения в целом. Кроме того, ввиду относительно высокого уровня распространенности коммерческого секса в некоторых группах населения клиенты СРЖ могут оказать значительное влияние на распространение ВИЧ среди населения в целом. Оказывать воздействие на клиентов СРЖ можно посредством вмешательств в определенных географических точках (таких как “квартал красных фонарей”), или же их можно идентифицировать посредством местных поведенческих исследований, позволяющих выявить категории мужчин, наиболее склонных платить за секс. Особенно уязвимыми группами являются мужчины, которые часто совершают поездки и находятся вдали от дома и от своих постоянных партнеров (например, водители-дальнобойщики, военнослужащие или рабочие-мигранты).

Потребители инъекционных наркотиков

Использование инфицированных приспособлений для инъекций представляет наибольший риск инфицирования ВИЧ. При отсутствии профилактических мероприятий, направленных на ПИН, распространенность ВИЧ может значительно увеличиться после попадания вируса в такие группы населения. Передача ВИЧ через нестерильные приспособления для инъекций подкрепляется передачей вируса половым путем между потребителями инъекционных наркотиков и от ПИН к их сексуальным партнерам, не входящим в группу ПИН. Потребление инъекционных наркотиков – это поведение, на которое в первую очередь следует обратить внимание для предотвращения стремительного распространения вируса в данной группе и передачи вируса сексуальным партнерам ПИН посредством снижения небезопасной практики инъекционного введения наркотиков.

Мужчины, которые занимаются сексом с мужчинами

Исследования показали, что незащищенный анальный секс гораздо более рискован, чем незащищенный вагинальный секс, в пересчете на один половой акт. Поскольку многие мужчины, которые занимаются сексом с мужчинами (МСМ), практикуют анальный секс и часто имеют несколько сексуальных партнеров, передача вируса половым путем от мужчины к мужчине заслуживает самого пристального внимания с точки зрения профилактики ВИЧ. В зависимости от культуры и от контекста к этой поведенческой категории может относиться множество различных подгрупп мужчин, которых привлекают однополые отношения, независимо от сексуальной ориентации (гомосексуалы, бисексуалы или гетеросексуалы). В эту категорию поведенческого риска также входят мужчины, оказывающие за плату сексуальные услуги другим мужчинам (секс-работники мужского пола). Хотя некоторые секс-работники мужского пола оказывают за плату сексуальные услуги женщинам, поведение, несущее в себе самый высокий риск передачи ВИЧ, – это анальный половой акт с другими мужчинами. В некоторых культурах мужчин, оказывающих сексуальные услуги за плату другим мужчинам, легче охватить профилактическими вмешательствами, ориентированными на МСМ, а не на секс-работников, поскольку последние чаще всего сосредотачиваются на СРЖ. Однако в некоторых ситуациях выйти на транссексуалов легче с помощью мероприятий, направленных на СРЖ.

Такое выделение в группы по поведенческим признакам полезно для определения направленности профилактических вмешательств, однако не все лица с высоким риском заражения могут быть легко отнесены к какой-то определенной категории, и не все лица в определенной категории подвергаются высокому риску ВИЧ-инфицирования. Например, МСМ во взаимно моногамных отношениях с ВИЧ-отрицательным партнером или ПИН, снижающие потребление инъекционных наркотиков и не использующие нестерильный инструментарий, гораздо менее уязвимы для ВИЧ-инфекции. Кроме того, как отмечалось выше, эти категории перекрывают друг друга, и некоторые люди могут практиковать сразу несколько рискованных моделей поведения, например, многие СРЖ также являются ПИН, и многие предоставляют сексуальные услуги в обмен на наркотики. Аналогичным образом, ПИН могут получать или оказывать сексуальные услуги в обмен на наркотики. Такую комбинацию рискованных моделей поведения необходимо учитывать при планировании МиО и составлении отчетов.

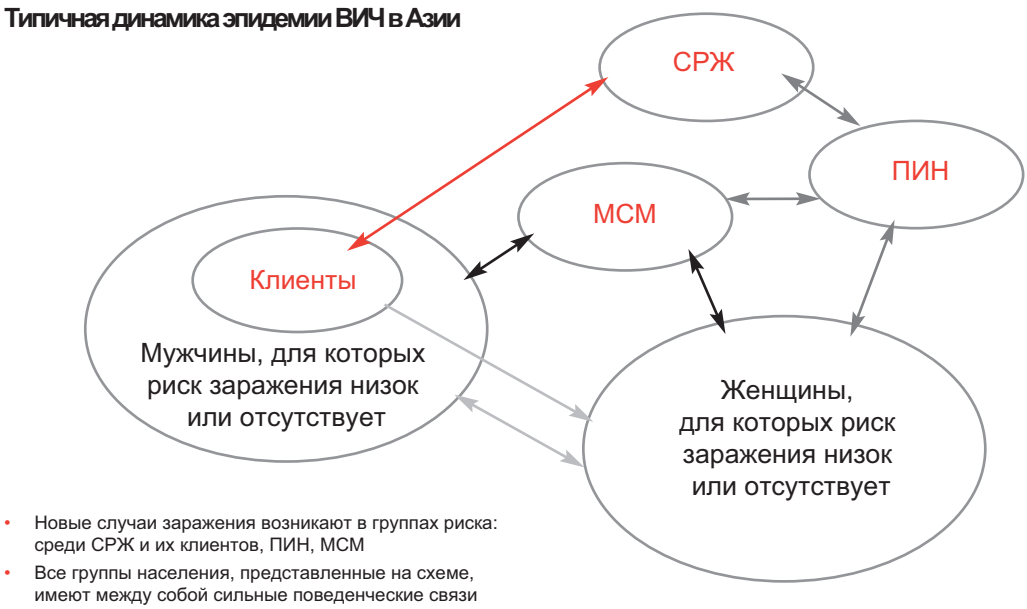
Другие приоритетные группы населения

В определенном сообществе или стране могут также существовать другие группы с повышенным риском инфицирования. Масштаб мероприятий, направленных на такие группы, зависит от уровня эпидемии и имеющихся ресурсов. Большая часть представителей таких групп уязвимы из-за рискованного поведения их партнеров. Сексуальные партнеры ПИН, партнерши МСМ и партнеры клиентов секс-работников – все подвергаются повышенному риску заражения ВИЧ, поскольку их партнеры практикуют рискованное поведение. На Рис. 5 представлены поведенческие связи между различными группами населения с высоким уровнем риска, а также между такими группами и населением в целом.

В то время как данная схема демонстрирует поведенческие связи между группами населения в рамках типичной азиатской эпидемии, можно составить аналогичную схему с большим акцентом на связях между ПИН и другими группами населения для иллюстрации эпидемической ситуации в других регионах, таких как центральная часть Азии. Какова бы ни была сила связей между различными группами населения, следует отметить, что соответствующие риски часто перекрывают друг друга.

К сожалению, сексуальные партнеры представителей групп риска не всегда осознают, что подвергаются повышенному риску, и часто не принимают профилактических мер. В отношении таких лиц трудно осуществлять мониторинг распространенности ВИЧ или рискованного сексуального поведения, поскольку они не считают себя таковыми или не собираются в местах, где с ними можно войти в контакт с использованием обычных методов.

Рис. 5. Динамика эпидемии ВИЧ в Азии: поведенческие связи между группами населения



Дополнительные группы населения также могут быть уязвимы для ВИЧ и должны стать объектом вмешательств по профилактике ВИЧ и, соответственно, мероприятий по МиО. Это могут быть, например, гетеросексуальные мужчины и женщины, одновременно имеющие несколько сексуальных партнеров, домашние работницы, которые часто становятся объектами половых преступлений, молодые мужчины и женщины – жертвы торговли людьми с целью сексуальной эксплуатации, а также население, проживающее в зонах вооруженного конфликта, которое может быть подвернуто сексуальному насилию. Беспризорные дети, которые часто доведены до нищеты или страдают зависимостью от наркотических веществ, более уязвимы для вируса ВИЧ, поскольку растут без надзора и руководства взрослых и могут не иметь навыков и ресурсов, необходимых для защиты. В определенных ситуациях особого внимания заслуживают заключенные мужского пола ввиду риска незащищенного и зачастую принудительного секса, а также в связи с использованием нестерильного инъекционного инструментария. Такие дополнительные подгруппы населения могут быть различны в разных странах, и их следует учитывать с целью мониторинга при разработке национального или субнационального плана МиО.

Люди, живущие с ВИЧ

Наиболее рискованные группы включают в себя людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ). Сосредоточение определенной части профилактических усилий на лицах, живущих с ВИЧ, также называемое “позитивной профилактикой”, способствует поддержанию качества жизни ЛЖВ и снижает риск передачи инфекции другим лицам. “Позитивная профилактика” включает в себя консультации о том, продолжать ли сексуальные отношения и как это делать, в особенности для пар с разным ВИЧ-статусом, испытывающих потребность в интимных отношениях, поддержку по принципу “равный-равному” для людей, принимающих столь непростые решения, а также предоставление презервативов тем, кто решит продолжать сексуальные отношения. Эти виды деятельности могут быть частью других медико-санитарных вмешательств, таких как лечение условно-патогенных инфекций и антиретровирусная терапия.

Рост доступности антиретровирусной терапии может послужить стимулом к тому, чтобы люди узнавали о своем ВИЧ-статусе. Со временем это может привести к повышению количества людей, осведомленных о том, что они ВИЧ-положительны, еще до того, как им потребуется медицинское лечение. Зачастую наиболее уязвимые группы населения имеют наименьший доступ к медико-санитарным вмешательствам, в особенности если медицинское обслуживание предоставляется в “неудобной” форме. Соответственно, аутрич среди таких групп населения – в особенности с помощью вмешательств по принципу “равный-равному” – и специализированные услуги будут особенно актуальны для обеспечения профилактики, лечения, ухода и поддержки ЛЖВ.

Подростки, практикующие рискованное поведение

Подростковый возраст – это пора стремительного развития и экспериментов, когда молодежь сталкивается со многими новыми ситуациями и когда влияние сверстников растет, а влияние родителей уменьшается. Это также период, когда большинство молодых людей впервые вступает в сексуальные отношения, экспериментирует с психотропными веществами (алкоголем, наркотиками и табаком) и когда устанавливаются модели поведения, которые могут сохраниться и в зрелом возрасте. Во многих странах с эпидемией низкого уровня и концентрированной эпидемией значительная часть людей, практикующих рискованное поведение, – это молодежь, и все больше фактов свидетельствует о том, что многие ее представители – подростки (см. Рис. 6).[2]

У подростков те же потребности, что и у взрослых, в отношении услуг по профилактике ВИЧ. Однако, ввиду отсутствия у них опыта ведения переговоров об использовании услуг и – в некоторых случаях – ввиду юридических препятствий для их использования может возникнуть необходимость оказания услуг несколько иным способом. Важно понимать, что большинство уязвимых подростков могут не являться на стационарные пункты оказания услуг, и может возникнуть необходимость оказания им специализированных услуг, во многих случаях по принципу аутрич или на мобильной основе (когда медико-санитарные услуги, информация и необходимые товары доставляются непосредственно потребителям). Таким образом, пакет основных специализированных вмешательств по профилактике ВИЧ среди наиболее уязвимых групп населения должен быть удобен для подростков и доступен для всех подростков из групп риска, независимо от их возраста, правового или социально-экономического статуса. Кроме того, лица, ответственные за выработку политики и организацию здравоохранения должны учитывать, достиг ли подросток совершеннолетия и имеет ли он право давать согласие на медицинские вмешательства и лечение и, соответственно, нужно ли привлекать других людей для принятия решений от имени таких подростков.[3]

[2] Согласно определению ООН, молодежь – это люди в возрасте от 10 до 24 лет, подростки – от 10 до 19 лет, а молодые люди – от 15 до 24 лет.

[3] Вообще говоря, родители или опекуны принимают медицинские решения от имени детей, не имеющих права принимать такие решения самостоятельно. Конвенция о правах ребенка (КПР) имплицитно подразумевает формирование правоспособности (КПР, статья 5) у подростков моложе 18 лет, позволяющей им самостоятельно принимать решения, в том числе формирование правоспособности или компетенции по выражению согласия на медицинскую помощь. Однако соответствующие законы различны в разных странах: в некоторых странах установлен определенный возраст, когда подросток считается правоспособным, и этот возраст колеблется от 10 до 18 лет. Если же в законодательстве отсутствуют такие положения, поставщики медицинских услуг иногда разрабатывают собственные протоколы.

Очень важно, чтобы данные МиО собирались и детализировались по полу и возрасту опрашиваемых, чтобы можно было осуществлять мониторинг и оценку программных ответных действий, ориентированных на наиболее уязвимых подростков. Подростков часто упускают из виду при осуществлении надзора в связи с юридическими сложностями или в связи со сложившимся представлением, что подростки не практикуют рискованное поведение. Хотя следует стараться включать подростков в мероприятия по сбору данных, при сборе информации о детях до 18 лет необходимо принимать во внимание этические и юридические моменты, существующие во многих странах (для получения более подробной информации по этому вопросу см.: Ethical Approaches to Gathering Information from Children and Adolescents in International Settings: Guidelines and Resources, Population Council 2005).

Рис. 6. Многие люди, практикующие рискованное поведение, являются подростками и молодежью

Употребление наркотиков часто начинается в подростковом возрасте, и многие ПИН являются подростками и молодыми людьми.

- В Казахстане 54% ПИН моложе 25 лет.
- В Санкт-Петербурге, Российская Федерация, почти одна треть ПИН моложе 19 лет.
- В Украине 20% ПИН являются “подростками”.
- В Сантосе, Бразилия, 56% ПИН моложе 25 лет.

Средний возраст секс-работниц снижается в связи со спросом на более молодых женщин, у которых, с точки зрения клиентов, меньше вероятность заражения заболеваниями, передаваемыми половым путем, или ВИЧ.

- В Камбодже, Китае, Лаосской Народно-Демократической Республике, Мьянме, Российской Федерации и Вьетнаме от 60% до 70% секс-работников моложе 25 лет.
- В Европе и Центральной Азии, согласно оценкам, 80% молодых женщин, оказывающих сексуальные услуги за плату, моложе 25 лет.

Значительная часть МСМ моложе 25 лет.

- В Центральной Америке 20% опрошенных МСМ были моложе 20 лет и 34% – в возрасте от 20 до 24 лет.
- В Лиме, Перу, 50% опрошенных МСМ были моложе 25 лет.

Источники:
Monasch R and Mahy M (2006). Young people: the centre of the HIV epidemic. In: Ross D, Dick B and Ferguson J (Eds). Preventing HIV/AIDS in young people. A systematic review of the evidence from developing countries. Geneva, WHO.

Библиография и литература для дополнительного изучения

Ross D, Dick B and Ferguson J (2006). Preventing HIV/AIDS In Young People. A Systematic Review Of The Evidence From Developing Countries. Geneva, WHO.

UNAIDS (2004). Coordination of national responses to HIV/AIDS. Guiding principles for national authorities and their partners. UNAIDS, Geneva.

UNAIDS (2005). Monitoring the declaration of commitment on HIV/AIDS. Guidelines on construction of core indicators. UNAIDS, Geneva.

WHO (2004) Guide to monitoring and evaluating national HIV/AIDS prevention programmes for young people. WHO, Geneva.

Определение масштаба и характера проблемы

На какие вопросы мы отвечаем, определяя масштаб и характер проблемы?

Для того чтобы эффективно планировать вмешательства и распределять ресурсы, лица, планирующие программы, должны иметь информацию о характере и масштабе проблемы, а также об ответных действиях, осуществляемых на настоящий момент. Данные о проблеме необходимо собирать в рамках комплексной оценки потребностей, которая включает в себя поведенческие факторы риска, способствующие факторы, оценки размеров групп населения и распространенность ВИЧ. В последующих главах настоящего руководства описываются методы оценки способствующих факторов (глава 4), модели поведения, несущие в себе риск инфицирования ВИЧ (глава 8), и триангуляция данных (глава 9), а настоящая глава посвящена методам оценки размеров групп населения.

Оценка размера группы населения необходима для планирования программ, МиО, а также для целей политики и адвокации. Основная задача оценки размера группы населения – это понимание масштаба проблемы и объема ответных мер. Располагая такой информацией, руководители программы могут оценить потребность в ресурсах и потенциал, необходимый для планирования надлежащих ответных мер при достаточной широте охвата. Для целей МиО размер группы населения используется в качестве знаменателя при расчете широты охвата программы (подробно описывается в главе 6). Также такие оценки применяются для прогнозирования вероятного течения эпидемии (в сочетании с данными о практикуемом поведении и распространенности по результатам серологических исследований); это полезный инструмент работы с лицами, ответственными за выработку политики, и другими заинтересованными лицами с целью обеспечения надлежащих вмешательств и ресурсов.

Использование оценок размеров групп населения в Российской Федерации

Открытый институт здоровья регулярно использует метод коэффициентов для оценки количества ПИН во всех регионах Российской Федерации, где осуществляются его проекты. Институт считает полезным проведение оценки размера групп населения через год, поскольку ситуация с употребляемыми наркотиками и количеством их потребителей может меняться очень быстро. Своевременные и точные оценки необходимы по нескольким причинам: для целей руководства оперативные данные необходимы для планирования вмешательств с учетом меняющейся ситуации на местах; уточненные размеры групп населения нужны как фактор для оценки широты охвата; кроме того, это важные сведения, предоставляемые донорам и используемые для адвокации при работе с ответственными лицами, принимающими решения.

Источник:
Алексей Бобрик, Открытый институт здоровья

Когда необходимо оценивать размер группы населения?

Для цели планирования программы оценку размера наиболее уязвимых групп населения следует проводить в рамках анализа ситуации на стадии планирования программы. Кроме того, поскольку многие такие группы динамичны и могут попадать в сферу действия программы и выходить из нее, важно периодически оценивать размер таких групп, чтобы убедиться в надлежащем масштабе ответного действия и в том, что оценки размера достаточно точны для оценки широты охвата программы. Кроме того, полезно оценивать текучесть уязвимых групп населения, потому что при сохранении неизменного размера их состав может меняться.

Кто должен оценивать размер группы населения?

Оценка размера групп населения необходима как на национальном уровне для выработки политики и принятия решений относительно приоритетности вмешательств и распределения ресурсов, так и на местном уровне для планирования, мониторинга и оценки программ и управления. На национальном уровне орган, осуществляющий надзорные функции, может дать рекомендации в отношении определений и методик, которые следует использовать для такой оценки, с тем чтобы местные оценки можно было использовать на национальном уровне. Однако для целей МиО важно собрать данные, максимально полезные для оценки программ или определения потребностей. В этом отношении национальные оценки могут оказаться не слишком полезны, поскольку они служат главным образом политическим целям.

Более предпочтительным способом может представляться субнациональный сбор данных и оценка, желательно на уровне планирования и осуществления программы. Эпидемии редко распространяются единообразно по всей стране, и программы профилактики в идеале должны осуществляться там, где они могут оказать наибольшее влияние на эпидемию. На местном уровне руководители программ должны обеспечивать планирование деятельности по планированию оценки размера уязвимых групп населения в рамках деятельности по планированию, мониторингу и оценке программ. Руководители программ могут обратиться за техническим содействием в проведении такой оценки к местным высшим учебным заведениям или исследовательским организациям, имеющим опыт в данной области. Кроме того, руководители программ могут использовать оценки размера групп населения, полученные другими учреждениями, такими как полиция или местные органы здравоохранения, если такие оценки считаются достоверными.

Какие существуют методы оценки размеров группы населения?

Бывает трудно оценить размер группы населения, в особенности скрытой группы. Однако существуют определенные методы, которые могут обеспечить разумную оценку и которые можно использовать при планировании и оценке программ. Более подробную информацию о таких методах можно найти в отчете ЮНЭЙДС/Фэмили хелс интернэшнл (ФХИ) о семинаре по оценке размера групп населения (см. библиографию). Ниже дается краткое описание наиболее распространенных методов:

Методы переписи / регистрации населения

Краткое описание: Это мероприятия по подсчету всех членов целевой группы населения или выборки целевой группы населения.

Основные особенности: В переписи учитываются все члены группы населения. При использовании метода регистрации составляется основа выборки (например, список домов терпи-

мости или наркопритонов), и подсчитываются члены групп населения в выбранных местах. Затем эта цифра корректируется для получения общей оценки размера группы населения.

Предпосылки: При использовании этих методов предполагается, что с представителями наиболее уязвимых групп можно вступить в контакт в выявленных местах и затем их пересчитать, однако они могут скрываться. Перепись в определенных обстоятельствах может быть практически нецелесообразной, поскольку она требует больших затрат и трудно осуществима с логистической точки зрения, в особенности если члены группы перемещаются из одного места в другое.

Методы с использованием коэффициентов

Краткое описание: Используются данные из двух перекрывающих друг друга источников.

Основные особенности: Первый набор данных поступает от службы, которую использует данная группа населения, или из учреждения, с которым люди вступают в контакт. Такие данные могут включать в себя, например, количество СРЖ, наблюдавшихся в клинике по лечению ИППП, или количество арестованных ПИН. Второй набор данных обычно является результатом опроса целевой группы населения: ее представителям задают вопросы о контактах с указанной службой или учреждением. Затем количество контактировавших умножается на обратный процент целевой группы населения, контактировавшей с такой службой или с таким учреждением.

Предпосылки: Хотя методы с использованием коэффициентов довольно просты, необходимо следить за тем, чтобы данные из двух источников соответствовали друг другу, так чтобы участники опроса могли быть включены в данные, предоставляемые службой или учреждением.

Опросы населения

Краткое описание: Распространенность поведения, связанного с риском инфицирования ВИЧ, оценивается на основании опросов населения в целом или какой-либо из подгрупп населения.

Основные особенности: Респондентов, представляющих население в целом или подгруппы населения (например, военных, молодежь и т.д.), спрашивают, практикуют ли они поведение, несущее в себе риск заражения ВИЧ (такое как половые отношения с секс-работниками). Затем процент лиц, практикующих рискованное поведение, соотносится с данными переписи или оценками размера группы в целом для расчета оценки общего количества людей, практикующих такое поведение.

Предпосылки: Такие опросы составляются как исследования домохозяйств и дают надежную оценку относительно общераспространенных моделей поведения. Поскольку многие модели поведения, определяющие уязвимые группы населения, не являются общераспространенными среди населения в целом, они могут быть пропущены или же оценки могут быть не очень надежными. Исследования домохозяйств не охватывают лиц, пребывающих в домах терпимости, на улице или в других местах вне дома. Такие опросы наиболее полезны для оценки количества мужчин, занимающихся сексом за плату с секс-работниками, и менее полезны в отношении менее распространенных и более негативно воспринимаемых обществом моделей поведения.

Метод повторного захвата

Краткое описание: Используют две или более независимые перекрывающиеся выборки для расчета размера группы населения.

Основные особенности: Исследователи “помечают” случайную выборку представителей целевой группы населения с помощью интервью или иным способом. Затем они составляют вторую выборку и определяют долю, захваченную или “помеченную” в первой выборке. Также может быть сформирована третья выборка, и количество лиц, помеченных один, два раза или не помеченных вообще, используется для оценки общего размера группы.

Предпосылки: Этот метод основывается на предположении, что группа является закрытой, то есть ее члены не покидают ее и не появляются новые участники в период между раундами исследования. Также предполагается, что у всех представителей группы равные шансы быть помеченными.

Последний метод, который используется с переменным успехом, – это Дельфийский метод, когда группу известных экспертов спрашивают об их оценке количества членов группы.

Как выбрать наиболее подходящий метод оценки размера группы?

Выбор метода оценки размера группы населения зависит от целого ряда факторов, в том числе от того, как будет использоваться такая информация, от доступных источников данных и от ресурсов, имеющихся в наличии для оценки размера группы. Кроме того, на выбор метода влияют особенности группы и ее заметность. Например, метод, наиболее подходящий для оценки ПИН в определенном месте, может быть не самым лучшим для оценки группы МСМ. Таким образом, в конечном итоге выбор метода следует оставлять на усмотрение руководителей национальных и местных программ, на основе тщательного учета их потребностей в информации и особенностей оцениваемой группы. В некоторых случаях, при наличии достаточных ресурсов, можно использовать сразу несколько методов, чтобы уравновесить недостатки каждого из них. Кроме того, если необходимо отследить размер группы на протяжении времени, следует учитывать наличие ресурсов для постоянной оценки такой величины.

Если необходимо отследить размер группы на протяжении времени (в отличие, например, от разового мероприятия, проводимого в рамках быстрой оценки для целей планирования программы), выбранный метод должен обеспечивать надлежащую надежность и наличие ресурсов, необходимых для последующей повторной оценки.

Оценка размера группы секс-работников женского пола в Индонезии методом коэффициентов

Основным источником данных по СРЖ был список секс-работников по провинциям, составленный Министерством по социальным вопросам. Однако в этом перечне указаны только секс-работники низкого класса, работающие в специализированных заведениях, таких как дома терпимости и секс-комплексы. Секс-работники высокого класса, работающие в частных домах и отелях, не включены в этот документ, так же как и секс-работники, работающие вне домов терпимости: хостессы в ночных клубах или массажистки в массажных салонах, где они могут также оказывать сексуальные услуги. Соответственно, необходимо внести изменения в перечни Министерства по социальным вопросам с учетом таких незарегистрированных секс-работников.

Перепись секс-работников на Бали, проведенная НПО, показала наличие 1062 секс-работников, работающих в специализированных заведениях, 671 из которых относились к категории, обычно регистрируемой в перечне Министерства по социальным вопросам. Кроме того, имелось 235 секс-работников, не работающих в домах терпимости. Это означает, что списки Министерства по социальным вопросам необходимо увеличить на 58%, чтобы отразить в них секс-работников в заведениях более высокого класса, и еще на 35% с учетом сексуальных услуг, оказываемых в других заведениях. По оценкам Министерства туризма, в Джакарте из всех 17 000 женщин, работающих в барах, караоке-клубах, массажных салонах и саунах, 80% также оказывают за плату сексуальные услуги, что означает, что в Джакарте 13 600 секс-работников не работают в домах терпимости. В списках Министерства по социальным вопросам значится 9 300 секс-работников низкого класса, работающих в специализированных заведениях. Таким образом, количество секс-работников, указанное в списках, следует увеличить почти на 150% с учетом всех секс-работников, работающих не в домах терпимости.

Очевидно, что коэффициенты в разных местах значительно отличаются. Поскольку разброс был так велик, было решено использовать коэффициенты для определения минимальной и максимальной оценки общего количества секс-работников в каждой провинции. Таким образом, с помощью данного метода получены минимальное значение 193 000 секс-работников и максимальное значение 273 000 секс-работников в масштабе всей страны.

Источник: Адаптировано по: Ministry of Health, Indonesia (2002). National estimates of adult HIV infection, Indonesia 2002. Workshop report. Ministry of Health, Indonesia.

Какие особые трудности возникают в связи с наиболее уязвимыми группами?

При планировании деятельности по оценке размера группы населения (или какой-либо связанной с этим деятельности по МиО) важно договориться о единообразном определении группы в масштабе всей страны. Например, ПИН можно определить как человека, который хотя бы один раз принимал инъекционные наркотики, или как лицо, потребляющее инъекционные наркотики в течение определенного периода. Частота инъекций также может играть роль в решении вопроса о том, следует ли классифицировать какое-то лицо как ПИН. При отсутствии таких согласованных критериев будет трудно сравнивать оценки по разным регионам и для разных периодов времени.

Поскольку многие уязвимые группы населения практикуют незаконное или не одобряемое обществом поведение, всякая деятельность по сбору информации, включая оценку размера группы, связана с трудностями. Вовлечение в процесс оценки размера группы правительственных и неправительственных организаций, а также сообществ, вынуждает людей отказаться от предвзятости и предубеждений ради успеха общего дела.

Другая трудность состоит в обеспечении надлежащего использования полученных оценок. Существует вполне реальная опасность того, что достоверные оценки количества ПИН, уличных секс-работников или МСМ вызовут реакцию не органов здравоохранения, а правоохранительных органов. Вероятность такого развития событий зависит от ситуации в стране, но такую возможность необходимо учитывать при фиксации и – главное – при публикации результатов деятельности по оценке размера уязвимых групп. Другой, менее опасный, но тоже нежелательный вариант развития событий состоит в том, что власти могут проигнорировать результаты тщательной и прозрачной оценки и использовать вместо этого менее надежные оценки, которые больше соответствуют политической конъюнктуре. Органы здравоохранения должны сопоставить затраты на получение надежных оценок с вероятностью того, что такие оценки будут использованы конструктивно.

Многие методы оценки размера группы населения основаны на математических расчетах и не требуют контакта с представителями такой группы. В таких методах не предусмотрена идентификация отдельных лиц, которые могут быть членами групп с высоким риском ВИЧ-инфицирования, или облегчение доступа к таким группам для осуществления программ. Однако по этическим причинам сбор данных и оценка размера группы должны идти рука об руку с оказанием помощи.

Оценка размера потребителей инъекционных наркотиков в местах втреч в Кыргызстане с помощью метода регистрации

Для оценки размера группы населения метод ПДБСМ использует информацию о количестве людей, которые общаются в определенных точках в самые оживленные часы, и о частоте, с которой такие люди посещают указанные точки, для того чтобы получить примерную оценку количества людей, посещающих такие точки за определенный период времени.

В 2003 году исследование ПДБСМ было проведено в городе Ош, Кыргызстан. В Оше было выявлено 237 однозначно определенных точек, где осуществляется подбор новых сексуальных партнеров и/или где общаются ПИН; 74 такие точки были произвольно выбраны для проведения интервью с их посетителями. Количество лиц, опрошенных в каждой выбранной точке, было пропорционально количеству людей, находившихся там в самые оживленные часы. Для того чтобы определить, сколько ПИН может быть охвачено программой профилактики для данной точки, оценивалось количество ПИН, посетивших целевые точки за четыре недели (28 дней). Согласно оценкам, в Оше в целевых точках побывали 21 289 ПИН с 95%-ным асимптотическим доверительным интервалом (5 133 – 37 445) в течение четырех недель, предшествовавших проведению оценки. Отсутствие информации о частоте посещения респондентами точек, отличных от точки проведения интервью, а также о посещениях ими нескольких точек в течение периода исследования ведет к переоценке величины данной группы. Так, в данной ситуации, можно считать, что формула оценки характеризует верхний предел величины точечной группы. Такой подход позволяет оценить количество ПИН, посещающих определенные точки, но не количество всех ПИН на данной территории.

Источник: Jackie Tate (2005). Unpublished Dissertation. Chapel Hill, University of North Carolina at Chapel Hill.

Как можно использовать результаты оценки размеров группы?

Оценки размера группы полезны для разработки политики и адвокации, а также планирования, мониторинга и оценки программ. Оценки размера наиболее уязвимых групп в сочетании с данными о распространенности ВИЧ, полученными в результате надзорной деятельности в отношении таких групп, используются для составления общенациональных оценок распространенности ВИЧ и количества ЛЖВ. В сочетании с информацией о практикуемом поведении эти данные также могут использоваться для прогнозирования будущего развития эпидемии, как при наличии специализированных вмешательств, так и без них – эта методика особенно полезна для оказания влияния на политику. Также эти данные можно использовать для оценки распределения новых случаев инфицирования среди наиболее уязвимых групп населения – это очень важно для целевой ориентации программ. Указанные методологии выходят за рамки настоящего руководства, дополнительную информацию и описание инструментов можно получить в референтной группе ЮНЭЙДС по оценкам, моделированию и прогнозированию. Для целей МиО оценка величины группы служит фактором, определяющим широту охвата (см. более подробно в главе 6).

Библиография и литература для дополнительного изучения

MEASURE Evaluation (2005). Priorities for local AIDS control efforts (PLACE). University of North Carolina at Chapel Hill, USA. http://cpc.unc.edu/leadership/place.html

Ministry of Health, Indonesia (2003). National estimates of adult HIV infection, Indonesia. Workshop report. Ministry of Health, Indonesia.

Pisani E, Garnett GP, Grassly NC et al. (2003). Back to basics in HIV prevention: focus on exposure. British Medical Journal 2003, 326 (7403):138884-7.

UNAIDS and FHI (2003). Estimating the size of populations at risk for HIV. Workshop report. http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/pub/guide/popsizecontent.htm. Research Triangle Park, NC, FHI.

UNAIDS (2005). Development of the software packages, EPP v2 and Spectrum, and measuring and tracking the epidemic in countries where HIV is concentrated among populations at high risk of HIV. Technical report and recommendations. Geneva, UNAIDS.

UNAIDS and WHO (выходит в 2007). Back to Basics: A resources manual for planning and tracking effective HIV prevention efforts. UNAIDS /WHO Surveillance working group. UNAIDS Reference group on estimates, modeling and projections. http://юнэйдс.org/en/HIV_data/Epidemiology/default.asp

Walker NJ, Stover K, Stanecki K et al. (2004) The workbook approach to making estimates and projecting future scenarios of HIV/AIDS in countries with low-level and concentrated epidemics. Sexually Transmitted Infections, August 2004; 80: i10 – i13.

WHO (2004). Case study on estimating HIV infection in a concentrated epidemic: Lessons from Indonesia. UNAIDS /WHO Working group on Global HIV/AIDS/STI Surveillance. Geneva, WHO.

Определение факторов, способствующих инфицированию ВИЧ

На какой вопрос отвечает анализ факторов, способствующих инфицированию ВИЧ?

В каждом сообществе существует ряд факторов, способствующих формированию и практике рискованного поведения. Соответственно, для планирования адекватного ответного действия необходима оценка параметров окружающей среды и структурных факторов, воздействия сообщества и индивидуальных факторов (Рис. 7).

Параметры окружающей среды или структурные факторы необходимо принимать во внимание при планировании программ для организации непосредственных вмешательств в отношении данных факторов или для понимания среды, в которой могут быть осуществлены надлежащие вмешательства. Наиболее значимые для планирования профилактики доктрины включают в себя легальность секс-работы, легальность обмена шприцов, легальность гомосексуализма и легальность рекламы презервативов. На поведение, связанное с употреблением наркотиков, могут также оказать значительное влияние и другие обстоятельства, такие как политика в отношении комнат для менее опасного проведения инъекций и законы о принадлежностях (запрещающие владение шприцами без рецепта).

Факторы, связанные с сообществом, играют роль в создании рискованного окружения, облегчающего передачу ВИЧ. В частности, нищета часто подталкивает людей к образу жизни, который сами они не выбрали бы, например, к предоставлению сексуальных услуг за плату или к продаже и употреблению наркотиков. Отсутствие возможности получить образование также может подвести молодых людей к выводу о том, что они не в состоянии повысить свой зарплатный потенциал или даже просто заработать себе на жизнь.

Рис 7. Способствующие факторы

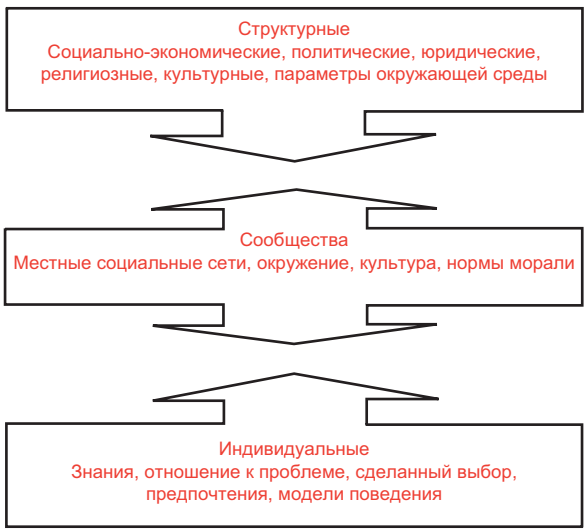


Рис. 8. Секс-работники женского пола и их клиенты: пример сведений, необходимых для планирования вмешательства

Контекст секс-работы

- Различные типы секс-работников и клиентов
- Потребности, представления и приоритеты секс-работников
- Восприятия и приоритеты других субъектов, вовлеченных в секс-работу
- Законы и политика, связанные с секс-работой (и миграцией, в случае локальной проблемы)
- Политика и приоритеты финансирующих органов
- Ключевые заинтересованные лица
- Потенциальные партнеры, союзники или оппоненты при осуществлении вмешательств
- Демографические данные
- Местные профессиональные и общинные структуры, взаимоотношения и стили жизни
- Факторы, способные облегчить или затруднить вмешательство

Знания и поведение

- Уровень и модели рискованного поведения секс-работников, клиентов и постоянных партнеров, а также контекст
- Модели поведения, направленные на сохранение здоровья
- Уровни использования презервативов и информированность о необходимости их использования, а также о других способах менее опасного сексуального поведения
- Информированность о ВИЧ и ИППП и отношение к проблеме
- Потенциальные каналы связи, методы, материалы и сообщения для охвата целевых групп
- Употребление алкоголя и наркотиков секс-работниками и клиентами

Услуги

- Уже имеющиеся услуги (официальные, неофициальные, на базе клиник, на базе местного сообщества, медико-биологические или традиционные)
- Потенциал для содействия вмешательствам
- Качество
- Отношение поставщиков услуг
- Местные понятия и модели потребления

Адаптировано по: WHO (2005). Toolkit for targeted HIV/AIDS prevention and care in sex work settings. Geneva, WHO.

Рис. 9. Мужчины, которые занимаются сексом с мужчинами: примерный перечень вопросов для экспресс-оценки

- Стигма и предрассудки, влияющие на жизнь и сексуальную активность мужчин, которые занимаются сексом с мужчинами
- Насилие и преследование и их взаимосвязь с полицейской практикой
- Эмоциональное и психическое здоровье мужчин, которые занимаются сексом с мужчинами, и его влияние на сексуальное поведение и образ жизни
- Экономические ограничения, с которыми сталкиваются МСМ
- Опыт мужчин, оказывающих сексуальные услуги другим мужчинам за плату
- Информированность о безопасном сексе, ИППП и ВИЧ
- Уровень и модели рискованного поведения, включая сексуальное поведение и употребление наркотиков
- Распространенность симптомов ИППП
- Принятые в данной культуре представления о сексе, сексуальности, инфекциях, передаваемых половым путем, и ВИЧ
- Понимание риска и безопасности и их взаимосвязи с ВИЧ
- Отношение к алкоголю и наркотикам, практика их употребления и ее потенциальное воздействие на сексуальное поведение и ВИЧ-инфицирование.

Адаптировано по: WHO (2004). Rapid assessment and response adaptation guide on HIV and men who have sex with men. Geneva, WHO.

Рис. 10. Потребители инъекционных наркотиков: примерные вопросы, которые необходимо исследовать до планирования вмешательств

- Число ПИН ? Кто они? Произошли ли в последнее время изменения в модели потребления наркотиков?
- Почему распространяется или может распространиться потребление инъекционных наркотиков? Как такое потребление влияет на здоровье ПИН и каков политический и социальный контекст ситуации с наркотиками?
- Какова практика потребления инъекционных наркотиков и рискованного сексуального поведения среди ПИН?
- Какова распространенность вирусов, переносимых с кровью (ВИЧ, гепатит В и гепатит С), передозировок и других негативных воздействий приема наркотиков на здоровье?
- Существует ли какая-либо государственная политика, представляющая собой реакцию на потребление инъекционных наркотиков? Имеются ли какие-либо программы, удовлетворяющие потребности ПИН в медицинской помощи?
- Имеются ли финансовые средства и ресурсы (такие как персонал и организации), а также возможность и желание осуществлять вмешательства?
- Какие вмешательства могут сработать и будут приемлемы, экономически оправданны и осуществимы на постоянной основе?

Адаптировано по: WHO (2005). Policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users. Geneva, WHO.

Рис. 8, 9 и 10, заимствованные из недавно опубликованных руководств по планированию профилактических мероприятий, изданных ВОЗ (см. ссылки в конце настоящей главы), содержат примеры сведений, которые необходимо принимать во внимание при проведении оценки потребностей СРЖ, МСМ и ПИН. Хотя это всего лишь примерные перечни, они отражают многие заслуживающие внимания параметры окружающей среды, сообщества и индивидуальные факторы, наряду с вопросами или областями исследования, которые являются уникальными для каждой из данных групп населения.

Когда следует проводить формативные исследования и оценку потребностей?

Оценку способствующих факторов и факторов, определяющих риск, следует проводить в рамках разработки программы, то есть до осуществления или расширения вмешательств. Формативные исследования следует проводить только после всестороннего изучения существующей информации, с тем чтобы избежать дублирующего сбора уже существующих данных и обеспечить адекватное планирование исследования, без каких бы то ни было пробелов.

Кто должен проводить формативные исследования и оценку потребностей?

В планировании формативных исследований и оценки потребностей должны принимать участие руководители программ и другие заинтересованные лица. Объем оценки и, соответственно, потребность в специализированных технических знаниях, зависит от наличия ресурсов

для планирования и осуществления программ, а также от того, что уже известно. Для более глубокой оценки или анализа ситуации следует обращаться за содействием к исследователям, имеющим опыт разработки инструментов, выборочных наблюдений и полевой работы. Таких специалистов можно найти в местных высших учебных заведениях, работающих в данной области, или по рекомендациям других организаций, взаимодействующих с аналогичными группами населения.

Для того чтобы оценка потребностей была осуществлена успешно, необходима широкая поддержка и участие сообщества на самых ранних этапах. Такое участие подразумевает вовлечение представителей целевой группы, местных правительственных органов и других влиятельных заинтересованных лиц, а также организаций, непосредственно участвующих в оказании услуг таким группам населения.

Каковы методы проведения формативных исследований и оценки потребностей?

Формативные исследования и оценка потребностей обычно сочетают в себе качественные и/или количественные методы. В рамках экспресс-оценки осуществляется сбор базовых данных за короткий период времени, часто с использованием методов непосредственного участия. Вслед за этим при необходимости может быть проведен более детальный анализ ситуации.

При экспресс-оценке, как правило, используется наблюдение за сообществом, посещения мест, где приобретаются и потребляются наркотики или сексуальные услуги, а также интервью с ключевыми информантами сообщества. Конкретные методы могут включать в себя нанесение на карту мест, где имеет место рискованное поведение, нанесение на карту мест оказания профилактических услуг для оценки их доступности и физических препятствий к их использованию, а также углубленные интервью и целевые дискуссии с группами представителей сообщества и ключевыми информантами для понимания того, какое влияние оказывает сообщество и окружение на рискованные модели поведения.

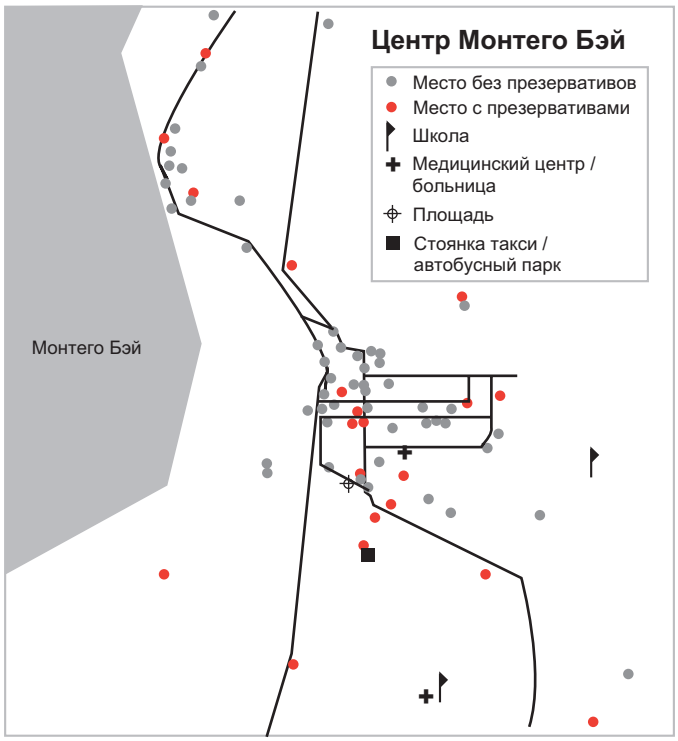
Существует ряд инструментов экспресс-оценки уязвимых групп населения (см. ссылки в конце главы). Инструменты могут быть предоставлены ВОЗ для оценки окружения, в котором практикуется рискованное поведение. Например, метод Экспресс-оценки и отклика – это способ комплексной оценки какого-то вопроса, включая характеристику проблемы, задействованных подгрупп населения, окружения и контекста, поведения, способствующего сохранению здоровья, и рискованного поведения, а также социальных последствий. Другой способ экспресс-оценки предлагает методика ПДБСМ, направленная на составление карт и сбор информации в местах, где люди ищут новых сексуальных партнеров (включая СРЖ и МСМ) или где собираются ПИН. На Рис. 11 приведена карта мест, где люди ищут новых сексуальных партнеров; эта карта использовалась для ориентации вмешательств по профилактике ВИЧ на Ямайке.

Какие особые трудности возникают в связи с оценкой потребностей наиболее уязвимых групп населения?

Оценка потребностей является информативной только в том случае, если она планируется и осуществляется при участии представителей исследуемых сообществ и групп населения. Люди, проводящие формативные исследования, должны с уважением относиться к местной культуре, проявлять объективность и понимание культурных норм и моделей поведения. Участие сообщества жизненно важно на всех этапах процесса. Кроме того, поскольку такие группы населения практикуют модели поведения, зачастую вызывающие общественное

осуждение, а иногда и вовсе противозаконные, необходимо принять меры для того, чтобы не навредить таким группам. Например, может возникнуть необходимость обеспечения конфиденциальности информации и карт мест, где практикуется рискованное поведение, если есть вероятность того, что на основании такой информации местные органы власти могут принять насильственные меры. Также может потребоваться специализированное обучение и контроль за полевой работой для обеспечения соблюдения надлежащей практики исследования, включая информированное согласие, добровольное участие, конфиденциальность и анонимность.

Рис. 11. Нанесение на карту мест, где люди ищут новых сексуальных партнеров, Монтего Бэй, Ямайка



Источник: Carolina Population Center. PLACE in Jamaica. Monitoring AIDS prevention at the parish level. MEASURE Evaluation Technical report. Chapel Hill, University of North Carolina at Chapel Hill (2004).

Как можно использовать результаты?

Надлежащая оценка способствующих факторов охватывает направления государственной политики, влияющие на уязвимые группы населения, осуществление такой политики, организации государственного и частного сектора, работающие с соответствующими группами населения, социально-экономическую структуру сообщества, а также физическое окружение, природное и созданное человеком. После того, как базовые структуры определены, можно проводить анализ текущей окружающей среды и ее потенциального воздействия на рискованное поведение. Затем можно планировать вмешательства с учетом таких различных способствующих факторов.

Даже при отсутствии более тщательного анализа ситуации экспресс-оценки могут способствовать выявлению географических областей, в которых сосредоточено рискованное поведение, свойств и практики представителей соответствующих групп населения, мест, где можно проводить вмешательства, а также потенциальных препятствий для эффективных вмешательств. На Рис. 11 показаны результаты нанесения на карту в соответствии с методикой ПДБСМ точек в Монтего Бэй, Ямайка, где люди ищут новых сексуальных партнеров. Эта информация использовалась для выявления мест, где можно проводить программы профилактики ВИЧ, включая распространение презервативов.

Библиография и литература для дополнительного изучения

MEASURE Evaluation (2005). Priorities for local AIDS control efforts (PLACE). University of North Carolina at Chapel Hill, USA. http://cpc.unc.edu/leadership/place.html

PLACE in Jamaica (2004). Monitoring AIDS prevention at the parish level. MEASURE Evaluation Technical report. Carolina Population Center. Chapel Hill, University of North Carolina at Chapel Hill.

Stimson GV, Donoghoe MC, Fitch C, et al (2003). Rapid Assessment and Response Technical Guide. WHO, Geneva.

Weir SS, Pailman C, Mahlalela X et al. (2003). From people to places: focusing AIDS prevention efforts where it matters most. AIDS. 17(6):895-903.

WHO (2002). The rapid assessment and response guide on psychoactive substance use and sexual risk behaviour. Geneva, WHO.

WHO (2004). Rapid Assessment and response adaptation guide on HIV and men who have sex with men. Geneva, WHO.

WHO (2005). Policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users. Geneva, WHO.

WHO (2005). Toolkit for targeted HIV/AIDS prevention and care in sex work settings. Geneva, WHO.

Мониторинг и оценка процесса – определение качества осуществления программы

На какие вопросы отвечает мониторинг и оценка процесса?

Для каждого проекта или программы, какими бы мелкомасштабными они ни были, необходима простая стратегия мониторинга и оценки, которая внедряется на стадии разработки. Значительную часть такой стратегии должен составлять план мониторинга и оценки процесса. Мониторинг процесса – это регулярный (ежедневный) сбор информации по ключевым аспектам проекта или программы с целью установить, насколько успешно ведется деятельность по проекту. Такой мониторинг обеспечивает сведения для планирования и позволяет донести информацию о ходе реализации проекта до доноров, реализаторов и бенефициаров проекта. Оценка процесса – это периодическая оценка достижений проекта или программы в сопоставлении с запланированными индикаторами и общими целями. Она позволяет выявить препятствия для осуществления целей проекта и может способствовать выработке решений, которые после этого могут быть применены на практике.

В то время как все программы, независимо от целевой группы населения и типа вмешательства, должны проводить мониторинг и оценку процесса, существует несколько моментов, на которые следует обратить особое внимание при осуществлении программ, ориентированных на наиболее уязвимые группы населения:

- *Приемлемость услуг в рамках программы –* этот параметр определяется опытом стигмы и дискриминации, преставлениями о тайне личной жизни и конфиденциальности, уместностью и релевантностью межличностного общения и печатных материалов, участием в планировании и осуществлении программы, положительным и отрицательным опытом и общей удовлетворенностью.
- *Доступ к услугам в рамках программы –* включая время на дорогу до мест предоставления услуг и их местонахождение, график работы, время ожидания, стоимость и наличие или отсутствие сотрудников силовых структур (полиции, милиции).
- *Целевая ориентация программ –* доступны ли программы определенным подгруппам уязвимых групп населения и не выпадают ли из них другие, которые могут быть менее заметны или больше затронуты ВИЧ.
- *Связи с другими услугами –* поскольку нельзя ожидать, что отдельные программы удовлетворят все потребности уязвимых групп населения, организациям необходимо эффективно увязывать их с другими, предоставляющими дополнительные услуги. Это могут быть другие услуги в области профилактики, а также лечение, уход, поддержка, защита прав человека, психологический тренинг или профессиональное обучение.
- *Вовлечение заинтересованных лиц сообщества –* программы, ориентированные на уязвимые группы населения, вряд ли будут иметь успех без привлечения тех лиц, кто влияет на их уязвимость для ВИЧ. Конкретные категории таких заинтересованных лиц зависят от местного контекста; это могут быть посредники, работающие в бизнесе сексуальных услуг (хозяйки домов терпимости, сутенеры), сексуальные партнеры, полиция и местные органы власти или влиятельные частные лица. Они оказывают непосредственное влияние на успех вмешательств, и в рамках оценки процесса обычно изучается их отношение к программам и взаимодействие с ними.

Когда необходимо проводить мониторинг и оценку процесса?

Мониторинг процесса должен начинаться одновременно с началом программы, когда текущие данные собираются и используются для мониторинга предоставляемых услуг. Такие текущие данные, которые включают в себя ключевые индикаторы прямого результата услуг, следует регулярно анализировать для получения сведений о ходе и предоставления соответствующих отчетов персоналу, работающему по программе, и другим заинтересованным лицам.

Оценка процесса часто проводится со стратегическими интервалами в один или два года в течение срока существования проекта, так чтобы аналитические и описательные данные оказывались доступны с достаточной частотой для внесения промежуточных корректив. Оценка процесса также используется в некоторых случаях для планирования оценки результатов (см. главу 7), а в других – для того чтобы правильно истолковать количественные данные.

Мониторинг и оценка процесса часто считаются самым важным видом мониторинга и оценки для руководителей программы, поскольку именно таким образом можно выявить успешные направления, которые можно развивать дальше или расширять, а также найти недостатки, которые можно скорректировать, и способы коррекции. Такую информацию необходимо периодически доводить до сведения сотрудников, работающих по программе, чтобы они знали об успехах, недостатках и изменениях направления. Мониторинг и оценка процесса также дают возможность наиболее уязвимым группам населения внести свой вклад в разработку программы и укрепляют взаимоотношения и сотрудничество между представителями затронутых сообществ и заинтересованными лицами.

Кто должен осуществлять мониторинг и оценку процесса?

Для мониторинга процесса, с одной стороны, и оценки процесса, с другой, могут быть необходимы разные категории сотрудников и уровни ресурсов. Мониторинг процесса как постоянная деятельность должен быть интегрирован в текущие функции управления программами и должен осуществляться персоналом на местах, в то время как оценка процесса может потребовать дополнительных ресурсов, взгляда со стороны и/или участия экспертов по МиО.

Какие существуют методы мониторинга и оценки процесса?

Текущие данные для мониторинга процесса

Как минимум, должна быть установлена автоматизированная система управления (АСУ) для сбора базовой информации о деятельности проекта и предоставляемых услугах для целей текущего мониторинга. Информация, собираемая АСУ, аналогична данным, собранным в рамках программ профилактики ВИЧ для других групп населения, и может включать в себя следующие виды индикаторов:

- количество проведенных аутрич-мероприятий (например, проведенные семинары, встречи групп поддержки, театрализованные представления и уличные спектакли);
- количество распространенных раздаточных материалов (например, презервативов, лубрикантов);
- количество заинтересованных лиц, участвующих в мероприятиях;
- количество обученных сотрудников (например, в области аутрич, консультирования пар с разным ВИЧ-статусом, лечения ИППП);
- количество информационных контактов (например, звонков на горячую линию, посещений интернет-сайта, распространенных брошюр);

- количество медиа-мероприятий (например, радиопередач, телевизионных роликов и т.д.);
- количество оказанных услуг (например, проведенных анализов на ВИЧ, предоставленных доз метадона);
- количество точек в рамках проекта (например, клиники по лечению ИППП, наркодиспансеры, пункты доверия);
- количество клиентов, охваченных контактами (например, посредством аутрич в рамках сообщества, в пунктах доверия и т.д.);
- количество клиентов, получивших услуги (например, ПИН в наркодиспансерах, СРЖ, прошедших скрининговое обследование на ИППП);
- количество клиентов, направленных для получения услуг (например, консультации и анализы на ВИЧ, лечение ВИЧ, услуги психосоциальной поддержки).

Отчет по таким индикаторам следует подавать отдельно для каждой группы населения (например, ПИН, СРЖ, МСМ) и с разбивкой по половым и возрастным группам в случаях, когда это уместно и целесообразно.

Оценка процесса

При оценке процесса используются как существующие, так и новые источники данных. Данные из существующих источников включают в себя анализ с помощью временных рядов или поперечный анализ вышеупомянутых индикаторов мониторинга, программных документов, включая стратегические планы, руководства, концепции МиО и теоретические обоснования, общие отчеты и среднесрочные оценки. Они могут быть дополнены вспомогательными источниками данных, такими как национальные отчеты и стратегические планы по надзору за ВИЧ, ситуационные оценки или отчеты о формативной оценке, а также программные документы или специальные исследования, имеющие прямое или опосредованное отношение к наиболее уязвимым группам.

Специальные исследования для определения качества осуществления программы

Деятельность по определению качества осуществления программы в рамках оценки процесса может варьировать от экспресс-оценки, которая может быть проведена экономично и относительно быстро, до специальных мероприятий по сбору данных с использованием методов тщательного исследования, инструментов детального анализа и глубинного анализа программы. Методы сбора данных для оценки качества осуществления могут включать в себя:

- *Интервью с клиентами*

  Интервью с клиентами позволяют получить информацию об их опыте, восприятиях и удовлетворенности полученными услугами. В это понятие входит взаимодействие с персоналом проекта и органами, дающими направления на получение услуг, доступ к проектным точкам и их доступность, а также уместность услуг. Также может оцениваться интенсивность воздействия вмешательств (см. Рис. 12), а также эффективность работы систем направления, призванных обеспечить непрерывный уход.

- *Интервью с сотрудниками*

  Интервью с руководителями проекта и сотрудниками могут стать источником информации об их видении сильных и слабых сторон проекта и потребностях, связанных с оказанием услуг, процессами в рамках программы, структурах штата и управления, о потенциале и способах коммуникации.

- *Наблюдение*

  Наблюдение за взаимодействием между клиентами и сотрудниками дает возможность оценить полноту и точность информации, предоставляемой клиентам, точность соблюдения протоколов и навыки межличностной коммуникации персонала, а также определить, правильно ли даются направления для получения дальнейших услуг.

- *Аудит объектов*

  Аудит объекта, клиники или службы, является источником информации о наличии необходимых сотрудников (их количестве и квалификации), адекватности инфраструктуры, оборудования, вспомогательных материалов, технических и оперативных руководств и т.д. Данные такого аудита также можно использовать для оценки вспомогательных функций программы, таких как закупка, хранение и доступность материалов, ведение учета и документации.

- *Интервью с поставщиками дополнительных услуг*

  С помощью такого интервью можно определить адекватность связей по направлению на услуги, сосредоточив внимание на сотрудничестве с агентствами, предоставляющими дополнительные услуги; такое интервью может включать в себя оценку опыта по направлению на услуги, включая последующее наблюдение и отзывы о таком направлении.

- *Глубинные интервью и фокус-группы с лицами, не использующими услуги*

  Методы качественных исследований, такие как фокус-группы или глубинные интервью с лицами, не использующими услуги, могут способствовать выявлению препятствий и предубеждений, затрудняющих доступ к услугам, а также пробелов в предоставлении услуг.

Как выбрать наиболее подходящие методы?

Выбор метода сбора дополнительных данных должен определяться исследуемыми вопросами и имеющимися ресурсами. Например, если проект посвящен востребованности услуг, сотрудники могут проанализировать данные мониторинга, относящиеся к популярности услуг и соответствующим направлениям, а затем провести фокус-группы и глубинные интервью с поставщиками услуг и лицами, не использующими их, для оценки препятствий и пробелов в обслуживании. Если очень немногие клиенты обращаются повторно, можно провести наблюдение за условиями деятельности клиники, за взаимодействием сотрудников и клиентов или провести интервью с клиентами для выявления областей неудовлетворенности и пробелов в обслуживании.

Какие особые трудности возникают в связи с мониторингом и оценкой процесса в отношении наиболее уязвимых групп населения?

При оценке процесса в сообществах клиентов проекта или программы необходимо следовать тем же этическим принципам, что и при исследованиях субъектов. При сборе данных, анализе и публикации результатов исследования важно проявлять уважение к частной жизни, соблюдать конфиденциальность, анонимность и исходить из принципа “не навреди”. Необходимо строго соблюдать этические принципы исследований при регулировании доступа к проектной документации и обеспечивать конфиденциальность сведений о клиенте.

Получение доступа к клиентам проекта для сбора дополнительных данных требует тесного взаимодействия с персоналом проекта и, если сбор данных происходит за пределами клиники, – с посредниками в данном сообществе. Это возможно, например, при контактах с клиентами в домах терпимости, барах или в других местах, где проводится аутрич. Поддержка местных органов власти также может быть полезна для защиты сотрудников, осуществляющих сбор информации; в противном случае такие сотрудники могут подвергнуться преследованиям со стороны правительственных органов, если создастся впечатление, что они навязывают сексуальные услуги или желают купить наркотики. Хотя доступ к клиентам обычно осуществляется через персонал проекта, интервью о качестве предоставляемых услуг следует проводить в отсутствие такого персонала, если вы хотите получить непредвзятые отзывы.

Как можно использовать результаты?

Особенно важным элементом оценки процесса является анализ данных и вариантов их использования. Участие заинтересованных лиц в анализе и истолковании результатов оценки процесса, включая формулирование выводов и связь с будущими планами, необходимо для того, чтобы такие результаты были приняты и использовались на практике. Кроме того, такое участие может нести в себе дополнительные преимущества, такие как подтверждение согласованного понимания приоритетов, укрепление преданности проекту и доведение важных сведений до лиц, определяющих политику. Такие преимущества могут быть менее очевидны, если лица, проводящие оценку, активно не стремятся привлечь заинтересованных лиц на стадии разработки и анализа.

Польза от результатов оценки процесса увеличивается, если они увязываются с текущим управлением программой, и ключевые результаты часто доводятся до сведения заинтересованных лиц. Это, в свою очередь, облегчает своевременную корректировку программы в соответствии с меняющейся динамикой эпидемии и приоритетами. Для этого необходимы стратегии распространения информации в легко доступной форме для доведения ее до заинтересованных лиц, а также стратегии, обеспечивающие использование полученных результатов для совершенствования программы.

Использование метода участия и смешанного метода для оценки процесса: пример из опыта Бангладеш

В 2005 г. независимая группа проводила оценку процесса и результатов программы профилактики ВИЧ общественного фонда Bandhu Social Welfare Society (BSWS) в Бангладеш. В рамках оценки процесса изучались осуществленные мероприятия, широта охвата программы и качество услуг. Методы сбора данных включали в себя анализ данных мониторинга, таких как количество контактов при обучении по принципу “равный – равному”, глубинные индивидуальные и групповые интервью с сотрудниками программы и бенефициарами, а также наблюдение за предоставлением услуг в рамках программы. Группа, проводившая оценку, также использовала метод участия, привлекая персонал BSWS и бенефициаров к разработке и оценке программы, сбору данных и использованию результатов посредством разработки планов по практическому осуществлению рекомендаций.

По итогам проведения оценки с участием представителей уязвимых групп было сделано два вывода. Первый подчеркивал важность использования методов участия при работе с осуждаемыми обществом социальными группами. В результате привлечения персонала и бенефициаров на различных этапах оценки группа исследователей получила лучший доступ к респондентам и более качественные данные. Кроме того, поскольку участники имели право голоса при принятии решений о том, что надлежит исследовать, результаты оценки были использованы на практике заинтересованными лицами. И, наконец, имела место передача навыков: персонал узнал больше о том, как планировать и проводить оценку своей работы. Второй вывод показывал, как полезно комбинировать компоненты процесса с компонентами результата в рамках комплексного смешанного метода. Проводя одновременно оценку и процесса, и результата и умышленно смешивая количественные и качественные методы, группа, проводящая оценку, и заинтересованные лица программы обеспечили более полное понимание программы. Кроме того, группа, проводящая оценку, смогла более точно определить, что измеряемые изменения относились именно к программам BSWS.

Источник: Anne Coghlan, ACTion Consulting

Библиография и литература для дополнительного изучения

Bertrand J, Solis M (2000). Evaluating HIV/AIDS prevention projects: A manual for nongovernmental organizations. MEASURE Evaluation Manual Series. Carolina Population Center. Chapel Hill, University of North Carolina at Chapel Hill.

FHI (2004). Monitoring HIV/AIDS Programmes: A facilitators training guide. Research Triangle Park, NC, FHI.

GFATM (2006). Monitoring and Evaluation Toolkit HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria. Second Edition, Geneva, GFATM. http://www.theglobalfund.org/en/about/policies_guidelines/

Rehle T, Saidel T, et al. Evaluating programmes for HIV/AIDS prevention and care programmes in developing countries. A handbook for programme managers and decision-makers. Research Triangle Park, NC, FHI.

Мониторинг востребованности и охвата программы

На какие вопросы отвечает мониторинг востребованности и охвата?

Данные о востребованности услуг являются базовым компонентом автоматизированной системы управления для целей планирования и распределения ресурсов. Они также важны для отслеживания успеха в предоставлении услуг и для предоставления отчетов заинтересованным лицам. Использование информации о востребованности услуг с точки зрения управления программой затрагивалось в предыдущей главе. В настоящем разделе речь пойдет об использовании таких данных в рамках оценки охвата программы.

Охват – это показатель, определяющий, работает ли программа в нужных местах (“Доступны ли услуги для наиболее уязвимых групп населения в тех областях, где такое население сосредоточено?”) и достигает ли она целевых групп населения (“Достаточное ли количество представителей групп населения, на которые направлены вмешательства, действительно получают услуги?”). Для того чтобы программа оказала максимальное воздействие на профилактику ВИЧ среди наиболее уязвимых групп населения, она должна успешно действовать по обоим указанным направлениям. Обеспечение надлежащей широты охвата – это промежуточный шаг к изменению поведения и снижению количества новых случаев инфицирования.

В странах, где эпидемия сконцентрирована в пределах наиболее уязвимых групп населения, программы, скорее всего, будут соответствующим образом ориентированы. Географическая ориентация программ обеспечивает их осуществление в тех областях, где распространено поведение. Программе, целью которой является эффективное распределение ограниченных профилактических ресурсов, не требуется общенациональный охват; лучше, если она будет сосредоточена на областях рискованного поведения. Таким образом, для ориентации программ на наиболее уязвимые группы населения важен мониторинг не только количественного, но и географического охвата.

Когда необходимо осуществлять мониторинг востребованности и охвата?

На первоначальном этапе реализации программ важно оценить географический охват услуг по профилактике ВИЧ, чтобы убедиться, что программы доходят до тех групп населения, которые в таких услугах нуждаются. Географический охват следует оценивать как минимум ежегодно. После обеспечения полного географического охвата, если предполагается, что уровень ресурсов останется неизменным, мониторинг географического охвата становится менее актуальным и может проводиться с меньшей частотой, например, через год.

Данные об обслуженных или охваченных программой клиентах используются для отслеживания востребованности услуг по профилактике ВИЧ. Эти данные следует собирать в рамках системы текущего мониторинга на уровне проекта с самого начала работы над таким проектом, а затем ежемесячно их анализировать. Группировка данных на уровне проекта для целей общего мониторинга программы может осуществляться ежеквартально, каждые полгода или ежегодно. Данные о востребованности можно сочетать с оценками размера группы населения (см. более подробно в главе 3) для определения широты охвата программы ежегодно или каждые два года, в зависимости от наличия обновленных оценок размера группы населения.

Кто должен осуществлять мониторинг востребованности и охвата программы?

Отслеживание количества обслуженных клиентов является базовым элементом мониторинга процесса на уровне проекта. Персонал проекта также может использовать эти данные для расчета индивидуальной оценки охвата, чтобы определить, доходят ли вмешательства до достаточной доли целевой группы или же необходимы изменения стратегий либо дополнительные ресурсы.

Персонал, осуществляющий МиО программы на национальном и субнациональном уровнях, должен обеспечивать группировку данных о востребованности услуг по разным проектам, ориентированным на наиболее уязвимые группы населения, для оценки совокупной широты охвата услуг. Кроме того, именно на этом уровне необходимо осуществлять мониторинг географической широты охвата для выявления пробелов в программах и более стратегически точного распределения ресурсов. Оба эти вида деятельности требуют соответствующего потенциала на национальном и субнациональном уровне для компиляции и анализа данных и получения четкой картины доступности и популярности вмешательств.

Мониторинг реализации минимального пакета услуг по профилактике ВИЧ среди наиболее уязвимых групп населения в Юго-Восточной Азии в районе Меконг

Стратегия AMP США и его партнеров в Юго-Восточной Азии в районе Меконг состоит в поддержке осуществления эффективных вмешательств по профилактике ВИЧ в “горячих точках” по всему региону. Многие такие точки представляют собой крупные города и города среднего размера, а также приграничные территории, где распространено рискованное поведение и отмечен более высокий уровень ВИЧ-инфицирования среди уязвимых групп населения. В таких точках реализуется минимальный набор вмешательств по профилактике ВИЧ, при координации и поддержке доноров, неправительственных организаций и национальных правительств. В минимальный набор входят следующие услуги: обучение по принципу “равный – равному”, аутрич-работа, консультирование и тестирование на ВИЧ, лечение ИППП, распространение презервативов, работа с целевыми средствами массовой информации, лечение наркозависимости и менее опасные практики инъекций для ПИН. Также важно, чтобы набор услуг имел связи с предоставлением лечения и ухода для ЛЖВ. Мониторинг доступности минимального набора услуг осуществляется в ключевых точках по всему региону каждые два года. Проводятся интервью с руководителями проектов и ключевыми информантами для идентификации всех государственных и негосударственных проектов по предоставлению услуг СРЖ, МСМ или ПИН в каждой из таких точек. После этого оценивается количество точек, где присутствуют все компоненты. Помимо мониторинга расширения минимального пакета услуг по профилактике ВИЧ, эти данные используются для совершенствования координации между партнерами и поддержки эффективного осуществления программ.

Источник: Patchara Rumakom, USAID Regional Development Mission, Asia.

Какие методы используются для мониторинга востребованности и охвата?

Мониторинг географического охвата

Картографирование может быть использовано для нанесение на карту географических областей или точек в пределах страны, в которых поведенческие и эпидемиологические данные свидетельствуют о повышенном уровне поведения, связанного с риском инфицирования ВИЧ, и возможном росте распространенности ВИЧ-инфекции. В сочетании с оценкой размера уязвимых групп населения эти данные можно использовать для идентификации мест, или “горячих точек”, где следует осуществлять вмешательства по профилактике ВИЧ. Затем можно оценить доступность таких вмешательств с помощью интервью с ключевыми информантами сообществ, членами организаций, оказывающих услуги по профилактике ВИЧ, и должностными лицами из правительственных органов и донорских организаций. После этого можно отслеживать в течение определенного периода количество точек, где осуществляются вмешательства по профилактике ВИЧ.

Выбор вмешательств для оценки географического охвата должен быть доказательным и должен соответствовать положениям международных руководств по передовой практике. Ряд областей, где осуществлялись вмешательства по профилактике ВИЧ, был определен в принятой ССГАООН в 2001 году Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Более подробную информацию о конкретных вмешательствах в отношении СРЖ и ПИН можно найти в публикациях ВОЗ, на которые дана ссылка в конце настоящей главы.

Мониторинг востребованности и индивидуального охвата

Информация о географическом охвате дает представление о доступности услуг, но не об их востребованности. Поскольку члены уязвимых групп населения зачастую маргинализованы и сталкиваются со стигмой и дискриминацией, то даже при наличии услуг они могут не обращаться за ними. Соответственно, в программах должен быть предусмотрен такой важный компонент оценки охвата, как мониторинг использования ключевых услуг уязвимыми группами.

Для всех проектов необходимо документально фиксировать количество клиентов, получающих услуги или охваченных работой аутрич. Такие сведения можно получить из регистрационных журналов, которые ведутся в клиниках и пунктах доверия, или из формуляров аутрич-работников. Затем эти данные необходимо регулярно (например, ежемесячно) группировать, чтобы можно было оценить общее количество обслуженных клиентов и их количество по видам услуг. Поскольку фиксировать количество клиентов может быть труднее, чем количество визитов или контактов, необходимо ввести в действие систему, которая позволила бы отслеживать индивидуальных клиентов. Некоторые журналы учета клиентов могут содержать персональные данные, позволяющие идентифицировать человека, а в других – может использоваться только уникальный идентификационный номер. Например, пункт доверия для МСМ может выдавать клиентам членскую карточку, содержащую уникальный идентификационный номер. Это дает возможность индивидуальным клиентам регистрироваться для получения услуг, не разглашая идентифицирующие их персональные данные. При проведении аутрич в барах, местах встреч МСМ или в других местах работники аутрич могут спросить клиентов, контактировали ли они с работниками аутрич ранее. Затем, после предоставления услуг аутрич клиенту, они могут отметить это в своих формулярах.

Если осуществляется несколько вмешательств для уязвимых групп населения, широту охвата программы можно оценить с помощью укрупненных данных об услугах, полученных из документации по проекту или из опросов уязвимых групп населения. Ниже приводится краткое описание таких методов.

Документация по программе и оценка размера группы населения

Краткое описание: Данные о востребованности услуг берутся из документации по проекту в сочетании с оценками размера группы населения.

Основные особенности: В большей части проектов ведется документация по клиентам, получающим услуги или охваченным программами аутрич. Эти данные можно использовать для оценки количества клиентов, обслуженных за определенный период времени. Лучше всего это делать при работе с единой системой МиО, которая обеспечивает сбор данных в едином формате и не допускает частичное перекрытие проектов. В сопоставлении с оценками размера целевой группы (см. главу 3) можно оценить широту охвата.

Предпосылки: При этом предполагается, что программы дают возможность отслеживать количество клиентов, охваченных различными проектами. Хотя отслеживать контакты или посещения относительно легко, довольно сложно в рамках проекта отследить количество обслуженных клиентов. Это особенно трудно в отношении уязвимых групп населения, которые могут отказаться использовать услуги, требующие предоставления идентифицирующей их информации. Если в рамках нескольких проектов аналогичные услуги предоставляются одной и той же группе населения или если объединяются оценки по клиентам, обслуживаемым в рамках разных проектов, может получиться так, что одни и те же клиенты, получающие услуги из нескольких проектов, будут учтены несколько раз. Если проекты, ориентированные на одну и ту же группу населения, используют единую систему уникальных кодов, это позволяет снизить такое дублирование. Данный метод предполагает также наличие надежных оценок размера целевой группы населения для использования в качестве знаменателя в расчетах.

Использование двух разных методов для отслеживания количества клиентов, охваченных услугами: примеры из Российской Федерации и Вьетнама

Для отслеживания предоставления услуг индивидуальным клиентам может быть разработана и внедрена специальная система кодирования, обеспечивающая анонимность и в то же время позволяющая идентифицировать клиента программы. Для клиентов программы ПИН в Российской Федерации используется воспроизводимый код, содержащий комбинацию букв и цифр, которые клиент способен воспроизвести независимо от того, в каком состоянии он находится. Такой код создается посредством использования первой буквы имени клиента, первой буквы имени его матери, года рождения и других параметров. Таким образом, при получении услуг клиентам не нужно раскрывать персональные данные, позволяющие установить их личность, или предъявлять членскую карточку либо другие документы для того, чтобы получить услуги.

Источник: Алексей Бобрик, Открытый институт здоровья, Российская Федерация

Оценка количества лиц, охваченных за определенный период времени, особенно затруднена при оказании услуг аутрич уязвимым группам населения в рамках определенного сообщества, поскольку за отчетный период возможны неоднократные контакты с одним и тем же лицом. Это приводит к переоценке фактического количества лиц, получающих услуги. Хотя система уникальной идентификации может применяться для отслеживания количества клиентов, получающих услуги в какой-либо стационарной точке, такой как пункт доверия или клиника по лечению ИППП, такая система менее полезна в условиях аутрич, то есть при работе в барах, в парках, на улицах. Метод “вспоминания” состоит в том, что получателей услуг просят вспомнить, когда в последний раз (например, в прошлом месяце или в прошлом году) к ним обращались сотрудники проекта через систему аутрич по профилактике ВИЧ. Благодаря одному такому вопросу можно успешно разграничить количество контактов или обращений за услугами и количество лиц, действительно охваченных услугами за отчетный период. При апробировании метода во Вьетнаме применительно к программам для СРЖ и МСМ за 3-месячный пилотный период было установлено, что по сравнению с предыдущими тремя месяцами на фоне фактически неизменного количества предоставленных услуг количество охваченных СРЖ сократилось примерно на 50%. Напротив, снижение количества охваченных МСМ было не столь радикальным, повторных контактов было немного, большинство охваченных МСМ были новыми клиентами, и контакт с ними устанавливался всего раз в квартал.

Источник: Mike Merrigan, Family Health International, Thailand

Опросы наиболее уязвимых групп населения

Краткое описание: Вопросы об участии во вмешательствах включаются в поведенческие исследования представителей наиболее уязвимых групп населения.

Основные особенности: Респондентам в рамках исследований задают ряд вопросов об участии во вмешательствах и использовании услуг. Как правило, в таких исследованиях осуществляется сбор данных о широте охвата программы в целом, а не каких-то определенных вмешательств по проекту, поскольку опрашиваемые зачастую не могут идентифицировать источник предоставляемых услуг.

Предпосылки: Предполагается, что респонденты способны вспомнить свое участие в различных видах вмешательств в течение определенного периода времени. Для мобильного населения, такого как секс-работники в определенных обстоятельствах, оценка широты охвата за какой-то период, основанная на данных исследований, может не соответствовать охвату такой целевой группы населения за более продолжительный период, поскольку такие лица могут прибывать в зону вмешательства и убывать из нее. Кроме того, поскольку для опрашиваемых представителей наиболее уязвимых групп населения вероятность охвата программными вмешательствами может быть выше, полученная в результате оценка охвата может оказаться завышенной.

Индикаторы ССГАООН по охвату программами

- Процентная доля представителей наиболее уязвимых групп населения, охваченных программами профилактики ВИЧ
- Процентная доля представителей наиболее уязвимых групп населения, прошедших обследование на ВИЧ и осведомленных о его результатах

Как выбрать наиболее подходящий способ мониторинга востребованности и охвата

В идеале мониторинг востребованности и охвата следует проводить с помощью программной документации и оценки размера уязвимой группы. Однако для этого должна быть возможность сбора информации и составления отчетов о востребованности услуг в рамках проектов, а также должны быть системы, корректирующие полученные цифры во избежание двойного счета. При отсутствии надлежащей системы учета могут быть использованы данные исследований.

Какие особые трудности возникают в связи с мониторингом востребованности и охвата наиболее уязвимых групп населения?

Поскольку представители наиболее уязвимых групп могут пожелать сохранить анонимность при оценке услуг или при общении с работниками аутрич, в рамках проектов может быть трудно отслеживать отдельных клиентов, охваченных услугами. Клиенты могут отказаться предоставить персональные данные, которые могут быть использованы для их идентификации при последующих посещениях. Поскольку работа аутрич часто проводится в таких местах, как бары, места употребления наркотиков или места встреч МСМ, работники аутрич редко имеют возможность документально зафиксировать сведения о клиенте сразу после контакта.

JC1519_Framework for M&E 2_Ru.indd 54 12/08/2009 14:06:05

Как можно использовать результаты?

Во многих странах наращиваются усилия по расширению вмешательств по профилактике ВИЧ среди наиболее уязвимых групп населения. Мониторинг таких усилий позволяет убедиться в том, что для таких групп осуществляется широкий спектр вмешательств и что масштаб вмешательств достаточен для удовлетворения потребностей.

При увеличении объема выделяемых ресурсов руководители программ обязаны отчитаться об эффективном предоставлении соответствующих услуг и часто должны представлять отчеты национальным правительствам, донорам и международному сообществу о количестве обслуженных клиентов в рамках процесса оценки охвата. Отчет о широте охвата может быть полезным инструментом для демонстрации достигнутых результатов и аргументом в пользу выделения дополнительных ресурсов.

В дополнение к мониторингу расширения деятельности, информация об осуществлении программы и ее целевой аудитории необходима для надлежащей оценки программы. В рамках оценки процесса (см. подробнее в главе 5), целью которой является оценка эффективности программы, можно сравнивать прямые результаты, такие как количество обслуженных клиентов, с вкладом. Такие данные также полезны для оценки результатов и воздействия (см. главу 7). Без учета сведений о широте охвата данные оценки результатов или воздействия могут быть дезориентирующими. Например, оценка может показать незначительное воздействие или полное его отсутствие не потому, что вмешательство неэффективно, а потому, что оно не охватывает достаточное количество представителей целевой группы.

Библиография и литература для дополнительного изучения

Bertrand JT, Solis M (2000). *Evaluating HIV/AIDS prevention projects: A manual for non-governmental organizations*. MEASURE Evaluation Manual Series, No 10. Carolina Population Center. Chapel Hill, University of North Carolina at Chapel Hill.

Chapman S, Capo-Chichi V, Longfield K, Piot P (2005). Project MAP: Measuring access and performance (lessons learned and recommendations).Washington, DC, PSI, Research Division

GFATM (2006). Monitoring and Evaluation Toolkit HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria. Second Edition, Geneva, GFATM. http://www.theglobalfund.org/en/about/policies_guidelines/

Rehle T, Saidel T, et al. *Evaluating programmes for HIV/AIDS prevention and care programmes in developing countries. A handbook for programme managers and decision-makers*. Research Triangle Park, NC, FHI.

UNAIDS (2005). *Intensifying HIV prevention*, UNAIDS policy position paper. Geneva, UNAIDS.

United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS (2001). *Declaration of Commitment on HIV/AIDS*. New York, UN.

WHO (2005). *Policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users*. Geneva, WHO.

WHO (2005). *Toolkit for targeted HIV/AIDS prevention and care in sex worker settings*. Geneva, WHO.

Оценка эффективности вмешательства – оценка результатов

На какие вопросы может дать ответ оценка результатов?

Оценка результатов определяет, оказывает ли деятельность в рамках программы надлежащее воздействие на целевые группы населения, и если да, то в какой степени. Такая оценка дает ответ на два вопроса:

- Отмечены ли желаемые результаты среди целевых групп населения?
- Какова вероятность того, что такие изменения являются следствием вмешательства?

Для ответа на первый вопрос необходим сбор данных по отобранным результатам, таким как информированность о ВИЧ и рискованное поведение, на протяжении определенного времени.[4] Ответ на второй вопрос требует применения методов, обеспечивающих достаточные доказательства связи между наблюдаемыми изменениями и вмешательством. Те, кто будет использовать итоги оценки результатов, например специалисты по планированию программ, должны с самого начала определить масштаб ожидаемого эффекта и уровень доказательств, необходимый для того, чтобы сделать вывод об эффективности вмешательства. Эти факторы определяют решения, принимаемые относительно программы, например о том, следует ли продолжать финансирование и нужно ли расширять или повторять вмешательства.

Когда необходимо проводить оценку результатов?

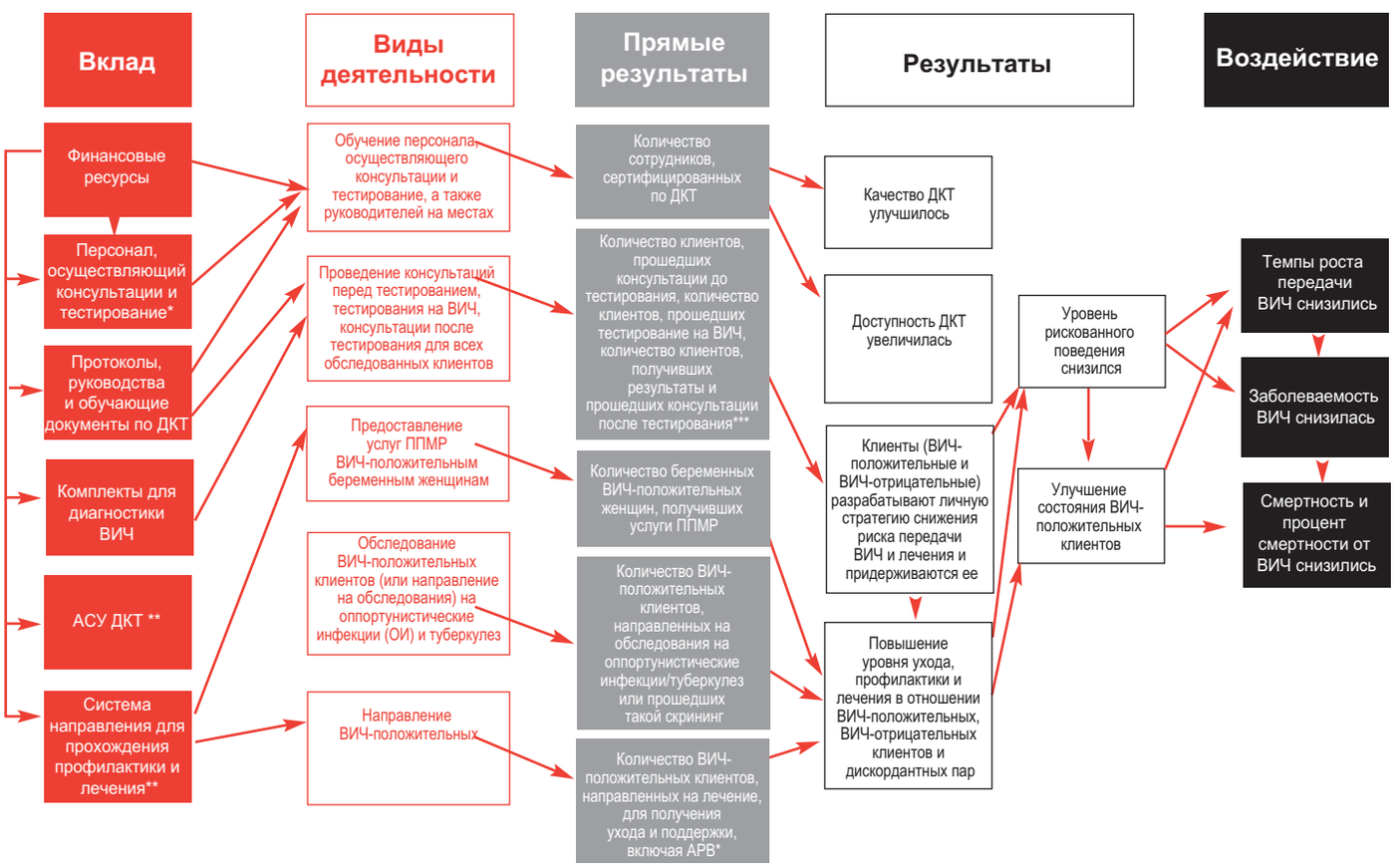
Вопрос о том, требуется ли оценка результатов и какие методы следует использовать, решается в зависимости от вмешательства и его контекста. Как пояснялось во введении к настоящему руководству, масштаб и стоимость деятельности по МиО должны быть пропорциональны размеру, широте охвата и стоимости программ. Кроме того, не все виды деятельности по МиО следует осуществлять для каждой конкретной программы или этапа разработки программы. Вообще говоря, оценку результатов следует проводить после введения нового вмешательства или если эффективность вмешательства неизвестна. Оценка эффективности, как правило, определяет, могло бы вмешательство сработать при оптимальном осуществлении (подход, более характерный для исследований, для которого как правило используются самые точные методы). Оценка эффективности обычно относится к установлению того, работает ли вмешательство как планировалось, в основном в неоптимальных или реальных условиях (более прагматичный подход к программе) (Coyle et al., 1991).

Планирование оценки результатов должно начинаться на ранних этапах формулирования программы. Одним из эффективных методов планирования оценки является разработка логической модели (см. на Рис. 12 пример логической модели для программы ДКТ. Примечание: обозначены только некоторые логические связи между элементами программы). Логическая модель представляет собой оперативную схему программы, показывая, какие виды деятельности должны быть приоритетными и как планируется достичь желаемого результата. Включая в сферу внимания явные связи между краткосрочными, промежуточными и долгосрочными результатами, сотрудники программы смогут лучше оценивать ход выполнения и успех

4 Как правило, для оценки результатов собирают данные об информированности, отношении к проблеме, практике и/или поведении, в то время как оценка воздействия осуществляется на основании таких данных, как распространенность заболевания и/или заболеваемость как функция от деятельности в рамках программы на протяжении времени (Rugg, Peersman and Carael, 2004).

программы и смогут выявить ее слабые места (W.K. Kellogg Foundation, 1998). Такая модель может использоваться для принятия решения о том, какие элементы программы следует систематически исследовать для определения того, были ли правильны исходные посылки программы или же модель не работает так, как изначально предполагалось. Иными словами, логическая модель помогает связать виды деятельности с желаемыми результатами и сосредоточиться на оценке ключевых событий, чтобы понять, что происходит, что получается, что не получается и для каких целевых групп.

Рис. 12. Примерная логическая модель осуществления программы добровольного консультирования и тестирования (ДКТ)



Источник: ORC Macro and the US Centers for Disease Control and Prevention
M&E capacity building for programme improvement, slide set for M&E training, Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2003.

Прежде чем фактически проводить оценку результатов важно определить с помощью мониторинга и оценки процесса, действительно ли деятельность по программе осуществляется в соответствии с планом и доходит до бенефициаров. Кроме того, в случае нового быстро развивающегося проекта необходимо доказать его способность обслуживать большое количество клиентов при надлежащей интенсивности предоставления услуг. (Более подробную информацию об инструментах определения готовности к оценке результатов см.: Global AIDS Programme, 2003). Если программа не готова к оценке, то денежные средства, время и другие ресурсы будут истрачены без пользы, и сотрудники программы могут не испытывать желания проводить и/или разрешать проводить какие бы то ни было оценки вообще.

IC1519_Framework for M&E 2_Ru.indd 58 12/08/2009 14:06:06

В целом на сегодняшний день отмечен недостаток деятельности и документации по оценке результатов профилактики ВИЧ, в особенности в развивающихся странах. Недавний анализ оценок вмешательств по профилактике ВИЧ показал, что вмешательства, ориентированные на наиболее уязвимые группы населения, почти не привлекали внимания и что, в частности, вмешательства, направленные на МСМ, были недостаточно изучены. Кроме того, большая часть оценок была ориентирована на вмешательства на индивидуальном уровне и очень немногие изучали эффективность социальных, политических или структурных вмешательств.[5] На основании результатов такого анализа и текущего развития эпидемии ВИЧ отмечена явная потребность активизации усилий по оценке вмешательств в отношении наиболее уязвимых групп населения, в особенности МСМ и ПИН.

Какие существуют методы проведения оценки результатов? Как выбрать методы, подходящие для определенного контекста или условий?

Проведение оценки результатов требует систематических, хорошо обоснованных методов. В разделе ниже кратко характеризуются основные методы, используемые для оценки результатов. Более подробные описания методики можно найти в литературе, приведенной в библиографическом разделе.

Метод исследования

Выбор надлежащего метода исследования должен начинаться на ранних этапах планирования оценки, поскольку такой выбор определяется целым рядом факторов, таких как финансирование, уровень квалификации персонала и сроки. Как поясняется во введении к настоящему документу, обсервационные, аналитические и экспериментальные исследования – так же как и текущий мониторинг и оценка программы – все вносят свой вклад в ответы на ключевые вопросы здравоохранения (см., например, Рис. 4; см. также Beck et al., 2006). Как правило, используются последовательно различные методы, отвечающие на разные вопросы. Часто пользователей удовлетворяют свидетельства, которые “достаточно хороши”, то есть свидетельства, подтверждающие вероятную связь между операциями программы и желаемым результатом. Если при оценке поведенческих результатов регулярно использовались неэкспериментальные методы, такие методы могли не обеспечить получение сведений, необходимых для того, чтобы заинтересованные лица принимали информированные решения. Если же существует высокий уровень неопределенности или ставки при принятии решений особенно высоки, могут потребоваться более точные методы для получения надежных доказательств того, что наблюдаемые результаты были следствием именно вмешательства, в дополнение к другим факторам. Однако потребность в точном методе исследования должна уравновешиваться соображениями стоимости и обоснованности. Также следует отметить, что хотя экспериментальные исследования могут подтвердить эффективность вмешательства при контролируемых условиях, они в большинстве случаев не позволяют сделать выводы об эффективности того же самого вмешательства при его введении в установившуюся практику.

5 Peersman, et al. (2005).

Использование рандомизированного контролируемого исследования для оценки вмешательства, направленного на секс-работников в Кот-д'Ивуаре

В Кот-д'Ивуаре было проведено рандомизированное контролируемое исследование секс-работников женского пола с участием 542 женщин, получавших базовые или интенсивные вмешательства (более частые посещения), включавшие в себя предоставление информации и обучение, бесплатную раздачу презервативов и лечение ИППП. Результаты были измерены для 225 женщин (42%) посредством самоотчетов о поведении и анализов на ИППП. Когда исходные данные сопоставили с данными после вмешательства, выяснилось, что вмешательство способствовало значительному росту использования презервативов (с 40% до 82%) и снижению распространенности гонореи (с 14% до 5%) и трихомоноза (с 24% до 11%). Заболеваемость ВИЧ оказалась ниже у тех, кто участвовал в интенсивной программе по сравнению с участниками базовой программы, хотя различия были незначительными.

Источник: Hoffman O, Boler T and Dick B. Achieving global goals on HIV among young people most-at-risk in developing countries: young sex workers, injecting drug users and men who have sex with men (2006). In: Ross D, Dick B and Ferguson J (Eds). Preventing HIV/AIDS In Young People. A Systematic Review Of The Evidence From Developing Countries. Geneva, WHO.

При планировании оценки результатов могут использоваться количественные данные или сочетание количественных и качественных данных для создания наиболее полной картины эффективности вмешательства.

- **Количественные методы**: Они актуальны в большинстве случаев для оценки результатов с точки зрения количественного измерения достижения целей программы. Они позволяют проанализировать взаимосвязь между такими переменными, как биографические особенности человека и поведение, несущее в себе риск заражения ВИЧ. Такие инструменты включают в себя исследования и вопросники для систематического сбора данных по определенной выборке лиц.
- **Качественные методы**: Они важны для более полного понимания поведения членов уязвимых групп населения, факторов, влияющих на успех вмешательств по профилактике ВИЧ, а также для интерпретации количественных результатов. Примерами количественных методов могут служить интервью, фокус-группы и прямое наблюдение.

Для повышения надежности и достоверности количественные и качественные поведенческие данные следует триангулировать (сопоставлять) с соответствующими биологическими, поведенческими данными и данными о процессе для более полного отображения контекста, в котором происходит рискованное поведение. При триангуляции используются многочисленные перспективы или методы для интерпретации одного набора данных или программы. При отсутствии строгих контролируемых исследований триангуляция, в определенных обстоятельствах, может использоваться для связи оцениваемого вмешательства с какими-либо наблюдаемыми поведенческими изменениями. Более подробная информация о методе триангуляции данных приведена в главе 9.

JC1751_Framework for M&E 2_Ru.indd 60 14/08/2009 11:45:00

Результаты

Хорошая оценка результатов требует оценки результатов различных уровней:

(a) индивидуальных результатов на основе отдельных клиентов (например, с точки зрения изменения обстоятельств, статуса клиентов, их качества жизни или деятельности, информированности, отношения к проблеме и поведения);

(b) результатов на уровне программы и системы (например, облегчение доступа к больным и их лечения, расширение возможностей по трудоустройству, укрепление партнерских отношений в рамках проекта);

(c) более широких результатов, связанных с семьей или сообществом (например, рост гражданского участия, уменьшение насилия).

Одна из распространенных ошибок в проведении оценки результатов состоит в том, что не отводится достаточно времени на то, чтобы вмешательство могло принести плоды, перед проведением оценки. Вмешательства по профилактике ВИЧ, направленные на поведение, требуют времени для того, чтобы оказать влияние на поведение отдельных лиц, социальные нормы сообщества и собственно заболеваемость ВИЧ. Преждевременная оценка результатов программы может не выявить изменений или показать краткосрочные улучшения, не подкрепленные в дальнейшем.

Инструменты сбора данных и методы выборочного обследования

Один из основных методов оценки эффективности вмешательств состоит в проведении исследований для оценки восприятия проблемы, моделей поведения, информированности, отношения к проблеме и серологического статуса уязвимых групп населения, на которых ориентирован проект или вмешательство по профилактике ВИЧ. В хороших исследованиях используются тщательно апробированные и обоснованные инструменты, применяемые к репрезентативным выборкам населения, на которое направлена вмешательство. Такие исследования должны собирать данные по индикаторам, рекомендованным на международном уровне (более подробно рассматриваются в следующей главе), а также другую информацию, необходимую для целей оценки. Значительную трудность для лиц, проводящих оценку результатов, представляют исследования “труднодоступных” групп населения. Обзор надежных системных методов выборки для сбора данных о рискованном поведении уязвимых групп населения и рекомендованных индикаторов приведен в главе 8.

Кто должен проводить оценку результатов?

Проведение качественной оценки результатов требует квалифицированного персонала, преданного своему делу. Люди, проводящие оценку, не обязательно должны быть учеными, работающими в академических учреждениях, но они должны осознавать предпосылки и основной замысел исследования. Оценщики должны участвовать в проекте с самых ранних этапов, с тем чтобы они могли планировать и составлять бюджет для оценки результатов, основываясь на том, что им известно о программе и информационных потребностях. Поставщики услуг должны осознавать важность оценочных исследований для усовершенствования проекта, долгосрочности и воспроизводимости, тогда как оценщикам необходимо понимать, что большинство организаций нуждается в информации для удовлетворения потребностей по профилактике ВИЧ. Активизация сотрудничества между персоналом программы и оценщиками позволит повысить качество и надежность оценки результатов.

Ниже описан процесс разработки совместной оценки результатов в условиях сообщества с участием заинтересованных лиц, имеющих технический опыт и опыт работы с программами в масштабе сообщества.

(1) Постановка общих целей и вопросов для оценки: С самого начала заинтересованные лица должны ставить общие цели и определять вопросы, направляющие оценку. В ходе предварительных дискуссий заинтересованных лиц побуждают работать совместно для обеспечения равновесия и преемственности между технической оценкой, прикладными организационными навыками и использованием результатов в программе. Главное, чтобы вопросы для оценки отражали приоритеты оцениваемой программы.

(2) Разработка используемой методики: Вопросы для оценки должны определять выбор наиболее подходящей методики. Однако крайне важно, чтобы выбранная методика сохраняла достаточную гибкость для ее адаптации к реалиям проекта, включая корректировку методики в соответствии с предоставлением услуг и потребностями обслуживаемых сообществ. Методика должна поддерживать деятельность программы, вмешательства или предлагаемые услуги и не создавать помех для оказания услуг. Одна из возможных стратегий на стадии, предшествующей оценке, состоит в проведении тренинга для участников оценки, чтобы предоставить информацию и обеспечить взаимодействие между целями и операциями оценки и ее вкладом в предоставление услуг.

(3) Обеспечение регулярной коммуникации и сотрудничества: Для обеспечения надлежащей приверженности оценке заинтересованных лиц (в особенности сотрудников, оказывающих услуги) необходимо создать механизмы и процессы регулярной коммуникации между участниками оценки. Регулярная коммуникация должна включать в себя открытое обсуждение актуальных вопросов и проблем, а также совместное принятие решений о возможном реагировании на них.

(4) Создание механизмов регулярной обратной связи: Необходимо создать механизмы регулярной обратной связи для постоянного обновления сведений об оценке и предоставлении услуг всем заинтересованным лицам. В центре внимания таких обновлений должно быть руководство по применению и использованию данных, полученных в ходе оценки. Во многих случаях заинтересованные лица должны быть готовы к внесению изменений – как в методику оценки, так и в процедуру предоставления услуг – на основании сведений, полученных в ходе оценки.

(5) Использование оценки для развития потенциала программы: Основная цель оценки результатов и проведения исследований в условиях сообщества должна состоять в обеспечении развития и долговечности услуг по программе, с тем чтобы надлежащие услуги оказывались надлежащим образом соответствующим группам населения. Не менее важно планирование оценки таким образом, чтобы процессы и системы оценки разрабатывались в пределах организации сообщества, которая будет существовать и после проведения оценки и может быть использована для других областей предоставления услуг.

Какие особые трудности возникают при проведении оценки результатов?

Проведение эффективной оценки результатов вмешательств по профилактике ВИЧ изначально сопряжено с трудностями в связи с необходимыми навыками и ресурсами и осложняется еще более для исследований, связанных с наиболее уязвимыми группами населения. Следует обращать внимание на специфические препятствия еще в процессе планирования оценки. Первой трудностью оценки результатов профилактики ВИЧ в уязвимых группах населения является необходимость преодоления дискриминации и маргинализации в области исследований и политики. Некоторые лица, определяющие политику, и даже руководители и оценщики программ считают, что уязвимые группы населения не стоят тех ресурсов, которые используются для осуществления и оценки вмешательств. Соответственно, такие маргинализованные группы, хотя они и являются наиболее уязвимыми, получают меньше внимания в плане профилактики. Такая маргинализация особенно опасна при сегодняшних условиях финансирования, когда значительная доля средств направляется на лечение ВИЧ, что создает еще большую конкуренцию за средства, выделяемые на профилактику. Лица, занимающиеся планированием программ, оценкой и распространением знаний в связи с ВИЧ, должны убедить других заинтересованных лиц в постоянной необходимости профилактических вмешательств в отношении наиболее уязвимых групп населения и оценки таких вмешательств.

Другая трудность состоит в планировании и осуществлении исследования. Наиболее уязвимые группы населения зачастую мобильны и труднодоступны, что создает сложности при последующей оценке. Поэтому необходимо проводить специализированные выборки и исследования для получения наиболее надежных оценок поведения после вмешательства. Для этого может потребоваться больше времени, усилий и ресурсов, но польза от такой информации обычно перевешивает связанные с ней затраты.

Другой значимой трудностью является обеспечение и поддержание изменений поведения. Разработка эффективных программ изменения поведения для уязвимых групп населения достаточно сложна, и многие программы не оказывают воздействия на поведение. Это не означает, что вмешательства следует прекратить. Вместо этого следует использовать оценку результатов для выяснения того, каким образом можно усовершенствовать вмешательства.

Проект Сонагачи, Калькутта

Проект Сонагачи в Калькутте, Индия, оказался эффективным в плане расширения использования презервативов секс-работниками, что было подтверждено рандомизированным исследованием сообщества с участием нескольких групп, длившимся более 15 месяцев. Результаты показали, что использование презервативов возросло на 39% в группе вмешательства по сравнению с 11% в контрольной группе. Систематическое использование презервативов выросло на 25% в группе вмешательства по сравнению с 16% в контрольной группе. Эти результаты эмпирически подтвердили существующие эпизодические данные по известным группам и стали очередной иллюстрацией эффективности вмешательств в рамках сообщества, спланированных с ориентацией на целевую группу.

Источник: Basu, Jana and Rotheram-Borus, 2004

Как можно использовать итоги оценки результатов?

Возможно, самым важным этапом оценки результатов является эффективное использование и распространение данных. Оценка результатов предоставляет сведения об эффективности вмешательства, и такая информация важна не только для лиц, составляющих политику, и разработчиков местных программ, но и для других лиц. Среди многих направлений использования результатов оценки (см. список на следующей странице) наиболее важным является усовершенствование и оптимизация вмешательств по профилактике ВИЧ. Оценка результатов может использоваться планировщиками программ для совершенствования программ, адаптированных к специфическим потребностям населения, которое они обслуживают. Кроме того, концепция и содержание программы могут быть воспроизведены (с коррективами) для других уязвимых групп населения или в других географических областях. Итоги оценки могут послужить основанием для распределения ресурсов между различными программами и обеспечить необходимые данные для того, чтобы убедить лиц, составляющих политику, в важности активизации программ профилактики ВИЧ.

Возможное использование итогов оценки результатов:

- содействие стратегическому планированию будущих программ;
- предоставление информации для планов и мероприятий по укреплению потенциала;
- координация планов и решений по комплектации программ персоналом;
- оказание влияния на деятельность и принимаемые решения по финансированию;
- оказание влияния на разработку и корректировку организационной политики;
- предоставление ценной информации о выводах, сделанных из прошлого опыта, для агентств, планирующих осуществление аналогичных программ;
- оказание влияния на государственную политику и процедуры.

Важно, чтобы итоги оценки результатов интерпретировались в координации и интегрировались с информацией и выводами, сделанными по итогам других видов деятельности по МиО, в особенности оценки процесса. Информация по процессу полезна для понимания того, почему и каким образом вмешательства достигли или не достигли результата, и может помочь понять, что именно вызывает изменения поведения.

Для повышения вероятности использования данных оценщики и планировщики программ должны планировать использование данных до и в течение процесса оценки вмешательства. До принятия решения о плане оценки оценщики должны составить список всех соответствующих заинтересованных лиц, таких как составители политики, доноры, сотрудники программы и т.д., а также решить, кто с максимальной вероятностью будет использовать данные, собранные в ходе оценки результатов, и как будет осуществляться такое использование. На этой стадии необходимо выявить все препятствия для использования данных и разработать стратегии их преодоления. Это может включать в себя, например, привлечение заинтересованных лиц на раннем этапе и составление вопросов для оценки, значимых для планируемых пользователей.

Итоги оценки следует довести до сведения целевых групп населения, и такие группы должны участвовать в более широком распространении данных. Например, специалист по обучению может посетить сообщество, где оказываются сексуальные услуги за плату, и обсудить программу, ее эффективность и вопрос о том, где существует доступ к услугам. Итоги оценки следует распространять своевременно, не вызывая возражений аудитории, посредством:

- формальных и неформальных сетей в уязвимых сообществах с помощью встреч, информационных бюллетеней и других форумов;
- профессиональных конференций по профилактике ВИЧ и МиО с использованием документов, представляемых на обсуждение, или постеров;
- журналов (специализированных или популярных);
- электронных средств массовой информации, таких как интернет-страницы и электронная почта.

Важно, в особенности при доведении итогов до сведения уязвимого сообщества, чтобы итоги были адаптированы к аудитории. Следует избегать чрезмерно сложных технических и научных терминов, а важные понятия следует формулировать иначе, максимально практично. При презентации следует указывать, почему такие итоги имеют значение для аудитории, какое они имеют отношение к ней и к сообществу в целом.

Для того чтобы итоги оценки повлекли за собой практические изменения, необходимо обеспечить высокое качество письменных отчетов.
Полезный отчет об оценке:

- предоставляет информацию в контексте, рассматривая итоги оценки в перспективе;
- представляет убедительные доказательства того, что такая оценка убедительна и актуальна;
- содержит конкретные реалистичные рекомендации для лиц, разрабатывающих политику, и планировщиков программ.

Библиография и литература для дополнительного изучения

Basu I, Jana S and Rotheram-Borus M (2004). HIV Prevention among Sex Workers in India. *JAIDS*. 36(3):845-852.

Beck EJ and Mays N (2006). Some Lessons Learned. In: Beck EJ, Mays N, Whiteside A and Zugina J (Eds.). *The HIV Pandemic: local and global implications*. Oxford, Oxford University Press.

Coyle S, Boruch R and Turner C (Eds.) (1991). *Evaluating AIDS Prevention Programmes*. Washington DC, National Academy Press.

FHI (2000). *Behavioral Surveillance Surveys: Guidelines for Repeated Behavioral Surveys in Populations at Risk of HIV*. Bangkok, FHI.

Gibney L, DiClemente R and Vermund S (Eds.) (1999). *Preventing HIV in Developing Countries: Biomedical and Behavioral Approaches*. New York, Kluwer/Plenum Publishers.

Global AIDS Programme. (2003). *Monitoring and Evaluation Capacity Building for Programme Improvement Field Guide, Version 1*. Atlanta, GA, U.S. Centers for Disease Control and Prevention.

Lamptey P and Gayle H (Eds.) (2001). *HIV/AIDS Prevention and Care in Resource Constrained Settings: A Handbook for the Design and Management of Programmes*. Arlington, VA, FHI.

Rehle T, Saidel T, Mills S and Magnani R (Eds.). (2001). *Evaluating Programmes for HIV/AIDS Prevention and Care in Developing Countries*, Arlington, VA, FHI.

Rugg D, Peersman G and Carael M (Eds.). (2004). Global Advances in HIV/AIDS Monitoring and Evaluation. *New Directions for Evaluation*, 103. Wiley Periodicals, Inc.

UNAIDS and WHO (2000). *Guidelines for second generation HIV surveillance*. Geneva, Working Group on Global HIV/AIDS and STI *surveillance*: 48.

W.K. Kellogg Foundation (1998). *Evaluation Handbook*. Battle Creek, MI, W.K. Kellogg Foundation.

Мониторинг результатов программы и индикаторов воздействия – роль исследований и эпидемиологического надзора

На какие вопросы дает ответ мониторинг результатов программы и воздействия?

Результаты программы и индикаторы воздействия – это средства измерения влияния программы на население, которое является объектом вмешательств. Пропаганда практики избегания или снижения риска инфицирования ВИЧ является важным компонентом программ профилактики для наиболее уязвимых групп населения, и измерение изменений в этой области играет ключевую роль в мониторинге и оценке таких программ. Изменение поведения, снижающее уязвимость населения к ВИЧ-инфекции, может включать в себя уменьшение количества сексуальных партнеров, использование презервативов при половых актах с повышенным риском, снижение потребления инъекционных наркотиков или применение более безопасной практики инъекций. Отслеживание изменений в сексуальном поведении и потреблении инъекционных наркотиков на протяжении времени позволяет получить индикаторы успеха комплекса мероприятий, направленных на пропаганду менее опасного поведения и снижение распространения ВИЧ среди наиболее уязвимых групп населения.

Программы профилактики ВИЧ часто сосредотачивают значительные усилия на коммуникационных программах изменения поведения, направленных на распространение информации о том, как можно избежать ВИЧ, и на развеивание заблуждений о болезни и о путях ее передачи. Может быть полезен мониторинг уровня осведомленности наиболее уязвимых групп населения, в особенности тех, где осведомленность о способах передачи и профилактики ВИЧ еще низка или где распространены мифы и заблуждения.

Программы в конечном итоге имеют целью снижение количества новых случаев инфицирования ВИЧ. Распространенность ВИЧ среди наиболее уязвимых групп населения – косвенный критерий измерения воздействия программы – играет важную роль в измерении успеха программ, направленных на снижение распространения ВИЧ в таких группах. Хотя распространенность ВИЧ является рекомендованным индикатором, у нее есть несколько ограничений. Распространенность ВИЧ – это критерий измерения, который медленно меняется в случае более зрелой эпидемии и может отражать изменения заболеваемости (новые случаи заболевания) только с отставанием в пять лет или больше. (Напротив, при относительно молодой и быстро растущей эпидемии заболеваемость почти немедленно преобразуется в распространенность). Кроме того, распространенность ВИЧ становится менее полезной как критерий измерения воздействия профилактических программ, когда антиретровирусная терапия становится широко доступной (количество ЛЖВ возрастает, что может замаскировать изменения количества новых случаев заболевания). Несмотря на эти ограничения в отсутствие критериев измерения заболеваемости ВИЧ распространенность ВИЧ продолжает играть важную роль в отслеживании и мониторинге тенденций развития эпидемии.

Когда необходим мониторинг результатов программы и индикаторов воздействия?

Важными компонентами анализа ситуации и идентификации проблем являются поведенческие исследования и эпидемиологический надзор для оценки информированности и рискованного поведения и получения информации об уровне ВИЧ-инфицирования среди наиболее уязвимых групп населения. Такие сведения следует учитывать при разработке национальных ответных действий и программ на всех уровнях и, соответственно, именно эти критические мероприятия следует проводить до планирования программ и распределения ресурсов. Собирая такие данные до осуществления программ, их можно использовать как исходные данные для деятельности по МиО.

После осуществления программ рекомендуется регулярно проводить поведенческие исследования, в особенности при наличии мощных программ профилактики. Частота таких исследований зависит от количества поведенческих изменений, которые ожидаются среди населения, которое является объектом мониторинга, наличия ресурсов и готовности использовать собранную информацию для совершенствования профилактических мероприятий. В идеале их следует проводить каждый год или каждые два года.

Частота мероприятий по надзору зависит от наличия ресурсов и методов надзора. Дозорный эпиднадзор за ВИЧ (ДЭН) обычно проводится ежегодно, в то время как надзор, который является частью единой системы биологического и поведенческого надзора, можно проводить менее часто, например, каждые два года.

Кто должен осуществлять мониторинг результатов и индикаторов воздействия?

Поведенческий и эпидемиологический надзор можно проводить под руководством национальной программы противодействия ВИЧ/СПИДу или национального центра эпидемического мониторинга. В некоторых странах с концентрированными эпидемиями надзор может осуществляться силами НПО и других организаций гражданского общества и может не координироваться национальными или субнациональными правительствами. Поскольку многие программы для наиболее уязвимых групп населения часто проводятся НПО, такие организации могут внести значимый вклад в планирование такой деятельности. Также они, вероятно, захотят использовать собранные таким образом данные для совершенствования собственных профилактических услуг и, соответственно, они могут предложить подходящие вопросы для исследования. Кроме того, они могут иметь хороший доступ к сообществам, которые в других обстоятельствах являются труднодоступными.

Очень часто существует напряжение между общенациональными и местными должностными лицами в отношении сбора поведенческих или биологических данных и масштаба применения таких данных. Должностные лица на общенациональном уровне, которые должны отчитываться перед соответствующими законодательными органами, могут, например, пожелать указать коэффициент национальной распространенности ВИЧ. Для этого такие должностные лица могут запланировать общенациональные исследования для оценки соответствующего коэффициента, с небольшими выборками от каждого района, объединенными для обеспечения размера выборки, достаточной для оценки общенациональных показателей.

Должностных лиц на местах, напротив, больше всего интересует коэффициент в своем регионе, в котором они отвечают за осуществление программ профилактики. В целом, при концентрированной эпидемии информационные потребности местных должностных лиц

могут быть более важны, чем потребности на национальном уровне. Поэтому целесообразно принимать к сведению административный уровень, на котором обычно происходит планирование и осуществление программ, и затем осуществлять сбор данных на этом уровне.

Какие существуют методы поведенческого и эпидемиологического надзора?

При оценке эффективности вмешательства может быть достаточно исследований населения, использующего соответствующие услуги. Однако для понимания изменений в информированности, поведении и ВИЧ-статусе среди населения, которое является объектом программ профилактики ВИЧ, в исследования также необходимо включать людей, которые теоретически являются объектом вмешательства, но не пользуются услугами. В настоящем разделе мы рассмотрим некоторые методы мониторинга индикаторов осведомленности, поведения и распространенности ВИЧ среди такого населения.

Проводятся исследования для оценки восприятий, моделей поведения, информированности, отношения к проблеме и, все более часто, серологического статуса уязвимых групп населения. В хороших исследованиях применяются апробированные и обоснованные инструменты в отношении представителей соответствующих групп населения. Выборка по желанию исследователей может представлять различные подгруппы в пределах уязвимой группы населения. Например, выборка, состоящая из посетителей баров, клубов или мест встреч МСМ, где мужчины ищут себе партнеров мужского пола, будет репрезентативна только в отношении мужчин, которые ходят в эти и аналогичные места. Такая ограниченная репрезентативность приемлема, если это учитывается исследователями и их выводы ограничиваются представленной группой населения. План выборочного обследования и инструмент, используемый для данной группы, должен служить основой для всех дальнейших исследований, оценивающих аналогичные данные, для обеспечения определенного уровня консистентности и способности осуществлять мониторинг тенденций.

Методы выборок для исследования наиболее уязвимых групп населения

Исследования домохозяйств не являются адекватным методом для отслеживания рискованных моделей поведения, не получивших широкого распространения среди населения в целом, но способных внести непропорционально значительный вклад в распространение ВИЧ, таких как потребление инъекционных наркотиков, секс между мужчинами или секс за плату. Для получения информации от лиц с таким рискованным поведением необходимы специализированные исследования соответствующих групп населения. Кроме того, исследования домохозяйств не охватывают лиц с высокой мобильностью и проводящих значительное время вне дома, таких как военные, рабочие-мигранты, водители-дальнобойщики и иные лица, совершающие длительные поездки. Такие лица подвергаются более высокому риску ВИЧ-инфицирования, поскольку зачастую являются клиентами секс-работников или имеют одновременно несколько партнеров. Такое население часто обозначают как “связующие группы”, потому что эти люди могут передавать ВИЧ женам или подругам, представителям населения в целом, не практикующим рискованное поведение. Несмотря на указанные выше ограничения в охвате уязвимых групп населения, исследования домохозяйств полезны для получения информации о более распространенных и менее осуждаемых обществом моделях поведения, таких как половые контакты мужчин с секс-работницами. Ниже приведена краткая характеристика методов взятия выборок скрытых и труднодоступных групп населения. С более полным описанием можно ознакомиться в исследованиях организации “Фэмили хелс Интернэшнл” (ФХИ) по поведенческому надзору.

Методы исследования “в местах встреч”

Краткое описание: Оценка рискованного поведения и других характеристик групп (например, ПИН, СРЖ, МСМ), посещающих определенные места, такие как бары, дома терпимости, места встреч МСМ, стоянки дальнобойщиков и места менее опасного употребления наркотиков.

Основные особенности: Все известные места, посещаемые уязвимыми группами, наносятся на карту, фиксируется время проведения операции. Существуют определенные методы экспресс-оценки, облегчающие нанесение точек на карту и выявление скрытых групп населения, например, Международная методика экспресс-оценки, отклика и анализа (I-RARE). Отображение на карте позволяет создать основу выборки с заданными параметрами времени и места, при этом места, которые открыты дольше, имеют большую вероятность попасть в выборку. Случайная выборка осуществляется из списка, причем вероятность попадания места в выборку пропорциональна продолжительности ее часов работы. Затем осуществляются посещения выбранных мест в установленный период времени, и проводятся интервью.

Предпосылки: Предполагается, что все места, посещаемые членами определенной группы риска, нанесены на карту, и что члены группы риска могут быть идентифицированы и привлечены к сотрудничеству в определенном месте. Такие методы требуют значительных затрат времени и сил и зачастую выявляют только видимых членов группы населения. Например, ПИН и мужчины, не считающие себя гомосексуалистами, как правило, избегают мест скопления таких групп во избежание идентификации с ними.

Сетевые методы

Краткое описание: Оцениваются свойства членов группы риска, принадлежащих к одним и тем же сетям.

Основные особенности: Члены группы риска оцениваются с помощью таких методов как выборка по методу “снежного кома”, метод “случайного блуждания”, направление по цепочке или выборка, построенная респондентами . При выборке по методу “снежного кома”, методе “случайного блуждания” и направлении по цепочке информанты в уязвимой группе идентифицируют других членов группы для выборки. Затем такие лица идентифицируют других, так что создается цепочка информантов. Эти три метода, по существу, представляют собой нерепрезентативные методы, используемые из соображений удобства, и их недостатком является то, что исследователям приходится находить членов группы, предоставляющих справочную информацию. В методе выборки, построенной респондентами (ВПР), выборка по принципу “снежного кома” сочетается со статистической моделью, присваивающей параметрам определенный вес, что теоретически позволяет создать вероятностную выборку.

Предпосылки: Все сетевые методы основываются на предположении, что информанты репрезентативно отражают целевую группу, однако опрошенные на самом деле могут представлять смещенную выборку. Выборка, построенная респондентами, обладает свойствами, которые позволяют преодолеть некоторые ограничения нерепрезентативных методов и создать репрезентативную выборку. Выборка, построенная респондентами, дополнительно опирается на предпосылку, что все члены группы риска соединены с группой риска как минимум одной социальной связью, что люди будут приходить в офис на интервью и что посетители не будут притворяться членами уязвимой группы для того, чтобы получить предусмотренное для последних вознаграждение.

Учрежденческие методы

Краткое описание: Оцениваются свойства группы, выявленной в пределах учреждений.

Основные особенности: Члены группы риска идентифицируются в контексте учреждений, таких как клиники по лечению ИППП и туберкулеза, программы по обмену игл, тюрьмы и клиники метадоновой терапии.

Предпосылки: Вероятно, что представлены окажутся только те члены групп, которые обратились за помощью или были арестованы, если речь идет о тюрьмах. Тем не менее, может быть охвачено большое количество членов группы, и можно многое узнать о программах, которые на такие учреждения не ориентируются. Такие выборки, которые по своему характеру нерепрезентативны и определяются соображениями удобства, можно соотнести с более полной выборкой в специальном исследовании, при условии что учрежденческая выборка действительно собрана систематически в стабильной группе населения.

Методы серологического надзора среди уязвимых групп населения

Серологический надзор обеспечивает основу для измерения воздействия (или итогового эффекта) всех программ, направленных на снижение распространения ВИЧ в группе населения. Сочетание групп населения, включенных в систему надзора, обычно определяется стадией эпидемии и тем, какие группы наиболее уязвимы к ВИЧ. Если ВИЧ сосредоточен в группах, практикующих рискованное поведение, такие группы включаются в систему надзора в первую очередь. Однако, как отмечалось выше, распространенность ВИЧ, как критерий измерения воздействия программы, имеет свои ограничения. При отсутствии динамики показателей ВИЧ для стабильной группы населения на протяжении времени, невозможно произвести оценку заболеваемости на основании данных о распространенности – а стабильные группы очень трудно обеспечить при работе с уязвимыми группами населения. Необходимо усовершенствование существующих систем эпидемиологического надзора, если мы хотим, чтобы распространенность ВИЧ была действенным критерием измерения воздействия программы.

Для обеспечения лучшего понимания тенденций распространенности ВИЧ ЮНЭЙДС и партнеры пропагандируют системы надзора второго поколения, в которой поведенческие данные интегрированы в системы серологического надзора (см. UNAIDS 2000). В системах надзора второго поколения также большее внимание уделяется тем сегментам населения, где возникают новые случаи заболевания, таким как наиболее уязвимые группы, рассматриваемые в настоящем руководстве. Биологические и поведенческие данные могут собираться в одной и той же группе населения, но посредством раздельных процедур сбора данных, или же могут быть объединены в рамках одного вида деятельности по сбору данных. Ниже описываются два основных метода мониторинга распространенности ВИЧ среди наиболее уязвимых групп населения:

Системы дозорного эпиднадзора по ВИЧ (ДЭН)

Краткое описание: Группы с высоким риском инфицирования ВИЧ тестируются на ВИЧ регулярно, как правило, каждый год.

Основные особенности: Тестируемые группы населения могут включать в себя пациентов клиник по лечению ИППП, ПИН, СРЖ, призывников, беременных женщин и т.д. Исследование пациентов клиник может быть анонимным, несвязанным, то есть пробы крови, оставшиеся после рутинных тестов (например, на сифилис), проверяются на антитела к ВИЧ после того, как все сведения, позволяющие установить личность пациента, были удалены. Представителей идентифицируемых групп риска (например, ПИН) исследуют с помощью вероятностных выборок. Теоретически, поведенческие исследования опираются на те же группы, но не

обязательно включают в себя тех же лиц. Несвязанное анонимное тестирование проводится только в клиниках, где доступно консультирование и тестирование на ВИЧ (КТ), желательно непосредственно в данной клинике или в клинике, расположенной неподалеку. Единственный случай, когда такое правило не действует, – это ситуация, когда данные о распространенности ВИЧ требуются для адвокации с целью увеличения доступности КТ в данной области. Несвязанное анонимное тестирование остается важным инструментом измерения распространенности ВИЧ. Несвязанное анонимное тестирование – это единственный способ сбора объективных данных для оценки распространенности ВИЧ-инфекции. Большинство других доступных методов несут в себе риск отказа участников от обследования, что в регионах с высоким уровнем стигмы может привести к тому, что данные исследования окажутся бесполезными из-за высокого процента отказов.

Предпосылки: Предполагается, что одна и та же группа исследуется в каждой точке в определенный момент времени. В большинстве систем дозорного эпиднадзора собираются такие данные, как возраст, пол и группа риска – определенная в соответствии с местом проведения интервью – и никакой другой информации. Такие сведения часто оказываются недостаточными для оценки успеха или неудачи программы.

Системы объединенного поведенческого и биологического надзора (ОПБН)

Краткое описание: Это поведенческие исследования, которые также включают в себя тестирование на ВИЧ.

Основные особенности: Биологические образцы и поведенческая информация собираются параллельно. В этих исследованиях используются методы взятия выборок, описанные выше. Как и ДЭН, ОПБН должны осуществляться периодически, с использованием одинаковых методов для аналогичных групп населения. (См. FHI, 2000.)

Предпосылки: Предполагается, что включение тестирования на ВИЧ не побуждает респондентов отказываться от участия. Однако необходимо выявлять случаи непредоставления данных как по вопросам анкеты, так и по тестированию на ВИЧ, чтобы выявить возможную погрешность. Комплексные исследования более сложны, чем поведенческие, но их преимуществом является меньшая стоимость, чем стоимость двух отдельных исследований, а также более удобный анализ моделей поведения в соотнесении с показателями зараженности. Большая надежность данных надзора должна способствовать более обоснованному принятию решений по распределению ресурсов. Для обеспечения максимальной эффективности таких данных системы надзора следует оценивать после каждого раунда для изучения сделанных выводов, пробелов в данных и возникших препятствий и внесения необходимых изменений в систему.

Рекомендуемые индикаторы результатов и воздействия

После идентификации и определения релевантных уязвимых групп населения можно определить индикаторы для таких групп. Такие индикаторы должны представлять модели поведения, которые, как предполагается, более других влекут за собой передачу ВИЧ и которые должны измениться в результате осуществления программ профилактики ВИЧ. При эпидемиях низкого уровня и концентрированных эпидемиях акцент делается на рискованные контакты, такие как половые отношения с секс-работником, незащищенный секс с ПИН, незащищенный секс между МСМ и использование нестерильного инъекционного инструментария. В дополнение к поведенческим индикаторам может быть полезно также осуществлять мониторинг уровня информированности о профилактике ВИЧ среди таких групп населения. Приведенные ниже индикаторы приняты ССГАООН. Подробное описание индикаторов приведено в Приложении. Они представляют собой минимальный набор индикаторов для программ, ориентированных на наиболее уязвимые группы населения. Руководители программ могут по желанию также осуществлять мониторинг других индикаторов, и это всячески приветствуется.

Индикаторы результатов и воздействия ССГАООН 2007 года*

Результат: информированность

- Процент [представителей наиболее уязвимых групп населения], которые не только правильно идентифицируют способы профилактики передачи ВИЧ половым путем, но и не разделяют основных заблуждений о передаче ВИЧ.

Результат: поведение

- Процент секс-работников женского и мужского пола, сообщивших о том, что они использовали презерватив при последнем контакте с клиентом.
- Процент мужчин, сообщивших о том, что они использовали презерватив при последнем анальном контакте с партнером-мужчиной.
- Процент потребителей инъекционных наркотиков, сообщивших об использовании презерватива при последнем половом контакте.
- Процент потребителей инъекционных наркотиков, сообщивших об использовании стерильного инъекционного инструментария при последней инъекции.

Воздействие

- Процент ВИЧ-инфицированных [представителей наиболее уязвимых групп населения],

* Пожалуйста, обратитесь к интернет-сайту ЮНЭЙДС (www.UNAIDS.org) за обновлениями этого списка индикаторов ССГАООН для наиболее уязвимых групп населения.

Некоторые программы могут в качестве индикатора воздействия отслеживать распространенность ИППП, в особенности в отношении уязвимых мужчин, которые с высокой вероятностью являются клиентами секс-работников. В ситуации, когда программы профилактики имеют целью расширить доступ к услугам по ИППП и повысить их качество (например, для СРЖ и МСМ), может быть трудно интерпретировать меняющийся уровень распространенности ИППП, поскольку его повышение может быть следствием расширенного использования услуг или более точной диагностики, а не роста рискованного поведения. Однако в группах, где доступ к услугам по ИППП остается относительно неизменным, распространенность ИППП может эффективно использоваться вместо распространенности рискованного сексуального поведения, а также в качестве раннего предупредительного сигнала , свидетельствующего о росте заболеваемости ВИЧ.

Как выбрать наиболее подходящие методы

Выбор наиболее подходящих методов взятия выборок для исследования наиболее уязвимых групп населения определяется свойствами группы, например, тем, является ли группа скрытой или видимой, собираются ли члены группы в местах, подлежащих идентификации, насколько тесны социальные связи и насколько группа рассеянна географически. Кроме того, следует также учитывать, как будут использоваться результаты исследования и насколько доступны ресурсы.

Какие особые трудности возникают в связи с наиболее уязвимыми группами населения?

Вопрос о том, как производить выборку “труднодоступных” групп населения, таких как СРЖ, ПИН и МСМ и, в частности, мобильных и мигрирующих групп, – один из самых сложных в осуществлении поведенческих исследований и деятельности по надзору. Хотя может быть сложно произвести произвольную выборку в отношении таких “подвижных целей”, следует использовать надежные, систематические методы выборки – они могут успешно применяться во многих ситуациях. Такие методы при последовательном использовании от одного раунда исследования до другого повышают вероятность получения надежных оценок индикаторов для таких групп населения.

Предоставление денежных стимулов может привлечь к исследованию дополнительных участников в некоторых сообществах, однако следует категорически избегать значительных денежных компенсаций, поскольку они могут оказывать понуждающее влияние. Предоставление денежных стимулов также влечет за собой дополнительные трудности. По мере того как в сообществе возрастает количество исследований, предоставляющих финансовые стимулы, участники исследований могут требовать за участие более высокое вознаграждение. Кроме того, участники одного исследования могут также участвовать в других исследованиях. Это может внести путаницу в результаты исследований.

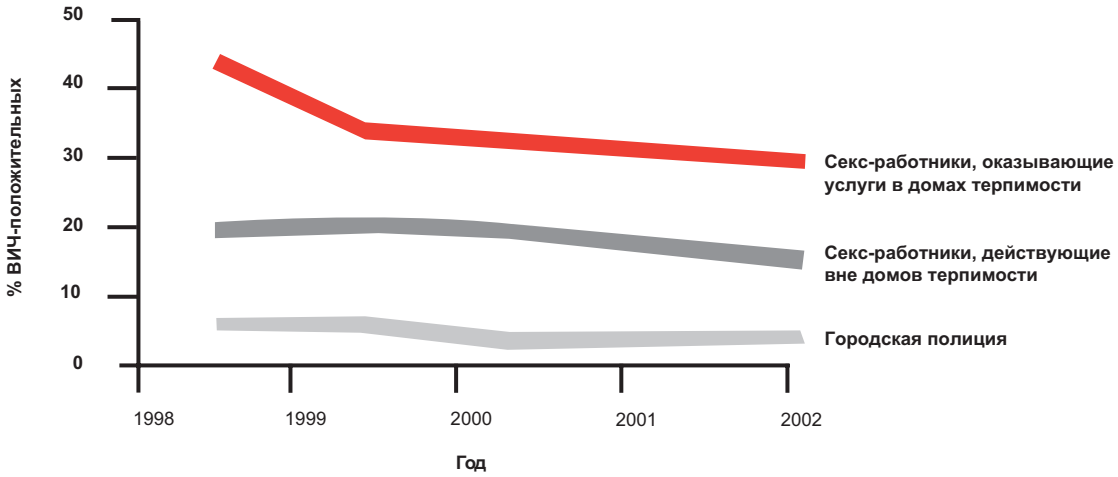
Как и при всех остальных мероприятиях по сбору данных среди уязвимых групп населения, необходимо соблюдать этические принципы исследований, включая уважение к частной жизни, конфиденциальность, анонимность и принцип “не навреди”. При получении информации от подростков, не достигших совершеннолетия, следует обращать особое внимание на национальные и международные этические принципы (см. Этичные методы получения информации у детей и подростков в международном масштабе: руководящие принципы и ресурсы, Совет по народонаселению, 2005 – Ethical Approaches to Gathering Information from Children and Adolescents in International Settings: Guidelines and Resources, Population Council, 2005).

Какой бы метод мониторинга индикаторов для уязвимых групп населения ни использовался, необходимо стандартизировать инструменты с точки зрения группы населения и географии. Во всех исследованиях необходимо осуществлять согласованные действия по оценке членства всех респондентов в группах, в особенности если участникам предлагается вознаграждение. Интервьюеры должны быть хорошо подготовлены, должны проявлять эмпатию и избегать субъективных оценок. Самыми лучшими интервьюерами часто оказываются непосредственно члены группы, хотя в небольших географических областях для обеспечения конфиденциальности следует выбирать внешних интервьюеров. Также возможны риски, угрожающие членам уязвимых групп, а также этические проблемы, связанные с наймом таких лиц. Примером может служить ситуация, когда вы нанимаете бывших ПИН и просите их вернуться на улицы, где окажутся доступны наркотики и где такие лица столкнутся с ситуациями, которые в прошлом могли побудить их вернуться к прежним привычкам. Кроме того, определенные ситуации несут в себе реальную угрозу жизни и благополучию исследователей, собирающих информацию о нелегальном поведении уязвимых групп. Существует ряд новаторских и ненавязчивых мер, позволяющих получить индикаторы результатов и воздействия, не подвергая риску сотрудников, посредством прямого взаимодействия или наблюдения (см. Des Jarlais et al. и другие источники).

Как можно использовать результаты биологического и поведенческого надзора?

Данные надзора вносят значимый вклад в идентификацию проблемы и предоставляют существенные сведения для организации ответных действий на национальном и субнациональном уровне. Они показывают также, в достаточно ли большом масштабе осуществляются коллективные усилия для того, чтобы оказать воздействие на эпидемию, и могут служить мерилом успеха пакета вмешательств по профилактике ВИЧ (см. Рис. 13). Однако для оценки и обоснования связей между вмешательствами и результатами программы необходим комплексный анализ. Комплексный анализ биологических и поведенческих данных используется на двух крайних этапах концепции вопросов здравоохранения, представленной в главе 1. Комплексный анализ поведенческих и эпидемиологических данных и их объединения с данными на уровне программы для целей оценки подробно рассматривается в следующей главе.

Рис. 13. Использование оценок по распространенности ВИЧ среди секс-работников женского пола и мужчин, которые могут быть их клиентами, для отслеживания эпидемических тенденций в указанных уязвимых группах населения



Источник: Cambodia Surveillance Unit, National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STDs (NCHADS), 2004.

Библиография и литература для дополнительного изучения

Des Jarlis D, Dehne KL and Casabona J (2001). HIV surveillance among injecting drug users. AIDS 15 (suppl. 3): S13-22.

FHI (1998). Meeting the behavioral needs of national HIV/AIDS and STD programmes. A joint impact/FHI/ UNAIDS workshop: Report and Conclusions. Research Triangle Park, NC, FHI.

FHI (2000). Behavioral Surveillance Surveys: Guidelines for repeated behavioral surveys in populations at risk of HIV. Bangkok, FHI.

Heckathorn D (nd). What is respondent driven sampling?" Retrieved Dec 2, 2006 from http://www.respondentdrivensampling.org

MacLachlan EW, Baganizi E, Bougoudogo F, et al. (2002). The feasibility of integrated STI prevalence and behavioral surveys in developing countries. Sexually Transmitted Infections 2002: 78:187-189.

Magnani R et al. (2005). Review of sampling hard to reach and hidden populations for HIV surveillance, AIDS 2005, 19 (suppl 2):S67–S72.

Pervilhac C, Stover J, Pisani E, et al. Using surveillance data: recent experiences and avenues for the future. AIDS 2005, 19 (suppl. 2): S53-S58.

UNAIDS and WHO (2000). Guidelines for second generation HIV surveillance. Geneva, Working Group on Global HIV/AIDS and STI surveillance: 48.

United States Centers for Disease Control (2001). Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems. MMWR 2001;50 (RR-13): 1-35. Atlanta, GA, CDC.

Определение общей эффективности – применение триангуляции и комплексного анализа

На какие вопросы дают ответ триангуляция и комплексный анализ?

Цель триангуляции состоит в повышении надежности и достоверности оценки программы посредством анализа данных из нескольких источников, часто полученных разными методами. Таким образом, результаты могут быть подтверждены, и достоинства какого-то одного метода или источника данных могут компенсировать слабость (или погрешность) другого при оценке эффективности программы, по отдельности или в совокупности. В контексте организационной схемы МиО (см. главу 1, Рис. 2) триангуляция может использоваться для ответа на следующие вопросы относительно эффективности, как на уровне результатов, так и на уровне воздействия:

- Работают ли вмешательства и обеспечивают ли они изменение ситуации?
- Какие отмечены изменения индикаторов результатов и воздействия на уровне группы населения и что они означают?
- Можно ли наблюдаемые изменения результатов и воздействия отнести к прямым результатам программы? В достаточно ли большом масштабе осуществляются коллективные мероприятия для того, чтобы повлиять на течение эпидемии?

В большинстве случаев при реализации мероприятий по программам профилактики ВИЧ данные поступают из нескольких источников. Как отмечалось во введении в описании организационной схемы комплексный метод МиО включает в себя последовательный и цикличный процесс, в котором используются различные методы для ответов на разные вопросы.

- Качественные и количественные исследования по данным наблюдений, поперечные или последовательные поперечные, дают ответы на такие вопросы, как: “Существует ли определенная проблема?”, и, если да, то “Каков масштаб проблемы?” и “Кого она затрагивает?”
- Аналитические исследования, методом случай-контроля или когортные исследования, дают ответ на такие вопросы, как: “В чем причина выявленной проблемы?”
- Экспериментальные исследования дают ответ на вопрос: “Осуществляется ли вмешательство и, если да, эффективна ли она?”
- Мониторинг прямых результатов, результатов и воздействия, а также оценка процесса и результатов в первую очередь ориентированы на оценку хода осуществления, эффективности, действенности, беспристрастности и приемлемости конкретных осуществленных программ на протяжении времени.

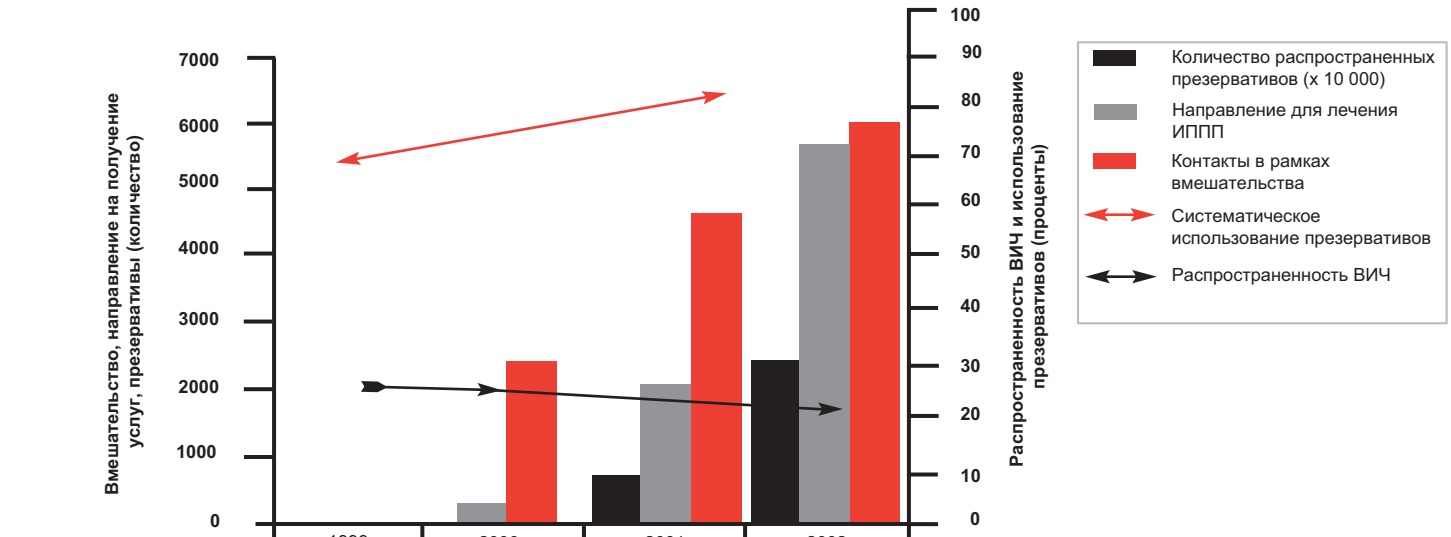
При том, что каждый из методов сбора данных имеет свои ограничения, их комбинированное и комплексное использование позволяет преодолеть индивидуальные ограничения. С этой точки зрения не существует единой иерархии методов исследования, и необходимые знания приобретаются с помощью последовательного использования дополняющих друг друга методов исследования (Beck et al, 2006).

Триангуляционный анализ – это особенно важный инструмент для рутинной установки параметров программы. В этой ситуации триангуляция данных из ряда источников позволяет оценить и обосновать связь между вмешательством и заслуживающими внимания резуль-

татами, связанными с целевой группой населения. В процессе триангуляции оценка результатов (рассматривалась в главе 7) тесно увязывается с оценкой процесса (рассматривалась в главе 5). Действительно, изучение изменений индикаторов результатов и воздействия без предварительной оценки прямых результатов профилактической программы может привести к ошибочным выводам об эффективности определенного вмешательства или общих ответных мер. На Рис. 14 показано, как следует проводить совместную оценку данных уровня процесса и данных уровня результатов и воздействия для того, чтобы выявить вероятные причинно-следственные отношения между коллективными национальными ответными действиями в Камбодже, ростом использования презервативов и снижением распространенности ВИЧ.

Рис. 14. Триангуляция данных уровня процесса о продажах презервативов, количестве контактов в рамках обучения по принципу "равный – равному" и количестве направлений на лечение ИППП в сочетании с поведенческими результатами и данными о распространенности ВИЧ, полученными в результате эпиднадзора

Распространенность ВИЧ среди секс-работников, оказывающих услуги в домах терпимости, в Камбодже снизилась, а использование презервативов возросло. За тот же период вмешательства, направленные на секс-работников, выросли в три раза, обеспечив значительную широту охвата.



	1999	2000	2001	2002
Количество распространенных презервативов (х 10 000)			489	2750
Направление для лечения ИППП		252	2032	5809
Контакты в рамках вмешательства		2582	4187	6191
Систематическое использование презервативов	80,3		89,8	
Распространенность ВИЧ	33,2	31,5		28,8

Источник: Cambodia behavioural and biological surveillance surveys, 1999-2001, FHI Cambodia project monitoring data for women's health interventions. Family Health International, Thailand.

Когда необходимо проводить триангуляционный анализ?

Триангуляционный анализ для обеспечения эффективной оценки следует проводить только в определенных обстоятельствах. Ниже перечислены некоторые критерии, которые используют, чтобы определить, имеет ли смысл проводить триангуляционный анализ:

- Если вмешательство осуществляется достаточно долго, и можно обоснованно утверждать, что изменения в группе могут быть следствием вмешательств по программе. Для изменений поведения такой период составляет от двух до трех лет. Для распространенности ВИЧ в идеале требуется от пяти до семи лет для того, чтобы изменения в уровне распространенности ВИЧ можно было отнести на счет профилактической программы.
- Если вмешательство осуществляются с достаточной интенсивностью при достаточной широте охвата для того, чтобы можно было ожидать эффекта в целевой группе населения.
- Когда имеются данные по процессам на уровне программы, включая программные прямые результаты, оценки охвата и качества осуществления программы, полные, высокого качества и доступные для вмешательств.
- Если результаты оценки процессов по программе показывают, что программа осуществляется в соответствии с планом. Если же этого не происходит, не имеет смысла проводить триангуляционную оценку эффективности.

Какие существуют методы проведения триангуляционного анализа?

Перекрестные данные о поведенческих и биологических результатах и воздействии, как правило, являются первоочередным источником данных для триангуляционного анализа. Их преимущество состоит в том, что они могут быть обобщены для целевых групп профилактической программы, так что можно проводить вмешательства по результатам таких исследований. В сочетании с данными программного уровня из программ, направленных на те же целевые группы, они могут способствовать установлению связи между изменениями критериев измерения на уровне группы с мероприятиями в рамках программы. В дополнение к таким количественным данным в анализ включаются качественные, которые могут предоставить сведения о контексте и облегчить интерпретацию итогов анализа.

Обычные источники триангуляционных данных для оценки программы:

- повторные исследования распространенности ВИЧ и ИППП и поведенческие исследования;
- рутинные прямые результаты процесса оказания услуг в рамках программы;
- оценка обеспечения и повышения качества услуг;
- качественные исследования, такие как глубинные интервью, дискуссии в фокус-группах, интервью с ключевыми информантами или этнографические экспресс-исследования.

Перекрестные данные надзора или исследований с целью выяснения уровня знаний, отношения, поведения, практики (ЗОПП), специально разработанных для определенной программы, должны быть доступны, как минимум, в начале программы (исходные данные) и после вмешательства. В идеале должны быть доступны данные по нескольким временным рядам. Кроме того, стандартизованные вопросники исследований должны содержать вопросы о попадании под воздействие вмешательства для оценки типа, степени и продолжительности попадания под воздействие программ профилактики ВИЧ. Данные исследования о попадании под воздействие вмешательств могут использоваться для валидации данных уровня программы.

Триангуляция, как правило, используется для определения эффективности определенной программы или общей эффективности нескольких программ. Однако она не дает точных количественных оценок эффекта программы – для этого требуются более жестко контролируемые экспериментальные методы. Тем не менее, при отсутствии таких методов, обычно сопровождающих программы профилактики ВИЧ, триангуляция представляет собой ценный подход к использованию доступных данных для оценки эффективности программы в максимально возможной степени.

Как выбрать наиболее подходящие методы

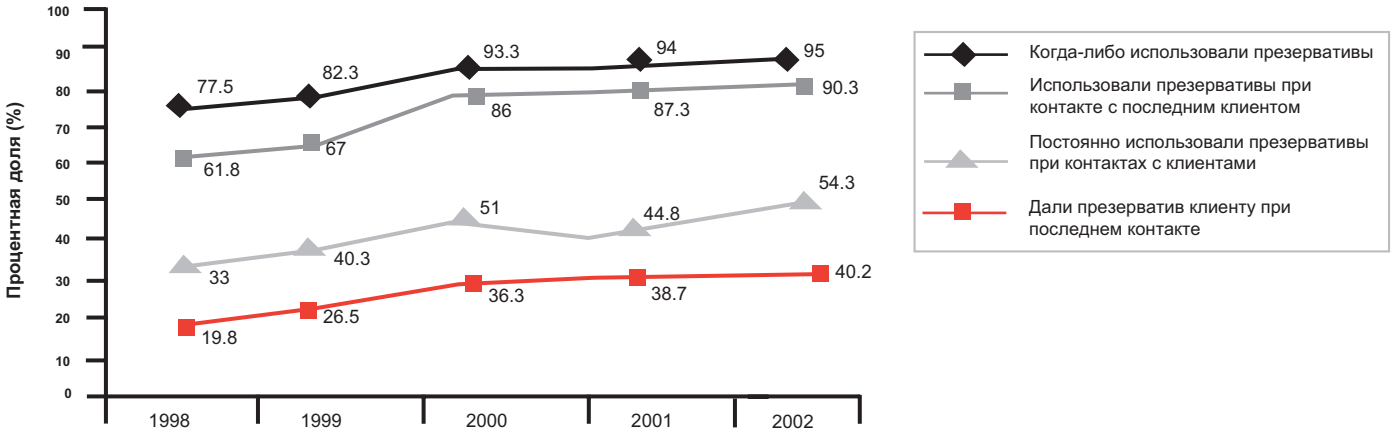
Не существует стандартизованной методологии триангуляции, которую можно было бы применять к комплексному триангуляционному анализу, да ее и не должно быть. Используемые конкретные методологические подходы необходимо адаптировать к контексту осуществления программы, а также к источникам и качеству имеющихся данных. Тем не менее, в качестве общего руководства можно использовать следующую аналитическую схему:

1. Изучение тенденций во времени, связанных с поведенческими индикаторами для данной группы (см. Рис 15) и средствами измерения воздействия, такими как распространенность ВИЧ или ИППП в районе действия программы. Однако перед тем, как использовать такие данные, важно оценить их пригодность, задав следующие вопросы: Соответствуют ли критерии включения в исследования наиболее уязвимых групп населения целевой группе вмешательства? Имеются ли репрезентативные данные по выборке достаточного размера в соответствующих географических районах действия?

Данные о результатах обычно более пригодны для триангуляции с данными уровня программы, нежели данные о распространенности ВИЧ (часто используются вместо данных о заболеваемости ВИЧ). Изменения распространенности ВИЧ могут отражать естественную историю эпидемии или могут быть следствием других факторов, таких как смертность и миграция. Интерпретация таких данных еще более осложняется при активизации услуг по антиретровирусной терапии, поскольку широкое применение такой терапии увеличивает время выживания лиц, инфицированных ВИЧ (в дополнение к другим потенциальным эпидемиологическим эффектам), что, в свою очередь, может привести к росту распространенности ВИЧ. Даже интерпретация тенденций в отношении поведенческих результатов может представлять трудности, поскольку такие тенденции могут отражать спонтанные фоновые изменения в обществе, не зависящие от деятельности в рамках программы, или распространение информации, непосредственно не относящейся к вмешательством по программе.

2. Изучение тенденций во времени, связанных с широтой охвата и интенсивностью программы в период ее действия (см. Рис. 18). Затем эти тенденции можно сравнить с тенденциями индикаторов результатов и воздействия, выявленными посредством соответствующих исследований группы населения. Обратите внимание, что между первыми и вторыми должен быть временной интервал, который необходимо учитывать при сопоставлении таких данных. В дополнение к прямому результату программы и источникам данных исследования следует также изучить данные о качестве услуг. Также полезно определять, адекватно ли качество программы, в дополнение к оценке качества прямых результатов процесса.

Рис. 15. Поведенческие индикаторы использования презервативов СРЖ неуклонно растут на протяжении времени, районы у шоссе Терай, Непал, 1998-2002 гг.

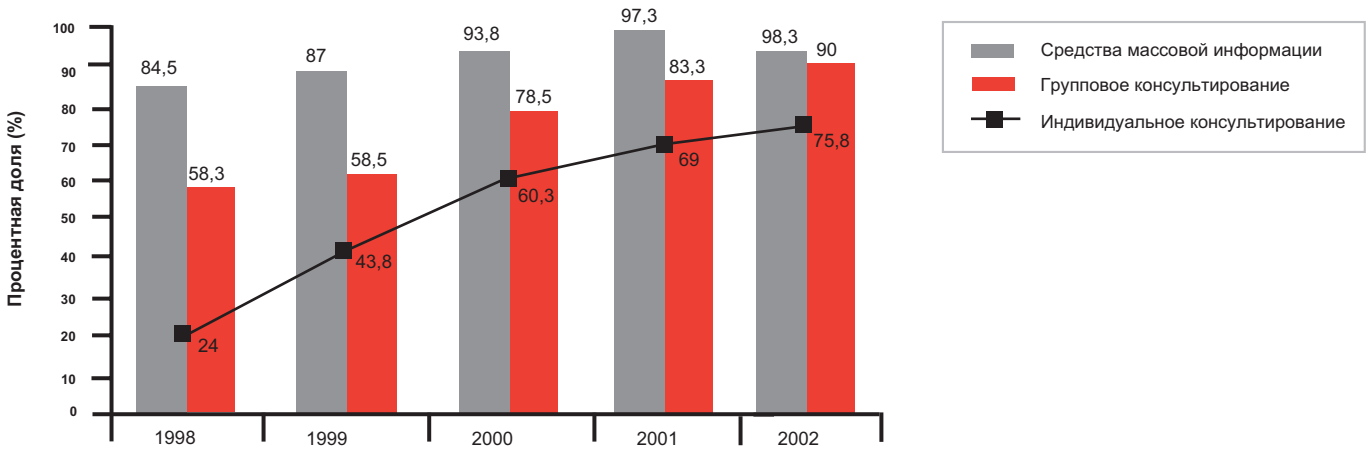


Источник: New Era and FHI. Behavioural surveillance surveys along the Terai highway routes of Nepal, Rounds 1-5, 1998-2002.

3. Изучение связи между (a) переменными по группе населения, определяющими уровень информированности, отношение к проблеме и поведение, и (b) специализированными переменными "попадания под воздействие" вмешательств по типам воздействия программы (контакты в рамках обучения по принципу "равный – равному", аутрич-работа, распространение презервативов, целевые средства массовой информации, тестирование на ВИЧ, доступ к услугам по лечению ИППП и т.д.) и продолжительности и интенсивности такого воздействия. Отличаются ли лица, подвергшиеся воздействию программы, от тех, кто не испытывал такого воздействия, с точки зрения информированности, отношения к проблеме и практикуемого поведения? Отражают ли отличия логику программы вмешательств? Демонстрация "зависимости реакции от дозы", выявляющей взаимосвязь между типом, интенсивностью или продолжительностью воздействия программы и поведенческими индикаторами также полезна для оценки потенциальной атрибуции программы (см. Рис. 17 и 18).

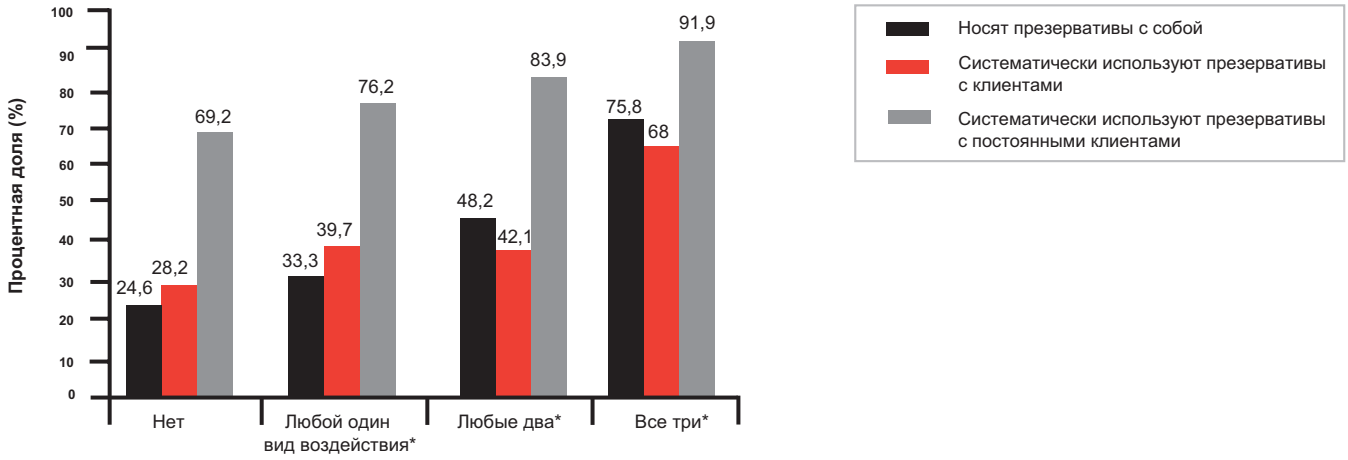
Для устранения пробелов в понимании взаимоотношений между данными результатов и воздействия по программе и по группе населения, описанными на этапах с 1 по 3, особенно полезны количественные исследования, проведенные среди бенефициаров программы и членов целевой группы. Такие исследования помогают получить дополнительные сведения и контекстные данные для установления потенциальных эффектов программы и вопросов о том, что работает, а что нет (т.е. почему и как).

Рис. 16. Попадание под воздействие разных категорий источников информирования о ВИЧ, связанных с НПО, среди СРЖ велико и растет на протяжении времени, районы у шоссе Терай, Непал, 1998-2002 гг.



Источник: New Era and FHI. Behavioural surveillance surveys along the Terai highway routes of Nepal, Rounds 1-5, 1998-2002.

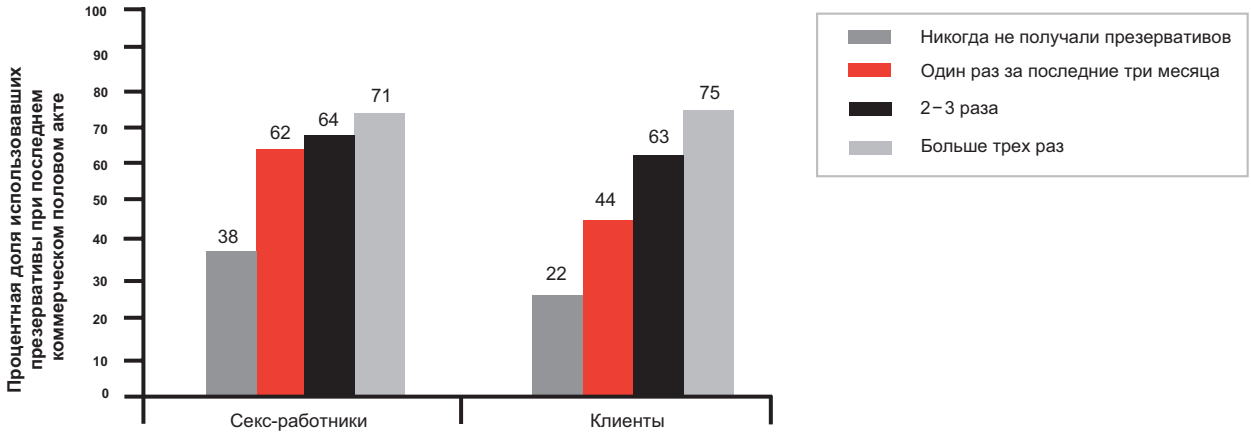
Рис. 17. Большее попадание под воздействие различных мероприятий, проводимых НПО, среди СРЖ связано с более распространенным использованием презервативов, районы у шоссе Терай, Непал, 2002 г.



*1) Получали презервативы, 2) получали брошюры / материалы, 3) получали ИОК о ВИЧ.

Источник: New Era and FHI. Behavioural surveillance surveys along the Terai highway routes of Nepal, Rounds 1-5, 1998-2002.

Рис. 18. Существует сильная “зависимость реакции от дозы”, показывающая, что более интенсивный контакт оказывает большее воздействие на использование презервативов, в особенности в отношении клиентов – мужчин, Манадо, Индонезия



Источник: Directorate of Communicable Disease Control and Environmental Health, Ministry of Health and Central Bureau of Statistics, Behavioural Surveillance Surveys, 2003.

Кто должен осуществлять триангуляционный анализ?

Принимая во внимание разнообразные методы и источники данных, задействованные в проведении триангуляционного анализа, настойчиво рекомендуется командная работа. Одно из преимуществ триангуляции состоит в том, что в ней участвуют несколько исследователей для минимизации погрешности, которая может быть связана с техническими и экспериментальными навыками одного из исследователей. Для оценки доступности и качества данных следует привлекать исследователей, имеющих значительный опыт анализа количественных и качественных данных, а также использования методов и способов интеграции и синтеза данных. Руководители программы, заинтересованные лица и представители наиболее уязвимых групп населения должны участвовать в разработке и составлении вопросов и оценке масштаба эффективности, для обеспечения максимальной ценности итогов анализа. Для минимизации погрешности, связанной с “желательным” оформлением результатов, рекомендуется также, чтобы ведущие исследователи непосредственно не участвовали в разработке и осуществлении программы. Хотя это не всегда возможно, но такая мера способствует обеспечению объективности.

Какие особые трудности возникают в связи с наиболее уязвимыми группами населения?

Очень важно, чтобы в процессе оценки участвовали представители уязвимых групп населения, с тем чтобы соответствующие сообщества получили отчет об итогах оценки, а также о том, какие модели поведения изменились, а какие нет. Кроме того, их участие необходимо, чтобы такие итоги не имели никаких негативных последствий для групп населения, которые являются объектом вмешательств. Напротив, эти итоги следует использовать конструктивно, для информирования о будущих вмешательствах, направленных на уязвимые группы населения. На коллективном уровне определение эффективности национальных ответных мер на эпидемию имеет решающее значение для политики и адвокации, планирования программы и МиО.

Библиография и литература для дополнительного изучения

Beck EJ and Mays N (2006). *Some Lessons Learned*. In: Beck EJ Mays N, Whiteside A and Zugina J (Eds.). *The HIV pandemic: local and global implications*. Oxford, Oxford University Press.

FHI (2003). *Evaluating programmes for HIV/AIDS prevention and care in developing countries*. Research Triangle Park, NC, FHI.

Greene JC and Caracelli VJ (Eds.) (1997). Advances in mixed-method evaluation: The challenges and benefits of integrating diverse paradigms. *New Directions for Evaluation*, No. 74, 1997.

Patton MQ (Ed.) (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. 2nd edition. Newbury Park, CA, Sage Publications, p.11-12.

Приложение. Индикаторы ССГАООН

Важное замечание:

Настоящее руководство не включает в себя всеобъемлющий перечень индикаторов для осуществления контроля по программам, направленным на наиболее уязвимые группы населения. Ниже приводятся только индикаторы ССГАООН для наиболее уязвимых групп населения, которые являются частью требований в отношении мониторинга, изложенных в Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом [см. Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS. Guidelines on construction of core indicators. UNAIDS 2007]. Пожалуйста, смотрите на интернет-сайте ЮНЭЙДС (www.UNAIDS.org) обновления настоящего руководства, включая новые редакции индикаторов ССГАООН для наиболее уязвимых групп населения.

Индикатор	Метод измерения
Охват 1. Процент [представителей наиболее уязвимых групп населения], охваченных программами профилактики ВИЧ	Надзор за поведением или иные специализированные исследования
2. Процент [представителей наиболее уязвимых групп населения], прошедших тест на ВИЧ в последние 12 месяцев и осведомленных о его результате.	Надзор за поведением или иные специализированные исследования
Результат: знания 3. Процент [представителей наиболее уязвимых групп населения], которые не только правильно идентифицируют способы передачи ВИЧ половым путем, но и не разделяют основных заблуждений о передаче ВИЧ.	Специализированные исследования, такие как Исследование надзора за поведением, проводимое ФХИ.
Результат: поведение 4. Процент секс-работников женского и мужского пола, сообщивших о том, что они использовали презерватив при последнем контакте с клиентом	Специализированные исследования, такие как Исследование надзора за поведением секс-работников, проводимое ФХИ.
5. Процент мужчин, сообщивших о том, что они использовали презерватив при последнем анальном контакте с партнером-мужчиной	Специализированные исследования, такие как Исследование надзора за поведением мужчин, которые занимаются сексом с мужчинами, проводимое ФХИ.
6. Процент потребителей инъекционных наркотиков, сообщивших об использовании презерватива при последнем половом контакте	Специализированные исследования, такие как Исследование надзора за поведением потребителей инъекционных наркотиков, проводимое ФХИ.
7. Процент потребителей инъекционных наркотиков, сообщивших об использовании стерильного инъекционного инструментария при последней инъекции	Специализированные исследования, такие как Исследование надзора за поведением потребителей инъекционных наркотиков, проводимое ФХИ.
Воздействие 8. Процент ВИЧ-инфицированных [представителей наиболее уязвимых групп населения]	Ежегодное руководство ЮНЭЙДС/ВОЗ по надзору за распространением ВИЧ второго поколения, Руководство ФХИ о взятии выборок групп населения

JC1519_Framework for M&E 2_Ru.indd 85 12/08/2009 14:06:06

1. Наиболее уязвимые группы населения: программы профилактики

Определение	Процент [представителей наиболее уязвимых групп населения], охваченных программами профилактики ВИЧ
Цель	Оценить ход осуществления программ профилактики ВИЧ, ориентированных на наиболее уязвимые группы населения
Пределы применения	Страны с концентрированной эпидемией или эпидемией низкого уровня, включая страны с концентрированными субэпидемиями в рамках генерализованной эпидемии
Средства измерения	Надзор за поведением или иные специализированные исследования
Метод измерения	Респондентов просят ответить на следующие вопросы: 1. Известно ли вам, куда вы можете обратиться, чтобы пройти тест на ВИЧ? 2. Выдавали ли вам презервативы в последние двенадцать месяцев? (Например, через службу аутрич, в пунктах доверия или клинике по лечению ИППП) Потребителям инъекционных наркотиков (ПИН) также задают следующий дополнительный вопрос: 3. Выдавали ли вам за последние двенадцать месяцев стерильные иглы и шприцы? (Например, работник аутрич, специалист по обучению по принципу “равному-равному” или в рамках программы обмена игл) В числителе: Количество респондентов-представителей наиболее уязвимых групп населения, ответивших “да” на оба вопроса (или все три в случае ПИН). В знаменателе: Общее количество опрошенных респондентов За каждый отдельный вопрос начисляются баллы – на базе одного и того же знаменателя – в дополнение к баллу по комбинированному индикатору. Данные, собранные по этому индикатору, следует документировать отдельно для каждой уязвимой группы населения, с разбивкой по половой принадлежности и возрастным группам (<25 / 25+). По мере возможности данные по уязвимым группам населения следует собирать через организации гражданского общества, имеющие опыт работы с такими группами в полевых условиях. Необходимо обеспечивать секретность в отношении способов контакта с респондентами, а также конфиденциальность собранных данных.
Интерпретация	• Организация доступа к уязвимым группам населения и/или их исследование могут быть сопряжены с трудностями. Соответственно, полученные данные могут не быть основаны на исследовании репрезентативной выборки [уязвимых групп населения] в общенациональном масштабе. Если существует такая проблема, то отсутствие надлежащей основы в виде репрезентативной выборки должно быть отражено в интерпретации данных исследования. Если имеются различные источники данных, следует использовать наилучшую из имеющихся оценок. Сведения о размере выборки, качестве / надежности данных и всю сопутствующую информацию следует указать в отчете, подаваемом по такому индикатору. • Включение таких индикаторов в отчетность не следует понимать так, что одних только этих услуг достаточно для программ профилактики ВИЧ для данных групп. В комплексную программу профилактики ВИЧ должен входить набор описанных выше ключевых вмешательств, вместе с такими компонентами, как издание обращений по профилактике ВИЧ (например, через программы аутрич и обучение по принципу “равный-равному”) и заместительная терапия в отношении опиодиов для потребителей инъекционных наркотиков.

	• После издания глобального доклада о ходе осуществления в 2006 году рекомендуется давать более подробную информацию о качестве и интенсивности услуг, предоставленных наиболее уязвимым группам населения, с точки зрения критериев измерения компонентов предоставляемых услуг. Ввиду сложности такого элемента измерений, в особенности в контексте наиболее уязвимых групп населения, разработка таких критериев требует интенсивного процесса по сбору информации, синтезу и формулированию рекомендаций. Это было трудно выполнить в период между составлением отчетов за 2005 и 2007 годы. Однако работа над таким процессом была начата, и ожидается, что к следующему периоду предоставления отчетности рекомендации будут готовы. Между тем, рекомендуется обращаться за справками к приведенным ниже руководствам – они помогут в интерпретации собранных данных с точки зрения качества и интенсивности. • UNAIDS (2006). A Framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programmes for Most-at-Risk Populations. • UNAIDS (2006). Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention: Towards Universal Access. • WHO (2006). Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users.

2. Тестирование на ВИЧ среди наиболее уязвимых групп населения

Определение	Процент [представителей наиболее уязвимых групп населения], прошедших тест на ВИЧ в последние 12 месяцев и осведомленных о его результате
Цель	Оценить ход осуществления тестирования на ВИЧ и консультирования среди наиболее уязвимых групп населения
Пределы применения	Страны с концентрированной эпидемией или эпидемией низкого уровня, включая страны с концентрированными субэпидемиями в рамках генерализованной эпидемии
Средства измерения	Надзор за поведением или иные специализированные исследования
Метод измерения	Респондентов просят ответить на следующие вопросы: 1. Проходили ли вы тест на ВИЧ в последние 12 месяцев? Если да: 2. Я не спрашиваю, каков ваш результат теста, главное, известен ли он вам? В числителе: Количество респондентов-представителей наиболее уязвимых групп населения, прошедших тест на ВИЧ в последние 12 месяцев и осведомленных о его результате. В знаменателе: Общее количество респондентов – представителей уязвимых групп, включенных в выборку. Данные, собранные по этому индикатору, следует документировать с разбивкой по половой принадлежности и возрастным группам (<25 / 25+). По мере возможности данные по уязвимым группам населения следует собирать через организации гражданского общества, имеющие опыт работы с такими группами в полевых условиях. Необходимо обеспечивать секретность в отношении способов контакта с респондентами, а также конфиденциальность собранных данных.
Интерпретация	• Организация доступа к уязвимым группам населения и/или их исследование могут быть сопряжены с трудностями. Соответственно, полученные данные могут не быть основаны на исследовании репрезентативной выборки [уязвимых групп населения] в общенациональном масштабе. Если существует такая проблема, то отсутствие надлежащей основы в виде репрезентативной выборки должно быть отражено в интерпретации данных исследования. Если имеются различные источники данных, следует использовать наилучшую из имеющихся оценок. Сведения о размере выборки, качестве / надежности данных и всю сопутствующую информацию следует указать в отчете, подаваемом по такому индикатору. • Отслеживание наиболее уязвимых групп населения на протяжении времени для измерения успеха в осуществлении программы может быть сопряжено с трудностями ввиду мобильности и труднодоступности таких групп, при том что многие такие группы являются скрытыми. Соответственно, информацию о характере выборки следует предоставлять в повествовательной форме для облегчения интерпретации и анализа на протяжении времени.

3. Наиболее уязвимые группы населения: уровень информированности о профилактике ВИЧ	
Определение	Процент [представителей наиболее уязвимых групп населения], которые не только правильно идентифицируют способы передачи ВИЧ половым путем, но и не разделяют основных заблуждений о передаче ВИЧ
Цель	Оценить успехи в формировании информированности об особенностях передачи ВИЧ среди наиболее уязвимых групп населения
Пределы применения	Страны с концентрированной эпидемией или эпидемией низкого уровня, включая страны с концентрированными субэпидемиями в рамках генерализованной эпидемии
Средства измерения	Специализированные исследования, такие как Исследование надзора за поведением наиболее уязвимых групп населения, проводимое ФХИ.
Метод измерения	Респондентов просят ответить на следующие вопросы: 1. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, занимаясь сексом только с одним верным неинфицированным партнером? 2. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, используя презервативы? 3. Может ли здоровый на вид человек быть ВИЧ-инфицированным? 4. Можно ли заразиться ВИЧ от укуса комара? 5. Можно ли заразиться ВИЧ, разделив трапезу с инфицированным человеком? В числителе: Количество респондентов-представителей наиболее уязвимых групп населения, давших правильные ответы на все пять вопросов. В знаменателе: Количество опрошенных респондентов – представителей наиболее уязвимых групп, давших ответ, в том числе «не знаю», на все пять вопросов. Для всех респондентов начисляются баллы по индикаторам, которые следует разбивать по половой принадлежности и возрастным группам (<25 / 25+). Первые три вопроса менять не следует. Вопросы 4 и 5 можно заменить другими, характеризующими заблуждения, наиболее распространенные в данной стране. Респондентов, которые никогда не слышали о ВИЧ и СПИДе, следует исключить из числителя, но включить в знаменатель. Начисляются баллы по каждому отдельному вопросу – на основе одного и того же знаменателя – в дополнение к баллам по комбинированному индикатору. По мере возможности данные по уязвимым группам населения следует собирать через организации гражданского общества, имеющие опыт работы с такими группами в полевых условиях. Необходимо обеспечивать секретность в отношении способов контакта с респондентами, а также конфиденциальность собранных данных.

Интерпретация	• Мнение, что здоровый на вид человек не может быть ВИЧ-инфицированным, – это широко распространенное заблуждение, результатом которого могут быть незащищенные половые контакты с инфицированными партнерами. Правильная информированность о заблуждениях относительно возможных путей передачи ВИЧ столь же важна, как и правильная информированность о реальных способах передачи. Например, мнение о том, что ВИЧ передается с комариными укусами, может ослабить мотивацию по безопасному сексуальному поведению, а предрассудок, что можно заразиться ВИЧ, разделив трапезу с инфицированным, увеличивает стигму, с которой сталкиваются люди, живущие с ВИЧ. • Этот индикатор особенно полезен в странах, где низка информированность о ВИЧ и СПИДе, поскольку позволяет легко измерить небольшие постепенные улучшения на протяжении времени. Однако он не менее важен и в других странах, поскольку его можно использовать, чтобы убедиться, что поддерживается существовавший ранее высокий уровень информированности. • Исследование уязвимых групп населения может быть сопряжено с трудностями. Соответственно, полученные данные могут не быть основаны на исследовании репрезентативной выборки [уязвимых групп населения] в общенациональном масштабе. Если существует такая проблема, то отсутствие надлежащей основы в виде репрезентативной выборки должно быть отражено в интерпретации данных исследования. Если имеются различные источники данных, следует использовать наилучшую из имеющихся оценок. Сведения о размере выборки, качестве / надежности данных и всю сопутствующую информацию следует указать в отчете, подаваемом по такому индикатору.

4. Секс-работники: использование презервативов

Определение	Процент секс-работников женского и мужского пола, сообщивших о том, что они использовали презерватив при последнем контакте с клиентом
Цель	Оценить успехи по профилактике подверженности воздействию ВИЧ среди секс-работников посредством незащищенного секса с клиентами.
Пределы применения	Страны с концентрированной эпидемией или эпидемией низкого уровня, включая страны с концентрированными субэпидемиями в рамках генерализованной эпидемии
Средства измерения	Специализированные исследования, такие как Исследование надзора за поведением секс-работников, проводимое ФХИ.
Метод измерения	Респондентов просят ответить на следующий вопрос: Использовали ли вы презерватив при половом акте с последним клиентом за прошлые 12 месяцев? В числителе: Количество респондентов, сообщивших, что использовали презерватив с последним клиентом за прошлые 12 месяцев. В знаменателе: Количество респондентов, сообщивших, что оказывали сексуальные услуги на коммерческой основе в последние 12 месяцев. Данные по этому индикатору следует разбивать по половой принадлежности и возрастным группам (<25 / 25+). По мере возможности данные по секс-работникам следует собирать через организации гражданского общества, имеющие опыт работы с такой группой в полевых условиях. Необходимо обеспечивать секретность в отношении способов контакта с респондентами, а также конфиденциальность собранных данных.
Интерпретация	• Презервативы наиболее эффективны, когда их используют на постоянной основе, а не время от времени. Данный индикатор представляет завышенную оценку уровня систематического использования презервативов. Однако альтернативный метод вопросов о том, используются ли презервативы всегда / иногда / никогда при половых актах с клиентами за определенный период, несет в себе погрешность, связанную с воспоминаниями респондента. Кроме того, тенденция использования презервативов для последнего полового акта обычно отражает общую тенденцию систематического использования презервативов. • Исследование секс-работников может быть сопряжено с трудностями. Соответственно, полученные данные могут не быть основаны на исследовании репрезентативной выборки уязвимых групп населения в общенациональном масштабе. Если существует такая проблема, то отсутствие надлежащей основы в виде репрезентативной выборки должно быть отражено в интерпретации данных исследования. Если имеются различные источники данных, следует использовать наилучшую из имеющихся оценок. Сведения о размере выборки, качестве / надежности данных и всю сопутствующую информацию следует указать в отчете, подаваемом по такому индикатору.

5. Мужчины, которые занимаются сексом с мужчинами: использование презервативов

Определение	Процент мужчин, сообщивших о том, что они использовали презерватив при последнем анальном контакте с партнером-мужчиной
Цель	Оценить успехи по профилактике подверженности воздействию ВИЧ среди мужчин, имеющих незащищенный анальный секс с партнерами мужского пола.
Пределы применения	Страны с концентрированной эпидемией или эпидемией низкого уровня, включая страны с концентрированными субэпидемиями в рамках генерализованной эпидемии
Средства измерения	Специализированные исследования, такие как Исследование надзора за поведением мужчин, которые занимаются сексом с мужчинами, проводимое ФХИ.
Метод измерения	В поведенческом исследовании выборки мужчин, которые занимаются сексом с мужчинами, респондентов спрашивают об их сексуальных партнерах за последние шесть месяцев, об анальном сексе с такими партнерами и об использовании презервативов при последнем анальном половом акте. В числителе: Количество респондентов, сообщивших, что они использовали презерватив при последнем анальном половом акте. В знаменателе: Количество респондентов, сообщивших, что они имели анальный секс с партнером мужского пола в последние 6 месяцев. Данные по этому индикатору следует разбивать по возрастным группам (<25 / 25+). По мере возможности данные по мужчинам, которые занимаются сексом с мужчинами, следует собирать через организации гражданского общества, имеющие опыт работы с такой группой в полевых условиях. Необходимо обеспечивать секретность в отношении способов контакта с респондентами, а также конфиденциальность собранных данных.а
Интерпретация	• Для мужчин, которые занимаются сексом с мужчинами, использование презерватива при последнем анальном половом акте с любым партнером служит хорошим индикатором общего уровня и тенденций защищенного и незащищенного секса в данной группе. Этот индикатор не дает представления о рискованном поведении при сексе с женщинами мужчин, которые занимаются сексом и с мужчинами, и с женщинами. В странах, в которых мужчины в исследованной подгруппе могут иметь партнеров обоего пола, необходимо исследовать использование презервативов партнерами обоих полов. В таких случаях данные об использовании презервативов всегда следует представлять отдельно для партнеров разного пола. • Исследование мужчин, которые занимаются сексом с мужчинами, может быть сопряжено с трудностями. Соответственно, полученные данные могут не быть основаны на исследовании репрезентативной выборки уязвимых групп населения в общенациональном масштабе. Если существует такая проблема, то отсутствие надлежащей основы в виде репрезентативной выборки должно быть отражено в интерпретации данных исследования. Если имеются различные источники данных, следует использовать наилучшую из имеющихся оценок. Сведения о размере выборки, качестве / надежности данных и всю сопутствующую информацию следует указать в отчете, подаваемом по такому индикатору.

6. Потребители инъекционных наркотиков: использование презервативов

Определение	Процент потребителей инъекционных наркотиков, сообщивших об использовании презерватива при последнем половом контакте
Цель	Оценить успехи по профилактике передачи ВИЧ половым путем
Пределы применения	Страны, где потребление инъекционных наркотиков является установившимся способом передачи ВИЧ
Средства измерения	Специализированные исследования, такие как Исследование надзора за поведением потребителей инъекционных наркотиков, проводимое ФХИ.
Метод измерения	Респондентов просят ответить на следующие вопросы: 1. Употребляли ли вы в прошлом месяце инъекционные наркотики? 2. Если да: были ли у вас половые акты в прошлом месяце? 3. Если ответ «да» на оба вопроса, 1 и 2: Вы использовали презерватив при последнем половом акте? В числителе: Количество респондентов, сообщивших, что они использовали презерватив при последнем половом акте. В знаменателе: Количество респондентов, сообщивших, что они имели половые сношения в прошлом месяце. Для всех респондентов начисляются баллы по индикаторам, которые следует разбивать по половой принадлежности и возрастным группам (<25 / 25+). По мере возможности данные по потребителям инъекционных наркотиков следует собирать через организации гражданского общества, имеющие опыт работы с такой группой в полевых условиях. Необходимо обеспечивать секретность в отношении способов контакта с респондентами, а также конфиденциальность собранных данных.
Интерпретация	• Исследование потребителей инъекционных наркотиков может быть сопряжено с трудностями. Соответственно, полученные данные могут не быть основаны на исследовании репрезентативной выборки уязвимых групп населения в общенациональном масштабе. Если существует такая проблема, то отсутствие надлежащей основы в виде репрезентативной выборки должно быть отражено в интерпретации данных исследования. Если имеются различные источники данных, следует использовать наилучшую из имеющихся оценок. Сведения о размере выборки, качестве / надежности данных и всю сопутствующую информацию следует указать в отчете, подаваемом по такому индикатору. • Степень передачи ВИЧ, связанной с потреблением инъекционных наркотиков, в определенной стране зависит от четырех факторов: (i) масштаб, стадия и тип распространения национальной эпидемии СПИДа; (ii) степень потребления инъекционных наркотиков; (iii) степень использования нестерильного инъекционного инструментария потребителями инъекционных наркотиков; (iv) модели сексуального поведения и использования презервативов внутри группы и при контактах потребителей инъекционных наркотиков с более широкими кругами населения. Данный индикатор дает сведения в отношении четвертого фактора.

7. Потребители инъекционных наркотиков: практика безопасных инъекций

Определение	Процент потребителей инъекционных наркотиков, сообщивших об использовании стерильного инъекционного инструментария при последней инъекции
Цель	Оценить успехи по профилактике передачи ВИЧ при потреблении инъекционных наркотиков
Пределы применения	Страны, где потребление инъекционных наркотиков является установившимся способом передачи ВИЧ
Средства измерения	Специализированные исследования, такие как Исследование надзора за поведением потребителей инъекционных наркотиков, проводимое ФХИ.
Метод измерения	Респондентов просят ответить на следующие вопросы: 1. Употребляли ли вы в прошлом месяце инъекционные наркотики? 2. Если да: использовали ли вы стерильные иглу и шприц при последней инъекции? В числителе: Количество респондентов, сообщивших, что они использовали стерильный инъекционный инструментарий при последней инъекции. В знаменателе: Количество респондентов, сообщивших, что они принимали инъекционные наркотики в прошлом месяце. Для всех респондентов начисляются баллы по индикаторам, которые следует разбивать по половой принадлежности и возрастным группам (<25 / 25+). По мере возможности данные по потребителям инъекционных наркотиков следует собирать через организации гражданского общества, имеющие опыт работы с такой группой в полевых условиях. Необходимо обеспечивать секретность в отношении способов контакта с респондентами, а также конфиденциальность собранных данных.
Интерпретация	• Исследование потребителей инъекционных наркотиков может быть сопряжено с трудностями. Соответственно, полученные данные могут не быть основаны на исследовании репрезентативной выборки уязвимых групп населения в общенациональном масштабе. Если существует такая проблема, то отсутствие надлежащей основы в виде репрезентативной выборки должно быть отражено в интерпретации данных исследования. Если имеются различные источники данных, следует использовать наилучшую из имеющихся оценок. Сведения о размере выборки, качестве / надежности данных и всю сопутствующую информацию следует указать в отчете, подаваемом по такому индикатору. • Степень передачи ВИЧ, связанной с потреблением инъекционных наркотиков, в определенной стране зависит от четырех факторов: (i) масштаб, стадия и тип распространения национальной эпидемии СПИДа; (ii) степень потребления инъекционных наркотиков; (iii) степень использования нестерильного инъекционного инструментария потребителями инъекционных наркотиков; (iv) модели сексуального поведения и использования презервативов внутри группы и при контактах потребителей инъекционных наркотиков с более широкими кругами населения. Данный индикатор дает сведения в отношении третьего фактора.

8. Наиболее уязвимые группы населения: снижение распространенности ВИЧ

Определение	Процент ВИЧ-инфицированных [представителей наиболее уязвимых групп населения]
Цель	Оценить успехи по снижению распространенности ВИЧ среди наиболее уязвимых групп населения
Пределы применения	Страны с концентрированной эпидемией или эпидемией низкого уровня, в которых не рекомендовано осуществление надзора в отношении беременных женщин, включая также страны с концентрированными субэпидемиями в рамках генерализованной эпидемии
Средства измерения	Руководство ЮНЭЙДС/ВОЗ по надзору за распространением ВИЧ второго поколения, Руководство ФХИ о взятии выборок групп населения
Метод измерения	Этот индикатор рассчитывается с помощью данных анализов на ВИЧ, проведенных среди членов наиболее уязвимых групп населения в главном городе страны. В числителе: Количество членов наиболее уязвимой группы с положительным анализом на ВИЧ. В знаменателе: Количество членов наиболее уязвимой группы, сдавших тест на ВИЧ. Оценки распространенности следует разбивать по половой принадлежности и по возрасту (<25 / 25+). Во избежание погрешностей в определении тенденций на протяжении времени этот индикатор следует документировать только для главного города. В последние годы многие страны увеличили количество контрольных точек, включив территории более сельского типа, и объединение данных по таким разным точкам привело к погрешностям в выявлении тенденций. Теоретически, оценивать успехи в уменьшении количества новых случаев инфицирования лучше всего посредством мониторинга изменений заболеваемости на протяжении времени. Однако на практике доступными оказываются, как правило, данные о распространенности, а не о заболеваемости. При анализе данных о распространенности ВИЧ среди наиболее уязвимых групп населения для оценки воздействия профилактических программ желательно не ограничивать анализ молодежью, но документировать также тех лиц, которые недавно начали практиковать поведение, подвергающее их риску инфицирования (например, включая в анализ людей, начавших потреблять инъекционные наркотики в прошлом году или оказывающих платные секс-услуги менее одного года, и т.д.) Ограниченный анализ такого типа также имеет то преимущество, что на него не влияет антиретровирусная терапия, увеличивающая выживаемость и тем самым повышающая распространенность. В страновом отчете о ходе работе обязательно нужно указывать, используется ли анализ такого типа, для обеспечения адекватного анализа в международном масштабе.
Интерпретация	• Ввиду трудности доступа к наиболее уязвимым группам населения погрешность в данных серологического надзора может быть гораздо более значительной, чем в данных, полученных по группам населения в целом, таким как женщины, посещающие женские консультации. Если возникли сомнения относительно данных, такие сомнения следует отразить в их интерпретации. • Понимание того, как обследуемая группа (группы) соотносятся с какими-либо более крупными группами, практикующими такое же рискованное поведение, очень важно для интерпретации данного индикатора. Срок, в течение которого люди принадлежат к уязвимой группе, более тесно связан с риском приобретения ВИЧ, нежели возраст. Поэтому желательно не ограничивать анализ молодежью, но отражать также и другие возрастные группы. • Тенденции распространенности ВИЧ среди наиболее уязвимых групп населения в главном городе обеспечивают важный индикатор эффективности программ профилактики ВИЧ в таком городе. Однако эти данные не репрезентативны в отношении ситуации в стране в целом.

Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) объединяет десять учреждений ООН в общем деле борьбы с эпидемией: Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев (УВКБ ООН), Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), Всемирная продовольственная программа (ВПП), Программу развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (ЮНОДК), Международную организацию труда (МОТ), Организацию Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО), Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ) и Всемирный банк (ВБ).

ЮНЭЙДС, в качестве программы коспонсоров, объединяет меры, принимаемые десятью организациями-коспонсорами в ответ на эпидемию, а также дополняет их конкретными инициативами. Цель ЮНЭЙДС – возглавлять международные меры в ответ на ВИЧ/СПИД по всем направлениям и способствовать их расширению. ЮНЭЙДС работает с широким кругом партнеров – правительственными и неправительственными организациями, представителями деловых и научных кругов и общественностью – в деле повсеместного и не знающего границ распространения знаний, навыков и передового опыта.

При печати настоящего издания использовались материалы, не наносящие ущерб окружающей среде

ЮНЭЙДС
ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ

УВКБ ООН ЮНОДК
ЮНИСЕФ МОТ
ВПП ЮНЕСКО
ПРООН ВОЗ
ЮНФПА ВСЕМИРНЫЙ БАНК

UNAIDS
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GENEVA 27
SWITZERLAND

T (+41) 22 791 36 66
F (+41) 22 791 48 35

www.unaids.org

FSC
Вторично переработанное
Поддерживая ответственное использование лесных ресурсов
Cert no. BV-COC-892790
www.fsc.org
© 1996 Forest Stewardship Council

Объединим мир против СПИДа